

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ГЛУХИХ ДІТЕЙ 6–10 РОКІВ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФІЇ

Пиптюк П.Ф., аспірант

Запорізький національний університет

У статті показано вплив втрати слуху на серцево-судинну систему дітей 6–10 років порівняно з чуючими однолітками за допомогою електрокардіографії. Показані особливості серцево-судинної системи глухих за комплексом QRS.

Ключові слова: серцево-судинна система, електрокардіографія, передсердя, шлуночок, амплітуда зубця, глухі, шлунково-кишковий тракт.

Пиптюк П.Ф. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ГЛУХИХ ДЕТЕЙ 6–10 ЛЕТ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ / Запорожский национальный университет, Украина.

В статье показано влияние потери слуха на сердечно-сосудистую систему детей 6–10 лет сравнительно со слышащими сверстниками при помощи электрокардиографии. Показаны особенности сердечно-сосудистой системы глухих за комплексом QRS.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, электрокардиография, предсердие, желудочек, амплитуда зубца, глухие, желудочно-кишечный тракт.

Ryptyuk P.F. THE CARDIO-VASCULAR STATE SYSTEM IN THE DEAF CHILDREN OF 6–10 YEARS OLD BASED ON THE ELECTROCARDIOGRAPHIC DATA / Zaporizhzhya national university, Ukraine.

The state of the cardiovascular system of deaf children is 6–10 years on the indexes of electrocardiography.

The article deals with the hearing lost influence on the cardio-vascular system in the 6–10 – year-old children in comparison with their peers without hearing deficiency with the help of electrocardiography. The peculiarities of the cardio-vascular system of the deaf children with the QRS complex.

Key words: cardio-vascular system, electrocardiography, atrium, ventricle, amplitude wave, deaf, gastrointestinal tract.

Процес становлення української держави включає також суттєву перебудову системи освіти.

Значними імпульсами, котрі визначили напрямок теоретичних та практичних пошуків підвищення ефективності системи освіти в Україні, стали закони: «Про освіту», «Про загальну середню освіту».

У Національній доктрині розвитку освіти України в XXI столітті акцент робиться на необхідності збільшення уваги до проблем освіти дітей з відхиленнями в психофізичному розвитку в системі загального виховання, забезпечення їх повноцінною життєдіяльністю, соціальним захистом, умовами для максимальної реабілітації.

Збільшення кількості дітей і відхиленнями в розвитку і поведінці, зростання кількості учнів з соціальною девіацією та шкільною дезадаптацією призвели до необхідності відкриття додаткової кількості спеціальних (корекційних) освітніх закладів, до створення в загальноосвітніх школах класів вирівнювання компенсуючого і корекційно-розвиваючого навчання.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я сьогодні кожен десятий мешканець планети – інвалід.

Незважаючи на проведення активної соціальної політики, здійснення комплексу заходів, спрямованих на покращення стану інвалідів, ще залишаються невирішені проблеми. У зв'язку з цим необхідні подальше вдосконалення корекційно-виховного процесу, реалізація потенційних компенсаторних можливостей розвитку інвалідів слуху. Для цього вдосконалюється зміст, методи, форми навчання, активізується самостійна навчальна діяльність, вносяться раціональні організаційні зміни в структуру навчального процесу, що передбачається Національною доктриною розвитку освіти України в XXI столітті.

Сформовані обставини вимагають внесення коректив до проведення експериментальних досліджень для корекції та компенсації рухової сфери глухих школярів.

У цьому плані важливу роль відіграють фізичні вправи. Педагогічна значущість даної проблеми особливо актуальна в плані залучення глухих підлітків до систематичних занять оздоровчим туризмом.

В оздоровчому туризмі достатньо ефективно реалізуються не тільки специфічні функції фізичної культури: освітні, прикладні, спортивні, рекреаційні та оздоровчо-реабілітаційні. Оздоровчий туризм має велике виховне значення, він використовується як засіб фізичного, естетичного, трудового, морально-етичного, патріотичного виховання підростаючого покоління, як засіб пізнання навколишнього середовища і людини в природних умовах. Оздоровчий туризм надає виховну дію порівняно простими й доступними засобами: походи, подорожі, екскурсії, прогулянки, туристські зльоти, а також краєзнавча та природоохоронна діяльність.

