

ПОЛТАВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА

Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи

Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю

7 листопада 2018 року



м. Полтава, 2018

Міністерство освіти і науки України
Полтавський національний технічний університет імені Юрія Кондратюка
Гомельський державний університет імені Ф. Скоріни
Академія фізичного виховання імені Юзефа Пілсудського
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Інститут здоров'я, спорту та туризму Класичного приватного університету
Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту
Львівський національний університет імені Івана Франка
Криворізький державний педагогічний університет
ДП «Санаторно-курортний комплекс «Моршинкурорт»
ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»
Литовський університет спорту

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю

7 листопада 2018 року

PHYSICAL REHABILITATION AND HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES: REALITIES AND PERSPECTIVES

Materials of the Third All-Ukrainian Scientific and Practical
conferences with international participation

November 7, 2018

Полтава, 2018

УДК 796.012.62
ББК 75.110

Рекомендовано до друку вченою радою гуманітарного факультету Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка (протокол № 3 від 23 жовтня 2018 року).

Головний редактор – Л. М. Рибалко, доктор педагогічних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я людини Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка.

Члени редакційної колегії:

Бойко Галина Миколаївна, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання Полтавського інституту економіки і права ВНЗ ВМУРЛ «Україна»;

Андрєєва Олена Валеріївна, доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, завідувач кафедри здоров'я, фітнесу та рекреації Національного університету фізичного виховання і спорту України;

Лаврентьєва Олена Олександрівна, доктор педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри загальнотехнічних дисциплін та професійного навчання Криворізького державного педагогічного університету;

Мороз Юрій Миколайович, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я людини Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка;

Волошко Лариса Борисівна, кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я людини Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка;

Беседа Наталія Анатоліївна, кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я людини Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка.

Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи : матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 7 листопада 2018 р. [гол. ред. Л. М. Рибалко]. – Полтава : ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка, 2018. – 298 с.

Збірник містить матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, які представляють результати досліджень учених і викладачів, наукові пошуки аспірантів, магістрів і студентів, досягнення вчителів і методистів. Тематика представлених доповідей відповідає напрямам роботи конференції.

Відповідальність за достовірність наведених фактів, грамотність, автентичність цитат та посилань несуть автори статей.

РОЗДІЛ 1

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ Й СПОРТУ

А.О. Агейчева, к.пед.н., доцент,
в.о. декана гуманітарного ф-ту
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ. ЕРГОТЕРАПІЯ» НА ГУМАНІТАРНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ ПолтНТУ ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА

Проблема фізичної реабілітації та здоров'язбережувальних технологій є надзвичайно актуальною в сучасному поступі. Адже нинішнє суспільство характеризується прогресивним зниженням стану здоров'я українців і зростанням числа тих осіб, які потребують реабілітації, тобто відновлення втраченого здоров'я.

Саме тому не менш важливим є питання якісної підготовки майбутніх фахівців із фізичної реабілітації у ВНЗ, здатних володіти фаховими знаннями, вміннями та навичками, готових до постійного професійного зростання, соціальної та професійної мобільності, ефективної роботи за фахом на рівні світових стандартів і творчо підходити до вирішення неординарних питань, тобто компетентних фахівців, які глибоко розуміють і знають свою роль у суспільстві, вміють творчо використовувати набуті знання на практиці.

Адже, створення оптимальних умов для життєдіяльності людей, які потребують відновлення втраченого контакту з довкіллям, корекції та наступної психолого-педагогічної реабілітації, трудової адаптації й інтеграції в соціум, належить до першочергових державних завдань. Про це йдеться в затвердженій Указом Президента України цільовій комплексній програмі «Фізичне виховання – здоров'я нації».

На базі ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка на гуманітарному факультеті навчається більше 150 студентів, які вибрали для себе професію фізичного реабілітолога. З 2017 року при кафедрі фізичного виховання, спорту та здоров'я людини функціонує магістратура. Українське суспільство потребує фахівців даної спеціальності. На це вказує цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації», де мова йде про потребу використання кадрового потенціалу у функціонально-оздоровчій сфері. Підвищення якості підготовки спеціалістів через впровадження сучасних наукових досягнень має перспективи розвитку цієї галузі.

Затребуваність Полтавського регіону у фахівців з фізичної реабілітації визначаються:

по-перше, погіршенням стану здоров'я населення як м. Полтави, так і Полтавської області, учнівської та студентської молоді в тому числі;

по-друге, наявністю хворих людей та інвалідів, які потребують постійної фізичної реабілітації та адаптації;

по-третє, необхідністю розширення послуг з комплексу здоров'язбережувальних технологій і заходів спортивно-оздоровчого характеру, спрямованих не лише на реабілітацію та адаптацію до нормального соціального середовища людей з обмеженими можливостями, а й загального фізичного оздоровлення широких верств населення, які зацікавлені у формуванні та зміцненні свого стану здоров'я.

Зважаючи на стійку тенденцію до зростання захворюваності серед учнівської і студентської молоді як у регіоні, так і в Україні в цілому, потреба у кваліфікованих та компетентних фахівців з фізичної реабілітації напряму підготовки 6.010203 «Здоров'я людини» не викликає сумніву.

Підготовка фахівців із вищою освітою за напрямом "Здоров'я людини" освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр" дозволить певною мірою компенсувати брак таких фахівців у регіоні та суттєво активізувати роботу з лікувальної фізичної культури, фізичної реабілітації в закладах освіти, сприятиме кадровому забезпеченню дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних, вищих навчальних закладів освіти, підприємств, установ та організацій висококваліфікованими фахівцями.

Для надання освітніх послуг із підготовки фахівців напряму 6.010203 "Здоров'я людини" Полтавський національний технічний університет імені Юрія Кондратюка має належний науково-педагогічний потенціал, сучасну матеріально-технічну та спортивну базу, високий рівень інформаційного забезпечення навчального процесу.

Типовими видами діяльності бакалавра напряму 6.010203 «Здоров'я людини» є педагогічна, фізкультурно-оздоровча, рекреаційна, реабілітаційна та спортивно-масова робота. Він здійснює свою діяльність у дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах, лікарнях, поліклініках, спеціалізованих реабілітаційних центрах, науково-дослідницьких установах, лікувально-фізкультурних диспансерах, фізкультурних та спортивних організаціях будь-якої форми власності.

Бакалавр напряму 6.010203 «Здоров'я людини» бере участь у плануванні, організації та проведенні індивідуальних і групових занять із фізичного виховання, лікувальної фізичної культури, рекреаційної, реабілітаційної, спортивно-масової, оздоровчої роботи та менеджменту фізичної культури в дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах, лікарнях, поліклініках, спеціалізованих реабілітаційних центрах, науково-дослідницьких установах, лікувально-фізкультурних диспансерах, фізкультурних та спортивних організаціях.

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПОДВИЖНОСТЬ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Болезни спины – распространенное заболевание среди различных возрастных групп.

Боль в позвоночнике может быть признаком, как обычного переутомления и физической перегрузки, так и серьезных заболеваний. Дегенеративные и дистрофические изменения в тканях позвоночника ранее встречались у людей среднего возраста и старше[3]. Сегодня протрузии межпозвоночных дисков и межпозвоночной грыжи все больше встречаются у молодежи. Причиной омоложения серьезных заболеваний позвоночника является современный образ жизни и недостаток регулярных физических нагрузок[5]. Кроме заболевания спины, все больше заболеваний различной этимологии встречается у молодежи. Сидячий образ жизни и неправильная осанка ведут не только к сколиотическим изменениям, но и к деформации сводов стопы [1]. Постоянно увеличивается количество заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, связанные с ухудшением экологии и гиподинамией [2,4,6]. Рост количественных показателей отклонений в состоянии здоровья молодежи вызывает все большую озабоченность. Возникает острая необходимость поиска средств и методов оздоровления молодежи средствами адаптивной физической культуры.

Исследования проводились на занятиях в группе ЛФК учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».

В исследовании приняло участие семь студентов вуза (пять девушек и два юноши), имеющих диагноз «Межпозвоночная протрузия позвоночника в поясничном отделе». Из семи занимающихся четыре студента имели одиночную протрузию межпозвоночных дисков L4-L5 либо L3-L4. У троих студентов в диагнозе отмечалось несколько протрузий поясничного отдела.

Исследование проводилось в течение весеннего учебного семестра. Основной целью исследования явилось повышение подвижности позвоночного отдела занимающихся.

В качестве контроля за подвижностью позвоночного отдела использовались тесты, разработанные в лаборатории физической культуры и спорта учреждения образования «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины». Они включали в себя тест на определение угла между звеньями тела туловище-бедро в положении лежа на спине и тест на скручивание в поясничном отделе в положении лежа на спине.

В качестве основной физической нагрузки использовался комплекс физических упражнений для поясничного отдела, разработанный ранее

сотрудниками вышеозначенной лаборатории. Особенностью комплекса физических упражнений является последовательность проработки отдельных мышечных групп поясничного отдела, строгая дозировка предлагаемых упражнений и акцент на увеличение амплитуды движений. Основу применяемых упражнений составили комплекс упражнений лежа на спине с изменением положения частей тела относительно друг друга. Кроме того, использовалось правило неизменности положения верхней части тела при выполнении упражнений на звенья нижней части тела и наоборот. Еще один комплекс упражнений выполнялся с помощью фитбола и был направлен на растяжение позвоночника и снятие напряжения в основных мышцах спины. На каждом занятии выполнялся комплекс упражнений для укрепления мышц брюшного пресса. Все упражнения выполнялись в медленном темпе без резких движений. В конце каждого занятия в течение двух-трех минут выполнялось растяжение позвоночника на наклонной доске, закрепленной на шведской стенке на высоте одного метра. С течением времени осуществлялось постепенное увеличение нагрузки (количество раз, число серий упражнения). В качестве домашнего задания предлагались индивидуальные комплексы упражнений на поясничный отдел позвоночника, продолжительностью 10-15 минут для ежедневного выполнения. Один раз в неделю студенты дополнительно посещали бассейн с выполнением неинтенсивного плавания брассом в течение 35-45 минут. Плавательные упражнения способствовали снижению напряжения, вызванного возникающим при межпозвонковой протрузии компенсаторным спазмом паравертебральной мускулатуры. В течение учебного семестра было проведено тридцать шесть учебных занятий.

Перед началом учебного семестра было проведено тестирование подвижности поясничного отдела.

Диапазон изменения угла – абдукция, (отведение по нейтральному (0) положению) между осью туловища и бедром в положении лежа на спине (выполнялось отведение бедер в тазобедренном суставе при неизменном положении «ноги врозь») составил 28-37°. При этом, асимметрия между правосторонним и левосторонним положением достигала показателя 6-8°, в зависимости от местонахождения протрузии. Измерение угла осуществлялось посредством угломера.

Определение ротации в поясничном отделе выполнялось в положении лежа на спине с вытянутыми ногами. Выполнялось скручивание туловища в поясничном отделе с касанием угломера противоположной ногой (аддукция), плечи обеими лопатками касаются опоры. Диапазон угла относительно оси туловища составлял 14-52°. Асимметрия между правосторонним и левосторонним положением составила 16-28°.

По окончании учебного семестра было проведено повторное исследование показателей подвижности поясничного отдела туловища.

Было отмечено увеличение угла отведения бедер относительно оси туловища. диапазон абдукции составил 34-47°. Изменились параметры асимметрии между правосторонним и левосторонним положением, которые составили 3-4°.

Угол ротации поясничного отдела увеличился до диапазона 32-81°. Асимметрия между правосторонним и левосторонним положением составила 7-15°.

Применение специальных упражнений с целью повышения подвижности поясничного отдела туловища способствует не только увеличению амплитуды движения, но и способствует снижению, а в некоторых случаях и к полному отсутствию, болевых ощущений при выполнении различных двигательных действий.

Целенаправленное воздействие на паравертебральные мышцы спины способствует повышению их силового потенциала, что, по нашему мнению, способствует перераспределению нагрузки с межпозвоночных дисков на отвечающие за удержание позы скелетные мышцы.

Предполагается в дальнейшем продолжить поиск средств адаптивной физической культуры для улучшения функционального состояния скелетных мышц спины с целью повышения их изометрической и изотонической производительности и профилактику дегенеративных изменений в области позвоночника.

Литература

1. Бондаренко, А.Е. Коррекция деформаций сводов стопы средствами физической культуры у студенток специальных групп / А.Е.Бондаренко, К.К.Бондаренко, Т.А.Ворочай / Здоровье для всех: Материалы VI Международной научно-практической конференции. УО «Полесский государственный университет»; Шебеко К.К. (гл. редактор). 2015. - С. 22-25.
2. Бондаренко, А.Е. Организация занятий со студентами, страдающими бронхиальной астмой / А.Е.Бондаренко, К.К.Бондаренко/ Современные проблемы физической культуры, спорта и молодежи: Материалы IV региональной научной конференции молодых ученых. Под редакцией А.Ф. Сыроватской. 2018. - С. 78-80.
3. Епифанов, В.А. Остеохондроз позвоночника /В.А.Епифанов, А.В.Епифанов// Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника/ Под ред. В.А. Епифанова, А.В. Епифанова. - М.: МЕДпресс- информ, 2008. - С. 135-188.
4. Медведева, Н.В. Основные показания и противопоказания к занятиям дыхательной гимнастикой Стрельниковой для лиц с пороками сердца /Н.В.Медведева, А.Е.Бондаренко/Физическая культура, спорт, наука и образование: Материалы I всероссийской научной конференции с международным участием. Под редакцией С.С. Гуляевой, А.Ф. Сыроватской. 2017. - С. 41-44.
5. Попов, С.Н. Остеохондроз позвоночника /С.Н. Попов// Частная патология: Учебное пособие/ Под ред. С.Н. Попова. - М.: «Академия», 2004. -Гл. 33.-С. 202-215.
6. Bondarenko, A. Effectiveness of employment of respiratory gymnastics in diseases with bronchial asthma /A. Bondarenko, K. Bondarenko, T. Vorochaj// United-Journal. 2018. № 11. С. 3-8.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВЕРСИЙ ПОЛОВЫХ СОМАТОТИПОВ И ЯВЛЕНИЙ МАСКУЛИНИЗАЦИИ В ЖЕНСКОМ ТЕННИСЕ

Современный женский спорт высших достижений требует от спортсменок разных возрастных групп значительных физических усилий. Это не может не сказаться на показателях жизнедеятельности их организма [1, с. 47-51; 2]. При этом, наиболее подверженной интенсивным соматическим и психологическим изменениям, являются молодые спортсменки, в особенности пубертатного возраста, начавшие занятия спортом до наступления менструаций, а также спортсменки юношеского возраста [1, с. 47-51; 2]. В этих возрастных группах начинают формироваться процессы инверсии полового диморфизма, с явлениями маскулинизации [1, с. 47-51; 2; 3, с. 18-22; 4, с. 76-78; 5, с. 15-25].

Для оценки морфофункциональных изменений у юных спортсменок, определялись значения индекса полового диморфизма (ИПД), с выделением половых соматотипов, определение значений индекса андроморфности (ИА). Определялся также ряд таких морфофункциональных индексных значений, как индекс андрогенизации женщин (ИАЖ), индекс маскулинизации (ИМ), трохантерный индекс (ТрИ), шкала Ферримана-Галлвея для определения выраженности степени проявлений гиперандрогении.

В исследовании приняли участие спортсменки юношеского возраста ($n = 36$), занимающихся теннисом. Спортивная квалификация спортсменок, принявших участие в исследовании – от I разряда до кандидата в мастера спорта (КМС) и мастера спорта (МС). Стаж занятий данным видом спорта – 2-7 лет. Частота тренировок – 4-6 раз в неделю, от 2-х до 4-х часов. Средний возраст спортсменок – $19,58 \pm 0,68$ лет (юношеский возраст) [3, с. 18-22]. Установлено, что 9 (75,00 %) спортсменок начали свои занятия теннисом до наступления менархе. Для определения ряда морфофункциональных индексных значений, было проведено определение ряда антропометрических показателей. Длина тела в группе соответствовала показателям среднего роста и составила $165,56 \pm 0,30$ см [1, с. 47-51]. Среднее значение массы тела составило $57,45 \pm 1,18$ кг, значение ИМТ составило $20,94 \pm 0,42$ кг/см², что соответствует нормальным значениям этого показателя [1, с. 47-51]. После проведения антропометрических измерений, принятых в спортивной морфологии, и включавших определение показателей ширины плеч и ширины таза, были получены следующие результаты: ширина плеч – $34,841 \pm 0,79$ см, ширина таза – $27,05 \pm 0,23$ см. Было установлено, что у теннисисток показатели ширины плеч (ШП) значительно превышают размеры ширины их таза (ШТ). После определения антропометрических показателей ШП и ШТ, было проведено математическое исчисление значений ИПД и выделение половых соматотипов в группе, с выделением гинекоморфного, мезоморфного и андроморфного половых соматотипов [1, с. 47-51; 2; 3, с.

18-22; 4, с. 76-78; 5, с. 15-25] у спортсменок в группе. Данные о полученных значениях половых соматотипов у юных спортсменок, такие: гинекоморфный половой соматотип определён у 6 (16,67 %) спортсменок, мезоморфный – у 18 (50,00%), андроморфный – у 12 (33,33 %) спортсменок. Обращает на себя внимание тот факт, что в исследуемой группе присутствуют 30 (83,33%) спортсменок с выявленными инверсивными половыми соматотипами – мезоморфным и андроморфным и лишь у 6 (16,67%) девушек во всей группе был сохранён гинекоморфный соматотип. После опроса спортсменок, установлено, что они имеют спортивный стаж – от 1 года до 2,5 лет. У спортсменок, со стажем занятий спортом от 3 и более лет, доминируют мезоморфный и андроморфный половые соматотипы [1, с. 47-51; 2; 3, с. 18-22; 4, с. 76-78; 5, с. 15-25].

Для изучения особенностей конституционального типа возрастной эволюции организма, определялись значения трохантерного индекса (ТрИ) по методике В. Г. Штефко [6, с. 66-69]. Полученные данные по типам возрастной эволюции таковы: дисэволютивный тип был определён у 3 (8,33 %) спортсменки, гипозэволютивный тип – у 9 (25,00 %), гиперэволютивный – у 6 (16,67 %), нормозэволютивный – у 6 (16,67 %), патологический тип – у 6 (16,67 %). Также у 6 (16,67 %) девушек был определён нормозэволютивный конституциональный тип их возрастной эволюции, а у 30 (83,33%) имеются различные варианты нарушений их эволюции, с формированием соматотипов, не соответствующих их биологическому полу [6, с. 66-69]. Также определялся индекс андрогенизации женщин (ИАЖ) [3, с. 18-22], значение которого в группе составило $60,02 \pm 0,47$, что соответствует нормальным показателям гормонального баланса половых стероидов [1, с. 47-51; 3, с. 18-22]. При этом, в группе, распределение этого показателя было таким: снижение баланса стероидных половых гормонов (эстрогена) было установлено у 18 (50,00 %) спортсменок, повышение уровня андрогенов было определено у 12 (33,33 %), сбалансированный уровень андрогенов и эстрогенов был определён у 6 (16,67 %) спортсменок. Индекс маскулинности определялся по соотношению ширины плеч к ширине таза [1, с. 47-51; 5, с. 15-25]. Это соотношение во всей группе составило – $0,99 \pm 0,23$ см, что меньше показателей, которые должны быть в норме (1,15-1,23) у менструирующих женщин [1, с. 47-51; 5, с. 15-25]. Это указывает на наличие гормонального дисбаланса у спортсменок данной группы и развитие морфологических признаков первичной эстрогенной недостаточности [1, с. 47-51; 5, с. 15-25] у 18 (50,00 %). Также у 9 (25,00 %) спортсменок показатель соответствовал норме, и ещё у 9 (25,00 %) превышал её, что расценено, как признак гиперандрогении [1, с. 47-51; 5, с. 15-25]. Для уточнения вопроса наличия у исследуемых спортсменок явлений гиперандрогении, использовалась шкала Ферримана-Галлвея [1, с. 47-51]. После проведённого осмотра, значения индекса Ферримана-Галлвея (оволосение, пограничное между нормальным и избыточным) и составляющее от 8 до 12 баллов было определено у 9 (25,00%) спортсменок, отнесённых к андроморфному половому соматотипу [1, с. 47-51]. Выраженная степень проявлений гиперандрогении, с явления роста волос на лице и теле по мужскому типу, со значениями индекса Ферримана-Галлвея в диапазоне 12-18 баллов – было выявлено у 3 (8,33 %) спортсменки. У 18 (50,00 %) спортсменок, с явлениями

акне, себореи и показателями по шкале Ферримана-Галлвея менее 8 баллов, был определён мезоморфный половой соматотип.

С учётом всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Определено, что в исследуемой группе спортсменок доминируют девушки, с признаками прогрессирующими явлениями маскулинизации и гиперандрогении у большинства из них.

2. Установлено, что у 30 (83,33%) юных спортсменок, занимающихся теннисом от 3-х и более лет, уже начинают формироваться инверсивные – мезоморфный и андроморфный половые соматотипы, как результат инверсии и адаптивной перестройки, а по значениям остальных морфофункциональных показателей, у них также определены маскулинные проявления в полученных индексных значениях.

Литература

1. Абрамов В. В. Морфометричні параметри тіла юних спортсменок-батутисток / В. В. Абрамов, І. Н. Шевченко // Морфологія. 2007. № 2. Т. 1. С. 18–22.

2. Бугаевский К. А. Особенности показателей маскулинизации студенток, занимающихся физической культурой / К. А. Бугаевский // Физическая культура, спорт и здоровье в вузе / Под ред. С. А. Фирсина, Т. Ю. Маскаевой // Труды I Международной научно-практической конференции. М.: РУТ (МИИТ), 2017. С. 47-51.

3. К вопросу об инверсии показателей полового диморфизма у представительниц маскулинных видов спорта / В. Б. Мандриков, Р. П. Самусев, Е. В. Зубарева и др. // Вестник ВолгГМУ. № 4 (56). 2015. С. 76-78.

4. Нененко Н. Д. Исследование полозависимых характеристик спортсменок, представительниц феминных, макулиных и нейтральных видов спорта / Н. Д. Нененко, О. А. Абрамова, Н. В. Черницина и др. // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. С. 15-25.

5. Олейник Е. А. Женщины, спорт, здоровье. Конституциональные особенности, состояние здоровья и образ жизни женщин-спортсменок : Монография / Е.А. Олейник. Saarbrücken, Deutschland: LAP LAMBERT Academic Publishing. 2013. 163 с.

6. Павлова И. П. Морфофункциональные особенности девушек в зависимости от типа эволютивной конституции / И. П. Павлова, О. В. Филатова // Известия АлтГУ. 2014. № 3 (83). С. 66–69.

Ю.Р. Василенко, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ ЯК ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ДЛЯ ВАГІТНИХ

Проблема збереження здоров'я матері й дитини має високу медико-соціальну значимість та потребує особливої уваги до якості надання профілактичної допомоги, адже це є пріоритетним напрямком медичної науки і практичної охорони здоров'я в Україні. [7]Інтенсивний темп життя який насичений інформаційним середовищем, екологічне неблагополуччя – все це створює високий рівень щоденного стресового впливу, що

негативно відбивається на психофізіологічному стані вагітних, характеризується напруженими процесами адаптації, балансуванням на межі між здоров'ям і хворобою. У даний час мало вивчені особливості соціально-психологічного статусу вагітних жінок. Оптимізація якості життя, створення позитивних емоцій з метою забезпечення оптимальної психофізичної середовища для емоційно особистісного розвитку дитини – важливі завдання щодо підвищення ефективності існуючої до пологової допомоги вагітним [4,5]. Тому надзвичайно важливо підібрати ефективні методи фізіотерапевтичного впливу на організм вагітних.[7].

Аналіз науково-методичної літератури показав, що гідрокінезотерапія як комплексний засіб фізичної терапії позитивно впливає на організм вагітної. Виконання вправ у воді покращує фізичний, функціональний, психічний стан, а також родову діяльність. [2]. Зменшується кількість випадків внутрішньоутробної гіпоксії плоду, знижується материнська захворюваність в 2 рази, а пренатальна – в 3 рази, народжуються більш здорові малюки. [8]

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування ефективності занять гідрокінезотерапією для вагітних.

Виклад основного матеріалу. Під час вагітності в організмі жінки відбувається адаптація, що стосується практично всіх систем організму. Жінка готується до виношування плоду та пологів, у зв'язку з цим її організм має пристосуватись до перебудови діяльності функціональних систем. Під час вагітності змінюється центр ваги тіла, збільшується поперековий лордоз, слабшають і розтягуються м'язи черевного преса та тазового дна. Із додатковим навантаженням функціонують системи кровообігу й дихання, обміну речовин, виникають застійні явища у венах нижніх кінцівок і таза, сплющується поздовжнє та поперечне склепіння стоп. Тому надзвичайно важливо вірно підібрати методи фізичної терапії, щоб покращити протікання вагітності та підготувати до родів.[1].

Гідрокінезотерапія – це комплекс фізичних вправ які виконуються у воді, вони можуть бути аеробного, або психоемоційного характеру. Використовуючи водне середовище можливо підібрати вправи які будуть гармонійно впливати на організм вагітної. Якщо звернути увагу на фізичні властивості води то найважливішими є виштовхування, опір і гідростатичний тиск.

Фізичні вправи сприяють активізації обмінних процесів, а фізичні вправи у водному середовищі викликають особливі адаптаційні реакції - більш сильні, ніж на суші. Вправи у воді нормалізують центральну нервову систему, вегетативну нервову систему, покращують стан кардіореспіраторної системи, клітинного і гуморального імунітету [2,3].

Авторами [6] вивчалось питання змісту гормонів і нейромедіаторів в плазмі крові у вагітних жінок, що займаються оздоровчими процедурами. Застосовувались фізичні вправи та загартовування у воді. Дослідження цих авторів показали, що використання оздоровчих процедур під час вагітності викликало позитивні зміни обміну нейрогормональних факторів. Рівні

стресових гормонів і нейромедіаторів знизились, зміст лактогенних гормонів, навпаки, підвищувався. Таким чином, оздоровчі заходи нормалізували гормональний статус і сприяли профілактиці ендокринних порушень у вагітних жінок, що сприяло нормальному перебігу вагітності, профілактиці гормональних порушень у матері й майбутньої дитини.

Висновки: Використовуючи водне середовище можливо підібрати вправи які будуть гармонійно впливати на організм вагітної. Необхідно розширити уявлення про вплив гідрокінезотерапії у комплексі засобів для вагітних, та науково обґрунтувати необхідність застосування її у програмі фізичної терапії в умовах спеціалізованих лікувальних закладів та реабілітаційних центрів гінекологічного та акушерського профілю.

Література

1. Абрамченко, В.В. Лечебная физкультура в акушерстве и гинекологии /В.В. Абрамченко, В.М. Болотских. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2007. –220 с.
2. Аикина Л.И. Оздоровительное плавание в родовом периоде /Аикина Л.И., Аврамова И.Г.// Акушерство и гинекология. 2007. № 4. С. 34-36
3. Гидротерапия: роль погружения в воду и физических упражнений в ней / А. Т. Быков [и др.] // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – 2009. – № 1 (28). – С. 30–42.
4. Говоров, С.В. Медикосоциальные аспекты качества жизни беременных женщин и пути его улучшения: автореф. дис. канд. мед. наук /С.В. Говоров. – М., 2008. – 22 с.
5. Касьянова, О.А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству /О.А. Касьянова. –Саратов: Наука, 2009. – 15-19 с.
6. Нейрогормональный механизм воздействия оздоровительных процедур на организм беременных женщин / А. Г. Смирнова [и др.] // Физиология человека. – 2008. – Т. 34, № 3. – С. 133–136.
7. Резолюція XII з'їзду акушерів-гінекологів України „Репродуктивне здоров'я у XXI столітті” // Акушерство та гінекологія. – 2006. - №6. – С.105-107
8. Vallim A.L., Osis, M. J., Cecatti, J. C., Baciuk, E. P., Silveria, C., Cavalcante, S. R.,) Water exercise and quality of life during pregnancy. Reproductive Health, 2011, pp.8,14.

М. В. Вітомська, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ПЕРІОДУ ПЕРШОГО ДИТИНСТВА З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Проблема вивчення розладів аутистичного спектра в дитячому віці привертає все більшу увагу дослідників і лікарів загальної практики. Зростання медичної та соціальної значущості аутичних розладів пов'язано не тільки з їх більш точною діагностикою, виявленням і відповідно уточненням поширеності але і з тим, що аутизм був виявлений при різних захворюваннях, в структурі яких він нерідко виступає як психотична складова [Error! Reference source not found.].

Аутизм поширений у всіх країнах світу, за даними ООН за останні 30-40 років в більшості країн, де ведеться статистика цієї нозології, захворюваність становить 50-116 випадків на 10 тис. дітей і складає в середньому 1% [4]. За даними МОЗ України, виявлення РАС з 2006 р. по 2010 р. виросло в 2,5 разів. В наш час великий ризик розвитку РАС статистично значимо зростає зі збільшенням віку, як батька, так і матері дитини на кожні 10 років. Це дозволяє припустити, що біологічні механізми, що лежать в основі маніфестації захворювання, включають в себе появу нових мутацій, пов'язаних зі старінням організму і змінами в генетиці [3; 6].

У ряді літературних джерел згадується, що збільшення показників поширеності може бути обумовлено методологічними відмінностями в дослідженнях, змін, що відбулися в діагностиці розладів і більшою обізнаністю суспільства і професіоналів про проблему аутизму [Error! Reference source not found.].

Особливу увагу варто приділити питанню необхідності фізичних тренувань у пацієнтів з РАС. Наявні рухові порушення не тільки безпосередньо ускладнюють соціалізацію дитини, а й впливають на прояви в психічній сфері та сфері навчання. Таким чином, забезпечення дитини з ознаками аутизму, адекватним фізичним навантаженням грає істотну роль в поліпшенні якості життя.

Метою дослідження було провести аналіз результатів застосування фізичної терапії та ерготерапії у дітей періоду першого дитинства з розладами аутистичного спектра.

Було досліджено 20 хлопчиків з розладами аутистичного спектра, які сліпим методом були розділені на основну (ОГ) та контрольну (КГ) групи по 10 дітей в кожній. Ключова різниця між групами полягала у тому що ОГ після консультації невролога та психолога проходила курс реабілітації терміном в 6 місяців по 3 рази на тиждень, з спеціалістом на заняттях з фізичної терапії та ерготерапії, а КГ разом з консультацією отримувала рекомендації щодо покращення самообслуговування і соціалізації на такий же термін. Контроль за виконанням рекомендацій у КГ проводився за рахунок ведення щоденника.

Для вирішення поставлених завдань нами застосовувалися такі *методи дослідження*: аналіз спеціальної та науково-методичної літератури, контент-аналіз медичної документації, педіатрична оцінка обмежень активності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)) [5]. Отримані матеріали були оброблені адекватними математико-статистичними методами.

Мета фізичної терапії: сформувати належний рівень рухових можливостей дітей з РАС, для покращення заняттєвої активності.

Вирішувалися такі задачі: розвиток імітаційних здібностей, розвиток великої та дрібної моторики, витривалості, координації, стимулювання до виконання інструкцій, формування навичок довільної організації рухів (в просторі власного тіла і в зовнішньому просторі), виховання комунікаційних функцій і здатності взаємодіяти в колективі.

Заняття проводилися по 3 рази на тиждень, на початку занять проводилися вправи на розвиток імітаційних здібностей тривалістю по 15 хв. основна частина вправ мала тривалість від 30 до 45 хв.

Метою ерготерапевтичних заходів було досягнення максимального рівня заняттєвої активності та самостійності у заняттях її сфер.

Задачі ерготерапії при роботі серед дітей з розладами аутистичного спектру: підвищити рівень самообслуговування, сприяти формуванню навичок соціальної взаємодії та умінь колективної праці, сприяти формуванню навичок самостійності.

Акцент в ерготерапії робився на формуванні навичок у повсякденному житті. Таким чином були спрямовані дії на адаптацію навколишнього середовища. Також було розроблено індивідуальні комунікативні дошки і комунікативні альбоми, що включали фотографії, піктограми із зображенням цікавих для дитини предметів, видів діяльності.

Завдання ерготерапії щодо активності повсякденного життя включали: формування навичок самостійного прийому їжі, гігієни, одягання, користування вмикачами світла, дверними замками та защіпками.

Для формування навичок у повсякденному житті проводилися заняття по 3 рази на тиждень, тривалістю 30-60 хв., відповідно до урахування індивідуальних можливостей дитини та її віку.

Поступове оволодіння дитиною певною діяльністю пред'являло зростаючі вимоги до рівня самостійності у її виконанні.

Початкові результати за опитувальником PEDI були на досить низькому рівні у дітей як ОГ так і КГ. Так середньостатистичний показник за сферою самообслуговування у ОГ склав $44,6 \pm 1,91$ бала ($\bar{x} \pm m$), а у КГ – $43,7 \pm 1,97$ балів. Трохи більшим виявився статистичний показник сфери мобільності: у ОГ – $50,7 \pm 0,72$ бала, а у КГ – $51,7 \pm 0,87$ бала. За сферою соціальної функціональності, середньостатистичний показник у групах виявився найменшим – $23,8 \pm 1,54$ та $27,5 \pm 1,17$ балів у ОГ та КГ відповідно. Статистично значимих відмінностей між досліджуваними групами не було ($p > 0,05$).