Усі види виховання в туризмі реалізуються комплексно, в природних умовах, без акцентування уваги туристів на виховних завданнях оздоровчого туризму. Оздоровчий туризм пов'язаний з пересуванням з

рюкзаком і подоланням природних перешкод – фізичне виховання; краса навколишньої природи – естетичний розвиток; установка бівуака і приготування їжі, уміння виконувати різноманітну роботу на бівуаці – трудове виховання; взаємостосунки учасників походу, необхідність взаємодопомоги, дисципліни, відповідальності – морально-етичний розвиток; знайомство з природними багатствами своєї країни, з її історичними і культурними пам'ятниками – патріотичне виховання.

Усі ці чинники великою мірою виховують глухих школярів, розширюють словниковий запас, покращують мовний розвиток та фразеологізми.

У цьому плані у визначення змісту навчання, в обґрунтування оптимальних умов сполучення навчання із заняттями фізичними вправами зробили внесок Н.Г. Байкіна [1], І.М. Бабій [2], А.В. Мутьєв [3], І.М. Ляхова [4], А. О. Костанян [5], Т. В. Розанова [6], М. К. Шеремет [7], Ж.І. Шиф [8]. Вони вказували, що корекція недоліків рухової сфери може бути ефективною при умовах мобілізації всіх компенсаторних можливостей глухих. При цьому вони відзначали, що при ураженні слуху проявляються особливості психофізичного розвитку.

Недостатність у мовній діяльності, зменшення об'єму інформації, одержаної глухими внаслідок ураження слуху, відображається на розвитку усіх пізнавальних процесів, що у свою чергу відкладає відбиток на розвитку рухового аналізатора та на оволодінні майже всіма видами рухових навиків Н.Г. Байкіна [1], Р.М. Боскіс [9], Л.С. Виготський [10], А.П. Гозова [11], І.М. Ляхова [4], Т.В. Розанова [6], Ж.І. Шиф [9].

Прояви подібної специфіки відзначались при спортивній діяльності глухих (Н.Г. Байкіна [1], М.С. Бессарабов [12], А.В. Мутьєв [3], І.М. Бабій [2], Г.Ф. Козирнов [13], І.М. Ляхова [4]). Це призвело до створення спеціальної методики занять для цієї категорії школярів.

У цьому плані важливе значення має вивчення особливостей розвитку рухових умінь, навичок, якостей глухих дітей, що займаються оздоровчим туризмом.

Комплексне педагогічне дослідження корекції рухової сфери глухих дітей засобами оздоровчого туризму будувалося виходячи з понять первинних, вторинних та подальших відхилень у розвитку дітей з вадами аналізаторів (Р.М. Боскіс [9], Л.С. Виготський [10], А.П. Гозова [11], Т.В. Розанова [6], В.В. Засенко [14], В.М. Синьов [15], М.К. Шеремет [7]). Вирішення освітніх, виховних, оздоровчих, корекційних завдань передбачає використання спеціального педагогічного впливу, зміст та спрямованість якого визначається віковими і специфічними особливостями розвитку глухих.

Втрата слуху та недостатній мовний розвиток викликають у глухих дітей суттєві ускладнення в розвитку рухових якостей. Це вимагає здійснити корекційно-реабілітаційні роботи з глухими школярами. Недостатня розробленість проблеми корекції рухової сфери глухих дітей на заняттях спортивно-оздоровчим туризмом стало основою для вибору теми дослідження: «Стан серцево-судинної системи глухих дітей 6–10 років за показниками електрокардіографії».

Мета роботи полягає в дослідженні впливу втрати слуху на стан серцево-судинної системи глухих дітей віком 6–10 років.

Завдання дослідження: показати вплив втрати слуху на серцево-судинну систему дітей 6–10 років.

Методи та організація дослідження. Для розв'язання поставлених завдань були запропоновані такі методи:

- теоретичні – аналіз, порівняння, систематизація та узагальнення психологічної і педагогічної літератури для встановлення наукових зв'язків з проблеми сурдопедагогіки і сурдопсихології;
- емпіричні – бесіда, спостереження, тестування, психолого-педагогічні дослідження розвитку глухих та тих, щочують, під впливом занять оздоровчим туризмом;
- діагностичні – анамнестичні, інструментальні у глухих та тих, щочують, дітей;
- статистичні – для опрацювання одержаних результатів з метою підтвердження їхньої достовірності.