Відповідно до результатів статистичного аналізу, під впливом проведених програм у обох групах дітей відзначалися достовірні зміни впродовж дослідження за усіма розглянутими сферами ($p < 0,01$). Проте при порівнянні заключних результатів груп були виявлені переваги ОГ за двома сферами. Так, заключне тестування виявило, що в ОГ показник сфери самообслуговування склав $60,1 \pm 1,77$ балів, а у КГ – $48,9 \pm 1,39$ балів ($p < 0,01$). Перевагу програми, котра застосовувалася у ОГ, також підтвердила достовірна відмінність ($p < 0,01$) між групами за заключними балами сфери соціальної функціональності: $47,2 \pm 1,74$ та $35 \pm 1,35$ балів у ОГ та КГ відповідно. Лише за сферою мобільності заключні результати груп статистично не відрізнялися ($p > 0,05$), а показник у ОГ склав $56,1 \pm 1,02$ балів, а у КГ – $56,8 \pm 0,63$ балів.

Порівняння груп за кількісними змінами у сферах опитувальника PEDI, тобто різниць заключних та початкових результатів, призвело до аналогічних висновків. Так у сферах самообслуговування та соціальної функціональності ОГ та КГ достовірно відрізнялися за цим показником: самообслуговування – $15,5 \pm 2,16$ та $5,2 \pm 1,34$ бала ($p < 0,01$), соціальна

функціональність - $23,4 \pm 2,85$ та $7,5 \pm 1,3$ бала ($p < 0,01$), мобільність - $5,4 \pm 0,94$ та $5,1 \pm 1,21$ бала ($p > 0,05$).

Висновки: за результатами проведеного дослідження заняття по розробленій програмі фізичної терапії та ерготерапії мали кращу ефективність у порівнянні з заняттям вдома з батьками на основі рекомендацій.

Література

1. Башина ВМ. Аутизм в детстве. Москва: Медицина; 1999. 236с.
2. Касаткин ВН, Шапошникова АФ, Письменная НВ, Бородин ЛГ, Сударикова МА. Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами аутистического спектра. Детский аутизм: исследования и практика. 2008; 26-58.
3. Марценковский ИА. Расстройства из спектра аутизма: особенности диагностики, возможности профилактики и лечения. Архив психиатрии. 2012; 18(18):84-90.
4. Gillberg C, Steffenburg S. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population - based study of 46 cases followed through puberty. J. of Autism and Developmental Disorders 1987; 17:272 - 288.
5. Haley SM, Coster WJ, Ludlow L.H, Haltiwanger J, Andrellos, P. Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, Standardization and Administration Manual. PEDI Research Group. 1992. 300 p.
6. Wing L. Sex ratios in early childhood autism and related conditions. Psy-chiatry Research. 1981; 5:129 - 137.

L. Voloshko, Ph. D. (Pedagogic), Associate Professor,
Associate Professor of physical education, sport and human health department,
Poltava National Technical Yuri Kondratyuk University
N. Shapekova, Doctor of Medicine,
Professor, Professor of the Department of Biotechnology, *L.N. Gumilyov*
Eurasian National University, Kazakhstan

OCCUPATIONAL THERAPY AS A DIRECTION OF REHABILITATION ACTIVITIES

The Cabinet of Ministers of Ukraine included occupational therapy to the list of physical rehabilitation services, which was provided to the people with impaired locomotor apparatus and nervous system since 2006, however, Ukrainian higher education institutions did not train specialists in this specialty. CMU Resolution No. 53 of 01.02.2017 has enacted a new specialty 277 "Physical Therapy, Occupational therapy", which will fill the labor market with the demanded occupational therapists specialists in the field of healthcare. In Ukraine, as well as in Kazakhstan, occupational therapy as a sphere of professional activity is uncommon, but relevant in the market for rehabilitation services, so this topic is being actively discussed by scientists at various conferences.

Occupational therapy as a profession arose in the 20th century. Most authors agree that this profession was first introduced in the field of psychiatry in the late XVIII-XIX c. In 1917, the American National Society for the

Promotion of the Promotion of Occupational Therapy was founded. After the Second World War, when the world community faced the problem of massive disability of people of working age, national organizations of occupational therapy began to appear in many countries. In 1952 the World Federation of Occupational Therapies (WFOT) was established. There is also the Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC – <http://www.coteceurope.eu>), which publishes special journals, congresses and conferences. COTEC was established in 1986 to coordinate the views of the National Association of Professional Therapies of the then member countries of the European Communities. In 1983, the European Council in Brussels agreed that "mutual recognition of diplomas is an important step in creating satisfactory conditions for the pursuit of a number of occupations," including professional therapists. In Malta, the first General Assembly of COTEC was held in Malta in 2013. In 2016, the first COTEC ENOTHE congress in Ireland was held. Occupational therapy has been successfully developed in Australia, Canada, the United States, and Sweden.

The analysis of literature in recent years has shown a lack of consensus among scholars regarding the interpretation of the term "ergotherapy". In Russia, this type of activity is defined as "occupational therapy". Ukrainian scholars define ergotherapy as employment therapy. Other researchers use the terms "ergotherapy" as "occupational therapy", "healing by labor," referring to the process of performing this type of activity [1].

The modern system of physical and social rehabilitation is patient-centric and includes a new approach to rehabilitation – occupational therapy – improving the quality of life of people with a health deviation. Occupational therapy helps people of all ages with a disease, cognitive impairment, and physical defects to be as independent as possible. The purpose of occupational therapy is not only the restoration of lost functions, but also adaptation to normal life and mobility in everyday life. The tasks of occupational therapy include: the detection of existing disorders, development of functional capabilities of man through the use of special devices. For this purpose, modern technologies of medicine, pedagogy, psychology, sociology, ergonomics and other sciences are used; therefore, occupational therapy is an interdisciplinary branch.

Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement (*WFOT 2012*) [2].

Occupational therapy is based on the following principles: 1) an individual approach – when planning the rehabilitation process, the needs and interests of the person in need of help are taken into account; 2) scientifically grounded and culturally oriented practice – use of modern scientific achievements; 3) integrity – the application of an interdisciplinary approach, involving a person in meaningful employment, which will positively affect her health, well-being and bring her life satisfaction.

In the domestic system of rehabilitation three main forms of occupational therapy are distinguished: 1) consolidating, aimed at increasing the vital tone of the patient; 2) restorative (functional) – based on the prevention of motor disorders or restoration of temporarily reduced functions of the motor apparatus through the development of the lost function, the launch of compensatory mechanisms; 3) professional (production), which facilitates the restoration of the affected by the disease of production skills. In this kind of occupational therapy the professional capabilities of patients are evaluated; patients, which have with lost professional ability or its partial sustained reduction, can be prepared for the training of a new profession [1].

The program of occupational therapy is usually carried out in a natural environment for the person, since the performance of any task depends on the motivation of the patient and the environment in which it occurs. The occupational therapist can adapt the objects used by the patient (clothes, computer), the situation (to install the handrails, to pick furniture, to change the location of items in the room, etc.) or to pick up the necessary special equipment.

Occupational therapy is sufficient to be applied when the patient experiences problems with self-care, work and leisure. Medical, physical, psychological, professional measures of a restorative nature, aimed at preventing the progress of pathologies, eliminating or maximally compensating for limitation of life, rehabilitation of health and work skills will be implemented with the help of occupational therapists.

Література

1. Європейські стандарти української реабілітології. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe?
2. Definition of Occupational therapy. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy>

Н.О. Ворожбит, магістрантка

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Рак молочної залози (РМЗ) в структурі онкологічної захворюваності жіночого населення займає провідні позиції. За останні роки досягнуто певний успіх в лікуванні хворих на цю патологію. В даний час більш 2 млн. жінок в світі практично здорові після радикального лікування з приводу РМЗ. Серед них майже 60% складають пацієнтки працездатного віку. Основним методом лікування хворих на РМЗ є радикальне хірургічне втручання, яке виконується відповідно до принципу хірургічного радикалізму: «видалення одним блоком первинної пухлини разом з оточуючими її лімфатичними судинами і вузлами, що містять ракові емболи, які проникли в них через лімфатичні шляхи» [3]. При місцево розповсюдженному пухлинному процесі етап радикальної мастектомії

передбачає видалення значної частини підшкірної жирової клітковини з великими ділянками шкіри, лімфатичними вузлами і судинами пахвової, підключичної і підлопаткової областей, а також великого та малого грудних м'язів. Дана операція є не тільки радикальною, а й такою, що призводить до каліцтва, тому що перетинаються лімфатичні шляхи, видаляються лімфатичні вузли, пошкоджуються нерви і нервові стовбури, травмується судинно-нервовий пучок, формуються грубі післяопераційні рубці. Одне з провідних місць в лікуванні хворих на РМЗ займає променева терапія. Проводиться опромінення молочної залози або післяопераційного рубця і зон регіонарного метастазування. Великі хірургічні втручання, променева і лікарська терапія, що застосовуються при раку молочної залози, призводять до серйозних соматичних і психологічних порушень. Тому є актуальною розробка сучасних методів реабілітації даної категорії хворих [1].

Мета роботи – визначити напрямки реабілітації та застосування фізичної терапії у комплексному відновленні жінок після мастектомії.

Виклад основного матеріалу. Великі хірургічні втручання, променева і лікарська терапія дозволяють вилікувати дуже багато хворих, але, на жаль, призводять до серйозних порушень різних функцій організму, які трактуються як постмастектомічний синдром, що включає постмастектомічний дефект, лімфостаз верхньої кінцівки, що розвивається у 35-40% пролікованих жінок; плечові плексити і нейропатії – у 1,2-11%; обмеження амплітуди руху в плечовому суглобі – у 39,7%; у 25% жінок спостерігається важка психологічна депресія [1, 2]. У пацієнток спостерігаються порушення постави, зниження м'язової сили, атрофія м'язів плечового поясу, тугорухливість, обмеження у відведенні і зовнішній ротації плеча, больовий синдром в області плечового суглоба на боці операції, зустрічається так звана «крилоподібна лопатка», обумовлена нейромоторним ушкодженнями, можливе порушення синкінезій верхньої кінцівки при ходьбі. Мастектомія призводить до фізичного дефекту: западає підключична область, неестетично контуровані ребра передньої грудної стінки. Безумовно, зовнішній вигляд погіршують грубі післяопераційні рубці в області видаленої молочної залози, в тому числі і з постлучовими виразками [3].

Більшість пацієнток, пролікованих з приводу РМЗ, потребує реабілітації, тобто системи медичних, психологічних та інших заходів, мета яких – можливо повне і раннє відновлення здоров'я і повернення жінки до повноцінного сімейного та суспільного життя. Програму реабілітації розробляють окремо для кожної хворої з урахуванням її загального стану, віку, стадії процесу, професії й умов праці. Реабілітація повинна бути комплексною, а в реабілітаційній програмі необхідна участь хірурга, радіолога, хіміотерапевта, психолога і фізичного терапевта. У зв'язку з тим, що в міру збільшення часового інтервалу після радикального лікування РМЗ відбувається наростання патологічних змін в тканинах, особливе значення має проведення реабілітаційних заходів в максимально ранні терміни.

Компонентами реабілітаційної програми є реконструктивно-пластичні операції, зовнішнє протезування молочних залоз, лікування рецидивуючої бешихи, тугорухливості плеча, а також астено-депресивного

стану. Вибір методів реабілітації вимагає індивідуального підходу, визначається конкретною клінічною ситуацією і, багато в чому, бажанням пацієнтки. Хорошим методом боротьби з післяопераційними ускладненнями є засоби фізичної терапії. Їх застосування повинно починатися з перших днів після мастектомії: спочатку за участю фахівця, а потім самостійно. Ранній і підконтрольний початок занять фізичними вправами вважається найбільш перспективним методом відновлення працездатності хворих після мастектомії. Обсяг можливого навантаження повинен узгоджуватися фахівцем з фізичної терапії з лікарем хворої. Замість спокою кінцівки на стороні операції необхідні рухи нею: спочатку обережні, до появи больових відчуттів, а потім зі збільшенням амплітуди. Рухи в плечовому і ліктьовому суглобах, відведення і підняття руки спочатку здійснюються хворою за допомогою своєї здорової руки, а потім самостійно, без підтримки. При дозуванні фізичних вправ потрібен індивідуальний підхід з урахуванням вираженості набряку, вікових особливостей організму, супутніх захворювань, рівня загальної тренуваності хворої. Слід пам'ятати, що основна мета будь-якої реабілітаційної програми – повернення пацієнтки до її колишнього способу життя. Одним з важливих елементів даної програми є соціальна реадaptaція хворої. Тому постановка цілей фізіотерапевтичного втручання має проводитися з урахуванням індивідуального запиту пацієнтки на рівні активності та участі відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

Висновки. Застосування системи післяопераційних заходів в жінок після мастектомії дозволяє вже на ранньому етапі забезпечити високу якість життя, нівелювати косметичні дефекти, усунути психоемоційну нестабільність і знизити фактори інвалідизації, що на сьогоднішній день представляє не тільки особистісну, а й соціальну проблему.

Література

1. Грушина Т. И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия / Т. И. Грушина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 240 с.
2. Левченко К. П. Современные методы дифференцированного подхода к реабилитации пациенток после радикальной мастэктомии: Всероссийская науч.-практич. конф. 13-14 мая, 2004 г. / К. П. Левченко, А. М. Поздняков / под ред. В. И. Петрова. – Волгоград: ВолГМУ, 2004. – С. 213-214.
3. Луд Н.Г. Реабилитация больных раком молочной железы / Н.Г. Луд, Л.Н. Луд // Вестник ВГМУ. – 2008. – Т.7. - №3. – С. 1 – 17.

Є.А. Воронюк, студентка магістратури
Національний університет фізичного виховання і спорту України

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИВИХУ АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СУГЛОБА

Пошкодження акроміально-ключичного суглоба (АКС) є важливою та актуальною проблемою в сучасному житті суспільства. Від часу

Гіпократа до сьогодні продовжується вивчення цієї патології та розробка методів її лікування.

Проблема лікування травм АКС має дві важливі складові, які надають їй актуальності. З одного боку, ушкодження цілісності даної анатомічної структури, є поширеним, особливо серед молодих пацієнтів, у віці до 30 років, які займаються спортом або мають активний спосіб життя, та досягає 9-13% серед усіх ушкоджень плечового поясу. Більш ніж половина від всіх ушкоджень АКС трапляється, у відношенні один к п'яти (1:5) по статевій приналежності, де чоловікам належить більшість.

Розрив зв'язок АКС (ключично-кльовоподібної та ключично-акроміальної) призводить до вивиху однойменного кінця ключиці та складає від 3-15% до 19% від зайвої кількості вивихів в суглобах верхніх кінцівок та 8% від загальних вивихів ОРА. Займає по частоті третє місце після вивихів в плечовому та ліктьовому суглобах. Загальними причинами травмування АКС є падіння на витягнуту руку та плечовий суглоб з приведеною кінцівкою, рідше-травмою контрлатерального суглоба.

У випадках, коли ушкодження обмежуються ізольованим розривом ключично-акроміальної зв'язки, відмічається неповний (підакроміальний) вивих або сублюксація акроміального кінця ключиці. Підступна травма, призводить не тільки до больового синдрому у наступному, а і до різного походження слабо диференціюючих нестабільностей, які призводять до вимушеної зміни активного способу життя (праці) або закінченню спортивної діяльності (важка атлетика, командні види спорту).

Якщо рвуться потужні порції ключично-кльововидної зв'язки (трапецеподібна та конусоподібна), то відбувається повний (надакроміальний) вивих ключиці. Ретракція трапецеподібного м'яза зміщує ключицю до верху та до заду лопатки, та вся верхня кінцівка в вертикальному положенні хворого в силу ваги зміщується донизу. При ушкодженні АКС широко розповсюджені ускладнення в обох підходах до лікування (консервативний та хірургічний) що досить часто описуються в літературі. Та незважаючи на велику кількість хірургічних технік для різних варіантів ушкодження АКС (від відносної нестабільності та ізольованого розриву акроміально-ключичної зв'язки до повного вивиху ключиці, ускладненого м'язовим перехльостом професійне співтовариство медиків так і не знайшло єдиного стандарту лікування.

Запропоновано більш ніж 300 різних способів фіксації акроміального кінця ключиці, що свідчить про наявність існуючих недоліків кожного з них, крім того, в значній кількості спостерігається 16,5-35,2% коли повного відновлення функцій не відбувається, що свідчить об актуальності розробки нових способів лікування та реабілітації.

З другого боку, травмування та порушення складних біомеханічних властивостей в АКС, порушує функціональні можливості рухового апарату усього поясу верхніх кінцівок, та провокує рецидиви вивиху, при цьому ушкоджений капсульно-зв'язувальний апарат не в змозі зберегти стабільність, що призводить до ускладнень в лікуванні цієї патології та рецидивів. Проблема повернення до активного життя пацієнтів після ушкоджень АКС була та залишається гострою до сьогодні.

Більшість хворих з вивихом АКС – це люди молодого віку: спортсмени, люди, праця яких зв'язана з підняттям важких предметів вище рівня плечового поясу.

Таким чином для більш повної соціальної адаптації пацієнтів необхідні підвищені вимоги до якості лікування та фізичної реабілітації, що має велике соціальне та економічне значення.

У зв'язку з цим широке поширення в клінічній практиці одержали методи фізичної реабілітації, що дозволяють досягти відновлення працездатності у 80% хворих і знизити відсоток ускладнень та інвалідизації. Вибір нераціональних методів лікування, недостатнє використання реабілітаційних методів, призводить до порушення функції верхньої кінцівки, розвитку посттравматичного деформуючого артрозу та хронічного больового синдрому.

Основою комплексної програми фізичної реабілітації пацієнтів після ушкодження АКС є лікувальна фізична культура.

Існує чимало досліджень, що розвивають проблему пошуку і розробки оптимальних програм реабілітації хворих, після вивиху АКС. Разом з тим, багато питань залишаються актуальними як в клінічному, так і в організаційному аспектах. На сьогоднішній день в розряд значущих питань потрапляють вивчення ефективності реабілітації, підбір оптимальних програм реабілітації та їх диференційоване призначення.

Об'єкт дослідження – процес фізичної реабілітації осіб, що мають вивих АКС.

Предмет дослідження – структура і зміст програм фізичної реабілітації для осіб, що перенесли вивих АКС.

Мета роботи – обґрунтування та розробка комплексної програми фізичної реабілітації із застосуванням засобів психокорекції для осіб, що мають вивих АКС.

Завдання роботи:

1. Систематизувати та узагальнити сучасні науково-методичні знання та результати практичного вітчизняного та зарубіжного досвіду з питання застосування засобів відновлювальної терапії у хворих при вивихах АКС.

2. За даними літератури вивчити особливості застосування засобів і методів фізичної реабілітації в осіб, що перенесли вивих АКС.

3. Теоретично обґрунтувати і скласти комплексну програму фізичної реабілітації із застосуванням засобів психокорекції для осіб, що перенесли вивих АКС.

4. Оцінити ефективність розробленої програми

Теоретична значущість роботи полягає в обґрунтуванні комплексної програми фізичної реабілітації для осіб, що перенесли вивих АКС, спрямованої на підвищення ефективності відновного лікування та попередження розвитку ускладнень.

Практична значущість результатів дослідження полягає у розробці програми фізичної реабілітації для осіб, що перенесли вивих АКС із застосуванням різноманітних засобів кінезіотерапії, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур поєднаних із засобами психокорекції.

Розроблена програма може використовуватись у лікувальних закладах, у профілакторіях та санаторіях, а також у домашніх умовах.

Література

1. Болтарев Р.Т. Лечение вывихов акромиального конца ключицы. Р. Т. Болтарев и др. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. Ташкент; – 2012. С.112-113.
2. Гориневская, В. В. Вывихи ключицы / Основы травматологии. Москва: Медицина; – 2013. 791 с.
3. Махов А.С. Адаптивный спорт в России и за рубежом: становление, организация, регулирование: монография Махов А.С. – Москва: Изд-во Рос; Ун-та дружбы народов; – 2011. 179 с.
4. Бабич Б. К. Механические предпосылки и обоснования к вывиху акромиального конца ключицы. В. Бабич Б. К., Песис А. С. Ортопедия, травматология и протезирование; – 2011. № 1. С. 60-66.

А.А. Гітун, студентка групи 201-пГЗ
Науковий керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ

На сьогодні проблема порушень постави є однією з найбільш поширених у медицині. За даними спеціалістів, поширення порушень постави серед дітей, підлітків і молоді досягає 80-90%. Це пов'язано зі зменшенням рухової активності сучасної молоді. На правильність постави впливає також порушення м'язової рівноваги, порушення обміну сполучної тканини, порушення росту тіл хребців і т.п. [1].

Насамперед, постава залежить від положення голови і плечового пояса, форми та гнучкості хребта, кута нахилу тазу, стану м'язів та зв'язок. Постава молоді людини формується у процесі росту та розвитку організму і здатна змінюватися під впливом умов побуту, навчання чи праці, занять фізичною культурою. Тому все більшої популярності сьогодні набуває фізична реабілітація, і взагалі заняття фізичними вправами для профілактики подібних патологій [5].

Методи та ефективність впливу фізичної реабілітації для людей з порушеннями постави досліджували у своїх працях різні вчені: Р. Т. Раєвський, С. М. Канишевський, М. Г. Плинова, Н. М. Амосов. Роль теорії функціональних систем у фізичній реабілітації подано у праці О. М. Зінов'єва.

Як зазначають А. Д. Ібатов та С. В. Пушкіна, відхилення від нормальної постави називається порушеннями або дефектами постави.

Вони пов'язані з функціональними змінами опорно-рухового апарату, при якому утворюються умовно-рефлекторні зв'язки, що закріплюють неправильне положення тіла, а навичка правильної постави втрачається [1]. Порушення постави – це не захворювання, а стан, який при своєчасному лікуванні не прогресує і є зворотнім процесом.

Як вважають Г. В. Сторкін та В. О. Кашуба, при порушеннях постави хребет деформується, навантаження на суглоби, м'язи, зв'язки розподіляється неправильно, тому страждає весь опорно-руховий апарат, погіршується ресорна функція хребта, що призводить до постійних мікротравм головного й спинного мозку під час ходьби, бігу й інших рухів, негативно позначається на вищій нервовій діяльності. Більшість спеціалістів дотримуються думки, що найбільшу відновну цінність має комплекс засобів, який включає різні види фізичних вправ з лікувальною метою, в тісному взаємозв'язку з фізичними чинниками.

Постава є свідченням здоров'я людини, запорукою оптимального положення і функціонування внутрішніх органів. На перших стадіях викривлення хребта майже непомітне і невідчутне. Але якщо на це не звернути увагу і не вжити відповідних заходів, це може призвести до різноманітних захворювань.

В основі порушення постави насамперед лежить дисбаланс м'язової системи дитини, зокрема слабкість м'язового корсету. Тому використання фізичних вправ з метою гармонійного розвитку дитини та зміцнення опорно-рухового апарату є актуальною проблемою теорії та методики фізичної реабілітації.

Важливо, щоб комплекс вправ для фізичної реабілітації включав вправи для всіх частин тіла та виконувався систематично. Призначення різних методів фізичної реабілітації визначається характером перебігу захворювання, загальним станом хворого, періодом та етапом реабілітації під час деформацій опорно-рухового апарату. Термін та складність виконання вправ визначається фахівцем з фізичної реабілітації.

Лікування дефектів постави комплексне. Воно передбачає використання ЛФК разом з масажем, фізіотерапією, загартовуванням, гігієнічними та оздоровчими заходами у режимі навчання, праці та відпочинку. Головним діючим чинником серед наведеного переліку є фізичні вправи. Необхідність їх застосування зумовлюється багатостороннім впливом на організм.

Завдання ЛФК при лікуванні дефектів постави: корекція наявного дефекту постави (виправлення кута нахилу таза, порушень фізіологічної кривизни хребта, положення грудної клітки, живота, лопаток і голови), супутніх деформацій, розвантаження хребта і збільшення його рухливості, підвищення силової витривалості м'язів всього тіла, зміцнення «м'язового корсету», зокрема, вироблення м'язово-суглобового відчуття і на підставі цього формування та закріплення навички правильної постави, поліпшення функції кардіореспіраторної системи (тренування загальної витривалості), фізичного розвитку, зміцнення та оздоровлення всього організму; нормалізація психоемоційного стану хворого. Для вирішення

поставлених завдань використовують весь арсенал засобів ЛФК: фізичні вправи – загальнозміцнюючі, спеціальні, спортивно-прикладні, дихальні, ігри, механотерапію. Активно використовують природні фактори і масаж [3].

Вчасно призначені, проведені в повному обсязі та регулярно реабілітаційні заходи при порушеннях постави є досить ефективними для профілактики розвитку захворювань хребта і функціонування внутрішніх органів.

Література

1. Белохвостова Г. П. Организация раннего выявления, лечения и профилактики пороков осанки и сколиозов в условиях городского врачебно-физкультурного диспансера / Г. П. Белохвостова, Г. С. Егоров // Здоровье. – 2001. – № 9. – С. 2-3.
2. Гулбані Р. Ш. Корекція постави студентів 18-19 років шляхом зміцнення «м'язового корсету» / Р. Ш. Гулбані, А. О. Коса // Збірник наукових праць Класичного приватного університету, м. Запоріжжя – 2010. – С. 40-42.
3. ЛФК при лікуванні дефектів постави [Електронний ресурс] // Медичний портал MedicLab. – Режим доступу до статті: <http://mediclab.com.ua/index.php?newsid=4646>
4. Матвійчук В. М. Використання методів фізичної реабілітації молоді з функціональними порушеннями постави в контексті процесу навчання у ВНЗ / В. М. Матвійчук // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна" – 2010.
5. Порушення постави у студентів та фітнес [Електронний ресурс] // MegaSite.In.UA Статті, поради, інструкції. – Режим доступу до статті: <http://megasite.in.ua/16210-porushennya-postavi-u-studentiv-ta-fitness-fitness-postava-skoleoz.html>
6. Христова Т. Є. Фізична реабілітація дітей середнього шкільного віку з порушеннями постави / Т. Є. Христова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 2. – С. 142-150.

О.В. Гнатенко, магістрантка

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ПІДГОТОВКА ЖІНОК ДО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Кесарів розтин - це операція народження плоду шляхом вилучення через розріз черевної стінки і матки. Травматизація матки під час хірургічного втручання, набряк, наявність крововиливів в області шва, велика кількість шовного матеріалу уповільнюють інволюцію матки і не рідко призводять до виникнення післяопераційних гнійно-септичних ускладнень в області малого тазу з залученням в процес матки і придатків. Ці ускладнення після кесаревого розтину зустрічаються в 8-10 разів частіше, ніж після піхвових пологів. Різні післяопераційні ускладнення можуть надалі впливати на репродуктивну функцію жінки, призвести до

порушення менструального циклу, синдрому тазових болів, не виношування, безплідності.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз і висвітлення даних спеціальної літератури.

Результати досліджень. Для ефективного повернення жінок після кесаревого розтину до нормального життя, до побутових і трудових процесів важливо знати принципи медичної та фізичної підготовки та реабілітації, педагогіку, методику фізичної культури, механізми фізіологічної адаптації організму до фізичних навантажень. Необхідно володіти сучасними знаннями, теоретичними і практичними навичками для досягнення максимальних результатів.

За останні роки, частота кесаревого розтину значно зросла, як в наслідок розширення показань до операції з боку плода так і зменшення протипоказань до неї, і складає в акушерських закладах України 10-20% від загальної кількості пологів. В США та країнах Європи це друга за розповсюдженістю хірургічна операція що складає 20-25% від всіх розроджень. Проте, незважаючи на удосконалення техніки операції, знеболення, частота ускладнень залишається досить високою.

Висновки. Для того щоб жінка після кесаревого розтину швидко і ефективно відновила, потрібно правильно підготуватися до такого способу розродження. Тому в край необхідно розробити комплексну програму підготовки жінки до кесаревого розтину засобами фізичної терапії, що в подальшому дозволить краще відновитись.

Тому вихідний стан здоров'я жінки, вибір раціонального методу підготовки до кесаревого розтину і техніки виконання операції, призводять до сприятливих результатів після оперативного розродження. Необхідно додатково, під коректувати раціон харчування, забезпечити повну впевненість і спокій жінці. Ці комплексні підготовчі заходи допоможуть кожній жінці краще перенести саму операцію і швидше відновитись після неї, що і визначає актуальність дипломної роботи.

Література

- 1 .Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесаріврозтин» (Наказ МОЗ України №977 від 27.12.2011).— Київ, 2012.— 16 с.
3. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
4. Могилевкина И.А., Шпатусько Н.И., Ханча Ф.А. Кесарево сечение по методике MisgavLadach для повышения безопасности оперативного родоразрешения // Репродуктивное здоровье женщины. — 2003. — №3. — С. 51-55.
5. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения. — М.: Миклош, 2007. — 168 с.
6. Чурилов А., Бутина Л. Современные аспекты кесарева сечения у беременных с инфекционным риском // Зтурботою про жінку.— 2011.— №3.— 2011. — с. 3-6 .

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ЗІ СПИНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ ХРЕБТА НА ПОПЕРЕКОВОМУ РІВНІ

Постановка проблеми. Спинальна травма хребта важке ураження, у 75 – 90 % випадків призводить до інвалідності I чи II групи. Найбільш вразливим при травмі хребта є поперековий відділ. Основними синдромами травматичної хвороби спинного мозку (ТХСМ) на рівні поперекового відділу хребта є порушення опорно-рухової функції, чутливі розлади, больові феномени, дисфункція тазових органів та трофічні порушення. Відновне лікування осіб з ураженням хребта та спинного мозку є тривалим і складним процесом, що потребує послідовного переходу з одного періоду до іншого. Позитивним результатом цього процесу вважається повернення людини до соціально активного життя [1,2]. Особливої гостроти це питання набуває у зв'язку із політичними та військовими подіями в державі на Сході України. Окрім основних причин ТХСМ, якими до 2014 року були дорожньо-транспортні пригоди, спортивний травматизм, падіння з висоти, сьогодні близько 10 % травм спричинені вогнепальними пораненнями [3].

Незважаючи на певні успіхи у відновному лікуванні хворих з ТХСМ, проблема рухових розладів – найважливіший фактор, що обумовлює інвалідизацію, залишається недостатньо вивченою. Проте проведений аналіз наукової літератури свідчить, одним із методів відновлення є Кабат, запропонований ще в 50-ті роки ХХ століття. Для корекції рухового дефіциту та покращення якості життя хворих з хребетно-спинальною травмою на поперековому рівні, створення програми фізичної терапії з включенням методу Кабат (пропріоцептивної фасилітації). *Метою* даного дослідження є визначення ефективності застосування методу Кабат у комплексній програмі фізичної терапії осіб зі спинальною травмою хребта на поперековому рівні у пізньому періоді.

Методи дослідження. Робота виконана на базі відділення нейрореабілітації КМКЛ № 18. У дослідженні брали участь 13 пацієнтів з давниною пошкодження спинного мозку на поперековому рівні від 6 до 9 місяців, чоловічої статі, віком від 21 до 46 років. Пацієнти були розділені на дві групи – контрольну (6 осіб) та досліджувану (7 осіб). Контрольна група займалася за стандартною методикою лікувального закладу, досліджувана – за розробленою програмою, удосконаленою методикою пропріоцептивної фасилітації. Оцінка функціональної спроможності хворих проводилася за індексом щоденної діяльності Бартел та модифікованою шкалою Ренкіна. Перевірка достовірності даних визначалася за критерієм Манна-Уїтні.

Результати дослідження. На початку дослідження, в контрольній та досліджувальній групах суттєвих відмінностей в показниках функціональної спроможності та незалежності хворих не спостерігалось. Досліджувані мали низький вихідний рівень активності. Крім того, у пацієнтів спостерігалось порушення роботи кишечника та сечовипускання. При складанні комплексної програми фізичної терапії для осіб з ТХСМ у пізньому періоді ми керувалися

не тільки клінічними аспектами основних порушень, а враховували етіологію та патогенез. Для підвищення результативності розробленої програми при постановці індивідуальних короткострокових та довгострокових цілей для пацієнтів використовували методичні підходи за концепцією Міжнародної Класифікації Функціонування (МКФ).

Після курсу відновного лікування за індексом Бартел: догляд за собою (годування, умивання, одягання), виконання туалету (догляд за сечовим міхуром), рух (ходьба або управління візком), психологічна стабільність; та за модифікованою шкалою Ренкіна відмічена позитивна динаміка показників соціальної сфери у представників досліджувальної групи. І навпаки, у контрольній групі бажаних результатів не було отримано.

Висновки. Тактика побудови відновно-реабілітаційних програм для осіб з наслідками спинальної травми на поперековому відділі хребта у пізньому періоді передбачає поетапний вплив відновлення, компенсацію основних функцій самообслуговування і переміщення до рівня обумовленого вихідними функціональними можливостями людини. Запропонована програма, вдосконалена методом пропріоцептивної фасилітації, у порівнянні зі стандартною схемою відновного лікування сприяє зменшенню функціональних порушень, підвищує ступінь самообслуговування та дозволяє досягнути більшої соціальної незалежності хворих з травматичною хворобою спинного мозку у пізньому періоді.