З метою виявлення оцінки функціонального стану серцево-судинної системи, а також контролю за рівнем функціонального стану ССС використовували метод електрокардіографії. Дослідження проводилися з глухими та чуючи ми дітьми ЗНРЦ «Джерело». У дослідженні брали участь 3 групи. До першої експериментальної групи входили глухі хлопчики та дівчатка у віці 6–8, 9–10 років у кількості 15 хлопчиків та 17 дівчаток. У другу контрольну групу входили чуючі хлопчики та дівчатка віком 6–8, 9–10 років із захворюваннями шлунково-кишкового тракту в кількості 16 хлопчиків та 18 дівчаток. До третьої групи входили здорові чуючі хлопчики та дівчатка, які займаються оздоровчим туризмом, у кількості 35 осіб. Взагалі в дослідженні брали участь 15 глухих хлопчиків і 17 дівчаток, чуючи 32 хлопчики і 36 дівчаток.

На початку і в кінці педагогічного експерименту ті, що займалися, були обстежені. Дані лікарського-педагогічного контролю враховували при комплектуванні експериментальних і контрольних груп.

При обстеженні глухих школярів вивчали їх картки розвитку, в яких відображаються етіологія втрати слуху та супутні захворювання.

Було опитано більше 75 батьків. Крім того, узагальнений провідний досвід медичної санітарної частини ЗНРЦ «ДЖЕРЕЛО»: лікар-педіатр Доценко Інна Вікторівна, гастроентеролог Макієва Марина Володимирівна, медичні сестри Циганок Лариса Василівна, Михайловська Ірина Василівна, Харківська Ольга Сергіївна, інструктор ЛФК масажист Шевченко Наталя Миколаївна, Макаренко Вікторія Вікторівна, дітсестра Дворецька Анна Сергіївна.

У процесі дослідження вивчали педагогічні умови та стан серцево-судинної системи в глухих дітей 6–10 років за показниками електрокардіографії. Ці дані отримані в ході обстеження з батьками школярів, що мають діагноз «вроджена глухота та туговухість», а також із лікарями-педіатрами ЗНРЦ «ДЖЕРЕЛО» м. Запоріжжя.

На етапі дослідження констатувального експерименту вивчали особливості серцево-судинної системи глухих школярів.

Аналіз зубця Р, який відображає процеси реполяризації правого та лівого передсердя, показав, що в глухих дітей 6–10 років ЗНРЦ «Джерело» м. Запоріжжя наявна достовірна відмінність амплітуди цього зубця в порівнянні зі здоровими ($P < 0,05$).

Інтервал Р-Q, який характеризує час розповсюдження збудження від передсердь до шлуночків, знаходиться в межах норми в групах здорових дітей – $0,14 \pm 0,3$ с. У глухих дітей 1-ої групи 6–8, 9–10 років існує достовірна відмінність у показниках цього інтервалу порівняно зі здоровими дітьми – $P < 0,05$. У цих дітей спостерігається тенденція до сповільнення провідності між синусовим та атріовентрикулярним вузлом, що може бути зумовлено анатомічним ураженням провідникової системи при міокардитах (частіше ревматичних).

Амплітуда зубця Q, що відображає процес поширення збудження із АВ-вузла на міжшлункову перегородку та сосочкові м'язи, у глухих дітей є також меншою, ніж у здорових. У віці 6–8 років він складає у глухих дітей 1-ої групи $0,72 \pm 0,07$ мм, а в глухих дітей 2-ої групи – $0,97 \pm 0,10$ мм. У віці 9–10 років у глухих дітей 1-ої групи амплітуда зубця Q складає $0,83 \pm 0,09$ мм, а в глухих дітей 2-ої групи – $0,98 \pm 0,09$ мм.

Існує достовірна відмінність між показниками глухих та здорових дітей 6–8, 9–10 років ($P < 0,05$).