Література

1. Богдановська Н. В. Сучасні технології в реабілітації хворих із спинномозковою травмою. Вісник Запорізького національного університету. – 2012. – № 2(8). – С. 117–124
2. Крук Б., Рокошевська В., Білянський О., Герцик А. Особливості організації процесу фізичної реабілітації осіб із хребетно-спинномозковою травмою в умовах стаціонару. Спортивна наука України. – 2015. – № 2 (66). – С. 17–21.
3. Цимбалюк В. І., Троян О. І., Комарницький В. П. Аналіз результатів хірургічного лікування учасників антитерористичної операції на Сході України з вогнепальними пораненнями спинного мозку та периферичних нервів із застосуванням електростимуляції. Хірургія України. - 2017. - №3 (63). - С. 7-12.

С.Г. Грушин, магістр

Національний університет фізичного виховання і спорту України

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ОСТЕОПАТИЧНИХ ТЕХНІК У КОМПЛЕКСІ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ З ЦЕРВІКАЛГІЯМИ

Згідно з міжнародною термінологією локальний біль у шії називають цервікалгією. Цервікалгія – є одним із видів дорсалгій [1]. Її поширеність складає 5,9-38%; щорічна захворюваність становить 10,4-21,3%; ще 14,2-71% людей коли-небудь протягом життя відзначають біль в шії [2]. У середньому, тривалість болю становить близько 10 днів; у 70% пацієнтів больовий синдром регресує протягом 1 міс, а в 10% випадків біль має хронічний характер і триває більше 3 міс [3,4].

Цервікалгія має тенденцію до персистування і рекурентного перебігу протягом багатьох років після першого епізоду більш ніж в 60% випадків [5], що визначає її відчутний вплив на якість життя пацієнтів. Більш ніж у 50-75% пацієнтів з цервікалгіями протягом 1-5 років виникають повторні загострення [6]. Найбільша їх частота відзначається у віковій групі 35-49 років, ця тенденція незначно знижується з віком [7]. Жінки страждають частіше, ніж чоловіки [8], проте в динаміці больового синдрому і прогнозі захворювання гендерних відмінностей не виявлено. Збільшують ймовірність проявів цервікалгії малорухомий спосіб життя, депресивні і тривожні розлади, незадовільні умови праці й організація робочого місця, а також ряд офісних професій [9].

Біль в шії - це перший і основний симптом, що сигналізує про наявність того чи іншого захворювання в шийному відділі хребта чи оточуючих його тканинах, та супроводжуються обмеженням його рухомості, підвищеною напругою м'язів плечового поясу й шії та іноді корінцевими ознаками ураження верхніх кінцівок, а також вегетативними розладами [10]. Для лікування цервікалгії та пов'язаних з нею розладів існує багато методів. Часто найкращим підходом є «поліпрагмазія», тобто стратегія багатокомпонентного лікування [11].

Остеопатія широко використовується для лікування та профілактики симптомів болю [12,13]. Остеопатичні техніки є терапевтичним використанням різних методів для покращення фізіологічних функцій і відновлення гомеостазу [14,15]. Є дослідження, що вказують на протизапальну дію остеопатичних технік [16,17], та їх вплив на вегетативну нервову систему [18].

Метою роботи було провести аналіз впливу застосування остеопатичних технік у комплексі програми фізичної терапії осіб другого періоду зрілого віку з цервікалгіями.

Було досліджено 10 чоловіків віком від 35 до 49 років з цервікалгіями, які сліпим методом були розділені на дві групи. Контрольну групу (КГ) – складали пацієнти які отримували традиційні методи та засоби фізичної терапії, а основну (ОГ) – особи, в комплексі програми фізичної терапії яких додатково застосовувались остеопатичні техніки (трастові маніпуляції у сегментах шийних хребців, м'язово-енергетичні техніки, краніо-сакральна терапія, пост-ізометрична релаксація, сегментарний масаж). Оцінка ефективності впливу програми фізичної терапії проводилась через 21 днів застосування.

Для вирішення поставлених завдань нами використовувались такі методи дослідження: аналіз спеціальної та науково-методичної літератури, контент-аналіз медичної документації, оцінка болю по візуальній аналоговій шкалі (ВАШ), мануально-м'язове тестування, функціональні тестування (тест на тракцію, тест Гліссона, тести на екстензію та флексію шії в положенні лежачи, сидячи та стоячи). Отримані матеріали були оброблені адекватними методами математичної статистики.

В результаті проведеного дослідження з'ясувалося, що після трьох тижнів використання комплексу програми фізичної терапії у пацієнтів обох груп було визначено достовірне зменшення болі по ВАШ у порівнянні з попередніми даними. Усунення обмежень рухомості в шийному відділі хребта (флексії, нахилів, ротації) відзначалося статистично значущим тільки у пацієнтів ОГ, в той час як в КГ воно тільки мало тенденцію до зменшення.

Таким чином додаткове застосування остеопатичних технік у комплексі програми фізичної терапії пацієнтів з цервікаліями дає переваги у досягненні відновлення за більш короткий час. Для з'ясування впливу запропонованої програми на довготривалий стан хворих потрібні додаткові дослідження.

Література

1. Табеева РГ. Цервикалгии, цервикокраниалгии и цервигогенные головные боли. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;6(2):90-6.
2. Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature. Eur Spine J. 2006;15:834-48.
3. Вейн АМ. Болевые синдромы в неврологической практике. М.: МЕДпрессинформ;1999. 365 с.
4. Adams R., Victor M., Ropper A. Pain in the back, neck and extremities. Principles of neurology. Pain. 1997;194-225.
5. Core D, Sepic S, Gardner G, Murray MP. Neck pain: a long-term follow-up of 205 patients. Spine (Phila Pa 1976). 1987;12(1):1-5.
6. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010. Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. J Manipulative Physiol Ther. 2009 Feb;32(2 Suppl):87-96.
7. Hoy DG, Protani M, De R. The epidemiology of neck pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010 Dec;24(6):783-92.
8. Croft PR, Lewis M, Papageorgiou AC, et al. Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population. Pain. 2001;93:317-25.
9. Binder AI. Neck pain. Clin Evid (Internet). 2008 Aug 4;2008:pii:1103
10. Яхно НН, Кукушкин МЛ. Боль (практическое руководство для врачей). Москва: Изд-во РАМН; 2012. 512 с.
11. Кремер Ю. Заболевания межпозвонковых дисков/ Юргер Кремер; пер.с англ.; под общ. ред. проф. В.А. Широкова. Москва: МЕДпресс-информ; 2013. 109-71 с.
12. Licciardone JC, Minotti DE, Gatchel RJ, Kearns CM, Singh KP. Остеопатическое ручное лечение и ультразвуковая терапия при хронической боли в пояснице: рандомизированное контролируемое исследование. Ann Fam Med. 2013;11:122-9.
13. Schwerla F, Kaiser AK, Gietz R, Kastner R. Остеопатическое лечение пациентов с долгосрочными последствиями хлыстовой травмы: влияние на инвалидность и качество жизни на шее. J Alternative Medment Med. 2013;19: 543-9.
14. Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines . American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain. J Am Osteopath Assoc. 2016;116:536-49.
15. Kuchera, ML. Applying osteopathic principles to formulate treatment for patients with chronic pain. J Am Osteopath Assoc. 2007;107(10 suppl 6):ES28-ES38.
16. Licciardone JC, Kearns CM, Hodge LM, Bergamini MV. Associations of cytokine concentrations with key osteopathic lesions and clinical outcomes in patients with nonspecific chronic low back pain: results from the OSTEOPATHIC trial. J Am Osteopath Assoc. 2012;112:596-605.
17. Cicchitti L, Martelli M, Cerritelli F. Chronic inflammatory disease and osteopathy: a systematic review. PLoS One. 2015;10:e0121327.
18. Ruffini N, D'Alessandro G, Mariani N, Pollastrelli A, Cardinali L, Cerritelli F. Variations of high frequency parameter of heart rate variability following osteopathic manipulative treatment in healthy subjects compared to control group and sham therapy: randomized controlled trial. Front Neurosci. 2015;9:272.

О. Громцева, аспірант
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара;
Т. Матусовська, психіатр-психотерапевт
лікарня Св. Алексіуса/Св. Йозефа Кельн, Німеччина

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СИНДРОМІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ІПОТЕРАПІЇ

Проблема фізичної реабілітації та здоров'язбережувальних технологій є надзвичайно актуальною в сучасному поступі. Адже нинішнє суспільство характеризується прогресивним зниженням стану здоров'я українців і зростанням числа тих осіб, які потребують реабілітації, тобто відновлення втраченого здоров'я. Здоров'я людини можна охарактеризувати як динамічний стан організму який відзначається повним фізичним, інтелектуальним, психічним, духовним і соціальним благополуччям і піддається впливові способу життя людини.

Більшість працівників, робота яких пов'язана зі спілкуванням з іншими людьми, працюють у емоційно напруженій атмосфері. Така робота супроводжується великою витратою психічної енергії, призводить до психічної та фізичної втоми, емоційного виснаження. В результаті виникає неспокій, тривожність, роздратованість, гнів, знижується самооцінка. І все це на фоні соматичних проявів: прискореного серцебиття, задишки, шлунково-кишкових розладів, порушень тиску, порушень сну тощо. Синдром професійного вигорання – найнебезпечніше захворювання представників соціальних і комунікативних професій.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала, що синдром емоційного вигорання є проблемою, що потребує медичної уваги. Згідно з визначенням ВООЗ (2001), «синдром вигорання (burnoutsyndrome) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки. Цей синдром звичайно розцінюється як стрес-реакція у відповідь на безжалісні виробничі та емоційні вимоги, що відбуваються через надмірну відданість людини своїй роботі з супутньою цьому зневагою до сімейного життя або відпочинку».

Саме тому, все істотніше відчувається гостра потреба у створенні системи навчання здоровому способу життя, необхідно виробити в лікарів ціннісне ставлення до власного здоров'я.

Здоров'язбережувальні технології – це технології, які запобігають ризиків ушкодження здоров'я та створюють сприятливі для здоров'я умови. Фізична реабілітація – система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму

шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення.

Мета фізичної реабілітації – відновлення працездатності чи пристосування до повноцінного виконання хворою людиною професійних та соціальних функцій. Фізична реабілітація включає: лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж, фізіотерапію, механотерапію, працетерапію, кінезотерапію, егротерапію, консультування, мануальну терапію, рефлексотерапію, фітотерапію, гомеопатичну терапію, ароматерапію, природні фізичні чинники, загартування, а також іпотерапію.

Слід зазначити, що впровадження здоров'язберігаючих технологій пов'язано з використанням медичних (медико-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, лікувально-оздоровчих), соціально-адаптованих, екологічних здоров'язберігаючих технологій та технологій забезпечення безпеки життєдіяльності.

Сутність здоров'язберігаючих та здоров'яформуючих технологій постає в комплексній оцінці умов виховання і навчання, які дозволяють зберігати наявний стан людей, формувати більш високий рівень їхнього здоров'я, навичок здорового способу життя, здійснювати моніторинг показників індивідуального розвитку, прогнозувати можливі зміни здоров'я і проводити відповідні психологічні, корегувальні, реабілітаційні заходи з метою забезпечення успішності діяльності та її мінімальної фізіологічної «вартості», поліпшення якості життя суб'єктів середовища.

Особливо треба звернути увагу на іпотерапію – всесвітньо визнаний метод реабілітації після різноманітних захворювань, досягнення стійкої ремісії та соціальної адаптації. Іншими словами – це лікування за допомогою верхової їзди на коні під наглядом лікаря іпотерапевта або ж спеціально навченого інструктора верхової їзди. Унікальність такої терапії полягає в одночасному фізичному, психологічному та емоційно позитивному впливах на пацієнтів із неврологічними, психічними, фізичними та іншими серйозними порушеннями. Найбільший розвиток цей вид лікування отримав в країнах Західної Європи, Скандинавії, США, Польщі, країнах Балтії та в Україні. Зараз іпотерапію застосовують в 45 країнах світу як додатковий метод лікування, і вона є офіційно визнаним видом лікування, в той час як в інших країнах вона належить до альтернативної медицини. Найчастіше іпотерапію використовують для фізичної та соціально-психологічної реабілітації дітей та дорослих із захворюваннями нервової системи та опорно-рухового апарату, психічними відхиленнями у розвитку.

Іпотерапія має лікувальний ефект не лише від їзди на коні, але й завдяки безпосередньому контакту та спілкуванню з твариною, а також від догляду за нею. Такий комплекс допомагає усунути стресовий стан, позбутися напруги, почуття страху або тривоги. Іпотерапевтичні заняття допомагають розвинути такі особистісні якості як уважність, чуйність, швидкість реакції, подолання страхів, набуття впевненості, позбавлення агресивності, збудливості та замкнутості. Сприяє поліпшенню роботи нервової та ендокринної систем, що в свою чергу позитивно впливає на роботу внутрішніх органів. Сприяє психологічній та соціальній адаптації хворого, допомагаючи подолати страх, невпевненість, позитивно впливає на мотивацію та волю, позбавляючи від

почуття неповноцінності, безпорадності і ряду психологічних комплексів. Задовольняє психоемоційну потребу в контакті і прихильності до домашніх тварин, тренує вольові процеси і навички спілкування не тільки з твариною, а й з людьми.

Перебування на свіжому повітрі та контакт з природою мають відомий загальнооздоровчий ефект. Іпотерапія – це не лише метод лікарської реабілітації при важких захворюваннях, але й прекрасний спосіб боротьби зі стресами, при перенавантаженнях як фізичних, так і психологічних. Адже більшість людей ведуть сидячий спосіб життя, а терапія такого виду допоможе в профілактиці більшості захворювань опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи. Тому важливим є не просто лікування, а й профілактика можливих захворювань. Цей метод фізичної реабілітації можна використовувати з метою запобігання синдрому емоційного вигорання.

Література

1. Мироненко Г. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. К., 2010. Т. 12. Ч. 1. С. 414-424.
2. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції //Український медичний часопис. – 2009. – №. 2. – С. 57-59.
3. Міщенко М. С. Профілактика та корекція емоційного вигорання у практичних психологів //Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Психологія. – 2015. – №. 57. – С. 30-33.
4. Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції, 9 листопада 2017 р. [гол. ред. Л. М. Рибалко]. – Полтава : ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка, 2017. – 301 с.
5. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи : [Навч.-метод. посібник] / За ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. – К. : Інтермед, 2005. – 416 с.
6. Бикнелл Д. Знакомтесь: ипотерапия / Д. Бикнелл, Х. Хенн, Д. Вебб // Практическое руководство. – М.: Конноспортив. клуб инвалидов, 1999. – 42 с.
7. Вознюк С.І., Колісниченко О.Л. Роль і місце верхової їзди в лікуванні ДЦП // Матеріали II Всеукраїнського з'їзду фахівців зі спортивної медицини та лікувальної фізкультури «Людина, спорт і здоров'я», Київ, 3-5 листопада 2008. – С. 93-94.

А. Давидов, студент групи 201-пГЗ
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ТРАВМ

У сучасному розвитку суспільства можемо спостерігати тенденцію зменшення травматизму як серед дорослих, так і серед підлітків та дітей.

Якщо, для прикладу, в 1994 році кількість травмованих становила близько 90000 осіб, на 1999 рік цей показник становив біля 41000, то на 2012 рік зафіксовано 19900 травмованих. Як свідчать дані статистики, на підприємствах, установах, організаціях, незалежно від форми власності, щодня травмується в середньому більше 200 працівників, причому з них близько 30 стають інвалідами, а 5-6 працівників отримують травми, несумісні з життям. Тому, тема, присвячена травматизму та фізичній реабілітації після травм, є досить актуальною.

Насамперед, необхідно визначити саму сутність поняття «травма», а також основні види травм. Взагалі травма розуміється з двох аспектів: як фізична та як психічна. Фізична травма – це пошкодження тканин органів чи тіла внаслідок удару, опіку, поранення тощо. Психічна травма розуміється як сильне душевне хвилювання, нервові потрясіння. Травма – це безперервна дія різних зовнішніх факторів на організм людини, що приводить до порушення структури, анатомічної цілісності тканин та фізіологічних функцій.

Травми можуть бути ізольованими, коли є пошкодження одного органу або в межах одного сегмента опорно-рухового апарату, наприклад, розрив печінки, перелом стегна; множинними, що включають кілька однотипних ушкоджень кінцівок, тулуба, голови, тобто є одночасні переломи двох і більше сегментів або відділів опорно-рухового апарату; поєднаними, що супроводжуються пошкодженням опорно-рухового апарату і одного або декількох внутрішніх органів, включаючи головний мозок. Під комбінованої травмою розуміють ушкодження, що виникають від дії механічних і одного або більше немеханічних чинників – термічних, хімічних, радіаційних і т.д., наприклад, перелом кісток у поєднанні з опіками.

У залежності від умов ушкодження та його характеру розрізняють такі види травматизму:

- промисловий (виробничий) – пов'язаний з характером виробництва, знаряддями праці і організацією методів її охорони. Ушкодження можуть бути заподіяні інструментами, машинами, оброблювальним матеріалом (металом, породою, що обвалилася, вугіллям, камінням і т. ін.), транспортом тощо;

- сільськогосподарський – може виникнути в результаті падіння, забоїв, поранення свійськими тваринами й ушкодження сільськогосподарським реманентом (вила, граблі тощо) та сільськогосподарськими машинами (трактори, комбайни та ін.);

- спортивний травматизм найчастіше пов'язаний з недостатньою підготовкою спортсменів або неякісними спортивними знаряддями;

- вуличний травматизм виникає в основному через вуличний транспорт (ДТП, в якості прикладу);

- дитячий травматизм. Поширений серед дітей та підлітків, що засвідчується назвою. Відбувається найчастіше через низький рівень виховання дитини чи неухважність батьків, опікунів чи піклувальників.

Тому, травматизм досить поширений в суспільстві. А отже важливою є фізична реабілітація після травм.

Фізична реабілітація – це застосування фізичних вправ і природних чинників з профілактичною та лікувальною метою у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих і інвалідів. Вона є невід'ємною частиною лікувального процесу та застосовується на усіх етапах лікування.

У науковій літературі досить поширеним є таке трактування явища фізичної реабілітації: «це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих». Головними завданнями фізичної реабілітації є функціональне відновлення, пристосування організму до звичного життя та праці, а також фізичні вправи для відновлення організму. На даний момент в Україні фізичне виховання студентів виходить на перший план навчального процесу. Перш за все це пов'язано з необхідністю виховання здорової молоді.

Отже, фізичне виховання, в тому числі фізична реабілітація є досить актуальними на сучасному етапі розвитку незалежної держави. На нашу думку, держава достатньо функціонує в даному напрямку, оскільки створена нормативна основа, а саме правові акти, які регулюють дані питання, також створюються різні молодіжні організації та спортивні школи, в яких будь-хто може реалізувати себе зі спортивної точки зору.

Література

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 472 с.

С. В. Денисенко, студент магістратури
Національний університет фізичного виховання і спорту України

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ В ОЦІНЦІ КОГНІТИВНОГО РІВНЯ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є надзвичайно поширеним та інвалідизуючим фактором у цивільному та військовому житті, яка за оцінками різних фахівців, щорічно впливає на 10 мільйонів людей у всьому світі [1]. За даними ВООЗ, частота травми становить від 1,8 до 5,4 випадків на 1000 населення; характеризується високою летальністю та інвалідизацією хворих; тяжкими наслідками зі стійкою та тимчасовою втратою працездатності; великими економічними втратами для родини, суспільства і для держави в цілому. Страждають переважно особи

працездатного віку. Кількість хворих з ЧМТ, за даними ВООЗ, збільшується щороку на 2%.

ЧМТ є основною причиною смерті приблизно у 50% хворих, які помирають від травми. Найчастіші причини ЧМТ – ДТП, падіння, і за останні роки частою причиною стали вогнепальні ураження.

У зв'язку з постійним ростом нейротравматизму збільшується і число пацієнтів з наслідками травми: збільшилося число хворих з тривалими несвідомими станами, також значне місце займають наслідки збройних пошкоджень та поєднаних краніовертебральних уражень [1].

В процесі реабілітації осіб, які перенесли ЧМТ важливим фактор в компетентному прогнозуванні процесу відновлення та розвитку компенсацій є підбір правильних інструментів оцінювання фізичних, когнітивних та соціальних рівнів пацієнта. За останні 5 років рівень фізичної терапії в Україні значно підвищив свій рівень розвитку завдяки співпраці невеликої кількості ентузіастів у даній сфері діяльності, які власними амбіціями і силами намагаються подолати перешкоди, які створені стереотипами пострадянської системи та іншими діями, що хочуть зайняти певну нішу у фізичній терапії, вигадуючи свої концепції реабілітації, не підтверджені жодним рівнем ефективності чи доказовості, а лише створені на власній статистиці або в комерційних інтересах самих діячів. Але все ж у порівнянні із Європейським чи Американським рівнем Україна знаходиться на початковому етапі розвитку фізичної терапії, перебираючи досвід закордонних колег, хоча механізм трансформації запущено, і його вже не зупинити.

Мета дослідження – поширення сучасних підходів фізичної терапії та ерготерапії в процесі обстеження й оцінки когнітивних порушень пацієнтів із перенесеною ЧМТ в Україні.

Метод дослідження – теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури.

Результати дослідження та їх обговорення. В процесі дослідження було зроблено вибірку шкал і тестувань, які використовуються в Україні, країнах Європи та Америки в процесі діагностики когнітивного рівня. До них належать: коротке обстеження когнітивних функцій (Mini-Mental State Examination – MMSE), шкала «Когнітивного рівня функціонування Rancho Los Amigos», Монреальське оцінювання когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment – MoCA).

В процесі детального аналізу наведені вище інструменти обстеження було оцінено за такими властивостями: доступність, об'єктивність і специфічність для визначення когнітивного рівня у пацієнтів з перенесеною ЧМТ.

Тест Mini-mental State Examination (MMSE): 30 питань для орієнтовної оцінки стану когнітивних функцій – орієнтування в часі, місці, сприйняття, пам'ять, мовлення, виконання трьохетапного завдання, читання, змальовування. Зазначений тест є універсальним для використання у неврології і дає досить об'єктивні результати. Але є певні недоліки щодо адаптування результатів відповідно до віку, освіти та етнічної приналежності, а також можливі проблеми з авторськими правами (хоча спочатку MMSE широко поширювався безкоштовно) [3].

Монреальська когнітивна оцінка (МоСА) – це короткий тест на 30 запитань, який займає близько 10-12 хвилин. Позитивні сторони цього тесту: стислість, простота і доступність для вільного використання. Також широко застосовується у нейрореабілітації за рахунок використання при різних патологіях (при хворобі Альцгеймера, у постінсультних пацієнтів, осіб з перенесеною ЧМТ та ін. Недоліком МоСА є те, що для обстеження потрібно трохи більше часу, ніж при використанні MMSE; окрім того, як і багато інших скринінгів, він має бути з'єднаний з декількома іншими скринінгами та тестами [2].

Шкала «Rancho Los Amigos» є шкалою рівнів визначення когнітивних функцій осіб, які перенесли ЧМТ. Вісім рівнів описують шаблон або етапи відновлення, що зазвичай спостерігається після травми головного мозку. Це допомагає команді розуміти і зосередитися на здібностях людини та розробляти відповідну програму реабілітації. Кожна людина розвивається за своїм курсом, залежно від різних чинників, включаючи тяжкість пошкодження мозку, місце пошкодження мозку та тривалість часу після травми головного мозку. Деякі пацієнти проходять через кожен з восьми рівнів, тоді як інші можуть розвиватися лише на певному рівні, а не далі. Основним недоліком шкали є недостатня кореляція між «фазами відновлення» та прогнозом функціонування при виписці [4].

Висновки. В результаті детального аналізу обраних інструментів обстеження когнітивних функцій пацієнтів з перенесеною ЧМТ було визначено, що більш доступними, об'єктивними і універсальними в своєму використанні являються: тест Mini-mental State Examination (MMSE) і Монреальська когнітивна оцінка (МоСА), оскільки дають можливість дати точну оцінку в балах, цим самим спланувати подальшу терапію і спостерігати за динамікою змін у пацієнтів під час, або після проведеної терапії. Якщо говорити про специфічність в обстеженні, тут на перше місце виходить шкала «Rancho Los Amigos», яка створена спеціально для визначення когнітивного рівня в осіб, які перенесли ЧМТ, і дає можливість підібрати компетентну стратегію втручання команди реабілітації.

Література

1. Черепно-мозкова травма: сучасні принципи невідкладної допомоги, стандарти діагностики та лікування [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://urgent.com.ua/ua-issue-article-305> (дата звернення: 25.10.2018).
2. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test Scoring and Accuracy <https://www.verywellhealth.com/alzheimers-and-montreal-cognitive-assessment-moca-98617> [Електронний ресурс]. Режим доступу: [//www.verywellhealth.com/alzheimers-and-montreal-cognitive-assessment-moca-98617](https://www.verywellhealth.com/alzheimers-and-montreal-cognitive-assessment-moca-98617) (дата звернення: 25.10.2018).
3. The Mini-Mental State Exam (MMSE) as an Alzheimer's Screening Test [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.verywellhealth.com/mini-mental-state-exam-as-an-alzheimers-screening-test-98623> (дата звернення: 25.10.2018).
4. Family Guide to the Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning <https://www.brainline.org/article/rancho-los-amigos-levels> [Електронний ресурс]. Режим доступу: [//www.brainline.org/article/rancho-los-amigos-levels](https://www.brainline.org/article/rancho-los-amigos-levels) (дата звернення: 25.10.2018).

ОГЛЯД СУЧАСНИХ УЯВЛЕНЬ ЩОДО ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ МІОПАТІЇ ДЮШЕНА

Актуальність. Прогресуюча міодистрофія Дюшена (МДД) – одна з найбільш поширених форм міодистрофії дитячого віку. Захворювання складає близько 30 на 100 000 хлопчиків, що народилися на рік. Що свідчить про орфанність захворювання. Це рідкісне вроджене або набуте захворювання, яке характеризується тяжким, хронічним, прогресуючим перебігом, супроводжуються формуванням дегенеративних змін в організмі, зниженням якості та скороченням тривалості життя хворих і навіть становлять загрозу для їх життя. Являє собою смертоносний Х-зчеплений рецесивний нейром'язовий розлад, викликаний мутаціями в гені дистрофіна, що призводить до відсутності або нестачі функціонального дистрофіна, цитоскелетного білку, який забезпечує міцність, стабільність і функціональність міофібрил [1212]. При дефекті або відсутності дистрофіна м'язові волокна стають крихкими, що призводять до розриву мембран та збільшують їх проникність в момент скорочення м'язів [5], це призводить до виходу розчинних ферментів (креатинкіназа) з клітин в обмін на іони кальцію [2]. Клінічні прояви зазвичай проявляються до 3-5 років життя. Змінюється хода за типом «качиної», хлопчики мають проблеми під час бігу, активних ігор. До 5 років м'язова слабкість виявляється під час виконання м'язових тестів. В 6-літньому віці відмічається контрактура ахілового сухожилля, хода здійснюється на передніх відділах стоп, відмічається гіперлордоз в поперековому відділі хребта, слабкість в проксимальних м'язах ніг і таза [16]. Ущільнюється грудна клітка в передньо-задньому напрямку, також може страждати лицева мускулатура, відмічається маловиразність обличчя, неповне смыкання очей. Згодом виникає кардіоміопатія, дихальні і ортопедичні ускладнення, порушення структури кісткової тканини і харчування. В 30-50% випадків спостерігається слабоумство, через недостатність дистрофіна в головному мозку. Оскільки ефективні методи лікування цієї хвороби розроблені ще недостатньо, особливого значення набуває дослідження якості життя цих пацієнтів [1] та розробка комплексних програм фізичної терапії та ерготерапії.

Мета роботи. Провести аналіз сучасних поглядів щодо фізичної терапії у пацієнтів з прогресуючою МДД.

Багато дослідників досить скептично ставляться до включення лікувальної фізкультури в схему лікування пацієнтів з МДД, так як вважають, що ці методи не повністю вивчені, особливо за параметрами інтенсивності, частоти, часу і типу вправ [10]. На думку R. Grange і J. Call, ті вправи, які використовуються для збільшення м'язової сили і витривалості у здорових людей, можуть посилити пошкодження м'язів при цьому захворюванні [7].

Однак S. Kimura і співавт. при клінічному описі пацієнта з МДД і spina bifida звернули увагу на те, що у нього активні м'язи (m. Biceps brachii) були пошкоджені набагато більше, ніж неактивні (M. Gastrocnemius) [8].

A. Mokhtarian і співавт. на моделі (mdx-мишах) показали, що нерухомість м'язів зменшує некроз м'язових волокон в дистрофіндефіцитних м'язах і що м'язові скорочення грають важливу роль в дегенерації скелетних м'язів [14]. З іншого боку, С. McDonald припустив, що для поліпшення якості життя пацієнти повинні мати деяку фізичну активність для профілактики атрофії м'язів і ряду ускладнень, пов'язаних з прогресуванням захворювання, а також для підтримки функції дрібної моторики [1414]. В результаті досліджень моделі mdx-мишей з добровільною і форсованою ходьбою R. Landish і співавт. прийшли до висновку, що форсовані вправи ушкоджують дистрофіндефіцитні м'язи набагато більше, ніж добровільні вправи [10]. Т. Marqueste і співавт., досліджуючи з використанням МРТ ефект першої і подальших спроб бігу mdx-мишей в колесі з нахилом вниз, показали, що ексцентричні вправи індукують ушкодження м'язів більше, ніж будь-які інші види вправ. При цьому не всі м'язи ушкоджуються однаково, що залежить від їх анатомічних властивостей. Також було з'ясовано, що повторення фізичних вправ на низькій частоті і інтенсивності менше впливає на пошкодження м'язів і навіть може зменшити ймовірність фіброзу в дистрофіндефіцитних м'язах через включення м'язової адаптації [12].

У дослідженнях Т. Gaiad і співавт. на собаках породи золотистий ретривер з м'язовою дистрофією, які виконували часті вправи низької інтенсивності (вільна прогулянка), було відзначене поліпшення тарзального діапазону руху, що може свідчити про позитивний вплив частих вправ низької інтенсивності на профілактику ускладнень при МДД.

Згідно з отриманими патофізіологічними даними К. Bushby і співавт., рекомендують уникати силових тренувань високого опору і ексцентричних вправ для запобігання подальшого ушкодження м'язових волокон [7]. Замість цього пацієнти повинні регулярно виконувати субмаксимальну функціональну зміцнюючу діяльність, в тому числі поєднувати вправи в басейні і/або щоденні індивідуальні заняття лікувальною фізкультурою 2 рази в день по 12-15 хв з мінімальною фізичною навантаженням для запобігання атрофії м'язів [6].

A. Gomes і співавт. при дослідженні морфологічного ефекту пасивних розтяжок на нерухомому (камбаловидний) м'яз у здорових щурів відзначили, що пасивні розтяжки спричиняють ушкодження м'язових волокон. На думку авторів, пасивні розтяжки повинні з особливою обережністю призначатися пацієнтам з прогресуючою МДД. Опубліковані рекомендації К. Bushby і співавт. для пацієнтів з нервово-м'язовими розладами включають комплекс активних і/або пасивних розтяжок, які, на думку авторів, повинні виконуватися для запобігання або зменшення контрактур, як мінімум, 4-6 разів на тиждень [7]. Kılınc M, [Yildirim SA](#), та [Tan](#)

Е. оцінювали та порівняли ефективність фізичної терапії та електростимуляції на м'язову силу та функціональну активність та виявили, що електростимуляція добре вплинула на дельтоподібний м'яз та продемонструвала загальне покращення стану організму пацієнтів [17].

Проведене дослідження впливу вібраційних вправ на організм людини с МДД показало, добру переносимість, і в деяких випадках суб'єктивне функціональне поліпшення.

Дослідження з використанням роботизованого екзоскелета Wilmington для поліпшення функції верхньої кінцівки у пацієнтів з МДД продемонструвало посилення плечового згинання та абдукції і згинання ліктя, підвищення незалежності з точки зору самообслуговування, витягу предметів, використання телефонів і планшетів, а також догляду за обличчям [3]. Завдяки сучасним технологіям вдосконалюється моторне навчання, та за допомогою смартфона можна сприяти підвищенню продуктивності людей з міопатією Дюшенена [3].

Висновки. Таким чином огляд сучасних досліджень впливу засобів рухової активності при МДД вказує на необхідність застосування фізичної терапії для хлопчиків з цим діагнозом, але за умови індивідуального та специфічного підходу.

Літературна

1. Бондаренко ЛА. Клинико-эпидемиологическая характеристика и качество жизни пациентов с нервно-мышечными заболеваниями (миастения, наследственные моторно-сенсорные полиневропатии, прогрессирующие мышечные дистрофии)[дисертація]: нац. мед. ун-т. Санкт-Петербург 2011. 129с.
2. Allen DG, Whitehead NP. Duchenne muscular dystrophy- what causes the increased membrane permeability in skeletal muscle. 2011 Mar;43(3):290- 294.
3. Camila MC, Talita DS, Tonks J, Watson S, Alvarez MP, Menezes L, Favero F, Caromano F, Massetti T, Monteiro C. Improvement in motor tasks through the use of smartphone technology for individuals with Duchenne muscular dystrophy. 2017 Aug;13:2209-2217.
4. Estilow T, Glanzman AM, Powers K, Moll A, Flickiger J, Medne L, Tennekoon G, Yum SW. Use of the Wilmington Robotic Exoskeleton to Improve Upper Extremity Function in Patients With Duchenne Muscular Dystrophy. 2018 Mar/Apr;72(2):7202345010p1-7202345010p5.
5. Gaiad T, Araujo K, Caromano F, Eduardo C. Duchenne Muscular Dystrophy: Experimental models on Physical Therapy. In M. Hegde(ed). Muscular Dystrophy 2012 71(17):23-27.
6. Gaiad T, Araujo K, Caromano F, Ambrosio C. Duchenne muscular dystrophy experimental model on physical therapy. 2011 May;65(32):25-28.
7. Gomes AR, Cornachione A, Salvini TF. Morphological effects of two protocols of passive stretch over the immobilized rat soleus muscle. J Anatomy 2007 210(3):328—335
8. Grange RW, Call JA. Recommendations to define exercise prescription for Duchenne Muscular Dystrophy. Exercise and Sport Sciences Rev 2007 35(1):12-17.
9. Kimura S, Kesawa M, Nomura K. Immobility reduces muscle fiber necrosis in dystrophin deficient muscular dystrophy. Brain & Development 2006 28(7):473-476.
10. Landisch RM, Kosir AM, Nelson SA. Adaptive and nonadaptive responses to voluntary wheel running by mdx mice. Muscle Nerve 2008 38:1290-1303.

11. Markert CD, Ambrosio F, Call JA. Exercise and Duchenne muscular dystrophy: toward evidence-based exercise prescription. *Muscle Nerve*. 2011 43(4): 464-478.
12. Marqueste T, Giannesini B, Fur YL. Comparative MRI analysis of T2 changes associated with single and repeated bouts of downhill running leading to eccentric-induced muscle damage. *J Appl Physiol*. 2008 105: 299-307.
13. Mayhew AG, Cano SJ, Scott E. Detecting meaningful change using the North Star Ambulatory Assessment in Duchenne muscular dystrophy. *Dev Med Child Neurology*. 2013 Aug, 1046:55-52.
14. McDonald CM. Physical activity, health impairments, and disability in neuromuscular disease. *Amer J Physical Med & Rehabil*. 2002 81(11):108-120.
15. Mokhtarian A, Lefaucheur JP, Even PC. Hindlimb immobilization applied to 21-day-old mdx mice prevents the occurrence of muscle degeneration. *J Appl Physio*. 1999 86(3):924-931.
16. Passamano L, Taglia A, Palladino A, Improvement of Duchenne Muscular Dystrophy retrospective analysis of 835 patients. 2012 Oct, 31(2):121-5.
17. Klinik M, Yildirim SA, Tan E. The effects of electrical stimulation and exercise therapy in patients with limb girdle muscular dystrophy. A controlled clinical trial 2015 Jul, 20(3):259-66.

В. Дузенко, студент групи 401 ГЗ
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ТУРИЗМ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Дуже актуальним питанням на сьогодні є допомога дітям з особливими потребами, відновлення пошкоджених функцій організму, а також створення рівних умов для суспільного життя. Але на сьогодні використовують досить вузький спектр засобів фізичної реабілітації, які можуть позитивно вплинути на процес адаптації, лікування й оздоровлення. Одним із недооцінених засобів реабілітації є туризм, який має оздоровчу дію, сприятливий вплив на фізичну та розумову працездатність, сприяє всебічному розвитку людини, її моральному та фізичному оздоровленню, вихованню національної свідомості молодого покоління.

Недостатня рухливість за будь-яких причин призводить до зниження стійкості організму, відбуваються змін фізичних якостей сили, швидкості та витривалості, від яких значною мірою залежить рівень працездатності та розумового розвитку дітей [1]. У житті кожної дитини, яка має певні вади – фізична реабілітація відіграє надзвичайно важливу роль. Згідно з ст. 35 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» фізична реабілітація передбачає відновлення та компенсацію втрачених функцій організму, досягнення фізичної самостійності й активності, покращення фізичного стану життєдіяльності інваліда, дитини – інваліда [2].

Туризм – це рухова активність. Рух різних частин тіла, тіла в цілому, переміщення в просторі – необхідний чинник розвитку фізичних і психофізіологічних якостей організму протягом всього життя. Через туризм здійснюється терапія і профілактика психосоматичних захворювань, підтримання фізичної форми і здоров'я [3]. Спорт і туризм допомагають налагодити та встановити нові контакти, що в майбутньому стане підґрунтям для життєвої підтримки одне одного. Знаходження на природі, свіжому повітрі, наявність матеріальних пам'яток – все це сприяє покращенню психо-емоційного стану, що є однією з найважливіших складових реабілітації. Ігри та забави на свіжому повітрі часто недооцінюють. Туризм і спорт тісно переплітаються в програмах туристських подорожей, що допомагає набути фізичні навички, підвищує мускульну силу, формує колектив однодумців, створює комфортну психологічну атмосферу.

Досліджуючи туризм для осіб з особливими потребами в Польщі, Н. Lorenzena, серед інших, виокремлює наступні цілі туризму для неповносправних: лікувальна ціль (туризм може бути продовженням програми лікування і оздоровлення); біологічна ціль (туризм і краєзнавство може компенсувати втрату фізичної справності); анатомо-фізіологічна ціль (формування структурно-функціональних резервів, зміцнення м'язів, рухомості суглобів, позитивно впливає на витривалість, зменшуючи наслідки каліцтва); гігієнічно-оздоровча ціль передбачає участь туризму в процесі загартовування організму, допомагає в контролюванні здоров'я. Дуже важливо правильно підібрати вид туризму для дітей з особливими потребами в залежності від функцій, які порушені. Так, діти з фізичними вадами найчастіше знаходяться в реабілітаційних центрах і санаторіях. Важливу роль у процесі допомоги таким дітям відіграє туризм і краєзнавство, в межах яких розуміються терапевтично-педагогічні дії і процедури з метою покращення психофізичного стану, розвитку позитивних рис, активізації фізичної активності і пристосування до суспільного життя. Фізичні вади можуть бути дуже різні.

У фаховій літературі зустрічаються погляди, що глухота несе за собою зменшену рухливість грудної клітки, ємкість легень, втрату рівноваги, збільшену вразливість на галас і вібрацію. Рух допомагає долати страх оточення [3]. На нервову систему великий вплив має проведення заходів на свіжому повітрі. Сама глухота не становить обмежень у занятті туризмом. Відповідно запрограмовані і проведені туристичні заходи, такі як марш на орієнтацію, пошук «скарбів» по території, розвивають у осіб з вадами слуху рефлекс, спостереження, перцептивні здатності, позитивні психофізичні якості. Дитина з вадами зору не може бачити навколишній світ і має обмеження в русі. Заклади для дітей з вадами зору використовують туризм в процесі реабілітації, пристосовуючи його форми від найпростіших (прогулянка, одноденна екскурсія) до більш складних (походи, табори). Крім оздоровчих цілей туризм дає можливість сліпій дитині вчитися тримати рівновагу, орієнтуватися в просторі. Туризм

виконує не тільки реабілітаційні функції, але й приносить задоволення. Ця вада спричиняє проблеми з орієнтацією у просторі. Дисфункція зору призводить до зменшення можливості психомоторних вправ, а також може служити причиною неправильного розвитку мови [3]. Але коли поряд знаходиться провідник, вона може з легкістю його долати шлях, та поставлені перед собою завдання. Так, зокрема, др. I. Gedli Pieprzusa представляє висновки, щодо кінного туризму для сліпих. Така форма туризму відродилась в Польщі на початку 90-х років. Як зауважує автор, специфіка кінної їзди, з огляду на пропріоцептивну, кінестетичну, дотикову і емоційну стимуляцію, впливає на покращення вигляду, стану і ходи сліпої особи, розвиває динамічну силу, координацію і рівновагу незрячої особи, допомагає в подоланні наслідків обмеження зорового органу відчуття.

Отже, туризм має позитивний вплив на всі стани здоров'я дитини. Він відкриває для них «новий світ» з усіма його новими можливостями, радісними подіями, які зокрема сприяють покращенню психо-емоційного стану здоров'я. Також туризм сприяє піднесенню загального почуття дитячого організму, досягнення фізичної самостійності (в деяких випадках цілковитої самостійності) та частковому або повному відновленню пошкоджених функцій, а також є важливою складовою реабілітації дітей з особливими потребами.

Література

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник [для вищ. навч. закладів фізичного виховання та спорту]. – К.: Олімпійська література, 2005. – 473 с.
2. Про реабілітацію інвалідів в Україні : Закон України від 06.10.2005. Верховна Рада України. – 2005.-№2961-IV.
3. Kaganek K. Modele regresyjne uprawiania turystyki aktywnej przez osoby niepełnosprawne wzrokowo i ruchowo (Regression models of active tourism activities by persons with visual and motor impairments) K.Kaganek, H. Stanuch // Bioalgorithms and medsystems. – Vol.1, No. 1/2, 2005. – P.221 226.

Т. Зубрицька, магістрантка групи 501ГС
спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»
Наук. керівник – Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.,
професор кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я людини
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ, ЩО ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗАСОБАМИ ЛФК

Проблема респіраторних захворювань серед учнів початкової школи є однією з актуальних в педіатрії. Є непоодинокі випадки того, що діти часто хворіють протягом року. Цю групу складають діти, що схильні до частих респіраторних захворювань в основному через транзиторні

відхилення і вікові особливості імунної системи дитячого організму. За даними досліджень М. Михайлова та М. Джесенак кількість учнів 1-4 класів, що часто хворіють на респіраторні захворювання, складає від 20% до 65% [2; 4].

Часті респіраторні захворювання призводять до виражених порушень у стані здоров'я дітей і сприяють формуванню хронічної патології, що нерідко призводить до інвалідизації у зрілому віці [2, с. 45-46]. Саме тому зростає актуальність реабілітації учнів початкових класів, що часто і тривало хворіють на респіраторні захворювання. Однак аналіз літературних джерел і методичних матеріалів з цієї проблеми дозволяє зробити висновок про відсутність науково обґрунтованих програм фізичної реабілітації засобами ЛФК, адаптованих до стану здоров'я учнів початкових класів, що дозволяють диференціювати цей процес в залежності від фізичного та функціонального стану дітей [2; 3]. Все вище зазначене обумовлює актуальність та практичну значущість даного дослідження.

Мета дослідження – розробка комплексної програми фізичної реабілітації засобами ЛФК для учнів початкових класів, що часто хворіють на респіраторні захворювання.

Дослідження проводили на базі Полтавської загальноосвітньої школи з поглибленим вивченням англійської мови № 29. У дослідженні взяли участь 88 учнів 1-4 класів, яких задля перевірки ефективності програми було розподілено на дві групи: основну (48 осіб), в якій застосовували розроблену програму реабілітації, та контрольну (40 осіб), в якій учні займалися за загальноприйнятою методикою фізичного виховання.

Для учнів основної групи було розроблено та впроваджено диференційовану програму фізичної реабілітації за допомогою ЛФК. Програма була розрахована на рік та включала три періоди: підготовчий період, період підвищення функціональних можливостей організму та період стабілізації функціонального стану.

Розроблена реабілітаційна програма включала різноманітні засоби лікувальної фізичної культури.

В результаті застосування реабілітаційної програми в учнів 1-4 класів основної групи встановлено такі позитивні зміни, що мають статистично значущі результати ($p < 0,05$): підвищилися функціональні можливості апарату зовнішнього дихання; до кінця дослідження спостерігалася статистично значуща зміна ($p < 0,05$) результатів функціонального стану кардіореспіраторної системи дітей основної групи в порівнянні зі своїми однолітками, які займалися за загальноприйнятою програмою; спостерігався більш виразний ($p < 0,05$) приріст показників фізичної підготовленості в основній групі.

Відзначено підвищення резистентності організму в учнів початкових класів основної групи і зменшення кількості випадків захворювань в 3 рази в порівнянні з контрольною групою.

Отже, розроблена програма реабілітації для учнів 1-4 класів, що часто хворіють на респіраторні захворювання, є ефективною та може бути рекомендована до практичного впровадження.

Перспективи подальших досліджень полягають в поглибленому вивченні впливу розробленої програми на показники фізичного розвитку учнів 1-4 класів, що часто хворіють на респіраторні захворювання.

Література

1. Михайлова М.Г. Оздоровительная физическая культура для часто болеющих детей в дошкольном образовательном учреждении / М.Г. Михайлова // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2009. – №2. – С.40.
2. Речкина Е.А. Часто болеющие дети и роль иммунокоррекции в их лечении / Е.А. Речкина // Астма та алергія. – 2013. - №1. – С. 44 – 47.
3. Полунина В.В. Особенности организации медико-социальной реабилитации длительно и часто болеющих детей в детской поликлинике / В.В. Полунина, С.В. Павлова, И.А. Лешкевич. – Методические рекомендации – М.: ГОУ ВПО РГМУ. – 2006. – 23 с.
4. Immunomodulatory effect of pleuran (β -glucan from *Pleurotus ostreatus*) in children with recurrent respiratory tract infections / Milos Jesenak // International Immunopharmacology. – 2013. – Vol. 15, Issue 2. – P. 395–399.

П. С.Кашко, магістрант
*Національний університет
фізичного виховання і спорту України м.Київ*

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ ПОПЕРЕКОВОЇ ДІЛЯНКИ ХРЕБТА

Постановка проблеми. Біль у нижній частині спини (БНС) становить важливу соціальну та економічну проблему сьогодення. Під синдромом БНС (low back pain, люмбалгія) розуміють біль, що локалізується між XII парою ребер і сідничними складками. Останнім часом сформувалася думка, що БНС – це мультидисциплінарна проблема, в якій перехрещуються ревматологічні, неврологічні, травматологічні аспекти. Біль уявляє собою феномен в генезі якого перетинаються анатомічний, фізіологічний та соціальний компонент [1]. Відповідно до огляду 2016 року, загальні витрати на реабілітацію осіб, пов'язані з БНС, у США, перевищили \$100 млрд на рік, дві третини з яких є результатом тривалої непрацездатності хворих. За статистикою, в Україні в даний час від болів в спині страждають близько 27-40% людей різного віку і соціального статусу. Біля 70% людей відчувають біль, по крайній мірі, один раз на рік, а близько 80% людей скаржаться один раз протягом усього свого життя. Пік больових відчуттів приходить на вік 35-44 років у чоловіків та 25-34 років у жінок. З кожним роком ситуація погіршується, що пов'язано зі старінням населення в світі, малорухомим способом життя, ожирінням, палінням та низьким соціально-економічним станом.

В глобальному масштабі скарги на біль в поясниці в період між 1990 та 2018 рр. збільшилися на 54%. Поширеність БНС у Франції [2], наприклад, коливається в діапазоні від 15 до 45 %, у США [4] в дорослих

людей віком 20–69 років становить 13,1 %, в Італії [3] — 5,91 %. Найгірша ситуація спостерігається в країнах з низьким рівнем доходу.

Тому болі у спині включені в число пріоритетних досліджень за рекомендаціями ВООЗ. Це пов'язано не тільки з великою частотою виникнення хронічного больового синдрому, а також і з тривалою втратою працездатності іноді і інвалідизацією.

Мета дослідження. Удосконалити програму фізичної реабілітації осіб з болями в поперековому відділі хребта за допомогою сучасних методик.

Методи і організація дослідження. Дослідження проводилися на базі КНП «Консультативно-діагностичний центр» Шевченківського району м. Києва. Контингент дослідження склали 43 особи у віці від 35 до 60 років, що звернулися в центр зі скаргами на біль у нижній частині спини. Для визначення ефективності розробленої програми фізичної реабілітації було сформовано дві групи пацієнтів – основна (n=21) та контрольна групи (n=22). Пацієнти основної групи займалися за запропонованою програмою фізичної реабілітації, яка включала в себе мануальні техніки (масаж, мобілізація, ППР), міофасціальний реліз (МФР), кінезіотерапію, апаратну фізіотерапію (ампліпульс). Пацієнти контрольної групи займалися за традиційною методикою лікувального закладу.

Розроблена програма була спрямована на: зменшення м'язового спазму за допомогою масажу, ППР та міофасціального релізу; усунення функціональних блоkad фасеткових суглобів, використовуючи прийоми мануальної терапії (мобілізація); збільшення амплітуди рухів, застосовуючи комплекс спеціально підібраних вправ; зменшення больових відчуттів у пацієнтів за рахунок використання ампліпульс-терапії.

Тривалість курсу реабілітації в середньому складала 14 днів. Дослідження проведені до і після курсу реабілітації.

Результати дослідження. Використання запропонованого комплексу відновного лікування у пацієнтів основної групи дозволило суттєво зменшити суб'єктивні больові відчуття. Зменшення больових відчуттів супроводжувалося покращенням функції рухливості хребта у всіх трьох площинах. Якщо, в основній групі, до курсу реабілітації, середній показник розгинання хребта становив 27°, то після - 32°. Середній показник згинання після реабілітаційних заходів збільшився з 72° до 75°. В контрольній групі також спостерігалася тенденція до покращення амплітуди рухів хребта, але все ж показники були дещо нижчими, ніж в основній групі.

Висновки. Отримані дані підтверджують, що застосування запропонованої комплексної програми реабілітації осіб з болями в нижній частині спини сприяє зменшенню больових відчуттів, збільшенню сили м'язів і рухливості хребта, покращує психоемоційний стан пацієнтів, значно прискорює процес одужання, в порівнянні з загальноприйнятою методикою, що дозволяє скоротити кількість днів непрацездатності і термін перебування на лікарняних листках.

Перспективи подальших досліджень полягають в поглибленому вивченні впливу розробленої комплексної програми фізичної реабілітації на віддалені результати та стабілізацію стану пацієнтів.

Література

1. Поворознюк В.В. Боль в нижней части спины. Распространенность, причины, механизмы развития и особенности диагностики // Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку. – 2014. – с. 407 – 430.
2. Cougot B., Petit A., Paget C. et al. Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-randomized controlled trial // J. Occup. Med. Toxicol. – 2015. – 1. – p. 40.
3. Juniper M., Le T.K., Mladsi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review // Expert Opin. Pharmacother. – 2009. – 10(16). – p. 2581-2592.
4. Shmigel A., Foley R., Ibrahim H. Epidemiology of chronic low back pain in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009–2010 // Arthritis Care Res. (Hoboken). – 2016. – 10. – p. 1002.

Ж.М. Киричок, студентка групи 201- пГЗ,
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп., професор
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ДЕЛЬФІНОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Дельфінотерапія – це вид медико-психологічної реабілітації, розроблений спеціально для дітей та дорослих з різними порушеннями у фізичному та розумовому розвитку. Використання дельфінів з лікувальною метою обумовлено їх високим інтелектом, а також унікальними природними особливостями цих ссавців.

Дельфінотерапія рекомендується людям, які перенесли важкі психологічні травми (сильні стреси, екстремальні умови, урагани, землетруси, аварії), а також дітям з різними вадами розвитку і поведінки (ДЦП, ранній дитячий аутизм, синдром дефіциту уваги і гіперактивності, синдром Дауна).

Можливість використання дельфінів з лікувальною метою та наукові дослідження дельфінотерапії сприяли створенню Міжнародного Інституту Дельфінотерапії в 2005 році в Криму у м. Севастополі, з філією у Євпаторії. Даний інститут розробив першу офіційну програму дельфінотерапії, а також отримав патент на «Спосіб лікування ультразвуковою терапією методом контрольованого випромінювання сонара дельфіна» (2008). Такі центри наявні і в інших країнах. Так, у Мексиці (штат Кінтана-Роо) у м. Пуерто-Авентурас досліджуючи в дельфінарії ехолокаційні сигнали дельфінів і їх сонарних вібраційних впливів на людину.

Дитина, яка має затримки у фізичному та розумовому розвитку, спілкуючись з дельфіном, отримує потужний емоційний заряд, який стимулює її до реабілітації. Гра з дельфіном дає стимул у розвитку пізнавальних процесів і психо-моторної сфери. Сам принцип лікування за

допомогою контрольованого випромінювання сонара заснований на ультразвуковому впливі дельфіна. Фізіологічний ефект терапії за допомогою ультразвуку відзначається суттєвими змінами в біоелектричній активності мозку людини.

Дельфінотерапія, як і психотерапія, неможлива без емоційного позитивного контакту пацієнта з дельфіном. При цьому спрацьовує ефект маятника – циклічне чергування емоційних групових станів астеничного і статичного характеру, що сприяє покращенню її фізичного розвитку, активізації психічно-гармонійного стану тощо. Вчені експериментально довели, що терапевтичний ефект дельфінотерапії полягає у тому, що цей метод має безпечну дію, знімає депресію, покращує здатність до навчання дітей-аутистів. У всьому світі метод дельфінотерапії визнаний неспецифічним методом щодо посилення в осіб різного віку захисних сил організму.

Дельфіна відносять до тварини, якому притаманна аллеломиметична поведінка, тобто взаємна стимуляція або наслідування без навчання. Саме цим дельфіни стимулюють дітей до дій, які виконують члени спільноти. З огляду на велику контактність, мобільність і толерантність дельфіни заохочують до спілкування навіть тих дітей, які важко вступають у контакт (діти-аутисти). Саме тому психіка і поведінка дельфінів протягом багатьох років є об'єктом уваги не лише медиків, а й фізіологів і психологів. Дослідженнями вчених встановлено, що когнітивні здібності цих тварин наближаються до рівня розвитку приматів.

Ефективність дельфінотерапії зумовлена тим, що дельфіни легко піддаються навчанню, є допитливими, мають високий рівень соціалізації, що виявляється в дружелюбності і товариськості, як всередині власної зграї, так і по відношенню до людей.

Процес спілкування дельфінів включає численні звуки, що нагадують виття, ревіння, мукання, стогін, вереск, трель, тріск, потюхкування, удар, гуркіт, і т.д. Безперервні імпульсні звуки, які видають тварини, включають широкий спектр частот, що мають як інфразвукові, ультразвукові та звукові складові, які певним чином впливають на сенсорну систему людини. Когнітивні навички дельфінів забезпечують їм ту поведінкову гнучкість, яка сприяє налагодженню взаємовідносин з пацієнтами, які мають порушення в розвитку.

Основними показаннями до проведення курсу дельфінотерапії є: ДЦП (дитячий церебральний параліч); ранній дитячий аутизм (РДА); ММД (мінімальна мозкова дисфункція); синдром Дауна або інша генетична патологія; СДУГ (синдром дефіциту уваги з гіперактивністю); функціональні порушення ЦНС (центральної нервової системи); озумова відсталість дітей, розлади слуху та мовлення; НСТ (нейросенсорна туговухість); ПТСР (посттравматичні стресові розлади), неврози; субдепресивного рівень депресивних розладів; порушення здатності до навчання, розлади пам'яті. Протипоказаннями до дельфінотерапії виступають такі хвороби, як: епілепсія, онкологія, гострі інфекційні захворювання.

Отже, дельфінотерапія є одним із ефективних методів фізичної реабілітації дітей і дорослих, які мають порушення фізичного і розумового розвитку, замкнені у собі та важкі у спілкуванні.

Література

1. Артемов О.В. Дельфінотерапія як метод психотерапії / О.В. Артемов, К. : Основа, 2018. – 280 с.

С.П. Коваль, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ

За даними всесвітньої федерації РС (Multiple Sclerosis international federation) - РС займає третє по частоті місце (після судинних захворювань і епілепсії) серед захворювань ЦНС. Кожен десятий хворий в неврологічному стаціонарі, хворий РС. Кількість хворих на розсіяний склероз практично в усіх країнах світу, в тому числі і в Україні, зростає. На сьогодні в Україні понад 20 тисяч осіб хворіє на цю хворобу. Першим описав її французький невролог Жан Мартен Шарко в XIX сторіччі. Розсіяний склероз це хронічне прогресуюче аутоімунне захворювання, що вражає головний і спинний мозок, при якому ушкоджується мієлінова оболонка нервових волокон. Внаслідок цього виникають порушення функцій нервової системи, що, в свою чергу, призводить до зниження чи втрати рухливості, зору, у людини проявляється скандована мова, порушується координація рухів [1,3,4].

При лікуванні розсіяного склерозу реабілітаційні заходи мають надзвичайно важливе значення. Тільки медикаментозного лікування недостатньо. Якщо постійно не докладати зусилля по відновленню порушених функцій або хоча б по збереженню тих, що залишились, використовуючи всі можливості фізичної терапії, то пошкоджена нервова система поступово втрачатиме свої здібності, навіть якщо у хворого не виникає загострення хвороб. В результаті і без того вже порушений клітинний обмін речовин в руховому центрі сповільнюється ще більше в стані нерухомості. Запобігти цим процесам і є мета і сенс реабілітації [2].

Метою роботи було вивчити та оцінити подані в літературі програми та методи терапії РС; розробити, науково обґрунтувати та практично перевірити ефективність програми комплексної фізичної терапії пацієнтів з РС.

Методи дослідження. Аналіз друкованих літературних джерел бібліотек НУФВСУ та Національного медичного університету та інтернет ресурсів. Вивчення стану функціональних систем осіб хворих на розсіяний склероз. Визначення ефективності розробленої програми фізичної терапії у відновленні втрачених функцій, вдосконаленні основних соціально-побутових навичок, а також забезпеченні об'єктивності дослідження. Методи соціологічних досліджень, медико-біологічні методи (гоніометрія,

мануальне м'язове тестування, шкала визначення соціально-побутових навичок COVS (Physiotherapy Clinical Outcome Variables), тестування тону м'язів за шкалою Ашфорта.

Результати дослідження. Результати обстеження засвідчили, що рухливість у деяких суглобах пацієнтів контрольної та основної груп знаходилась у межах фізіологічної норми. У інших суглобах показники були занижені в обох групах, причиною чого була недостатня рухова активність у більшості пацієнтів. Статистично вірогідних відмінностей між середніми показниками гоніометрії основної групи та групи порівняння не було виявлено. Середній бал показників амплітуди руху в основній групі і групі порівняння з правої сторони тіла пацієнтів становив $97,8 \pm 0,05$ та $97,7 \pm 0,07$ ($P > 0,05$), та з лівої сторони у основній групі $98,2 \pm 0,05$ і у групі контрольній $98,5 \pm 0,06$.

Після занять фізичною реабілітацією, які тривали три тижні, повторне обстеження показало: дослідження сили м'язів (ММТ) під час повторного обстеження осіб, хворих на розсіяний склероз, свідчило про те, що в результаті проведення занять фізичною терапією ними, вони становили з правої сторони $3,94 \pm 0,3$ бала у ОГ $4,14 \pm 0,2$ бала у КГ ($P < 0,05$); з лівої сторони цей показник становив $3,88 \pm 0,2$ бала у ОГ та $4,11 \pm 0,2$ бала у КГ ($P < 0,05$). На етапі повторного обстеження за допомогою гоніометрії, ми констатуємо обмеження рухливості в суглобах верхніх і нижніх кінцівок контрольної групи. В досліджуваних групах не спостерігалось обмежень амплітуди рухів і показники були в межах фізіологічної норми.

Показники спастичності за шкалою Ашфорта. Результати повторного дослідження свідчать про те, що рівень спастичності м'язів у осіб основної групи після фізичної реабілітації значно нижчий, ніж у осіб групи порівняння. Показники рухової активності за шкалою COVS. Збільшення сили м'язів, зменшення спастичності, збереження амплітуди рухів в суглобах є позитивними результатами методики удосконалення основних показників рухової активності (функціональних можливостей) осіб хворих на розсіяний склероз. Спираючись на отримані результати, ми можемо стверджувати, що застосування програми фізичної терапії дало змогу покращити результати володіння пацієнтом соціально-побутовими навичками в ОГ на 4,4% краще ніж в КГ, що свідчить про ефективність запропонованої програми.

Висновки. На основі аналізу експериментальних даних первинного обстеження осіб хворих на розсіяний склероз було розроблено та апробовано методику фізичної реабілітації. Метою розробленої програми було відновлення ушкоджених і компенсації втрачених основних рухових функцій у пацієнтів з діагнозом розсіяний склероз. Результати повторного обстеження осіб хворих на розсіяний склероз, проведеного після застосування методики фізичної реабілітації, виявили покращення показників усіх обстежуваних нами функціональних можливостей осіб хворих на розсіяний склероз. Проведене дослідження вказує на високу ефективність програми фізичної терапії. Запропонована програма може бути рекомендована для використання у практичній роботі неврологічних та реабілітаційних відділень, які займаються реабілітацією осіб хворих на розсіяний склероз.

Література

1. Віничук С М, Уніч П П, Клименко В В, Прокопів М.М. Поширеність розсіяного склерозу в різних регіонах України. Особливості перебігу та лікування. Український медичний часопис. 2005;6(3):51-54с.
2. Власов ЯВ. Реабилитационный процесс при рассеянном склерозе: комплексность, непрерывность, эффективность. Журнал неврологии и психиатрии. 2003;2(5):103-110с.
3. Гусев ЕИ, Бойко АН. Рассеянный склероз: от изучения иммунопатогенеза к новым методам лечения. Москва. 2001.-128 с.
4. Шмидт ТЕ. Лечение рассеянного склероза. Русск.-мед. журн. 2001;9(7-8)322-327с.

Н.В. Кривиденко, магістр

Національний університет фізичного виховання та спорту України

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ РУХОВИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Вступ. Останніми роками у відновному лікуванні дитячого церебрального паралічу все більш стійкі позиції займають інноваційні методики, засновані на вивченні патогенезу захворювання і поєднані з корекційними діями на численні його ланки.

У хворих дошкільного віку, що страждають на церебральний параліч, наявність видимих рухових дефектів, які привертають надмірну увагу оточуючих і викликають власну незадоволеність зовнішністю, обумовлені наявністю виражених зовнішніх деформацій, і, в першу чергу, спотворення ходи, стають причиною змін поведінки, пригніченості, відмови від лікування, утруднення в спілкуванні із здоровими однолітками [1].

Аналіз літературних джерел у нашій країні і за кордоном свідчить про наявну велику різноманітність засобів і методів відновного лікування різних форм ДЦП, але ефективність їх на пізній резидуальній стадії залишається недостатньою. Уповільнення темпів формування позитивної відповіді на відновно-реабілітаційні втручання визначає необхідність створення нових і оптимізації існуючих методик фізичної терапії використання сучасних технологій в області штучного управління рухами, для обмеження проявів захворювання, розширення можливостей життєдіяльності хворих і поліпшення умов їх соціальної адаптації [1, 2]. *Метою* даного дослідження є обґрунтування, розробка та визначення ефективності програми фізичної терапії для корекції рухової функції дітей дошкільного віку з церебральним паралічем в умовах спеціалізованого реабілітаційного закладу.

Методи дослідження. Дослідження проводилися на базі реабілітаційного центру дітей-інвалідів м. Одеса. Для перевірки ефективності розробленої програми був організований і проведений формуючий експеримент. У ньому приймали участь 20 дітей з переважно спастичними руховими розладами легкого і середнього ступеня важкості.

Досліджувану групу склали 10 дітей – 7 дівчаток (70%) і 3 хлопця (30%). У даній групі було 5 дітей (50%) у віці 5 років, 5 дітей (50%) – у віці 6 років. Три дитини (30%) з цієї групи мали діагноз – спастичний тетрапарез, семеро дітей (70%) – спастична диплегія.

В контрольній групі (10 дітей) було 5 дівчаток (50%) і 5 хлопців (50%). У віці 5 років було 6 дітей (60%) та у віці 6 років – 4 дитини (40%); зі спастичною диплегією – 7 дітей (70%), зі спастичним тетрапарезом – 3 дитини (30%). Контрольна група займалася за стандартною методикою реабілітаційного центру, досліджувана – займалася за розробленою програмою фізичної терапії яка включала в себе використання лікувально-навантажувальних костюмів «Аделі», «Гравістат», «Атлант» та апаратної фізичної терапії «Локосистема», «Локомат», «Джео-система».

Оцінка розробленої відновно-реабілітаційної програми здійснювалася за допомогою даних клініко-інструментальних досліджень; кількісної оцінки загальних рухових функцій за шкалою GMFM-88.

Обстежувані знаходилися під спостереженням протягом 6 місяців. Даний термін формуючого експерименту полягав в проходженні повторних курсів інтенсивного відновного лікування кожні 3 місяця. Зазначений термін спостереження за контингентом обстежуваних дітей був обумовлений терміном циклу від початку курсу відновного лікування до початку повторного курсу в умовах реабілітаційного центру та включав два етапи. Перший етап тривав впродовж 2 тижнів і включав 10 занять з фізичної терапії, 10 занять апаратної терапії та 5 занять з використанням лікувально-навантажувальних костюмів; другий етап 3-4 місяці та проходив в домашніх умовах за участі батьків.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті вивчення можливості розвитку рухових дій у дітей з церебральним паралічем дошкільного віку була розроблена методика диференційованого поетапного формування основних рухових дій.

Під впливом розробленої програми в дітей досліджуваної групи констатована більш виражена позитивна динаміка ніж у представників контрольної групи.

Це означає, що заняття в спеціалізованому реабілітаційному центрі з використанням сучасних технологій забезпечують більш високі результати, порівняно зі стандартними методами лікування та багатомісячним етапом самостійної роботи батьків у домашніх умовах. З'являється необхідність в поєднанні корекційно-педагогічних і медичних заходів при вирішенні завдань щодо відновлення рухових навичок у дітей зі спастичними формами ДЦП. Разом з тим, самостійні заняття батьків з дітьми дозволили не тільки стабілізувати результати, досягнуті на курсі реабілітації, але в ряді випадків підвищити ці показники, що свідчить про необхідність об'єднання цих етапів у процесі реабілітації дітей з церебральним паралічем.