Амплітуда зубця R, який відображає біопотенціали вільних стінок лівого та правого шлуночків і верхівки серця, у глухих дітей також є нижчою, ніж у здорових. Спостерігається зазубреність цього зубця у 26% глухих дітей, що може вказувати на порушення проведення збудження міокарда шлуночків. У 6–8 років амплітуда зубця складає відповідно $11,41 \pm 0,94$ мм та $13,53 \pm 1,44$ мм. Як бачимо, величина показника є дещо більшою у глухих дітей 2-ої групи. Немає достовірної відмінності між показниками глухих та здорових дітей ($P > 0,05$).

У віці 9–10 років величина зубця R становить у глухих дітей 1-ої групи $11,3 \pm 1,03$ мм, а в глухих дітей 2-ої групи $12,75 \pm 1,04$ мм. Існує достовірна відмінність між показниками глухих дітей 1-ої групи та показниками здорових дітей ($P < 0,05$). Амплітуда зубця S, що відображає пізніше охоплення збудженням віддалених базальних ділянок міокарда, надшлуночкових гребенів, артеріального конуса, субенікардіальних шарів міокарда, у глухих дітей 1-ої групи складає $1,79 \pm 0,35$ мм, а в глухих дітей 2-ої групи – $1,40 \pm 0,19$ мм. У здорових дітей цей показник становить $1,60 \pm 0,29$ мм. У віці 6–8 років амплітуда цього зубця у глухих дітей 1-ої групи складає $1,28 \pm 0,14$ мм, а в глухих дітей 2-ої – $1,45 \pm 0,27$ мм. Достовірної відмінності у величині цього показника порівняно зі чуючими дітьми немає як серед дітей 6–8, так і 9–10 років ($P > 0,05$).

Комплекс QRS у глухих дітей 6–8 років 1-ої групи знаходився у межах норми здорових дітей, однак існує достовірна відмінність між показниками глухих і чуючих дітей 6–8 років 2-ої групи та між показниками глухих і чуючих дітей 6–8 років ($P < 0,05$). Це свідчить про те, що в глухих дітей спостерігається сповільнення внутрішньошлуночкової провідності.

Інтервал S-T, який відображає початковий період реполяризації шлуночків, є досить лабільним елементом ЕКГ. Нормальні величини цього інтервалу для дітей становлять $0,02$ – $0,12$ с. У 30% глухих дітей 9–10 років

1-ої групи інтервал S-T був збільшеним. У глухих дітей 6–8 років 2-ої групи збільшення інтервалу є лише у 13%, а в 9–10 – річних глухих дітей цієї ж групи – 70%. Достовірної відмінності при порівнянні з чуючими дітьми в результаті підрахунку середніх значень не виявлено.

Зубець Т, який відображає процес швидкої реполяризації міокарда шлуночків та є чутливим індексом фізіологічних і патологічних змін у ньому, в нормі позитивний.

Негативний зубець Т у будь-яких двох стандартних відведеннях є ознакою патології. Патологічні зміни цього зубця без одночасних змін комплексу QRS вказують на порушення відновних, обмінних процесів у міокарді шлуночків та можуть бути первинними ознаками порушення реполяризації. У глухих дітей 6–7 років 1-ої групи амплітуда зубця Т становить $2,71 \pm 0,20$ мм, а негативний цей зубець у більш ніж двох стандартних відведеннях виявлено у 7 із 17 дітей (41%). У глухих дітей 2-ої групи цього ж віку амплітуда зубця становить $3,67 \pm 0,33$ мм, а зміни зубця зареєстровані в 11 із 15 дітей (73%) – ($P < 0,05$). У віці 9–10 років амплітуда зубця Т становить у глухих дітей 1-ої групи $2,93 \pm 0,28$ мм, а негативний цей зубець у більш ніж двох стандартних відведеннях виявлено у 8 із 20 дітей (40%); у глухих дітей 2-ої групи ці величини складають відповідно $3,2 \pm 0,30$ мм та 65% (13 із 20 дітей). У 6% глухих дітей виявлено двогорбий зубець Т.