Таблиця 1

Показники загальних рухових функцій за шкалою GMFM-88 у досліджуваних та контрольній групах до та після фізичної терапії (%)

		Положення лежачи та повороти	Положення сидячи	Повзання та положення на колінах	Положення стоячи	Ходьба, біг, прижки	Всього
Досліджувана група	<i>До фіз.терапії</i>	47	50	41	35	19	38,4
	<i>Після фіз.терапії</i>	76	76	56	47	32	57,4
Контрольна група	<i>До фіз.терапії</i>	49	50	41	35	17	38,4
	<i>Після фіз.терапії</i>	58	62	45	37	21	44,6

Висновки. Таким чином, відновне лікування хворих на пізній резидуальній стадії дитячого церебрального паралічу має особливу складність, що пов'язано зі стійкими контрактурами і деформаціями кінцівок, які визначають патологічний характер рухового стереотипу. Рухові порушення, утруднюють розвиток самостійного пересування і навиків самообслуговування, ставлять хвору дитину в повну залежність від оточення дорослих. Це сприяє формуванню у нього пасивності, безініціативності, порушує становлення мотиваційної сфери.

Рання і систематична корекція рухових навичок, здійснювана в єдиному комплексі відновно-реабілітаційних заходів, сприяє запобіганню і подоланню багатьох ускладнюючих порушень і виявленню компенсаторних можливостей дитячого мозку. Особливу роль в цьому процесі відіграють методи фізичної терапії.

Література

1. Ключкова Е. В. Введение в физическую терапию: физическая реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. – М.: Теревинф, 2014. – 288с.
2. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам /Под ред. Семёновой Е. В., Ключковой Е.В., Коршиковой-Морозовой А.Е., Трухачёвой А.В., Заблоцкис Е. Ю. – М.: Лепта Книга, 2018. – 584с.

І. Левченко, студент групи 201- пГЗ,
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп., професор
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ДЦП ЗАСОБАМИ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ

Станом на 1 січня 2018 року зареєстровано близько 100 тис. дітей, інвалідність яких пов'язана з патологією нервової системи. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з причин дитячої інвалідності. У Європі поширеність цієї хвороби становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених, а в Україні – 2,56 на 1000 живих новонароджених. Серед недоношених дітей кількість випадків ДЦП зросла до 40-100 на 1000 живих новонароджених.

На сьогодні проблема дітей-інвалідів в Україні набуває особливого значення у зв'язку з постійним зростанням їх частки в структурі дитячого населення. Офіційні дані так характеризують масштаби цієї проблеми в Україні: станом на 01.01.2011р. 166 тис. дітей мають статус дитини-інваліда, що становить 1,9 відсотка від усього дитячого населення України. Більше як у 90 тис. дітей проблема соціальної дезадаптації пов'язана з патологією нервової системи. В дитячому віці рухові порушення найчастіше зустрічаються при церебральному паралічі. Церебральний параліч є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності. Як було зазначено вище, ДЦП у Європі становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених. Даний показник значно не змінюється вже протягом останніх 40 років. Створення європейського реєстру дітей з ЦП у 1998 році (SCPE - The Surveillance of Cerebral Palsy in Europe) підтверджує актуальність даної проблеми та необхідність розвитку різноманітних досліджень в цій галузі з метою покращення реабілітації дітей з ЦП. В комплексне лікування входить масаж при дитячому церебральному паралічі, що є одним із важливих методів реабілітації і саме на ньому ми зосередимося надалі.

Першими і явними ознаками ДЦП виступають: деформація скелета; лабільність м'язового тону - м'язи або занадто розслаблені, або занадто напружені; переважні рухи однією рукою у віці до 18 місяців; патологія рухів: або занадто різкі, або занадто мляві; затримка розумового розвитку; часті судоми; проблеми з мовним апаратом - діти не можуть говорити, виникають також проблеми з ковтанням; проблеми з контролем видільних систем органів; проблеми з зубами; порушення і зниження слуху; дитина не ходить, або хода не відповідає нормі, наприклад, хода на пальцях з вивертанням стопи.

Мета масажу полягає в зниженні рефлекторної збудливості м'язів, попередженні розвитку контрактур (обмеження рухливості в суглобах), зменшенні сінкінезії (мимовільний рух), стимулюванні функції паретичних м'язів, поліпшення лімфо і кровообігу, зменшенні трофічних розладів.

До проведення масажу максимально розслабляють м'язи, підбираючи вихідне положення і розслаблюючи вправи. Масаж при ДЦП проводять диференційовано. Погладження, розтирання і розминання, пощипування, катання, вібрація, пунктуація і поштовхи на скорочених м'язах з підвищеним тонусом. Рухи проводять повільно, ніжно і плавно для того, щоб розслабити ці м'язи.

На розтягнутих і ослаблених м'язах проводять лікувальний масаж більш глибоко, застосовуючи прийоми вібрації: биття і стругання, а також штрихування, пунктуацію, пощипування і погладжування. В обов'язковому порядку масажують паравертебральні спинно-мозкові сегменти. Виконують ЛФК, точковий масаж і логопедичний, рефлексотерапію, ортопедичну корекцію, іпотерапію. При масажі певних м'язових груп виконується одночасно *дихальна техніка рухів*.

До того, як провести ЛФК і лікувальний масаж, необхідно враховувати те, що хворий є дитиною, яка не може виконувати рухи самостійно, ніколи не виконував і не знає, як їх виконати. Вона взагалі може не розуміти необхідності лікування, а тому часто не концентрує увагу на відміну від дорослого пацієнта, часто буває замкненою і дратівливою.

Масажисту знадобиться витримка і терпіння, щоб провести навчання вправам ЛФК. Застосовуючи ласку до дитини, підтримуючи контакт розмовою і грою з різними іграшками, можна створити позитивний емоційний фон.

Лікувальний масаж на розслаблення м'язів виконують: поверхневими безперервними погладжуваннями. Рухи виконуються легко, плавно і повільно без зміщення шкіри відносно *нижчих* тканин; валяння великих м'язових груп, перевалюванням м'язів з однієї руки в іншу; катанням м'язів кінцівок (плечового і тазостегнового суглобів); глибоким безперервним і переривчастим погладжуванням; розтирання за допомогою одного або декількох пальців; гребнеподібне розтирання тильною поверхнею других фаланг пальців (кисть складена в кулачок), спираючись на великий палець.

Найбільш ефективними вважаються методики масажу: класичного лікувального, кругового трофічного, для поліпшення дихання, сегментарного, по системі Манаківа, точкового і системного точкового. Про які ми, власне, і поговоримо.

Класичним лікувальним масажем покращують живлення і дихання тканини м'язів, покращують умови діяльності нервових елементів і рецепторів обміну, нормалізують тонус м'язів. Застосовують плавні прийоми погладжування, розтирання, розминання та вібрації (в ряді випадків) без застосування зусиль.

Спочатку масажують комірцеву зону і шию, потім переходять на масаж спини, сідниць, бічних поверхонь тулуба. Особливо опрацьовують підлопаткові м'язи і ті, що прикріплюються до лопатки: ромбовидні, задні зубчасті, підлопаткові. Вони ослаблені в зв'язку з ослабленням функції великого грудного м'яза і його знаходженням в *спастичному стані* при підвищених *тонічних рефлексах (лабіринтових і шийних симетричних)*.

Правильне положення лопатки необхідне для скорочення м'язів при розгинанні голови.

Підвищення тонуусу великого грудного м'яза призводить до неправильного положення рук, голови, до контрактур і уповільнень розвитку вертикалізації тіла малюка. Тому у дітей до року і старше, що ще не можуть стояти, фіксують лопатки до хребта, а потім тільки виконують масаж. При цьому руку, зігнуту в ліктьовому суглобі, заводять за спину, укладаючи передпліччя на спину. Плече дитини трохи піднімають вгору для фіксації його і лопатки до хребта.

Пальцями проходять глибоко між лопаткою і ребрами, потім виконують масажні рухи під лопаткою, направляючи їх до внутрішнього краю: розтирають і розминають. Потім приступають до масажу грудей і живота, ніг і рук, кистей і стоп.

У гострій і ранній стадії ДЦП застосовують щадні прийоми площинного, поверхневого, граблеподібного погладжування і розтирання. У початковій стадії масаж проводять площинним глибоким, охоплюючим погладжуванням і допоміжними прийомами, розтиранням, виключаючи щипки, валиння, покатування.

При наявності спастичної диплегії призначається загальний масаж з акцентом на розгиначі. Перший день можна масажувати ноги і м'язи спини, на другий день - руки і м'язи спини, грудної клітки і живота (при необхідності). Дозволено поперечне розминання. Кожну кінцівку масажують 12-15 днів. *Геміпаретична форма* вимагає застосування всіх прийомів масажу, крім вібрації. Дозволено виконувати реєдукацію (тренування) м'язів на ЛФК.

Аточно-астанічна форма ДЦП вимагає застосування всіх прийомів, виконуваних глибоко і енергійно, включаючи щипцеподібну розминку, рублення, поплескування, поколювання в чергуванні з погладжуванням.

Гиперкінетична форма вимагає застосування легких прийомів: поверхневого погладжування, гладження, *штрихування*, пиляння для впливу на *скорочені* м'язи. Для розтягнутих м'язів необхідний більший діапазон прийомів.

У відновний період при ДЦП масаж поєднують з ЛФК, фізіотерапевтичними процедурами, ортопедичними заходами. Навчання вправами ЛФК і масажами нормалізує функції вестибулярного апарату. Дитина піднімає голову у всіх положеннях, випрямляє голову і ноги в положенні лежачи на животі, повертається зі спини на бік, нахиляє тулуб убік і ін. Дитину навчають ходити і спиратися на ноги: під час масажу стопи упирають в підставку, в суглобах рухами імітують ходьбу. Хороший ефект дає іпотерапія - катання на спеціально навчених конях, акварабілітація в басейні, дельфінотерапія.

Література

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями»

3. Вакуленко Л.О. Лікувальний масаж, К. : Основа, 2009. – 390 с.

4. <https://vemakids.com.ua/ua/education-center/symptomy-dcp>
5. Дубровський В.І, Дубровська А. В. Лікувальний масаж.
<http://besida.in.ua/tochkovyj-masazh-efektyvnyj-metod-pry-likuvanni-dtsp.html>

К. К. Луговкіна, магістрантка
Національний університет фізичного виховання і спорту;
С. В. Фролов, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту;
В. В. Вітомський, к.фіз.вих., викладач
Національний університет фізичного виховання і спорту

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІСЛЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найбільш розповсюджених патологій органів кровообігу серед населення розвинутих країн. В теперішній час, незаперечна ефективність реабілітаційних програм після операцій на серці. Однак, сьогодні програми реабілітації хворих ІХС з супутньою патологією після хірургічної реваскуляризації міокарду потребують розвитку [2]. Однією з таких супутніх патологій при ІХС є артеріальна гіпертензія. Прогноз пацієнта, який переніс реваскуляризацію міокарда та має артеріальну гіпертензію, здебільшого залежить не лише від успішного виконання втручання, а й від подальшої стратегії медикаментозної терапії та реабілітаційних заходів. В той же час, аналіз даних літератури, свідчить про те, що в етапному відновлювальному лікуванні системний підхід до здійснення лікувальних впливів ще не отримав в повній мірі належного розвитку та застосування [1, 3].

Метою дослідження було – науково обґрунтувати та розробити програму фізичної терапії з включенням елементів респіраторних практик та масажу для осіб з хронічною ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією після аорто-коронарного шунтування.

Для вирішення поставлених завдань нами застосовувалися такі *методи дослідження* аналіз спеціальної та науково-методичної літератури, контент-аналіз медичної документації, шестихвилинний тест ходьби (6-ХТХ), спірографія. Отримані матеріали оброблені адекватними математико-статистичними методами. Дослідження проводилися на базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». Контингент досліджуваних – 20 пацієнтів з хронічною ІХС та артеріальною гіпертензією, що госпіталізувалися для проведення аорто-коронарного шунтування. У формувальному експерименті пацієнти були розділені на основну (ОГ; n=10) і контрольну (КГ; n=10). Середній вік пацієнтів склав $65,4 \pm 2,52$ років. За результатами аналізу медичних карт обстежені пацієнти мали хронічну серцеву недостатність II та III функціонального класу зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (понад 45 %).

Програма фізичної терапії покликана поліпшити якість післяопераційного відновлення у пацієнтів на стаціонарному етапі та підготувати до побутових навантажень.

До базової програми реабілітації були внесені наступні *зміни*:

- до процедури лікувальної гімнастики (ЛГ) – розширено комплекс дихальних вправ за рахунок впровадження нових (динамічних, вправ з йоги, звукова гімнастика), включено вправи на рівновагу;
- застосовувались процедури масажу (комірцевої зони та ший, нижніх кінцівок, спини);
- рання активізація (сидіння зі спущеними ногами у реанімації, перехід у положення стоячи у день переводу до післяопераційної палати).

Програма фізичної терапії складалася передопераційного періоду, раннього та пізнього післяопераційних, у котрих було виділено чотири рухових режими.

Зокрема *метою* реабілітаційних заходів раннього післяопераційного періоду було досягнення щонайбільш сприятливого перебігу післяопераційного періоду.

Вирішувались наступні *задачі*: профілактика серцево-легеневої недостатності та післяопераційних ускладнень; активізація екстракардіальних факторів кровообігу; покращення функції зовнішнього дихання; рання активізація та підготовка до вставання.

Процедура ЛГ проводилася за суворо постільним та постільним руховими режимами, 2 рази на день. Курс *масажу* починався введенням масажу нижніх кінцівок, комірцевої зони та ший. Постільний руховий режим починався з моменту переводу хворого у палату (орієнтовно через два дні після операції) де заняття ЛГ продовжувалися з використанням вправ у вихідному положенні сидячи

Мета пізнього післяопераційного періоду: сприяти адаптації до зростаючого фізичного навантаження та підготовки до побутових навантажень.

Процедура ЛГ палатного рухового режиму виконувалася з включенням та нових вправ у вихідному положенні стоячи, котрим відводилося до 40–60% часу від тривалості ЛГ. Заняття проводилися двічі на день. Окрім того застосовувалися нові динамічні дихальні вправи та дихальні вправи йоги, котрі були впроваджені у реабілітаційний процес. На вільному руховому режимі процедура ЛГ також включала вправи для розвитку рівноваги.

Кількість післяопераційних ліжкоднів була меншою у ОГ: 8,8 дні у КГ та 7,9 днів у ОГ ($p < 0,05$). Окрім того, відповідно до отриманих результатів майже усі пацієнти (90%) ОГ переходили на вільний режим чи виконували ходьбу у коридорі на день раніше. Несприятливих реакцій не спостерігалось.

Відповідно до результатів шестихвилинного тесту ходьби розроблена програма була більш результативною, оскільки заключні ключові показники тесту у ОГ були кращими за умови, що початкові статистично не відрізнялися у групах. Зокрема у ОГ довжина пройденої дистанції при госпіталізації склала $358,2 \pm 56,08$ метрів, а при виписці майже досягла початкового результату - $345,5 \pm 44,12$ метрів. У КГ

початковий показник дистанції статистично не відрізнявся і склав $363,8 \pm 48,23$ метрів, але за результатами заключного тесту довжина дистанції у КГ була нижчою - $313,1 \pm 51,32$ м ($p < 0,01$). Таким чином у ОГ довжина пройденої дистанції знизилася на 12,7 м, а у КГ на 50,7 м, що підтверджує кращу ефективність впроваджених засобів, термінів вертикалізації та методологічних особливостей їх використання

Окрім того реакція ЧСС також була більш сприятливою у ОГ. Незважаючи на пройдену більшу відстань у ОГ при заключному тестуванні ЧСС після 6-ХТХ склала $110,3 \pm 9,87$ уд·хв⁻¹, а у КГ - $115,5 \pm 10,31$ уд·хв⁻¹ ($p < 0,05$). Разом з тим на момент виписки пацієнти ОГ мали кращу реакцію АТ_{сист} на навантаження. Так у ОГ при заключному тестуванні АТ_{сист} після 6-ХТХ склав $138,1 \pm 9,72$ мм рт. ст., а у КГ - $145,7 \pm 8,81$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Відповідно до результатів спірографії розроблена програма була більш ефективною, оскільки ряд показників у ОГ був кращим.

Так у ОГ показник ЖЄЛ при госпіталізації склав $90,35 \pm 7,67$ % норми, а при виписці майже досяг початкового результату - $86,44 \pm 8,76$ %. У КГ початковий показник ЖЄЛ статистично не відрізнявся від ОГ і склав $91,47 \pm 7,80$ %, але за результатами заключного тесту ЖЄЛ у КГ була нижчою і склала $78,6 \pm 7,98$ % ($p < 0,01$) (рис. 1). Таким чином у ОГ показник ЖЄЛ після оперативного втручання з стернотомією знизився на 3,9 %, а у КГ на 12,9 %, що підтверджує кращу ефективність впроваджених динамічних дихальних вправ та елементів респіраторних практик йоги.

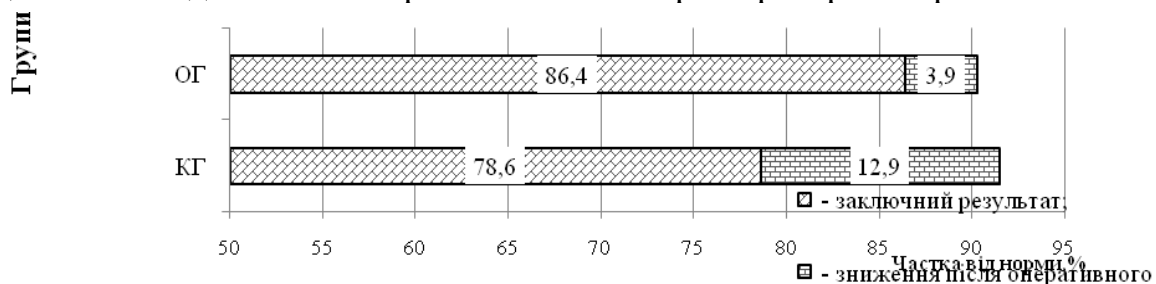


Рис. 1. Динаміка життєвої ємності легень у оперативній (ОГ) та контрольній (КГ) групах:

Висновки. Відповідно до динаміки результатів 6-ХТХ та спірографії внесені зміни до програми фізичної терапії були ефективними, проте вимагали збільшення часу роботи на одного пацієнта фізичного терапевта.

Література

1. Калоєрова В, Томашевський М. Особливості фізичної реабілітації при атеросклерозі в чоловіків працездатного віку. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2015;1:35–9.
2. Колоденко ОВ. Комплексна реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця та гіпертензією після хірургічної реваскуляризації міокарду. ScienceRise. 2016;12(1):31-4.
3. Gersh BJ, Sliwa K, Mayosi BM, Yusuf S. Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. European Heart Journal. 2010;31(6):642–8.

О.Л. Луковська, к. мед. н., доцент;
В.Є. Кудрявцева, к. біол. н., с.н.с;
М.М. Головачов, викладач

Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ СПОРТСМЕНІВ- ІНВАЛІДІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В сучасному світі набирає обертів негативна тенденція - неухильно зростає кількість інвалідів, зокрема в Україні таке явище має багато різноманітних причин робить реабілітацію даного контингенту населення однією з найважливіших соціальних проблем у нашій країні [1]. Фізична культура і спорт є універсальним засобом реабілітація осіб з обмеженими фізичними можливостями. Проте заняття спортом на міжнародному рівні супроводжуються значним фізичним навантаженням і високим рівнем стресу, тому потребують додаткових заходів фізичної реабілітації.

Мета дослідження - виявити зміни функціонального стану ЦНС після проведення заходів фізичної реабілітації.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури за напрямом дослідження, аналіз амбулаторних карток спортсменів-інвалідів. Функціональний стан ЦНС спортсменів-інвалідів досліджували за допомогою системи «Діагност». Дослідження проводилось в динаміці як до, так і після проведення реабілітаційних заходів у даної категорії спортсменів.

Під спостереженням знаходилося 20 спортсменів-інвалідів у віці від 19 до 37 років, чоловіків - 14, жінок - 6 осіб. Середній вік чоловіків складав 27,4 років, жінок - 31,3 років. Всі обстежені займалися ігровими видами спорту: чоловіки - футболом, жінки - волейболом.

За даними амбулаторних карток доведено, що за нозологічними формами спортсмени розподілялися наступним чином: серед чоловіків 6 мали порушення рухових функцій внаслідок ДЦП та 8 - зниження слуху; серед жінок 5 мали ампутації кінцівок та 1 - артрит обох колінних суглобів. Обстежені спортсмени-інваліди входили до складу паралімпійських збірних команд України з футболу і волейболу, та дефлімпійської збірної команди України з футболу. Дослідження проводилися в науково-дослідній лабораторії Придніпровської державної академії фізичної культури і спорту та установи «Дніпропетровський лікарсько-фізкультурний диспансер» Дніпропетровської обласної ради» в передзмагальний період і під час навчально-тренувального збору. Психофізіологічне дослідження проводилось за допомогою комп'ютерної системи «Діагност-1». Використовувались такі режими тестування: оптимальний режим зворотного зв'язку, режим реакції на об'єкт що рухається (РРО), тепінг-тест [2,3].

З метою відновлення психоемоційної сфери та підвищення адаптивних можливостей ЦНС спортсменів-інвалідів використовували аутотренінг за методикою Шульца (його «нижча сходінка») [4].

Аналіз результатів тестування оптимального режиму після проведених реабілітаційних заходів свідчить, що серед обстежених спортсменів-інвалідів спостерігається зникнення низького рівня латентного періоду при складних сомато-сенсорних реакціях за рахунок зростання нижче середнього на 10%.

Функціональна рухомість нервових процесів (ФРНП) після проведеної реабілітації зазнала покращення за рахунок зникнення низького рівня та зростання нижче середнього з 45,0 відсотків 55,0%.

Сила нервових процесів відіграє значну роль в оцінці витривалості та стресостійкості спортсменів-інвалідів. При обстежені після проведених реабілітаційних заходів встановлено покращення цього показника за рахунок зменшення кількості з низьким рівнем з 40,0 відсотка до 30,0% та зростання нижче від середнього до 50,%. Дослідження реакції на рухомий об'єкт також мало позитивну динаміку.

Після проведення відновних заходів збільшилось кількість атлетів з рівновагою процесів збудження і гальмування з 10,0% до 15% та зросла кількість спортсменів-інвалідів з домінуванням процесів збудження на гальмування, і не зареєстровано атлетів у яких процес гальмування домінує над процесом збудження.

Висновки:

1. Негативні показники психофізіологічних реакцій спонукали до розробки відновних заходів, що спрямовані на покращення функціональних можливостей ЦНС спортсменів-інвалідів.

2. З метою покращення функціонального стану ЦНС у спортсменів-інвалідів було запропоновано провести курс аутогенного тренування за методикою І. Шульца («нижча сходінка»), яка включає вправи на релаксацію та самонавіювання. Аутотренінг (тривалість заняття 20 хвилин) проводився протягом 45 днів (1 раз на добу, 5 разів на тиждень) за класичною методикою, після попередньої роз'яснювальної інформаційно-педагогічної бесіди.

3. Під впливом реабілітаційних заходів відмічено в межах фенотипічних проявів особистості покращення функціональних показників ЦНС. Головною особливістю змін є тенденція до покращення показників за рахунок зменшення кількості осіб з низьким рівнем спроможностей ЦНС.

Література.

1. Бріскін Ю.А. Паралімпійський спорт: [навчальний посібник] / Ю.А. Бріскін, А.В. Передерій, В.В. Строкатов - Львів; «Арал», 2001. - 141 с

2. Луковська О., Петречук Л., Головачов М., Бондаренко К. Особливості психомоторних реакцій у спортсменів-інвалідів / Спортивний вісник Придніпров'я. – 2016. - № 1. – С. 257 – 262.

3. Макаренко М.В. Методика проведення обстежень та оцінки індивідуальних нейродинамічних властивостей вищої нервової діяльності людини. Фізіологічний журнал. – 1999. – Т.45, № 4. – С.125-131.

4. Шульц И.Г. Аутогенная тренировка / Под ред. В.Е. Рожнова. – М: Медицина, 1985 г.- 87 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Вступ. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з лідируючих місць серед причин смертності та інвалідизації населення України. 10-20 % від всіх ЧМТ припадають на тяжку черепно-мозкову травму. В Україні частота ЧМТ у різних регіонах щорічно становить від 2,3 до 6 випадків (у середньому 4–4,2) на 1000 населення [1].

На відміну від епідеміології гострої ЧМТ, епідеміологія наслідків ЧМТ недостатньо вивчена. За результатами досліджень, частота лише хірургічно значущих наслідків ЧМТ становить 15-18 на 100 000 населення. Найбільш частими наслідками ЧМТ є рухові і когнітивні порушення [3]. Когнітивні розлади негативно впливають на відновлення рухових навиків та заважають жити самостійно вдома. Когнітивні функції (мова, пам'ять, інтелект, праксис, гнозис) є найбільш складними функціями головного мозку, що забезпечують процес раціонального пізнання світу та цілеспрямовану взаємодію з ним [2,3].

Результати окремих досліджень переконливо доводять, що аеробні вправи поліпшують пізнання у людей з деменцією, покращують увагу і когнітивну гнучкість у хворих з хворобою Паркінсона, поліпшують час реакції вибору у осіб з розсіяним склерозом, посилюють здатність до рухового навчання у людей з хронічним інсультом. Проте вчені не досліджували вплив аеробних вправ на покращення когнітивних функцій у комплексних програмах фізичної терапії осіб з перенесеною ЧМТ [2]. Виходячи з цього, вважається за необхідне включення кардіо-респіраторного тренування в комплексну програму фізичної терапії осіб з травматичним ураженням головного мозку для поліпшення когнітивних функцій та корекції рухового дефіциту [1]. *Мета дослідження* – обґрунтувати та розробити програму фізичної терапії з використанням кардіо-респіраторного тренування для осіб з перенесеною ЧМТ на пізньому етапі відновного лікування.

Методи дослідження. Аналіз науково-методичної літератури стосовно питання відновлення функціональних та когнітивних функцій осіб з ЧМТ, педагогічні методи (педагогічне спостереження), клініко-неврологічні тести (індекс щоденної діяльності Бартел, тест на рівень деменції SAGE), інструментальні методи дослідження (електроенцефалографія, комп'ютерна томографія).

Результати дослідження. При складанні комплексної програми фізичної терапії для осіб з ЧМТ у пізньому відновному періоді було враховано не тільки клінічні аспекти основних порушень, а й комплекс морфологічних, фізіологічних та психологічних змін. Оцінка функціональної активності за фазами пізнього відновного періоду здійснювалась за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), що є стандартом ВООЗ в області вимірювання обмеження життєдіяльності та компонентів

функціональності [3]. Компоненти моделі МКФ включають функції тіла, активність та участь, а також контекстуальні фактори. За даними первинного обстеження було визначено довгострокові та короткострокові цілі. Розроблена програма передбачала 3 фази, кожна тривалістю 28 днів. Для покращення когнітивного стану запропоновано слідувати спеціальному розпорядку дня, виконувати вправи на покращення пам'яті та уваги, використовувати тренажери Бітрейніка.

Висновки. Таким чином, у визначенні мети програми та при встановленні напрямку відновлюваного процесу, значну роль відіграють методологічні підходи за МКФ, яка забезпечує основу для формування різних рівнів, що відображають зміни особистості: рівень функції та структури тіла, рівень активності, рівень участі. Запропонований комплекс відновно-реабілітаційних процедур, удосконалений кардіо-респіраторними тренуваннями, сприяє зменшенню функціональних порушень, підвищує ступінь самообслуговування, поліпшує когнітивний стан та дозволяє досягти більшої соціальної незалежності хворих на ЧМТ.

Література

1. Баннікова Р.А., Калінкін К.Л., Магнушевський Ю.В. Проблемні питання фізичної реабілітації осіб з наслідками травматичного ураження мозку. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2016. №1. С. 23-27
2. Банникова Р.А., Калинин К.Л., Керестей В.В. Физиологически адаптированные методики в комплексной физической реабилитации лиц с травматическими повреждениями мозга. International Congress "Sport. Olympism. Health". Republic of Moldova. 2016. Vol. 2. P.484-489
3. Школьник В.М., Фесенко Г.Д., Голик В.А., Погорелова С.А., Пашковский В.И., Гук А.П. Когнитивные расстройства в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы как причина ограничения жизнедеятельности пострадавших. Український нейрохірургічний журнал. 2015. №2. С. 5-10

П.В. Макаренко, магістр

Національний університет фізичного виховання та спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ З ВИКОРИСТАННЯМ БОБАТ-ТЕРАПІЇ

Інсульт – основна причина інвалідності та смертності. Щороку в Україні стається понад 111 тисяч нових випадків інсульту. Інсульт є основною причиною смертності та інвалідизації населення. "Минулого року у нашій країні сталися 111 615 нових випадків інсульту, третина цих випадків - у людей працездатного віку. 297 на сто тисяч населення. Водночас у Європі цей показник - 200 на сто тисяч населення. Помирає внаслідок інсульту в Україні понад 40 тисяч людей, минулого року - понад 41 тисячу. 10% населення помирає внаслідок мозкового інсульту, люди які залишилися живими після інсульту, стають інвалідами, 30% потребують сторонньої допомоги.

Фізична терапія є складовою частиною відновного лікування хворих, що перенесли інсульту. Одним із засобів фізичної терапії є Бобат-терапія.

Бобат-концепція являє собою не просто терапевтичне втручання, а методику інтерпретації та вирішення індивідуальних проблем пацієнта, включаючи також аналіз потенціалу його відновлення. Клініко-фізіологічне обґрунтування є центральним у всьому процесі оцінки стану, втручання та аналізу.

Існує багато факторів що впливають на прийняття рішень в клінічній практиці. Бобат-терапевти застосовують різні моделі клінічного обґрунтування, які враховують ці фактори. Ці моделі намагаються пояснити природу прийняття клінічних рішень та надають корисні засоби для аналізу сучасних процесів обґрунтування в цілях їх подальшого удосконалення.

Бобат-концепція – це підхід, що спрямований на вирішення проблем та адаптує процеси оцінки стану та лікування до індивідуальних проблем пацієнта. Вплив зовнішнього та внутрішнього факторів на порушення є загальновизнаним фактом. Крім цього, ключовим фактором при залученні до процесів моторного навчання та реабілітації є мотивація.

Бобат-концепція наголошує на тому, що відновлення контролю селективного руху в якості цілі лікування, підвищує мотивацію пацієнта, в той час як орієнтація на адаптацію до обмежених можливостей, ніяк не може бути мотивуючим фактором. Це не означає, що в лікуванні не мають бути застосовані компенсаторні стратегії та допоміжні засоби, але мається на увазі, що оцінка стану в рамках Бобат-концепції має концентруватися на дослідженнях можливостей зниження ступеню тяжкості захворювання і зниження ступеню не ефективності компенсаторних стратегій з ціллю нормалізувати функціонування. Важливо відзначити, що оцінка стану та лікування спрямовані на виконанні завдань, мотиваційно значущих для пацієнта, що забезпечує «соціальне вимірювання» процесу відновлення.

Ключові питання при оцінці стану пацієнта звучать наступним чином: «Що пацієнт здатний зробити зараз?», «Що пацієнт здатен зробити з невеликою допомогою зі сторони терапевта?». Ці питання також актуальні при оцінці потенціалу в межах сучасної Бобат-концепції. Але необхідно відмітити, що «допомога» терапевта складається з керування надходження аферентної інформації до центральної нервової системи.

Це надає пацієнту можливість розробити більш ефективну стратегію руху у взаємозв'язку з поставленим функціональним завданням.

Вибір відповідних методів для оцінки медичної практики дуже важливий для того, щоб мотивувати терапевтів на складання точних характеристик та моніторинг змін, що відбуваються в ході реабілітації.

Бобат-терапія дозволяє сконцентруватися на найважливіших проблемах, усунувши які, відкривається шлях до відновлення нормального руху.

В Бобат-концепції існує певна ієрархія того як навчати пацієнта, спочатку він має навчитися поворотам в ліжку, потім ми вчимо пацієнта спочатку з допомогою, а надалі і без допомоги сидати в ліжку, після чого покращуємо навички поостурального контролю в положенні сидячи це є дуже важливим етапом оскільки Бобат-концепція каже, що «Контроль

тулуба є ключем до рухів кінцівками». Далі пацієнт вчиться вставати, потім постуральний контроль стоячи і нарешті ходьбі.

Завдання пацієнта в процесі реабілітації складається із взаємодії та відновлення функціонального контролю в межах обмежень, що накладаються його порушеннями. Пацієнту необхідно надавати інформацію та підтримку протягом всього процесу реабілітації та якомога частіше залучати до прийняття рішень. Застосування Бобат-концепції має на увазі спонукання пацієнта до взаємодії з оточуючим середовищем, до формування ефективної, бажаної та відповідної реакції на оточуюче середовище.

Бобат-концепція стверджує, що пацієнту треба стати «активним учнем», щоб процес реабілітації був успішним. Для пацієнта, залученого до реабілітації, дотягування в повітрі до уявного, що немає практичної користі предмета, не дозволить сформувати ті самі патерни, отже й засвоїти ті самі навички, що й дотягування до коробки з необхідною йому річчю. Тому завдання мають бути значущими для пацієнта.

Тренування важливої для життя дії, можливо, є єдиним ефективним терапевтичним прийомом, що забезпечує успішну реабілітацію. Засвоєння навичок за допомогою практики є важливішим фактором при плануванні реабілітаційних заходів для пацієнта.