Величина електричної систоли (інтервал Q-T) була більшою у глухих, ніж у здорових дітей як у групі 6–8 років, так і серед 9–10-річних. У віці 6–8 років у 1-ій та 2-ій групах дітей вона становить $0,33 \pm 0,01$ с, а в здорових дітей – $0,29 \pm 0,01$ с. У віці 9–10 років величини електричної систоли складають відповідно $0,36 \pm 0,1$ с (у двох групах глухих дітей) та $0,32 \pm 0,01$ с у здорових. Існує достовірна відмінність у показниках електричної систоли глухих та здорових дітей як 6–8, так і 9–10 років ($P < 0,05$).

Величина систолічного показника була меншою у глухих дітей 6–8 років порівняно з чуучими і більшою у віці 9–10 років у глухих дітей 2-ої групи. Так, у віці 6–8 років у глухих дітей 1-ої групи вона складала $53,29 \pm 1,87\%$, а в глухих дітей 2-ої – $50,45 \pm 2,31\%$ при результаті цього показника серед чуучих дітей $56,43\% \pm 2,03\%$. У восьми дітей із 2-ої групи спостерігалось відхилення систолічного показника, які нівелювалися при підрахунку середніх значень. Для глухих дітей 9–10 років 1-ої групи його величина становить $45,06 \pm 1,42\%$, для глухих дітей 2-ої групи – $50,30 \pm 0,9\%$. Відхилення систолічного показника на 6–8% спостерігалось у 1-ій групі, а в 2-ій воно становило 6–15%. Існує достовірна відмінність при порівнянні цього показника серед чуучих та глухих дітей у віці 9–10 років 2-ої групи ($P < 0,05$).

Інтервал R-R у глухих дітей 6–8 років 1-ої групи становить $0,75 \pm 0,03$ с, а глухих 2-ої – $0,73 \pm 0,04$ с, що є довшим за величину цього інтервалу в чуучих дітей, яка становить $0,59 \pm 0,03$ с ($P < 0,05$). Для глухих дітей 9–10 років збільшення тривалості інтервалу R-R спостерігається у 1-ій групі, де його величина складає $0,73 \pm 0,04$ с. У 2-ій групі величина цього інтервалу є в межах величини чуучих дітей $0 - 0,69 \pm 0,004$ с ($P > 0,05$).

Функція автоматизму серця в глухих дітей не порушена. Амплітуда зубців P, Q та R є дещо нижчою, ніж у чуучих дітей. Це свідчить про зниження загального вольтажу на ЕКГ та пояснюється зниженням частоти ритму в глухих дітей. Зміни зубця Т та тривалості інтервалу S-T свідчать про можливе порушення обмінних та відновних процесів у міокарді шлуночків у глухих дітей. Аналіз комплексу QRS дозволяє говорити про тенденцію до сповільнення внутрішньошлуночкової провідності. У глухих дітей у різних вікових групах спостерігаємо тенденцію до подовження електричної систоли, яку можна пояснити порушенням процесу реполяризації в міокарді шлуночків.

Збільшення величини систолічного показника більш ніж на 5% дозволяє говорити про порушення скорочувальної здатності міокарда в глухих дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Байкина Н.Г. Коррекционные основы физического воспитания глухих школьников: дис. ... доктора пед. наук: 13.00.03 / Байкина Нина Григорьевна. – М., 1992. – 565 с.
2. Бабий И.Н. Коррекция двигательной сферы глухих подростков скоростно-силовыми упражнениями: автореф. дис. на получение науч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.03 «коррекционная педагогика» / И.Н. Бабий. – К., 2002 – 21 с.
3. Мутьев А.В. Развитие двигательной сферы глухих школьников средствами спортивных единоборств: автореф. дис. на получение науч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.03 «коррекционная педагогика» / А.В. Мутьев. – К., 2003 – 16 с.
4. Ляхова И. Н. Корекційно-педагогічні основи фізичного виховання дітей зі зниженим слухом (теоретико-методичний аспект): монографія / Інна Ляхова. – Запоріжжя : ГУ «ЗІДМУ». – 506 с.
5. Костянян А.О. Особенности скоростных качеств и их развитие с помощью физических упражнений у глухих школьников: автореф. дис. на получение науч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.03 «коррекционная педагогика» / А.О. Костянян. – М., 1963. – 18 с.
6. Розанова Т.В. Методы психолого-педагогического изучения глухих детей со сложным дефектом / Т.В. Розанова // Дефектология. – 1992. – №2/3. – С. 5–13.