Отже, Бобат-терапія є дуже ефективним та доцільним методом відновлення людей після інсульту.

Література

1. Gjelsvik, B.E. The Bobath Concept in Adult Neurology. 4th ed. Thieme: Stuttgart; 2008. 237 p.
2. Higgs J. Jones M. Loftus S. Christensen N. Clinical decision making and multiple problem spaces. 3rd ed, Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann; 2008. 520 p.

В. І. Марчик, к.б.н., доцент
Криворізький державний педагогічний університет;
С. В. Переверзева, викладач
Криворізький державний педагогічний університет;
Т. А. Дроннікова
*Криворізький економічний інститут
ДВНЗ «Київський національний економічний університет
ім. Вадима Гетьмана»*

ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ ЗА РІЗНИМИ СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ

Світогляд здорового способу життя як комплекс оздоровчих заходів, спрямованих на розвиток і зміцнення здоров'я проявляється у відповідних формах і способах щоденного життя. Використання вагомих факторів впливу підвищить ефективність формування світогляду ЗСЖ підрастаючого покоління.

Зазначається, що в педагогічній науці накопичений багатий досвід теоретичних досліджень з проблеми формування здорового способу життя учнів на різних ступенях освіти, побудованих на різноманітних наукових підходах [2, с. 89]. Представлені також практичні і дійові рекомендації. Пропонується, наприклад, запровадження в навчальних закладах системну роботу щодо формування ЗСЖ молоді, метою якої має бути усвідомлення індивідуальної та суспільної цінності здоров'я, виховання власної відповідальності за його зміцнення, збереження і передачу в спадок. Головними напрямками цієї роботи може бути навчання основам теорії ЗСЖ; виховання відповідальності молоді за власне здоров'я; виховання критичного ставлення до реклами харчових продуктів; формування усвідомлення необхідності достатніх фізичних навантажень, їх ролі у зміцненні здоров'я [1, с.72].

Метою роботи стало виявлення найбільш вагомих факторів, що впливають на формування світогляду здорового способу життя у майбутніх педагогів за різними спеціальностями. В дослідженні, що було проведено у жовтні 2018 року прийняли участь студенти 2 курсу навчання Криворізького державного педагогічного університету за спеціальностями Середня освіта (фізична культура) 15 осіб та Середня освіта (фізика, математика) 24 особи. В роботі використано метод анонімного анкетування, за яким необхідно було визначити ступінь впливу (не впливають, незначний вплив, впливають) факторів, що були представлені. На основі отриманих даних сформовано дві вибірки (фізична культура та фізика, математика), в яких визначали відсотки ступенів впливу за кожним фактором.

Аналіз отриманих даних показав, що найбільш вагомими факторами студенти обох спеціальностей зазначають «заняття в спортивних секціях» - 80 і 83% (фіз.культ./фіз., матем); спосіб життя сім'ї – 72 і 83% (фіз.культ./фіз., матем) та роль батьків 60 і 59% (фіз.культ./фіз., матем) (табл.1). Меншим за вибором факторів, що впливають на формування світогляду ЗСЖ студенти обох спеціальностей визначили «хвороби рідних людей» по 47% в обох вибірках та «власне переживання хвороб» 47 і 51% (фіз.культ./фіз., матем). Несподіваними стали показники вибору фактору «книги, ЗМІ, Інтернет», за яким більше половини респондентів обох спеціальностей визначили ступінь їх впливу як «незначний».

Таблиця 1.

Показники вибору впливу факторів на формування світогляду зсж (у %)

Ступінь впливу	Не впливають		Незначний вплив		Впливають	
Спеціальності	Фізич. культ.	Фізика, матем.	Фізич. культ.	Фізика, матем.	Фізич. культ.	Фізика, матем.
Фактори						
Батьки	20	6	20	26	60	59
Спосіб життя сім'ї	14	8	14	9	72	83
Лекції в навчальному закладі	14	29	40	62	46	9
Заняття в спортивних секціях	14	8	6	9	80	83
Хвороби рідних людей	6	33	47	20	47	47
Власне переживання хвороб	20	29	33	20	47	51
Книги, ЗМІ, Інтернет	14	25	53	51	33	24
Однолітки	14	6	53	42	33	42

Не зважаючи на те, що в дослідженні приймали участь майбутні педагоги з достатньо різними професійними спрямуваннями, суттєвих розбіжностей у виборі впливу різних факторів на формування світогляду здорового способу життя не виявлено, окрім одного – «лекції в навчальному закладі»: 46% (фіз.культ.) і 9% (фіз., матем). Поясненням такої різниці вбачаємо у наявності в майбутніх вчителів фізичної культури навчальних дисциплін циклу природничо-наукової підготовки та різного складу дисциплін у досліджуваних обох груп з циклу професійної науково-предметної підготовки.

Висновки. Дослідження факторів, що впливають на формування світогляду здорового способу життя за думкою майбутніх педагогів виявило найбільший ступінь впливу таких факторів, як: «заняття в спортивних секціях», «батьки» та «спосіб життя сім'ї». Майбутні фахівці сфери фізичної культури і спорту, які за навчальним планом оволодівають знаннями дисциплін циклів природничо-наукової та професійної науково-предметної підготовки, визначають високий ступінь впливу отриманих знань, умінь та навичок у формуванні світогляду здорового способу життя.

Література

1. Кабашнюк В. О. Стратегія формування здорового способу життя у майбутніх педагогів / В. О. Кабашнюк // Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців : тези доп. VI Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 22–23 берез. 2018 р.). – Хмельницький, 2018. – С. 69-72.
2. Царук В. П. Різноманітність наукових підходів до проблеми формування здорового способу життя учнів / В. П. Царук // Молодий вчений, 2018. - № 4.2(56.2) - С. 85-90.

Ю.О. Моцар, студентка-магістр

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ЛЮДЕЙ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Розсіяний склероз (РС) – це хронічне, аутоімунне, демієлінізуюче та прогресуюче захворювання нервової системи, при якому вражається мієлінова оболонка нервових волокон головного і спинного мозку[4].

Дане захворювання носить ремітуючий характер, що наносить ураження, зазвичай, у віці близько тридцяти років, але може зустрічатися і у дітей[5]. У світі налічується близько 2 млн. хворих на розсіяний склероз. В країнах Західної та Східної Європи, становить 50-150 випадків на 100 тис. населення, у ряді регіонів України, захворюваність досить висока і знаходиться в межах від 30 до 70 випадків на 100 тис. населення, в Києві – 50,6 випадків на 100 тис. населення[5]. РС майже завжди призводить до зниження якості життя і стійкої інвалідизації, переважно I і II ступені, складаючи майже 73% випадків[2].

Причина виникнення РС і досі не з'ясована остаточно, айого стрімко зростаюча поширеність у осіб працездатного віку, тяжкість клінічних проявів і висока інвалідизація хворих, свідчать про актуальність даної проблеми і про необхідність проведення подальших науково обґрунтованих розробок та відновлювальних заходів, потребуючих використаннясучасних підходівмедикосоціальної допомоги, комплексного використання засобів фізичної терапії, ерготерапії та вдосконалення реабілітаційних програм[1, 3].

Мета роботи – вивчити та оцінити подані в літературі засоби та методи терапії РС; розробити, науково обґрунтувати та практично перевірити ефективність програми комплексної фізичної терапіїпацієнтів з РС.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, методи соціологічних досліджень, клініко-інструментальні методи, методи математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення: вивчення та аналіз даних літературних джерел проводився на базі бібліотеки НУФВСУ, було проаналізовано 217 джерел наукової літератури та інтернет ресурсів,розроблено структуру експериментального дослідження; матеріали дослідницької роботи отримувалися у неврологічному відділенні на базі Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, було обстежено десять осіб з РС, з них– хворі у віці від 17 до 49 років.

Теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури дозволив поглибити знання про розсіяний склероз (його етіологію, патогенез, характер та перебіг протікання), дослідити сучасні аспекти методик комплексної фізичної терапії та ерготерапії пацієнтів з РС.

Методи соціологічних досліджень включили в себе метод збору анамнезу захворювання та життя (перевірка амбулаторних карток та виписок пацієнтів з РС в неврологічному відділенні з метою виявлення критеріїв виключення – патологічний стан пацієнтів з тетрапарезом верхніх і нижніх кінцівок); проведення клінічної бесіди; всі досліджувані займалися по запропонованій програмі комплексної фізичної і медико-соціальної реабілітації та успішно пройшли її.

Клініко-інструментальні методи дослідження:

Методика "Таблиці Шульте": виявлено, що у 60% опитаних пацієнтів, властива підготовка до фізичної активності, що межує з хорошою психічною витривалістю, а у 40% навпаки, хороша працездатність при низькій психічній витривалості, що робить їх роботу нетривалою.

Методика "Рахунок по Крепеліну": показала, що у переважної більшості обстежених спостерігається швидке виснаження мнестичних процесів, а саме зниження обсягу активності уваги; загальний рівень працездатності не достатній,очевидним є зниження перемикування уваги з одного стимулу на інший.

Тести на симптоми Томсона і Велта: при дослідженні пацієнтів на розсіяний склероз, тести були позитивними та супроводжувалися

вираженими больовими відчуттями. Після проходження комплексної програми реабілітації ці тести стали негативними і, відповідно, не супроводжувалися больовими відчуттями.

Оцінка м'язової сили: нормальною силою вважається «1 бал»; до занять фізичною терапією, в основному, показники становили 3-4 бали, після занять ці показники досягли норми у всіх пацієнтів.

Методологія Бобат: за допомогою впливу на ключові точки постурального контролю було посилено контроль м'язової активності, що дозволило зменшити порушення м'язового тону, а моделювання рефлекторного гальмування рухової функції посприяло відновленню нормальної послідовності рухів.

На основі клініко-інструментальних методів та методів математичної статистики, була розроблена комплексна програма фізичної реабілітації, завдяки якій було доведено що: при систематичній фізичній активності відмічається значне підвищення функціональних можливостей організму та його функціональних систем, виражене відновлення сили м'язів, незалежно від тяжкості клінічного стану хворих.

Кінезітерапія включила в себе вправи, спрямовані на розробку суглобів і м'язів, розвиток спритності, швидкості, глибоке розслаблення м'язів, відновлення почуття балансу, розробку стереотипу ходьби, відновлення дрібної моторики, усунення спазмів і повертання координації рухів. Проведений комплекс ЛГ, покращив силу паретичних м'язів у хворих, посприяв створенню нового рухового стереотипа і компенсації незворотних порушень. Комплекс ЛФК був спрямований на підвищення життєвого тону хворого, приведення м'язового корсету в норму; у використанні з інноваційними механотерапевтичними приладами для раннього і безболісного відновлення рухливості суглобів, а також запобігання ускладнень, пов'язаних з тривалою іммобілізацією, допоміг відновити функції колінного, гомілковостопного, ліктьового, променевого і плечового суглобів. Ерготерапія була спрямована на соціально-побутову адаптацію пацієнтів.

Було проведено комплекси лікувального і сегментарно-рефлекторного паравертебрального масажу, що покращило кровообіг і пробудило чутливість тіла, краще розвинуло моторику, привело м'язи в тонус. Комплекс фізіотерапії посприяв зниженню м'язового гіпертону, тазових розладів і сенсорних порушень пацієнтів (магнітно-лазерне опромінення, електросон з використанням струмів низької частоти, транскраніальна магнітна стимуляція за допомогою слабого магнітного поля). Нейротерапія відновила рухову активність і покращила рівень комунікації пацієнтів. Психотерапія допомогла зкоректувати емоційний фон пацієнтів, сприяла конструктивному діалогу з оточуючими і своїм організмом, допомогла подолати можливі психотравми, прийняти існуючий стан речей і не замикаватися на власному відчутті безпорадності і непотрібності. Дієтотерапія стала одним із засобів підтримки нормальної життєдіяльності пацієнтів.

Висновки. Фізичну реабілітацію хворих РС, було проведено, як єдиний безперервний процес, націлений на максимальну ліквідацію обмежень життєдіяльності та поліпшення якості життя пацієнтів, відновлення нормального функціонування організму, розвиток та покращення рухових навичок. Завданнями комплексної реабілітації було встановлено: профілактика загострень хвороби і вторинних ускладнень; симптоматичне лікування; систематичне інформування пацієнтів та родичів про проблеми, пов'язані із захворюванням, про можливості їх корекції; навчання прийомам пересування і безпечного переміщення; фізіотерапія для зменшення спастичності, порушень координації, підтримки адекватного стану м'язів, нормалізації тазових функцій, профілактики вторинних ускладнень; перенавчання побутовим та професійним навичкам; діагностика та корекція дисфункції тазових органів; психологічна адаптація до проблем, пов'язаних із захворюванням. Було застосовано медичні і фізичні засоби реабілітації.

Ерготерапія включала в себе активний і пасивний перебіг та складалася з психосоціальної, медико-соціальної, соціально-побутової реабілітації. Її метою становило - функціональна незалежність пацієнтів, зведення їх непрацездатності до мінімуму. Методи реабілітації засновувалися на міждисциплінарному підході, в якому активну участь приймав кожен хворий пацієнт та його родичі. До робочої групи фахівців, що брали участь входили невролог фізіотерапевт, фахівець з лікувальної фізкультури, нейропсихолог, логопед, дієтолог, медична сестра. При складанні комплексної програми реабілітації пацієнтів були враховані такі особливості: клінічна форма і переважальний клінічний синдром, ступінь вираженості основних клінічних синдромів, особливість імунного статусу, тип і характер перебігу захворювання, вираженість порушень пристосувальної активності, що характеризувала порушення особистісного і соціального статусу. Проведена комплексна програма включила в себе біомеханічне та аутогенне тренування; комплекси кінезітерапії, ерготерапії, лікувального і сегментарно-рефлекторного паравертебрального масажу фізіотерапії, нейротерапії, психотерапії, дієтотерапії.

Література:

1. Бісага Г.Н., Поздняков А.В. / Інструментальна діагностика розсіяного склерозу. в кн. під ред. Завалішина І.А., Головкіна В.І. «Розсіяний склероз». М. – 2000. – С.148-180.
2. Бісага Г.Н. Розсіяний склероз: діагностика і патогенетична терапія: автореф.дис...д-ра мед.наук.:14.00.13,14.00.19/Г.Н.Бісага. – СПб.,2004-48с.
3. Гусєв Є.І., Бойко О.М. / Розсіяний склероз: від вивчення імунопатогенеза до нових методів лікування. // М. – вид-во ТОВ «Губернська медицина». – 2001. – 128с.
4. Гусєв Є.І., Дьоміна Т.Л., Бойко О.М. / Розсіяний склероз. // М. – 1997. – 464с.
5. Столяров І.Д., Осетров Б.А. / Розсіяний склероз (практичне керівництво) // З-Пб. – вид. «ЕЛБІ-СПБ». – 2002. – 175с.

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОНТРАКТУРІ ДЮПЮІТРЕНА

Постановка проблеми. Контрактура Дюпюїтрена займає особливе місце серед інших патологій кисті у зв'язку з найважливішою роллю руки у побутовій та виробничій діяльності людини [5]. За статистикою МОЗ на контрактуру Дюпюїтрена відводиться 11,8% захворюваності у порівнянні з іншими патологіями кисті. За останні роки було відмічено ріст захворюваності серед осіб молодого віку та більш швидкий прогресуючий перебіг хвороби, що у 67% призводить до значних порушень професійної діяльності [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За частотою захворювань, кількості втраченого робочого часу, матеріальних витрат, пов'язаних з оплатою тимчасової непрацездатності, а іноді і по несприятливим наслідками та подальшого рецидиву контрактура Дюпюїтрена залишаються соціально значущою проблемою і з кожним роком розширюється і поглиблюється вивчення питань цієї патології [3]. З питань фізичної терапії при контрактурі Дюпюїтрена існує невелика кількість вітчизняної та зарубіжної літератури, які охоплюють одночасно різні сторони цієї проблеми. Як показав огляд літературних джерел [1,3,4], що в нашій країні, як і в інших, існує тенденція до зростання цієї хвороби, збільшується чисельність чоловіків молодого працездатного віку, які страждають на неї.

Таким чином, виявлення нових ефективних технологій, методів і засобів для покращення функції кисті, які сприятимуть довготривалій ремісії та зменшенню проценту інвалідності продовжує залишатися актуальною темою.

Формування цілей статті. Обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної терапії для осіб з контрактурою Дюпюїтрена з використанням постізометричної релаксації.

Виклад основного матеріалу. Було обрано 10 хворих, віком від $52 \pm 2,1$ років ($x \pm S$), яким було поставлено діагноз контрактура Дюпюїтрена. Дослідження проводились на базі Інституту кардіології імені М.Д. Стражеска у відділі некоронарогенних хвороб серця та клінічної ревматології. Пацієнтів було розділено на дві групи: контрольну та основну по 5 хворих в кожній. Хворі контрольної групи отримували традиційні методи та засоби фізичної терапії. Основна група проходила додаткові процедури, а саме ударно-хвильову терапію, постізометричну релаксацію та процедури на апараті ARTROMOT-F для пасивної розробки кисті.

Обстеження хворих проводились до фізичної терапії, через 7,14,30 днів. Для оптимізації оцінки функціональної здатності та якості життя

пацієнтів з контрактурою Дюпюїтрена проводили оцінку за допомогою адаптованого опитувальника MNQ (Michigan Hand Outcomes Questionnaire) [5].

На першому періоді основними завданнями були: усунення тугорухливості в міжфалангових суглобах, покращення трофіки тканин, ліквідація фіброзних тяжів, попередження атрофії м'язів, профілактика прогресування малорухомості та розвитку деформацій у суглобах, які були знерухомлені в результаті хвороби [4]. В перші дні вправи виконували обережно і повільно, без зусиль. Кінцівку укладали на поверхню та навчали активному розгинанню пальців. Розгинання відбувалось пасивно, причому хворі повинні навчитися максимально розслабляти хвору кінцівку. Через декілька днів хворого навчали активно розгинати пальці кисті, потім вправи на дотик пальців починаючи зі здорової кінцівки, хворі повторює по можливості всі рухи здорової кінцівки. Поряд з активними самостійними вправами, які хворі виконували в домашніх умовах, вони щодня займався в залі з лікувальної фізичної культури, де крім занять проходили експрес-контроль за функціональними показниками хворої кисті. Постізометрична релаксація проводилася у поєднанні з короткочасною ізометричною роботою мінімальної інтенсивності і пасивного розтягнення м'яза. Повторення таких поєднань проводилося 5-7 разів. В результаті в м'язі виникала стійка гіпотонія і поступово зникала вихідна хвороба.

Другий період розпочинався відразу після розробки тугорухливості в суглобах. Проводилися заняття на апаратах ARTROMOT-F для пасивної розробки хворих суглобів. Основне його завдання - максимальне відновлення амплітуди рухів в суглобах, що був знерухомлений [2]. В цьому періоді особливу увагу приділяли механотерапії та ударно-хвильовій терапії для зменшення фіброзних тяжів. Заняття на тренажері проводились 1 рази на добу спочатку по 20 хвилин з поступовим доведенням з 6 процедури до 40 хвилин.

Третій період тривав до стійкого відновлення максимально можливої функції кисті з контрактурою Дюпюїтрена. Окрім кінезотерапії і фізіотерапевтичних методів, проводилися процедури ерготерапії.

Ми отримали наступні результати за опитувальника MNQ у основній групі: добрі – 77,5%, задовільні – 15,7%, незадовільні – 6,8% та в контрольній групі добрі – 55,4, задовільні – 25,1, незадовільні – 19,5%.

Висновки дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Результати дослідження довели необхідність застосування комплексної програми фізичної терапії для пацієнтів хворих на контрактуру Дюпюїтрена. Комплексна програма дала можливість підвищити ефективність відновлення кисті з допомогою використання сучасних технічних засобів, постізометричної релаксації та ударно-хвильової терапії. З отриманих результатів можна зробити висновок, що застосування методів та засобів значно покращило стан пацієнтів основної

групи та особливо функціональні показники кисті. В другій групі були відмічені значно гірші показники.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку планується дослідити вплив гідрокінезотерапії на відновлення функції кисті з контрактурою Дюпюїтрена.

Література

1. Жигало А.В. Особенности хирургической тактики лечения больных с тяжелыми степенями контрактуры Дюпюитрена: Автореф. дис. уч.ст.канд.мед.наук. – Санкт-Петербург, 2010. – 24 с.
2. Попадюха Ю.А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: Навч. посіб. / Ю.А. Попадюха.. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 300 с.
3. Современные технологии восстановительной медицины / под общ. ред. А.И. Труханова. – М.: Медика, 2004. – 280 с.
4. Ojwang J.O. Genome-wide association scan of Dupuytren's disease / Ojwang J.O., Adrianto I., Gray-McGuire C., Nath S.K. [et.al] // Department of Arthritis and immunology, Oklahoma Medical Research Foundation, Oklahoma City, OK, USA. J Hand Surg. Am – 2010. – Vol. 35 (12). – P. 2039–2045.
5. Hurst L.C., Badalamente M.A., Hentz V.R., Hotchkiss R.N., Kaplan F.T., Meals R.A., Smith T.M., Rodzvilla J. Injectable collagenase clostridium histolyticum for Dupuytren's contracture // N Engl J Med. — 2009. — Vol. 3, № 361 (10). — P. 968-79.

Д.М. Обухова, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України;

М.В. Пономаренко, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України;

А.С. Магальяс, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України;

О.А. Шкуренко, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ПОШКОДЖЕНЬ СТРУКТУР КОЛІННОГО СУГЛОБА

Ушкодження капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба є одними з найпоширеніших у травматології [1; 3]. Найчастіше ушкоджуються медіальні структури капсульно-зв'язкового апарата або передня хрестоподібна зв'язка – від 43 до 80% випадків, поєднання розривів передньої хрестоподібної зв'язки та медіальної колатеральної зв'язки зустрічається – у 13 до 59 % випадків [3].

Неповна діагностика ушкоджень капсульно-зв'язкового апарата в гострому періоді травми (в 20-80 % випадків) і наступне неадекватне лікування призводить до розвитку хронічної багатоплощинної нестабільності та швидкому прогресуванню дегенеративно-дистрофічних

процесів у суглобі, що вимагає проведення оперативних втручань. За останні 15-20 років якість і технологічність оперативного лікування травм колінного суглобу зросла. Відбувся якісний стрибок та накопичення досвіду застосування різних імплантатів, фіксаторів, ауто- і аллопластичних матеріалів [4].

Аналіз науково-методичної літератури, узагальнення досвіду провідних вітчизняних та зарубіжних фахівців стосовно проблеми застосування засобів фізичної реабілітації після проведення артроскопічних оперативних втручань у хворих з ушкодженням структур колінного суглобу вказує на те, що адекватні відновні комплекси, які враховують тип фіксації трансплантата, функціональні особливості ураженої кінцівки і інші чинники, розроблені далеко не для всіх випадків ушкоджень та їх наслідків.

Нормальний механізм стабілізації суглоба після проведення артроскопічних втручань повністю дезорганізований. У результаті оперативного втручання йому наноситься «додатковий збиток», оскільки при заборі аутотрансплантата пошкоджується сухожилля напівсухожильного м'яза, порушується його пропріоцептивна функція і як наслідок, перші дні після операції пацієнти не можуть активно напружувати чотириголовий м'яз стегна. Якщо такі патофізіологічні зрушення своєчасно не коригувати, то вони посилюють порушення механізму активної стабілізації суглоба. На думку деяких авторів, втрата пропріоцепції, пов'язана з вище зазначеними пошкодженнями, змінює нервово – м'язову відповідь на зміщення гомілки і діяльність навколосуглобових м'язів. Зниження нервово-м'язового балансу зумовлено втратою нервової аферентної імпульсації, що зазначено в клінічних дослідженнях [3-4].

М'язовий контроль дуже важливий на ранній стадії реабілітації. Крім того, набряк і біль у суглобі можуть ускладнити напруження чотириголового м'яза. У такому випадку для відновлення навички рекомендують застосовувати прості вправи, фізіотерапію і біологічний зворотній зв'язок. Для запобігання стресових навантажень на зв'язковий апарат пропонують вправи без особового навантаження починаючи з кута згинання 30 град. та тренування м'язів задньої групи стегна також на ранніх етапах, оскільки вони сприяють задньому зміщенню гомілки відносно стегна.

Альтернативною і вельми популярною технікою є зміцнення м'язів із застосуванням вправ із закритим кінематичним ланцюгом, які рекомендують виконувати відразу ж після операції [4]. Кінематичний ланцюг нижньої кінцівки складається з кульшового суглоба, колінного і надп'яtkово-гомілкового та сегментів між ними. Цей ланцюг закритий, якщо кінцівка (стопа) знаходиться в контакті з поверхнею (наприклад, при осьовому навантаженні або якщо стопа тисне на що-небудь). Коли стопа знаходиться у контакті з підлогою, згинальний момент діє на кульшовий, колінний і надп'яtkово-гомілковий суглоб. У відповідь м'язи задньої групи стегна напружуються для стабілізації кульшового суглоба і таза, чотириголовий м'яз – для стабілізації зв'язкового апарату колінного суглоба та триголовий м'яз гомілки – для стабілізації надп'яtkово-гомілкового суглоба. Напруження

м'язів задньої групи стегна має вторинний ефект - згинання колінного суглоба і в результаті спрямований назад вектор сили.

Особливе місце в реабілітації тематичних пацієнтів займають постуральні вправи або лікування положенням, спеціальна укладка кінцівки в коригуюче положення, яка здійснюється за допомогою лонгет, фіксуючих пов'язок, шин тощо. Лікування положенням спрямоване як на профілактику патологічної установки прооперованої кінцівки, так і на закріплення результату лікування при активному відновленні рухливості в колінному суглобі. Фіксація суглоба в положенні максимального згинання або розгинання використовується протягом 10-15 хв., як завершальний прийом в кінці процедури лікувальної гімнастики.

Висновки. Сучасні програми фізичної реабілітації пацієнтів після оперативних втручань з приводу пошкоджень структур колінного суглобу повинні включати засоби, спрямовані на зниження післяопераційних ускладнень, відновлення м'язової сили, рухливості в прооперованому суглобі та покращення пропріоцепції з метою попередження рецидиву травм.

Література

1. Андрійчук О. Зміна основних симптомів гоноартрозу в результаті лікування та реабілітації /О.Андрійчук// Фізичне виховання ,спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць Волинського наук. університету ім.Л.Українки. – Луцьк,2012. – №3(19) – С. 271-276.
2. Кен У. Мор. Повреждения коленного сустава / Кен У. Мор, Сирил Б. Франк // Спортивные травмы . – К.:Олимпийская литература, 2003. – 102 с.
3. Левенець В.М. Актуальні питання спортивного травматизму / В. М. Левенець // Спортивна медицина . – 2004. – №1-2. – С.84 – 90.
4. Zantop T. Intracapsular rupture pattern of the ACL / T. Zantop et al. // Clin. Orthop. 2007. - № 454. - P. 48-53.

М. Павленко, студентка групи 201- пГЗ,
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп., професор
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ВИКОРИСТАННЯ ІПОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ОПОРНО-РУХОВИМ АПАРАТОМ

У сучасній психологічній науці бурхливо розвиваються психотерапевтичні методики з використанням сприятливого впливу тварин на людину. Основна мета якої, це взаємодія людини з тваринами , що визначається спільною діяльністю тварини і людини. Протягом декількох століть в країнах Європи використовувався заспокійливий і розвиваючий ефект взаємодії з тваринами пацієнтів психіатричних клінік та притулків, на Заході тварини стали використовуватися для психотерапевтичної допомоги в деяких подібних установах. Зоопсихологічні знання в психотерапевтичних методиках застосовані у

трьох основних напрямках: розвивальна робота з дітьми; утримання тварин у будинку людини; анімалотерапія.

Анімалотерапія, як комплексний психотерапевтичний метод, включає в себе деякі види психотерапії, в залежності від того, яка тварина бере участь у психотерапевтичній діяльності. Одним із цікавих видів анімалотерапії є іпотерапія.

За даними сучасної наукової літератури іпотерапія – це вид анімалотерапії, що використовується як основний засіб спілкування з кінями і верхову їзду, ефективна лікувальна фізкультура, яку використовують при порушеннях опорно-рухового апарату, атеросклерозі, черепно-мозкових травмах, поліомієліті, сколіозі, розумовій відсталості. Верховна їзда вимагає постійної роботи великих м'язів тіла, і це дозволяє застосовувати іпотерапію в реабілітації та лікуванні пацієнтів, які страждають дитячим церебральним паралічем (ДЦП). На коні людина отримує можливість активно рухатися в положенні сидячи, і це робить верхову їзду незамінною для людей з хворими ногами, а також для тих, хто страждає надмірною вагою. Кінь – це унікальний живий тренажер, тварина підлаштовує свої рухи під вершника, зігріває і масажує його м'язи, нормалізує м'язовий тонус. Ритмічні рухи коня на кроку сприяють відновленню власних ритмів вершника, а це дуже важливо при лікуванні мовних розладів у дітей.

Принципова відмінність іпотерапії від всіх інших видів лікувальної фізкультури полягає в тому, що тут, як ніде більш, забезпечується одночасне включення в роботу практично всіх груп м'язів тіла вершника. Причому це відбувається на рефлекторному рівні, оскільки, сидячи на коні, рухаючись разом з ним і на ньому, пацієнт протягом всього сеансу інстинктивно намагається зберегти рівновагу, щоб не впасти з коня, тим самим спонукає до активної роботи як здорові, так і уражені хворобою м'язи свого тіла.

На Україні застосування іпотерапії почалося з 1993 року в іпотерапевтичному центрі при Благодійному фонді Олени Петрусевич у місті Києві. На даний момент активно функціонують кілька центрів, що використовують в комплексі реабілітації метод іпотерапії в Києві, Донецьку, Львові, Одесі, Хмельницькому, Харкові. На сьогодні в 45 країнах світу діють центри лікувальної їзди верхи (ЛІВ) [1, 4].

Іпотерапія як одна з форм лікувальної фізкультури дозволяє вирішувати наступні основні задачі [3]:

- розвивати фізичну активність хворого;
- сприяти відновленню порушених функцій;
- поліпшувати або відновлювати втрачені навички;
- забезпечувати професійну реабілітацію.

У порівнянні з традиційними методами відновного лікування іпотерапія має значні додаткові переваги. Вона діє на організм як на єдине ціле і за своєю природою не локалістична. Цим пояснюється успішність її застосування при різних захворюваннях, що дозволяє відновити і навіть покращити фізичний стан осіб з обмеженими руховими можливостями, а також сприяє вирішенню конкретних психолого-педагогічних завдань та питань психосоціальної реабілітації та соціальної інтеграції осіб з

церебральним паралічем.

Основою оздоровчого впливу іпотерапії є природні рухи коня, що дозволяють вершнику організувати та систематизувати свої рухи. Можна виділити кілька факторів впливу іпотерапії на особу з церебральним паралічем. Одним з найбільш ефективних можна вважати координаторне навантаження. При посадці на коня формується визначена схема фіксації тіла. Вершник утримується, перш за все, напруженням привідних м'язів стегна, що фіксує таз в сидлі чи безпосередньо на тілі тварини [3].

При ході коня кроком вершнику передається від 90 до 110 різноманітних рухових імпульсів в хвилину, що рефлекторно нормалізує тонус м'язів, координує та приводить до симетрії руху. В утриманні тіла в вертикальному положенні значну роль має система координації та активність м'язів таза, спини. Навантаження на м'язи нижніх кінцівок може регулюватися зміною ступеня опори на стремена (при їх використанні). При сильній опорі напруження привідних м'язів – низький, при слабкій – вище. Опора здійснюється, перш за все, на стопи, що фіксовані в стремених, які зберігають рухливість як мінімум в сагітальній площині та обмежуючих її у фронтальній. У такому випадку створюється можливість перемінного навантаження на м'язи не тільки задньої, але і передньої групою м'язів гомілки при відносній фіксації гомілковостопного суглобу в положенні, близькому до фізіологічного, притримуючись руками за допоміжний ремінець на шиї тварини. Опора на стремена та використання верхніх кінцівок для утримання тіла на коні мають своє значення на початковому етапі роботи чи у осіб з вираженими моторними та координаторними розладами. У процесі занять іпотерапією особа з церебральним паралічем поступово вивільнює свої верхні кінцівки для керування конем за допомогою вузди та знижує ступінь опори на стремена, наближуючись до властивої здоровій людині посадки.

Поступальний рух коня надає поперемінне навантаження на м'язи тулуба та кінцівок, що приймають участь в утриманні вершника на коні. Симетричність навантажень за всіма осями зумовлює необхідність симетричного функціонування всіх груп м'язів, що забезпечують посадку особи з церебральним паралічем. Даний фактор є дуже важливим при роботі з особами, які мають асиметричні рухові розлади. Можна виділити також дію на мускулатуру вершника низькочастотних коливань тіла рухомої тварини, що призводить до зниження підвищеного тонусу та зростанню обсягу рухів в кінцівках [3, 4].

Застосування методів іпотерапії, викликають суттєвий позитивний вплив на організм людини, але мають вузьке розповсюдження на теренах України, що відповідно потребує більшого поширення.

Основною відмінністю даної методики від інших існуючих методик є концентрування уваги на психологічних чинниках та емоційному стані пацієнтів. Досить велике значення приділено підвідним вправам та психологічній адаптації пацієнтів до статусу вершників. Важливим також є спілкування людини та коня, оскільки цей компонент надає можливість психологічно та емоційно підготуватися вершнику до занять та надає можливість коню звикнути до кожного конкретного вершника.