7. Шеремет М.К. Формирование готовности слабослышащих детей к школьному обучению: автореф. дис. на получение науч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «возрастная психология» / М.К. Шеремет. – М., 1979. – 17 с.
8. Шиф Ж.І. Фізичне виховання дітей з ослабленим здоров'ям / Ж.І. Шиф. – К.: Здоров'я, 2000. – 150 с.
9. Боскис Р.М. Развитие смысловой стороны речи у глухих и слабослышащих детей / Р.М. Боскис // Особенности усвоения учебного материала слабослышащими учащимися: пробл.-темат. сб. – М., 1980. – С. 28–32.
10. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психологическом развитии ребенка / Л.С. Выготский // Вопросы психологии. – 1966. – № 6. – С. 62–76.
11. Гозова А.П. Изучение психического развития аномальных детей / А.П. Гозова // Дефектология. – 1953. – № 6. – С. 7–12.
12. Бессарабов Н.С. Возрастная динамика двигательных способностей и их формирование на уроках физкультуры у глухих школьников: автореф. дис. на получение науч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.03 «коррекционная педагогика» / Н.С. Бессарабов. – М., 1979. – 16 с.
13. Козырнов Г.Ф. Исследование особенностей методики физического воспитания глухих детей (на материале фехтования): автореф. дис. на получение науч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.03 «коррекционная педагогика» / Г.Ф. Козырнов. – М., 1972. – 26 с.
14. Засенко В.В. Проблема підготовки випускників шкіл глухих і слабочуючих до самостійного життя / В.В. Засенко // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин». – К.: Просвіта, 1994. – С. 172–175.
15. Синьов В.М. Основи дефектології / В.М.Синьов, Г.М. Коберник. – К.: Вища школа, 1994. – 143 с.

УДК 37.014.52(410)

РЕЛІГІЙНА ОСВІТА В ШКОЛАХ АНГЛІЇ: ЗМІСТ ТА ОСНОВНІ ШЛЯХИ РЕАЛІЗАЦІЇ

Погромська Г.І., к. пед. н., доцент

Горлівський державний педагогічний інститут іноземних мов

У статті аналізується зміст релігійної освіти в школах Англії відповідно до ключових ступенів навчання, розглядаються основні шляхи її реалізації.

Ключові слова: релігійна освіта, зміст освіти, програма, Англія.

Погромская А.И. РЕЛИГИОЗНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ШКОЛАХ АНГЛИИ: СОДЕРЖАНИЕ И ОСНОВНЫЕ ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ / Горловский государственный педагогический институт иностранных языков, Украина.

В статье анализируется содержание религиозного образования в школах Англии в соответствие с ключевыми ступенями обучения, рассматриваются основные пути его реализации.

Ключевые слова: религиозное образование, содержание образования, программа, Англия.

Pogromskaya A.I. RELIGIOUS EDUCATION IN ENGLAND SCHOOLS: ITS CONTENTS AND SOME POINTS OF REALIZATION / Gorlovka State Pedagogical Institute of Foreign Languages, Ukraine.

The article deals with the analysis of school religious education in England, its contents according to the main key stages and the main points of its realization.

Key words: religious education, contents of education, program, England.

Зміна пріоритетів суспільного розвитку, що відбулася в пострадянській Україні, потребує перегляду багатьох, як раніше здавалося, непорушних заборон. Люди починають самоідентифікуватися, пробують робити самостійний вибір, що простирається від побутових дрібниць до світогляду. Перед суспільством стоїть надскладне завдання: не замінити свою культуру чужою (це неможливо), а зростити на власному підґрунті нову, дбайливо використовуючи власний історичний досвід та найкращі світові напрацювання. Показані тенденції дали новий поштовх розвитку та підсилили актуальність порівняльно-педагогічних вишукувань, серед яких питання релігійної освіти та виховання вбачаються своєчасними. Використання вітчизняної спадщини та культурологічних здобутків зарубіжжя дає можливість вдосконалити систему