Література

1. Бикнелл Д. Знакомтесь: иппотерапия / Д. Бикнелл, Х. Хенн, Д. Вебб // Практическое руководство. – М.: Конноспортив. клуб инвалидов, 1999. – 42 с.
2. Воронін Д. М. Церебральний параліч та реабілітація його спастичних форм / Д. Воронін, В. Трач –Хмельницький: ХНУ, 2008. – 55 с.
3. Королева Е. Физическая реабилитация детей с детским церебральным параличом методом ЛФК и иппотерапии / Е. Корольова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. / за ред. С. С. Єрмакова – Х., 2005. – № 10. – С. 148-152.
4. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды / И. Штраус. – М.: Конно-спортивный клуб инвалидов, 2000. – 102 с.

Піддубна О.Г., студентка магістратури
Національний університет фізичного виховання і спорту України

МЕТОДИКА МОНТЕССОРІ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛИЧЕМ

Постановка проблеми. Згідно державної статистики Міністерства охорони здоров'я в Україні головними причинами дитячої інвалідизації є хвороби ЦНС (44%), а серед нозологічних форм переважає ДЦП (дитячий церебральний параліч). Частота цього захворювання коливається від 1,5 до 2,6 на 1000 дитячого населення і не має тенденції до зниження. Щорічно реєструється більше 3000 діагнозів ДЦП, встановлених вперше. На обліку в Україні із цим діагнозом понад 25000 дітей (2).

Захворювання ДЦП є актуальною проблемою в дитячій неврології. Дитячі церебральні паралічі є наслідком недорозвинення або ушкодження головного мозку на ранніх етапах онтогенезу (6). Вони проявляються порушеннями м'язового тону і довільних рухів. Рухові порушення часто поєднуються зі змінами психіки, мови, судомами. За останні 40 років у всьому світі, збільшилося число інвалідів дитинства з діагнозом ДЦП і становить 2,88 випадків на 1000 дітей (7). Тяжкість інвалідизації у 20-35% хворих призводить до дефіциту природних потреб дитини в русі, грі, емоціях, спілкуванні, ускладнює процес навчання, вони не можуть обслуговувати себе, пересуватися, соціально не активні.

Захворювання дітей з ДЦП вважалося протягом багатьох років неперспективним. Відсутність ефективних методів лікування, кваліфікованих фахівців, спеціалізованих установ сприяло тому, що такі діти направлялися тільки до установ соціального забезпечення. За останні 15 років лікування таких хворих дітей показали, що тільки комплексне систематичне лікування може значно поліпшити загальний стан дитини (5). Це стало можливим завдяки тому, що були розроблені різні методи моторного перенавчання дітей (методи Бобат, Козьявкіна, Феліс, Семенової) дозволяють значно знизити ступінь інвалідності або навіть взагалі усунути її. Комплексне лікування дітей з ДЦП включає: медикаментозне, фізіотерапевтичне, логопедичне, ортопедичне лікування, гідротерапію, психотерапію, рефлексотерапію, масаж, ЛФК, трудотерапію.

До сучасних реабілітаційних методів, які використовують при ДЦП, входять: мікрохвильова резонансна терапія, транскраніальна й корпоральна лазеротерапія, функціональне біокерування зі зворотним зв'язком, динамічна пропріоцептивна корекція, іпотерапія, використання Юмейхо-терапії та інші (3, 9, 10)

Актуальність пошуку й обґрунтованого застосування нетрадиційних методів профілактики, лікування і реабілітації ДЦП зв'язано з низькою ефективністю загальноприйнятих медикаментозних, мануальних, фізіотерапевтичних, хірургічних та інших методів лікування цієї патології (1). В даний час проблема профілактики, лікування і соціальної допомоги хворим із ураженням нервової системи є однією з домінуючих в невропатології дитячого віку.

Сьогодні провідне місце в реабілітації, абілітації, соціальній адаптації й інтеграції осіб з церебральним паралічем у суспільне життя, як його активних учасників посідають фізичні вправи, використання ігрових моментів. Діти з ДЦП, як і всі діти, люблять грати. У грі, особливо колективній, вони часто виконують рухи, дії, які в іншій ситуації не виконують. Ігор має бути багато, різноманітних і цікавих для дітей - це сформує інтерес, бажання, дасть найкращий результат.

Рухова активність, що відповідає можливостям організму дітей, удосконалює їх фізичний статус, сприяє гармонійному розвитку рухових якостей, підвищує емоційний стан, створює необхідні передумови для виконання трудових завдань (4). Цілеспрямовані ігрові заняття фізичними вправами забезпечують корекцію рухових порушень і підвищують працездатність організму дитини.

Об'єкт дослідження: рухові функції хворих дітей на ДЦП.

Предмет дослідження: методика Монтессорі в комплексному лікуванні дітей хворих на ДЦП.

Мета роботи: удосконалення програми фізичної реабілітації методикою Монтессорі терапії у дітей хворих на ДЦП.

Завдання роботи:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу з програми фізичної реабілітації хворих на ДЦП.
2. Визначити механізм дії Монтессорі терапії.
3. Розробити комплексну програму фізичної реабілітації при дитячому церебральному паралічу з використанням методики Монтессорі терапія.
4. Встановити ефективність удосконаленої програми фізичної реабілітації методикою Монтессорі в реабілітації дітей з церебральним паралічем.

Теоретична значущість: полягає в розширенні уявлень про механізм впливу Монтессорі терапії на руховий апарат осіб з наслідками ДЦП на пізній резидуальній стадії.

Практична значущість: розроблена програма є рекомендована до практичного використання фахівцями з фізичної реабілітації у центрах медико-соціальної реабілітації осіб із захворюваннями нервової системи.

Висновки:

1. Питання реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч в останні роки стає все більш актуальним у зв'язку з високим медичним і

соціальним значенням. Традиційні методи відновного лікування, що несуть у собі загальноприйняті засоби лікування фізкультури, не можуть повною мірою задовольнити зростаючі вимоги до ефективності реабілітації. При єдності комплексів фізичної реабілітації для хворих на ДЦП необхідно розробити для кожної дитини індивідуальний комплекс з урахуванням особливостей вегетативних можливостей, моторики й інтелекту дитини.

2. Отримані результати свідчать про позитивний вплив запропонованих засобів фізичної реабілітації на стан опорно-рухового апарату дітей з церебральним паралічем та ефективність розробленого теоретико-методичного підходу до застосування індивідуальних програм з фізичної реабілітації для дітей з церебральним паралічем, які ми можемо запропонувати завдяки використанню методики Монтесорі.

3. Індивідуальна програма фізичної реабілітації позитивно вплинула на покращення розвитку рухових функцій у 100% дітей, але темпи приросту виявилися різними.

4. Результати використання методики Монтесорі дають підстави вважати цю методику прийнятною для впровадження у комплекс фізичної реабілітації осіб із ДЦП.

Література

1. Авраменко В.В. Соціальна педіатрія / В.В. Авраменко – Л., 2003. – 111 с.
2. Бадалян Л.О. Дитячі церебральні паралічі / Л.О. Бадалян – К., 2001. – 422 с.
3. Богданов Н. Н. Анализ традиционных и уточненных представлений об общетеоретических основах механизма действия физиотерапевтических факторов / Н. Н. Богданов, В. Е. Лещинская // Вестник физиотерапии и курортологии. – 1995. — №3. — С. 3-4.
4. Воронін Д.М. Методика фізичної реабілітації дітей 6-10 років з церебральним паралічем / Д.М. Воронін // Молода спортивна наука України: зб. наук. статей в галузі фізичної культури та спорту. Випуск 10. – Л., 2006. – Т. 4. – 35-38 с.
5. Грачев О.К. Физическая культура / О.К. Грачев – М.: Март, 2005. – 461 с.
6. Захрова М.Н. Заболевания опорно-двигательного аппарата / М.Н. Захрова, І.А. Завалишин // Журн. Неврологии и психиатрии. – 2007. - №13. – 100 – 103 с.
7. Костюшина Ж.Т. Актуальные вопросы лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата / Ж.Т. Костюшина – Євпаторія, 2005. – С. 66
8. Лобенко А.А. Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия / А.А. Лобенко – М., 2006. – С. 60-61
9. Farmer J.P., Sabbagh A.J. Selective dorsal rhizotomies in the treatment of spasticity related to cerebral palsy // Childs Nervous System. – 2007. – Vol. 23 (9). – P. 991–1002.
10. Nieuwenhuijsen C., Donkervoort M., Nieuwstraten W. et al. Transition Research Group South West Netherlands. Experienced problems of young adults with cerebral palsy: targets for rehabilitation care // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2009. – Vol. 90 (11). – P. 1891–1897.

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЮНАКІВ З ІДІОПАТИЧНИМИ СКОЛІОТИЧНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ

Сколіотичні деформації досить поширені та складають за даними різних авторів до 26,9%, що відповідає 7-10% від усіх захворювань опорно-рухового апарату [1]. Ідіопатичний сколіоз становить значну групу серед інших викривлень хребта, та має прояв у практично здорових дітей, частіше хлопців. Велике значення має поєднання вище означеної патології опорно-рухового апарату з дисплазією сполучної тканини, а саме пролапсом мітрального клапана, астенічним типом конституції, довгими кінцівками, гіпермобільним синдромом, викривленням ніг, плоскостопістю, деформацією грудної клітки та незначними психологічними порушеннями (дефіцит уваги) [1;2]. За даними окремих авторів, ідіопатичні сколіотичні деформації є наслідком психологічних проблем: у переважній більшості у дітей з вертеброгенними патологіями, в родині обов'язково був батько-диктатор, що пригнічував волю дитини [3]. Протягом останнього десятиліття накопичено масив наукових знань з проблеми відновлення функції хребта (пов'язаної зі сколіотичною деформацією) засобами фізичної терапії. Однак питання психологічної корекції ще не отримало достатньо поглибленої наукової розробки, що обумовлює актуальність дослідження. Виходячи з цього представляється доцільним удосконалення програми фізичної терапії комплексом прийомів психологічного саморегулювання та аутогенного тренування.

Метою дослідження було визначити ефективність застосування удосконаленої програми фізичної терапії для юнаків з ідіопатичними сколіотичними деформаціями.

Методи дослідження. Робота виконана на базі «Регіонального центру хребта та суглобів», м. Харків. У дослідженні брали участь 20 пацієнтів з ідіопатичними ювенільними сколіотичними деформаціями. Пацієнти були розділені на дві групи – контрольну та досліджувану по 10 юнаків в кожній. Контрольна група займалася за стандартною методикою закладу, досліджувана – отримала комплекс фізичної терапії, удосконалений прийомами психологічної корекції.

Було проведено оцінку ефективності клініко-інструментальними методами дослідження (оцінка гнучкості хребта, силової витривалості м'язів спини та живота, індекс Руф'є) та педагогічним спостереженням (експрес-діагностики стану стресу (К. Шрайнер), тест «САН»).

Результати дослідження та їх обговорення. Робота виконана у чотири етапи. На першому етапі було проаналізовано науково-методичну літературу для виявлення стану проблеми дослідження та розроблено програму реабілітації в рамках МКФ, до якої було включено прийоми психологічної корекції й метод міофасциального релізу. Пацієнти відвідували заняття три рази на тиждень. Кожний пацієнт виконував

домашнє завдання: комплекс спеціальних вправ, аутотренінг. Курс реабілітації складав 12 місяців. На другому етапі було проведено анкетування хворих. Під час аналізу виписок медичних карт виявлено у юнаків наявність пролапсу митрального клапану, астеничну конституцію тіла, дефіциту уваги та гіпермобільний синдром. На третьому етапі на підставі інструментальних методів дослідження та отриманих даних визначався рівень фізичного стану пацієнтів та апробовану удосконалену програму фізичної терапії. Мету, завдання курсу фізичної терапії було встановлено спільно з пацієнтом у SMART форматі. На четвертому етапі була дана оцінка ефективності: показники гнучкості хребта покращилися на 91,25%; силова витривалість м'язів спини покращилася на 31%, силова витривалість м'язів живота збільшилася на 39%; індекс Руф'є став вище середнього, за результатами анкетування – пацієнти досліджуваної групи почали відчувати себе впевнено. На основі отриманих результатів дослідження представляється доцільним удосконалення програм фізичної терапії юнаків з ідіопатичними сколіотичними деформаціями комплексом прийомів психологічної корекції.

Висновки.

1. Під час аналізу науково-медичної літератури крім наявності дисплазії сполучної тканини виявлено вплив психологічних порушень на формування у юнаків ідіопатичних сколіотичних деформацій. Програми, що передбачають психологічну корекцію та спрямовані на усунення сколіотичної деформації, відсутні.

2. Під час проведення реабілітаційних заходів було встановлено позитивний вплив застосування прийомів психологічної корекції на стан здоров'я дітей з ідіопатичними сколіотичними деформаціями..

3. Удосконалена програма фізичної терапії підтвердила свою ефективність покращенням показників силової витривалості м'язів живота та спини, гнучкості та психологічного стану пацієнтів.

Література

1. Антонов И.П. Современные аспекты классификации вертеброгенных заболеваний нервной системы / И.П. Антонов [и др.] // Медицинские новости. 2011. № 1. С. 17-20.
2. Буйлова Т.В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации / Т.В. Буйлова // МедиАль. 2013 № 2 (7). С.26-31.
3. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: [научно-практическое руководство] / Л.И. Вассерман, Е. А.Трифопова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 270 с.

НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗМІСТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

Сучасна вітчизняна освіта включає низку інновацій, спрямованих на збереження досягнень минулого й одночасно на модернізацію системи освіти відповідно до вимог часу, новітніх надбань науки, культури й соціальної практики, з метою уникнення нових глобальних криз. Першою і, очевидно, головною є проблема модернізації змісту професійної освіти, узгодження її із Законом України «Про вищу освіту», найновішими досягненнями сучасних науки, культури й суспільного життя. Успішність подальших перетворень залежить від того, наскільки усвідомленим, системним і послідовним є обраний курс на модернізацію, якою мірою при визначенні освітньої стратегії враховуються сучасні реалії соціально-економічного розвитку суспільства, зарубіжний досвід і підходи до оновлення освіти.

Якщо «реформувати» означає змінювати що-небудь шляхом реформи (реформ); перетворювати, перебудовувати [1, с. 1028], то «модернізувати» означає змінювати, вдосконалювати відповідно до сучасних вимог і смаків [1, с. 535]. Саме тому модернізація освіти має бути спрямована не на докорінні зміни, як того потребує реформування, а на оновлення змісту та підходів до навчання. Концептуальні засади модернізації змісту вітчизняної освіти розкрито у працях В. Андрущенка, В. Кременя, Н. Ничкало, О. Ляшенка, О. Топузова, Л. Хомич та ін. Погоджуємося з думкою проф. О. Топузова про те, що мета модернізації освіти полягає у підвищенні її якості до загальноєвропейського рівня, переорієнтації освіти на задоволення освітніх потреб і попиту на ринку праці, посиленні конкурентоспроможності навчальних закладів та їхніх випускників. В умовах фундаментальної освіти особлива увага має бути спрямована на підготовку людини до життя, формування в неї здатності на основі системних знань самостійно знаходити і приймати відповідальні рішення в умовах невизначеності, у критичних стресових ситуаціях, стикаючись із новими складними природними та соціальними проблемами [3].

Не менш актуальною наразі є проблема підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації, за сучасною класифікацією – фізичної терапії, ерготерапії. Вбачаємо необхідність у модернізації змісту професійної освіти майбутніх фізичних терапевтів, ерготерапевтів. Адже, фізична реабілітація посідає чільне місце в суспільстві і використовується в соціальній та професійній реабілітації як лікувальний та професійний засіб з метою комплексного відновлення фізичного здоров'я і працездатності хворих та інвалідів. Основною формою її застосування є система спеціальних фізичних вправ, психологічного відновлення та природні чинники.

Фахівець з фізичної реабілітації (спеціальність 227 «Фізична реабілітація», «Фізична терапія, ерготерапія», галузь знань 22 «Охорона здоров'я») посідає чільне місце у відновлювальному процесі лікування хворих. Саме він розробляє методику застосування фізичних і психологічних вправ, добирає засоби і форми лікування, окреслює та виконує програму подальшого функціонального відновлення і психофізичної дієздатності хворої людини. У випадках інвалідності фахівець із фізичної реабілітації допомагає пацієнту індивідуально виробити новітні рухи і компенсаторні навички, психологічно відновитися, адаптуватися до протезів та інших технічних пристроїв та апаратів, тренує пацієнта виконувати цілісні рухові вправи, а також допомагає оволодіти новою професією і, таким чином, адаптує потерпілу людину до життя у змінених умовах існування.

Компетентнісний підхід забезпечить формування компетентнісного фахівця з фізичної реабілітації. Адже, традиційний підхід до підготовки фахівців у ВНЗ, суть якого полягає у формуванні знань, умінь і навичок, протирічить вимогам європейського освітнього простору, в який інтегрується освітня система України. Згідно з Болонським процесом пропонується використовувати принципово нову парадигму вищої освіти CBE (Competence – based education), що базується на засадах компетентнісного підходу до навчання та забезпечує формування в студентів певних компетенцій та діагностуванні рівня компетентностей фахівців-випускників ВНЗ як результату вищої освіти. Реалізація компетентнісного підходу в навчальному процесі ВНЗ відповідно принципам Болонського процесу уможливорює формування єдиного європейського простору вищої освіти і створення загальноєвропейської системи вищої освіти, результат якої пропонується оцінювати рівнем компетентності фахівця-випускника ВНЗ.

Компетентнісний підхід відображає інтегральний прояв професіоналізму, в якому поєднуються елементи професійної і загальної культури особистості, досвід фахової підготовки, діяльності та творчості, що конкретизуються певною системою знань, умінь, готовності до професійного вирішення поставлених завдань та проблем. Тож застосування компетентнісного підходу ставить на перше місце не сформованість у студента системи знань, а його вміння застосовувати набуті знання, розв'язувати проблеми, що виникають у пізнавальній діяльності, сфері професійних та особистих взаємовідносин.

Компетентнісно орієнтована підготовка майбутніх фахівців з фізичної реабілітації зміщує акценти з процесу нагромадження нормативно визначених знань, умінь і навичок у площину формування й розвитку в них здатності практично діяти і творчо застосовувати набуті знання й досвід у різних ситуаціях, що потребує від викладача зміщення акцентів у навчально-виховній діяльності з інформаційної до організаційно-управлінської площини. За цих умов змінюється і модель поведінки студента – дослідницько-активна самотійна діяльність приходить на зміну пасивному засвоєнню знань, а навчальний процес набирає функцій розвивального. Саме тому компетентнісний підхід передбачає такий вид змісту освіти, який не зводиться до знаннєво-орієнтованого компонента, а передбачає цілісний

досвід вирішення життєвих проблем, виконання ключових функцій, соціальних ролей, компетенцій.

Із позицій сьогодення, професійна підготовка майбутніх фахівців із фізичної реабілітації має носити випереджувальний характер, урахувати багаторівневість вищої професійної фізкультурної освіти, а також орієнтуватися на перспективи розвитку галузі знань 22 «Охорона здоров'я».

На базі Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка кафедра фізичного виховання, спорту та здоров'я людини здійснює підготовку фахівців зі спеціальності 227 «Фізична реабілітація, фізична терапія, ерготерапія» рівня вищої освіти «бакалавр». Задля ефективної фахової підготовки майбутніх фахівців фізичної терапії, ерготерапії застосовуємо окрім компетентнісного підходу до навчання, еволюційний та випереджальний характеру багаторівневої вищої освіти.

Отже, напрямками модернізації змісту професійної освіти майбутніх фахівців фізичної терапії, ерготерапії визначаємо: застосування компетентнісного й еволюційного підходів до навчання, реалізація випереджальний характеру змісту багаторівневої вищої освіти, орієнтування на перспективи розвитку галузі знань 22 «Охорона здоров'я».

Література

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови [Текст] / уклад. і гол. ред. В. Т. Бусел. – К. : Ірпінь : ВТФ «Перун», 2003. – 1440 с.
2. Національна доктрина розвитку освіти [Текст] // Освіта України. – 2002. – №33. – С. 4–6.
3. Топузов О. М. Забезпечення якості загальної середньої освіти на шляху до європейських стандартів [Текст] / Олег Михайлович Топузов // Український педагогічний журнал. – 2015. – №1. – С. 16–27.

Сахно К.В., студентка магістратури
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ОСТЕОПОРОТИЧНИМ ПЕРЕЛОМОМ ШИЙКИ СТЕГНА

Виклад основного матеріалу. В Україні, як і в усьому світі, існує проблема старіння населення. Середній вік настання менопаузи в українських жінок — 47 років. Саме починаючи з цього віку в них реєструється прогресуюча втрата кісткової маси. У чоловіків в Україні прогресуюча втрата кісткової маси реєструється у віці 70 років і більше. Старіння є гетерохронним процесом, але в жінок у постменопаузі воно однаково прогресує у всіх частинах скелета, що призводить до втрати кісткової тканини. У віці до 65 років частота остеопоротичних переломів у жінок нижча порівняно з чоловіками, але після 65 років їх частота зростає. При цьому тільки 25 % остеопоротичних переломів проявляються клінічно. З віком у жінок збільшується частота переломів проксимального відділу стегнової кістки, хребців і дистального відділу передпліччя; у чоловіків — частота переломів проксимального відділу стегнової кістки і

переломів дистального відділу передпліччя. У всьому світі 20 % пацієнтів з переломом шийки стегна помирають протягом першого року, і тільки 30 % повертаються до нормального життя, всі інші потребують сторонньої допомоги. В Україні ситуація майже не відрізняється: 19,5 % пацієнтів, які мають переломи шийки стегнової кістки, помирають протягом 2 років з моменту перелому; 47 % з них помирають протягом перших 6 місяців, а 12 % — у період з 6 до 12 місяців з моменту перелому.

У сучасному суспільстві простежується чітка тенденція до прогресування метаболічних захворювань скелета, провідне місце серед яких за оцінками експертів ВООЗ посідає остеопороз, що досягає 85 % серед осіб літнього віку. Остеопороз – це системне метаболічне захворювання скелета, що характеризується зниженням кісткової маси й мікроструктурними ушкодженнями кісткової тканини, які призводять до підвищеної крихкості кісток і відповідно до збільшення ризику переломів.

Останнім часом зростаюча актуальність проблеми остеопорозу пояснює необхідність вивчення впливу різних методів відновного лікування на патологічний процес. Одним із немедикаментозних методів відновного лікування, реабілітації та профілактики захворювання являється адекватна фізична активність.

За останні роки остеопороз, це багатолітнє захворювання, що не має ранньої специфічної клініки, значно «омолодився», що вимагає пошуку ефективних засобів для його профілактики.

Фізична активність у вигляді дозованих фізичних навантажень та тренування м'язів має велике значення для хворих з порушенням структурно-функціонального стану кісткової тканини. Активне тренування м'язів покращує стабільність скелета та нормалізує його кровопостачання, таким чином, запобігає подальшому зменшенню втрати кісткової маси. Фізичне навантаження може також скоротити частоту випадків та тяжкість травм за рахунок покращення м'язової сили та координації рухів.

Саме тому актуальним є розробка програми фізичної реабілітації для хворих після остеопоротичного перелому стегна.

Об'єкт дослідження – процес фізичної реабілітації осіб похилого віку, що мають в анамнезі перелом стегна на тлі остеопоротичних змін кісткової тканини.

Предмет дослідження – структура та зміст комплексної програми фізичної реабілітації осіб похилого віку, що мають в анамнезі перелом стегна на тлі остеопоротичних змін кісткової тканини.

Мета дослідження – обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної реабілітації для осіб похилого віку, що мають в анамнезі перелом стегна на тлі остеопоротичних змін кісткової тканини.

Завдання дослідження:

1. Систематизувати та узагальнити сучасні науково-методичні знання та результати практичного досвіду з проблеми фізичної реабілітації осіб похилого віку, що мають в анамнезі перелом стегна на тлі остеопоротичних змін кісткової тканини.

2. Розробити комплексну програму фізичної реабілітації осіб похилого віку, що мають в анамнезі перелом стегна на тлі остеопоротичних змін кісткової тканини.

3. Оцінити ефективність відновлення пацієнтів при застосуванні комплексної програми фізичної реабілітації для осіб похилого віку, що мають в анамнезі перелом стегна на тлі остеопоротичних змін кісткової тканини.

Теоретична значущість полягає у науковому обґрунтуванні комплексної програми фізичної реабілітації осіб похилого віку, що мають в анамнезі перелом стегна на тлі остеопоротичних змін кісткової тканини.

Практична значущість роботи полягає у можливості застосування розробленої програми в реабілітаційних центрах та лікувально-профілактичних установах ортопедо-травматологічного профілю. Розроблена комплексна програма фізичної реабілітації спрямована на відновлення рухових можливостей пацієнтів літнього віку після перенесеного перелому шийки стегна, покращення їх функціонального стану, підвищення ефективності відновного лікування та скорочення термінів періоду госпіталізації пацієнтів.

Література

1. Поворознюк В.В., Григор'єва Н.В. Менопауза и костно-мышечная система. – К., 2004. – 512 с.
2. Корж Н.А., Поворознюк В.В., Дедух Н.В., Зупанец І.А. Остеопороз: клиника, диагностика, профилактика и лечение. – Х.: Золотые страницы, 2002. – 468 с.
3. Григор'єва Н.В. Особливості втрати кісткової тканини у жінок у перетменопаузальному періоді остеопорозу / Н.В. Григор'єва // Проблеми остеології. – 2008. – 4. - №3-4. – С. 18-24.
4. Поворознюк В.В. Возрастные аспекты структурно-функционального состояния костной ткани населения Украины / В.І. Поворознюк // Остеопороз и остеопатии. – 2000. - №1.- С. 15-22.

Я.В. Сибірякін, аспірант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ПРОБЛЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СЕНСОМОТОРНОЮ АФАЗІЄЮ ВНАСЛІДОК ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Мозковий інсульт (МІ) належить до найбільш тяжких форм цереброваскулярних захворювань. Щорічно в світі церебральний інсульт переносять майже шість мільйонів осіб (за даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 200 інсультів на кожні 100 тис. населення), щороку в Україні від 100 до 125 тис. населення вперше переносять МІ, тобто захворюваність становить 280-300 випадків на 100 тис. населення і перевищує середній показник захворюваності на МІ в економічно розвинених країнах Європи. У найближче десятиліття експерти ВООЗ прогнозують подальше зростання кількості мозкових інсультів. Відповідно до прогнозів, у 2020 році захворюваність на інсульт зросте на 25%, що обумовлено постарінням населення планети і ростом

розповсюдженості в популяції таких факторів ризику як артеріальна гіпертензія, ожиріння, хвороби серця, цукровий діабет, куріння тощо. Слід зазначити, що 35,5% мозкових інсультів трапляються в осіб працездатного віку. Більшість пацієнтів, що перенесли інсульт і вижили, стають неповносправними, а 20-25% із них до кінця життя потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті. В Україні тяжкій інвалідизації в осіб, які перенесли інсульт, сприяє мала кількість екстрено госпіталізованих хворих (менше 30%), відсутність палат інтенсивної терапії в неврологічних відділеннях багатьох стаціонарів. Українці мало беруть до уваги потребу в активній реабілітації хворих (в реабілітаційні відділення і центри переводиться майже 20% осіб, які перенесли інсульт) [3]. Важливими предикторами, що дозволяють судити про можливість відновлення функціональної активності хворого та досягнення нею доінсультного рівня, є, окрім статі, віку та тривалості захворювання, також нейропсихологічні порушення, такі як афазія, апраксія та розлади регуляторних функцій.

Мета роботи – окреслити проблеми реабілітації осіб із сенсомоторною афазією внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу.

Виклад основного матеріалу. Мовні розлади спостерігаються у 35,9% хворих, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу. У більшості випадків (47-50%) розвивається так звана сенсомоторна афазія, наявність якої значно ускладнює реалізацію фізіотерапевтичного втручання та призводить до стійкої інвалідизації хворих [4].

Афазія – повна або часткова втрата мови, обумовлена локальним ураженням головного мозку. Афазія - одне з найбільш важких наслідків мозкових уражень, при якому порушуються всі види мовленнєвої діяльності. Сенсомоторна афазія – розлад мовного мислення, що виявляється як порушенням розуміння зверненої до хворого мови, так і дефектами власної. Відновлення мови при афазії – одна з найбільш актуальних проблем сучасної нейрореабілітації хворих з наслідками мозкового інсульту. Область кори, відповідальна за функцію мови, розташована навколо Сільвієвої і Ролландової борозд (басейн середньої мозкової артерії). Продукцію мови визначають чотири зони цієї області, тісно пов'язані між собою і розташовані послідовно уздовж заднепередньої осі: зона Верніке (задня частина верхньої скроневої звивини), кутова звивина, дугоподібний пучок і зона Брока (задня частина нижньої лобової звивини). Сенсомоторна афазія при ішемічному інсульті може виникати як при ураженні великої області навколо Сільвієвої борозни домінантної півкулі, так і при локальному ураженні в зоні одного з мовних коркових центрів або зоні білої речовини між ними [2].

Для людини, як високо соціальної істоти, можливість транслювати свої думки і почуття оточуючим і розуміти звернені до неї слова є однією з базових потреб. Мова – це одна з найважливіших вищих психічних функцій, яка організовує і пов'язує інші психічні процеси, такі як

сприйняття, пам'ять, мислення, уява, увага. З іншого боку, мовна функція є одним з найбільш складно організованих фізіологічних процесів в організмі, оскільки вимагає одномоментної участі зорового, слухового, рухового і кінестетичного аналізаторів, узгодженої діяльності одразу декількох коркових центрів, повноцінної периферичної іннервації м'язів язика, гортані, м'якого піднебіння, правильної координації дихання і вимови звуків. Саме тому у пацієнтів, які перенесли інсульт, порушення мови спостерігаються більш ніж в 30% і є другим за значущістю і поширеністю дефектом після рухових порушень [1].

Мовні розлади часто призводять до стійкої інвалідизації, значно ускладнюють реабілітацію у відновлювальному періоді, знижують якість життя як самих хворих, так і тих осіб, що їх оточують, викликають негативні психоемоційні реакції, підвищують економічні витрати на лікування. У пацієнтів з постінсультними афазіями в порівнянні з пацієнтами з інсультом, але без мовних розладів вище смертність, вони довше залишаються в стаціонарі. Наявність сенсомоторної афазії суттєво впливає на тактику та стратегію ведення пацієнта після ГПМК, проте на сьогодні дана проблема розглядається лише в контексті роботи психологів або логопедів. Робіт, які б надавали обґрунтування особливостям фізичної терапії пацієнтів із сенсомоторною афазією внаслідок ГПМК у доступній літературі не виявлено. Проблеми у комунікації між фізичним терапевтом та пацієнтом у свою чергу призводять до необхідності тривалого лікування, часто подальшої інвалідизації, та залежності пацієнта у повсякденному житті від допомоги сторонніх осіб, що обумовлює актуальність проведення досліджень в даному напрямку.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проблема реабілітації осіб із сенсомоторною афазією внаслідок МІ в контексті фізичної терапії практично не розкрита та потребує вирішення. Перспективи подальших досліджень полягають в обґрунтуванні та розробці алгоритму застосування засобів фізичної терапії для тематичних пацієнтів та визначення найбільш ефективної тактики фізіотерапевтичного втручання.

Література

1. Курушина О.В. Речь после инсульта: виды нарушений и их коррекция / О.В. Курушина, А.Е. Барулин, Е.А. Куракова // Лекарственный вестник. – 2017. – №1 (65). – С.3-8.
2. Кутькин Д. В. Инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии: соотношение речевых нарушений с вариантом инфаркта головного мозга / Кутькин Д. В., Бабанина Е. А., Шевцов Ю. А. // РМЖ. – 2016. – Т. 24. – №. 26. – С. 1747-1751.
3. Мицкан Б.М. Инсульт: різновиди, фактори ризику, фізична реабілітація / Б.М. Мицкан, Г.А. Єдинак, З.М. Остап'як // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2012. – №.3 (19). – С. 295-302.
4. Шахпаронова Н.В. Синдром амнестической афазии в сочетании с буквенной агнозией и алексией / Н.В. Шахпаронова, А.В. Белопасова, А.С. Кадыков // Нервные болезни. – 2010. – №3. – С.44-47.

М. Симончук, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту України;
Д. Моргун, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту України;
Я. Самусь, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Х. Шаніязов, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту України

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ВІДНОВЛЕННІ ХВОРИХ З ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ УРАЖЕННЯМ ХРЕБТА

Проблема больового синдрому попереково-крижового відділу хребта є соціальною і залишається актуальною протягом багатьох десятиліть. Від дегенеративно-дистрофічних процесів в хребті з провідним больовим синдромом, переважно в поперековому відділі хребта, страждає понад 80% населення землі; вертеброгенні ураження розвиваються, в основному, в період активної трудової діяльності (25-55 років) [1, 2].

Нормалізація вегетативних функцій при лікувальному застосуванні фізичних вправ забезпечує використання моторно-вісцеральних рефлексів, що пригнічують змінену інтероцептивної імпульсації.

Процес лікування дегенеративно-дистрофічних уражень хребта умовно поділяють на три періоди - (гострий, підгострий і відновлювальний (загального режиму)). Для повноцінної регенерації потрібно досить тривалий період часу (мінімум до 3-5 міс.). Оскільки протягом перших двох місяців з моменту загострення утворюється грануляційна тканина, що складається з молодих фіброblastів, які активно синтезують простоглікани і колаген третього типу. Через 3-5 місяців регенерат утворює подібність з щільної волокнистої сполучної тканини. Регенерат в складі якого входить колаген третього типу і велика кількість вуглеводів відрізняється за своїми морфо-функціональними особливостям від непошкоджених зв'язкових структур. До складу непошкоджених зв'язкових структур входить колаген першого типу. Наявність колагену третього типу обумовлює зниження еластичних властивостей зв'язок як в місці пошкодження ХРС, так і в вище і нижчих ХРС [3,4].

Надалі ці зміни призводять до гіпертрофії і / або витончення зв'язок хребта, разволокненню колагенових і еластинових волокон, дегенеративно-дистрофічних змін зв'язково- м'язового апарату хребта. Патоморфологічні процес в зв'язках протікає у вигляді атрофічно-деструктивних змін, паралельно з якими йдуть репаративні зміни. В результаті формуються рефлекторні синдроми, що визначають остаточну клінічну картину захворювання. Тому й лікування має бути тривалим, в процесі якого слід використовувати різні засоби фізичної реабілітації.

Заняття лікувальною гімнастикою рекомендується починати на підгострій стадії захворювання. У стадії ремісії руховий режим передбачає виконання вправ з елементами спортивного тренування, допускаються помірні осьові навантаження в міру досягнення статичної витривалості хребта. Всі автори єдині в думці, що позитивний результат фізичної реабілітації багато в чому залежить від використання широкого арсеналу відновлювальних засобів: фізичних вправ, масажу, фізіотерапевтичних

процедур. Однак, в спеціальній літературі ними наводяться суперечливі і часом прямо протилежні методи використання різних засобів, часто не підкріплені біомеханічними дослідженнями хребта, науково обґрунтованими рекомендаціями щодо підбору вправ, виходячи з характеру і стадії захворювання, віку та статі хворого, при цьому абсолютно не враховується вид та ступінь деформації ураженого відділу хребта.

В процесі лікування дегенеративно- дистрофічних уражень хребта, зазвичай, алгоритм лікування складає: створення спокою ураженого відділу хребта, поверхневі теплові процедури (з обережністю у пацієнтів з сенсорним дефіцитом, порушеннями мікроциркуляції, цукровим діабетом, злоякісними пухлинами), використання НПЗП, анальгетиків, застосування міорелаксантів, пасивне розтягування м'язу в зоні відображеного болю, аплікації гелів та мазей (НПЗП-гелі, диметилсульфоксид, анестетики), постізометрична релаксація – розслаблення м'язів після їх вольового напруження, виконання вправ на розтягування м'язів, проведення масажу з метою розслаблення спазмованих м'язів.

Висновки. Таким чином, для найбільш ефективного лікування необхідно адекватне використання раціонально підібраних фізичних вправ та інших засобів фізичної реабілітації, відповідних стадії і характеру захворювання, локалізації патологічного процесу, віку хворого і його толерантності до фізичних навантажень.

Література

1. Traeger AC, Henschke N, Hübscher M, Williams CM, Kamper SJ et al. Chronic Pain: Development and Validation of a Prognostic Model (PICKUP) for Patients with Acute Low Back Pain. PLoS Med. 2016 May 17;13(5): 1002019.
2. Бублик ЛА, Стегний СА, Титов ЮД, Мыттюшин ИИ, Боряк АЛ. Эпидуральные блокады при выраженном корешковом и болевом синдроме, обусловленном патологией межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, с применением ксефакама и лидокаина. Международный неврологический журнал. 2006;1 (5): 62-64.
3. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult acute and subacute low back pain. Updated November. 2012;14: 112-16.
4. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 2016 Sep;25(9):2788-802.

Л. М. Скрипник, аспірант,
заступник директора з навчально-виховної роботи
Криворізького професійного гірничо-технологічного ліцею

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ КВАЛІФІКОВАНИХ ФАХІВЦІВ

Одним із важливих напрямів країни на шляху до європейського майбутнього є реалізація здоров'язбережувальних технологій у системі сучасної освіти. На даному етапі розвитку України проблема охорони здоров'я підростаючого покоління є досить актуальною та соціально значущою.

Сучасні здоров'язбережувальні освітні технології представлені у вигляді технологій організації навчального процесу, технологій організації

пізнавальної діяльності учнів (студентів), технологій виховної роботи, предметних технологій тощо. Проведений аналіз наявних технологій у галузі здоров'язбереження дає можливість виокремити такі: технології для створення безпечних умов перебування, навчання та праці в закладі освіти; технології для вирішення завдань раціональної організації виховного процесу; технології щодо відповідності навчального і фізичного навантаження реальним можливостям учнів (студентів; оздоровчі технології для зміцнення фізичного здоров'я учнів (студентів). Метою цих технологій є формування в учнів чи студентів компетенцій, передбачених освітньо-кваліфікаційною характеристикою.

Сьогодні в країні значно зросли вимоги до професійної підготовки майбутніх фахівців. Майже всі підприємства активно впроваджують нові технології, ефективну організацію праці, а це породжує потребу в нових робітниках, конкурентоспроможних на ринку праці. Відтак актуальною стає проблема якісної підготовки робітників в умовах ЗПО. Головною вимогою до них є стан здоров'я і рівень фізичного розвитку, які дозволяли б успішно і в установлені терміни оволодіти професією та ефективно працювати тривалий час без шкоди для здоров'я.

Тому виникає нагальна потреба в розробці здоров'язбережувальних технологій, спрямованих на підвищення інтересу молодого покоління до здорового способу життя в ЗПО.

Поняття про збереження здоров'я не обмежується зміцненням лише соматичного (тілесного) здоров'я молоді. Важливе значення відведено збереженню психічного, духовного та соціального здоров'я молоді. Це вимагає створення у навчальному закладі особливої комфортної атмосфери, яка б відкрила кожній дитині позитивний простір для особистісного зростання в інтелектуальній, духовній і соціальній сферах. Для цього необхідні зусилля як адміністрації, викладачів, медичної та психологічної служб, так і батьків. Реалізація необхідних здоров'язбережувальних технологій щодо свідомого ставлення до здоров'я базується на отриманні учнями необхідних знань, умінь і навичок фізичного, психічного, духовного та соціального здоров'я.

Фізкультурно-оздоровчі технології спрямовані на фізичний розвиток учнів, реалізуються на уроках фізичної культури і в роботі спортивних секцій. Екологічні спрямовані на створення природовідповідних, екологічно оптимальних умов життя і діяльності людей, гармонійних взаємин з природою тощо. Технології забезпечення безпеки життєдіяльності спрямовані на збереження життя й забезпечуються завдяки вивченню учнями дисципліни «Основи безпеки життєдіяльності», майбутніми вчителями – курсів «Безпека життєдіяльності людини», «Основи охорони праці», «Цивільний захист».

Зважаючи на вимоги Державних стандартів освіти, підприємств-замовників кадрів та взагалі сьогодення, головними завданнями професійної (професійно-технічної) освіти є:

формування в учнів мотивації до дбайливого ставлення до життя та здоров'я, сталої мотиваційної установки на здоровий спосіб життя як провідної умови збереження й зміцнення здоров'я;

формування стійких переконань щодо пріоритету здоров'я як основної умови реалізації фізичного, психічного, соціального та духовного потенціалу людини з урахуванням її індивідуальних особливостей;

виховання в підлітків дбайливого й усвідомленого ставлення до власного здоров'я як однієї з найвищих людських цінностей;

навчання учнів методам самозахисту в умовах загрози для життя, самооцінки й контролю стану та рівня здоров'я протягом життя.

Основними заходами зміцнення здоров'я учнів КПГТЛ є: дні здоров'я, спортивні свята та змагання, інформаційні бесіди за участю лікарів з учнями про здоров'я, інформаційні бесіди за участю спортсменів міста, виховні години, проведення акцій «Шкідливим звичкам скажемо «НІ»», участь у спортивно-військовій грі «СПАЛАХ» та «Сокіл» («Джура»), постійна робота спортивних гуртків та секцій, організація здорового харчування учнів, щорічний поглиблений медогляд учнів (учнів - сиріт та учнів з обмеженими можливостями – двічі на рік), системна пропаганда здорового способу життя.

Практика показує, що процес формування свідомого ставлення до власного здоров'я потребує обов'язкового поєднання інформаційного й мотиваційного компонентів практичної діяльності учнів, що сприятиме оволодінню молоддю необхідними здоров'язберігаючими вміннями і навичками. Освіта та здоров'я є взаємодоповнюючими компонентами успішного повсякденного буття молоді.

Збереження здоров'я молодого покоління залежить від взаємодії педагогів, медичних і соціальних працівників. Водночас, обрані шляхи модернізації системи освіти і виховання молоді сприяють підвищенню інтересу суспільства до цих технологій, а також до особистості, яка бере участь в їх реалізації.

П.М. Стецяк, магістр

Ю.В. Копочинська, к.н.ф.в.с., доцент

Національного технічного університету України

«Київський політехнічний інститут ім. Ігоря Сікорського»

СИСТЕМА DAVID У КОМПЛЕКСІ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З МІЖХРЕБЦЕВИМИ ГРИЖАМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Постановка проблеми. Один з найпоширеніших симптомів на який скаржаться більшість неврологічних хворих - біль в спині. До 78% людей протягом свого життя переносять хоча б один епізод болю в спині. Більш ніж у 40% людей спостерігалось загострення болю в спині тривалістю більше одного дня за останні 12 місяців і приблизно у 25% протягом останніх 3-х місяців [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) остеохондроз хребта посідає третє місце після патології серцево-судинної системи і онкологічних захворювань. Науково-технічний

прогрес, гіподинамія, шкідливі звички та ряд інших причин сприяють зростанню хворих на остеохондроз. Проблема актуальна для багатьох країн світу, що спонукало ВООЗ оголосити біль у спині пріоритетним дослідженням у 2000–2010 рр. [5].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У відновленні хворих з міжхребцевими грижами поперекового відділу хребта досягнуто значних результатів, однак, незважаючи на це з'являються нові сучасні технології для зменшення виражених вертеброгенних синдромів та зміцнення м'язів поперекового відділу хребта. Серед цих новітніх засобів – система DAVID, яка дозволяє не тільки відновлювати хворих, які займаються на тренажері, а й проводить діагностику стану хворого [3]. Програма фізичної реабілітації осіб з міжхребцевими грижах поперекового відділу хребта в більшості реабілітаційних закладах включає в себе (лікувальну гімнастику, масаж, постізометричну релаксацію, фізіотерапію, механотерапію, кінезіотейпування та інші) їх поєднання залежить від стадії захворювання, функціонального стану, розміщення грижі, реабілітаційного потенціалу його та від клінічних проявів – дискомфорт, біль, слабкість м'язів тощо [4]. Методи та засоби фізичної реабілітації, які застосовуються у лікувальних закладах, мають значно меншу ефективність відновлення, оскільки вони не використовують новітні сучасні технічні засоби [2].

Формування цілей статті. Обґрунтувати та розробити комплексну програму відновлення хворих з міжхребцевими грижами поперекового відділу хребта з використанням системи DAVID.

Виклад основного матеріалу. Було обрано 12 хворих, віком $34 \pm 1,3$ років ($x \pm S$), яким було поставлено діагноз міжхребцеві грижі поперекового відділу хребта. Дослідження проводились на базі Інституту вертеб্রології та реабілітації у м. Києві. Пацієнтів було розділено на дві групи: контрольну (КГ) та основну (ОГ) по 6 хворих в кожній. Хворі КГ займалися за програмою інституту вертеб্রології та реабілітації, ОГ проходила додаткові процедури, крім занять на тренажері DAVID, кінезіотейпування, лікувальний масаж та процедури фізіотерапії.

Обстеження хворих проводились до фізичної реабілітації, через 10, 30 днів. Для оцінки якості життя використовували Oswestry Disability Index. Заняття на тренажері DAVID розпочиналися після гострого періоду на якому пацієнти ОГ проходили медикаментозне лікування, кінезіотейпування, та лікувальну гімнастику (10-15 хв.), яка була направлена на розтягнення спазмованих м'язів та зменшення больових відчуттів. Починаючи з підгострої стадії пацієнти займалися 3 рази на тиждень на тренажері DAVID, перед заняттям на системі DAVID були оцінені всі важливі показники сили та рухливості в поперековому відділі хребта, що дозволили підібрати індивідуально вправи для пацієнтів. Час заняття на тренажері DAVID становив 40 хвилин. Лікувальний масаж спини проводився щоденно по 30 хвилин у поєднанні з електрофорезом. На третьому періоді поступово збільшувалося навантаження під час занять на тренажері до 60 хвилин, пацієнт повертався до активного способу життя. Під впливом компонентів розробленої програми у пацієнтів ОГ зареєстровані позитивні зміни з боку якості життя за індексом Oswestry Disability через 10 днів після проведеної програми фізичної реабілітації та

склали у ОГ – $\bar{x}=22,4$ бали ($S=2,2$ бали) у КГ – $\bar{x}=28,7$ бали ($S=2,3$ бали) різниця між групами ($p<0,05$).

Висновки дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Результати дослідження довели необхідність застосування комплексної програми фізичної реабілітації у поєднанні з системою DAVID для пацієнтів з міжхребцевими грижами поперекового відділу хребта. З отриманих результатів можна зробити висновок, що застосування системи DAVID у комплексі засобів фізичної реабілітації значно покращило стан пацієнтів ОГ та особливо показники якості життя за Oswestry Disability Index.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку планується дослідити вплив системи DAVID на остеохондроз попереково-крижовий відділу хребта ускладненого нестабільністю сегментів.

Література

1. Довгий І.Л. Захворювання периферичної нервової системи / За ред. Н.К. Свиридовой, в 3-х томах Т.2. –К.: 2016. – С. 524.
2. Попадюха Ю.А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: Навч. посіб. / Ю.А. Попадюха.. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 300 с.
3. Попадюха Ю.А. Сучасні роботизовані комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: Навч. посіб. / Ю.А. Попадюха.. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 324 с.
4. A. M. Gomez-Sadornil, A. M. Martin-Nogueras Eficacia de la fisioterapia en el linfedema posmastectomia Fisioterapia, In Press, Corrected Proof, Available online 15 December 2013. – P. 15–20.
5. Lazarieva, O., Cieřlicka, M., Stankiewicz, B., Muszkieta, R., & Prusik, K. (2014). Physical rehabilitation of low back pain based on a conceptual system approaches. Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports, 11,74-78.

С.В.Філатов, к.т.н., доцент

В.М.Торіна, магістр

Криворізький державний педагогічний університет

СУЧАСНА ЕРГОТЕРАПІЯ. МЕХАНОТЕРАПІЯ ТА ПРАЦЕТЕРАПІЯ

Фізична реабілітація займає важливе місце в медицині і в цілому в суспільстві та використовується у соціальній та професійній реабілітації як лікувальний і профілактичний засіб з метою комплексного відновлення фізичного здоров'я та працездатності хворих та інвалідів.

Механотерапія – це лікування вправами, що їх пацієнтам із допомогою спеціально сконструйованих апаратів для пасивної розробки кінцівок. Вправи впливають на той чи інший суглоб чи групу м'язів і може бути дозованим щодо амплітуди руху, сили опору і темпу з допомогою спеціальних пристосувань.

Механотерапія одна із допоміжних засобів лікувальної фізичної культури та задля забезпечення більш повного та різнобічного

фізіологічного впливу на організм хворого, вона повинна переважно поєднуватися із застосуванням ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, дозованої ходьби і спортивними вправами відповідно до призначеним режимом руху. Діючи локально на тканини, вона підсилює лімфо- і кровообіг, збільшує еластичність м'язів і зв'язок, повертає суглобам властиву функцію.

Використовуються різні типи механотерапевтичних апаратів, принцип дії яких базується на біомеханічних особливостях рухів в суглобах: маятникового і блокового типу та системи важеля. Апарати маятникового типу (Крукенберга, Каро-Степанова) ґрунтуються на принципі балансуємого маятника за рахунок сили інерції якого забезпечуються хитальні рухи у суглобах, що і приводить до збільшення амплітуди рухів у них. Кожний маятниковий апарат пристосований тільки для одного суглобу і виконання одного виду рухів. Дозуються м'язові зусилля вантажем, місцем розтягування його на маятнику, тривалістю і темпом виконання вправ. Під час заняття треба слідкувати за тим, щоб вправи не викликали у хворого посилення болі і підвищення напруження м'язів.

Апарати блокового типу (Тіло) базуються на принципі блоку з вантажами, за допомогою яких збільшується сила м'язів. У випадку суттєвого зниження сили м'язів можна полегшити рухи за умови зрівноваження ваги кінцівки точно підібраним вантажем. Змінюючи вихідні положення хворого, можна диференційовано зміцнювати визначені м'язові групи. Апарати, що діють за принципом важеля (Цандера) використовують для окремих м'язових груп. Варіюючи довжину важеля, можна підсилювати або зменшувати опірність, що забезпечує ускладнення чи полегшення рухів, відновлення сили м'язів і рухомості у суглобах.

Показання до застосування механотерапії: контрактури різного походження, артрози, артрити, туго рухомість суглобів після травм, тривалої іммобілізації.

Працетерапія – лікування працею. Вона націлена на відновлення порушених функцій і працездатності хворих, тобто на досягнення основної мети реабілітації. Працетерапія концентрує у собі досягнення медичної і соціальної реабілітації, у тому числі ЛФК, масажу, фізіотерапії і механотерапії.

Засобом працетерапії є трудові рухи і різноманітні трудові процеси, а не рухи і вправи взагалі. Підбирають їх із урахуванням професії і побутових дій. Вони мають бути відомі хворому, природні та звичайні для нього і повинні включати у роботу пошкодженні травмою або хворобою м'язи чи ослаблені за час ліжкового режиму. Наслідком працетерапії є цілеспрямоване вироблення якогось продукту праці або виконання робочого завдання. Це відрізняє, головним чином, працетерапію та її засоби від ЛФК.

Працетерапія стимулює фізіологічні процеси, відновлює або збільшує рухомість у суглобах і силу м'язів, покращує координацію рухів, а у випадку залишкових функцій пристосовує і тренує хворого для використання їх з максимально можливим ефектом. При незворотному випаданні рухів трудові операції розривають постійні компенсації, які заміщують функціональний ефект. Працетерапія є потужною психотерапевтичною дією. Вона мобілізує

волю, зосереджує увагу під час роботи і її наслідках, відвертає хворого від неприємних почуттів і думок про хворобу, вселяє надію на одужання. Праця збуджує фізичну активність, направляє її на цілеспрямовану, усвідомлену, результативну діяльність, яка приносить користь людині і суспільству. Поєднання розумових, фізичних зусиль під час роботи разом з соціальною доцільністю її повертає людині впевненість у своїх силах, робить її повноцінним членом суспільства.

Показання до застосування праце терапії: травми і захворювання опору-рухового апарату, поранення м'яких тканин, опіки, контрактури, хірургічні втручання і реконструктивні операції; захворювання серцево-судинної, дихальної, нервової системи, обміну речовин; психічні захворювання. Протипоказання: захворювання в гострій стадії, запальні захворювання в фазі загострення, схильність до кровотечі, злаякісні новоутворення.

Використовують працетерапію переважно в реабілітаційних центрах, відділеннях працетера, центрах професійної реабілітації і комбінованих (медичних і професійних) центрах. Після деяких травм, хірургічних втручань, в педіатрії, можуть призначатися елементи праце терапії у лікарняному періоді реабілітації. Спеціально підібрані вправи здатні відновлювати оптимальну рухливість та врівноваженість нервових процесів, що покращує регулюючі властивості, активізує діяльність ендокринних залоз і стимулює вегетативні функції та обмін речовин за механізмом моторно-вісцеральних рефлексів.

Література

1. Дубровский.В. И. Реабилитация в спорте.-М.: Фізкультура і спорт, 1991.-208с.
2. Физическая реабилитация. Підручник. Під / ред. С. Н. Попова. Ростов - на -Дону: Фенікс, 2005.-603с.
3. Основи фізичної реабілітації/Магльована Г.П. – Львів: Ліга-Прес, 2006. – 148с.

А. М. Фісіненко, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України;

Ю. О. Іванова, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ ІЗ ДОРСАЛГІЯМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Вертеброневрологічні захворювання на сьогодні є однією із найважливіших медико-соціальних і економічних проблем. Поширеність болю в спині в економічно розвинених країнах, за даними експертів ВООЗ, досягла розмірів неінфекційної епідемії. В усіх країнах світу дуже великий економічний і моральний збиток у зв'язку з інвалідизацією при вертеброгенних захворюваннях і витрати на лікування болю в спині в три рази перевищують витрати на лікування онкологічних хворих, 28% населення у віці 20–69 років страждають періодичними болями в спині і

84% переживають відносно тривалий епізод болю в спині хоча б раз протягом життя[1, 7].

Останнім часом методам лікування і запобігання рецидивам шийної дорсалгії приділяється значна увага, проте, не можна сказати, що рішення даної проблеми завершено. Шийна дорсалгія, зустрічається в 85% випадків у осіб найбільш працездатного віку і, незважаючи на запропоновані численні терапевтичні методи, немає тенденції до скорочення в популяції [Error! Reference source not found.5].

Лікування пацієнтів з болем у шиї вимагає особливо ретельного та індивідуального підходу. З урахуванням багатокomпонентності больового синдрому і безлічі варіантів перебігу захворювання терапія повинна бути комплексною і індивідуальною, включати в себе як медикаментозні, так і немедикаментозні методи.

Сьогодні терапія шийної дорсалгії носить переважно симптоматичний характер і спрямована на зменшення інтенсивності болю, який в гострому періоді захворювання найбільшою мірою впливає на загальний стан хворого.

Основним немедикаментозним засобом при больовому синдромі, щоефективно сприяє зменшенню інтенсивності болю і поліпшенню функціональних можливостей організму та має підтверджену клінічну ефективність, є фізичне навантаження (аеробне навантаження, пілатес, йога, м'язовий реліз тощо). Лікувальна гімнастика включена як ефективний метод лікування практично в усі клінічні рекомендації при дорсалгії [6]. Під час фізичного тренування людина змінює свій руховий стереотип, а це сприяє подальшому покращенню стану пацієнта.

Метод індивідуального підходу ефективніший і має ряд переваг, таких як: відсутність психологічного бар'єру, можливість багаторазового повторення вправі доведення техніки її виконання до досконалості, суворе дотримання вікових параметрів і силового навантаження на певні групи м'язів [3, 4.]. Фізичні вправи у воді, спрямовані на розслаблення постуральних м'язових груп, з одночасним зміцненням ослаблених м'язів, дозволяють статистично достовірно знизити підвищений м'язовий тонус, ліквідувати м'язовий дисбаланс, оптимізувати руховий стереотип та нівелювати прояви синдрому вегетативної дисфункції, нормалізувати стан психо-емоційної сфери у хворих з міофасціальним больовим синдромом шийного відділу хребта[2].

Основні завданнями терапії дорсалгії мають бути наступними: купіювання больового синдрому, ліквідація м'язово-тонічних порушень, усунення патобіомеханічних змін у хребцевих сегментах; відновлення оптимального рухового стереотипу.

І саме тому індивідуальні лікувальні програми мають включати наступні засоби фізичної терапії:

- вправи на розтягнення хребта;
- вправи на розтягування, стретчинг;
- вправи коригуючі для ліквідації м'язово-тонічних порушень;
- силові вправи на укріплення м'язів;
- вправи у воді;
- масаж;

- мануальна терапія.

Провідну роль в консервативному лікуванні хворих з дорсопатіями шийного відділу хребта відіграє етапність в проведенні процедур і сумісність у плані комплексного підходу. Послідовність у призначенні лікувально-реабілітаційних заходів повинна проводитися з урахуванням клінічних проявів, даних інструментальних методів досліджень, патогенетичних і саногенетичних процесів в організмі. Візуалізація морфологічних змін (ступінь, локалізація стенозування тощо) в поєднанні з клінічними проявами дозволяє визначити напрям, рівень та час впливу навантаження за допомогою засобів фізичної терапії[2].

Висновок. Результати клінічних досліджень свідчать про необхідність комплексного підходу у відновленні пацієнтів із шийною дорсалгією, що включає в себе не лише медикаментозні препарати, а й засоби фізичної терапії, які враховують особливості перебігу патології. Рациональна організація діагностичної та лікувально-профілактичної роботи з такими пацієнтами є необхідною для досягнення ефективності реабілітаційного процесу, максимального зниження ризику ускладнень та рецидивів захворювання.

Література

1. Васильева Н. В. Эффективность консервативного комбинированного лечения неврологических проявлений дегенеративно-дистрофических заболеваний шейного отдела позвоночника / Н. В. Васильева // Российский нейрохирургический журнал. – С-Пб., 2014. – С. 310–311.
2. Манін, М. В. Обґрунтування тактики фізичної реабілітації на етапах консервативного лікування хворих з дорсопатіями поперекового відділу хребта в програмі комплексної реабілітації // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – № 2 (3). – С. 294–300.
3. Разумов Д.В., Подчуфарова Е.В Роль болевого проведения в формировании инвалидизации у пациентов с хронической болью в спине // Российский медицинский журнал. – 2010. – №3. – С.11–18.
4. Ситель А.Б. Мануальная терапия спондилогенных заболеваний: Учебное пособие. М.: М.: Медицина. – 2008. – 408 с.
5. Duccias P., Kalali A.H., Staud P.P. Treatment of fibromyalgia. Psychiatry. – 2010. – №5(7). – P.15–18.
6. Lawson K. Treatment options and patient perspectives in the management of fibromyalgia: Future trends. Neuropsychiatr Dis Treat. 2008. – №4(6). – P. 1059–1071.
7. Meucci R. D. Prevalence of Chronic Low Back Pain: Systematic Review / R. D. Meucci, A. G. Fassa, N. M. X. Faria [Electronic resource] // Rev Saude Publica. – 2015. – 49. – Mode of access : <https://www.10.1590/S0034-8910.2015049005874>.

А.В. Федоряка, старший викладач

Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТИВНИМИ ТАНЦЯМИ ОЗДОРОВЧОЇ СПРЯМОВАНОСТІ НА РОЗВИТОК ГНУЧКОСТІ У ДІВЧАТ 17 – 18 РОКІВ

Актуальність: У пошуках інноваційних підходів до організації секційних занять із студентами слід враховувати особливе значення й

привабливість для них бальних спортивних танців. Танець дозволяє розв'язати цілий комплекс важливих завдань у роботі з учнями: задовольнити їх потребу у русі, навчити володіти своїм тілом, розвивати фізичні якості, розумові та творчі здібності тощо.

В Україні працюють багато клубів і гуртків спортивного танцю, і тому актуальною є проблема забезпечення їх необхідною навчально-методичною літературою. Необхідні розробки методики підготовки спортсменів. У літературних джерелах недостатньо розкривається проблема розвитку гнучкості танцівників [5]. Тому ми вважаємо, що дана проблема є актуальною та потребує детальнішого вивчення.

Аналіз наукових досліджень з проблеми вдосконалення системи організації фізкультурно-оздоровчих занять із студентською молоддю свідчить, що найбільше уваги приділяється визначенню ефективності різних видів оздоровчих занять [2, 3]. Проблема розвитку гнучкості розглядалася в багатьох роботах різних авторів: Ю.Ю. Борисова [1], О.О. Власюк [2], Н.С. Полька [4], та ін. Організація процесу фізичного виховання студентів, зацікавлення їх у систематичних заняттях фізичними вправами має велике значення для виховання здорової нації [2, 3].

В роботі проведено порівняльний аналіз впливу занять спортивними танцями в оздоровчій групі на розвиток гнучкості у дівчат 17–18 років. Розширено дані, що стосуються впливу занять спортивними танцями оздоровчої спрямованості, на розвиток гнучкості у дівчат 17–18 років. Доповнено дані та експериментально обґрунтована система тренувальних занять на розвиток гнучкості у дівчат 17–18 років, які займаються спортивними танцями оздоровчої спрямованості.

Мета дослідження: експериментально обґрунтувати систему тренувальних занять, що сприяють розвитку гнучкості у дівчат 17–18 років, які займаються спортивними танцями в оздоровчій групі.

Завдання дослідження:

1. Визначити рівень розвитку та гнучкості у дівчат 17–18 років, що займаються спортивними танцями в оздоровчій групі.
2. Експериментально обґрунтувати та визначити ефективність застосування вправ на розвиток гнучкості у дівчат 17–18 років, що займаються спортивними танцями в оздоровчій групі.

Для вирішення поставлених завдань нами використовувались такі методи досліджень: аналіз та узагальнення літературних джерел; педагогічне спостереження; тестування; антропометричний метод; метод індексів; медико-біологічне тестування; методи математичної статистики.

Дослідження проводилися у Придніпровській державній академії фізичної культури і спорту міста Дніпра. Завдання експерименту полягало у виявленні змін у показниках гнучкості дівчат під впливом розробленої нами методики. У експерименті взяли участь 24 дівчинки. З них було скомплектовано дві групи: експериментальну та контрольну по 12 у кожній. За показниками фізичного розвитку, та розвитку гнучкості групи були практично рівноцінними. Тривалість експерименту склала шість місяців. Заняття тривалістю 90 хвилин відбувалися 3 рази на тиждень.

В контрольній групі 3 рази на тиждень заняття танцями проходили за традиційною методикою, тобто основний акцент робився на вивчення

танцювальних рухів. В експериментальній групі ми запропонували систему занять на розвиток гнучкості, два раз на тиждень і один рази на тиждень заняття відбувались за традиційною методикою.

Для визначення вихідного рівня гнучкості ми прийняли у випробуваних контрольні нормативи. Так, для випробуваних ми використовували наступні тести: шпагат, спочатку правою ногою вперед (шпагат 1), а потім – лівою (шпагат 2); міст; нахил, із вихідного положення стоячи на опорі; викрут рук з палицею.

Обговорення результатів дослідження. Попередні дослідження показали, що більшість дівчат мають недостатній рівень розвитку гнучкості. Тому систематичний розвиток гнучкості з чітким дозуванням навантажень був обов'язковою умовою експериментальної методики.

Таблиця 1

Рівень розвитку гнучкості у дівчат 17–18 років після педагогічного експерименту

№	Тести	Групи	X1±σ1	X1±σ2	P1	P2
1.	Шпагат 1, см	К	12,1±1,4	11,3±0,6	>0,05	<0.05
		Е	12,1±1,5	6,9±0,5	<0,05	
2.	Шпагат 2, см	К	23,2±1,8	22,2±1,0	>0,05	>0.05
		Е	23,4±2,7	18,8±2,2	>0,05	
3.	Міст, см	К	57,9±2,6	58,0±1,9	>0,05	>0.05
		Е	58,5±4,4	56,7±4,5	>0,05	
4.	Нахил, бали	К	2,0 ±0,4	3,0±0,4	>0,05	<0.05
		Е	2,0 ±1,2	5,0±0,9	<0,05	
5.	Викрут, см	К	56,4±1,1	56,4±1,1	>0,05	<0.05
		Е	53,6±1,9	47,7±1,8	<0,05	

Порівняльний аналіз результатів педагогічного тестування до і після експерименту показав, що в тестах «шпагат 1», «нахил» та «викрут» спостерігається вірогідний приріст показників в експериментальній групі, порівняно з контрольною ($p < 0,05$) (табл. 1). В тестах «шпагат 2» та «міст» вірогідного приросту не спостерігається, але в експериментальній групі середнє значення показників цих тестів вище, ніж в контрольній (табл. 1).

Висновки: 1. У відповідних літературних джерелах з різних галузей знань, що мають відношення до предмету дослідження, науково обґрунтована необхідність і важливість використання нових методик, спрямованих на розвиток фізичних якостей, у даному випадку розвиток гнучкості, на заняттях із спортивних танців в оздоровчих групах.

2. За результатами дослідження вихідного рівня розвитку гнучкості виявлено, що дівчата 17–18 років, які займаються спортивними танцями, мали середній і низький рівень розвитку гнучкості.

3. Експериментальна програма передбачала заняття з переважним використанням вправ, спрямованих на розвиток гнучкості дівчат 17–18 років два раз на тиждень.

4. В умовах педагогічного експерименту рівень гнучкості дівчат 17–18 років експериментальної групи значно підвищився. Кількісний аналіз показників гнучкості показав, що в експериментальній групі після експерименту більша кількість показників має статистично значущі ($p < 0,05$) зміни порівняно з показниками контрольної групи. Найбільший приріст показників гнучкості в експериментальній групі було виявлено у таких тестах: «шпагат 1», «нахил», «викрут».

Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність розробленої нами системи занять, що сприяють розвитку гнучкості у дівчат 17–18 років, які займаються спортивними танцями в оздоровчій групі. Подальші дослідження будуть спрямовані на розвиток гнучкості у дівчат 18 – 19 років.

Література

1. Борисова Ю.Ю. Хореографія, як засіб технічної підготовки гімнасток 6-7 років: методичні рекомендації / Ю.Ю. Борисова, О.О. Єрьоміна. Дніпропетровськ: Вид-во «ПФ Стандарт-сервис», 2015. – 36с.
2. Власюк О.О. Деякі проблеми фізичного виховання школярів і сучасні шляхи їх розв'язання. /Власюк О.О.// Спортивний вісник Придніпров'я. – Дніпропетровськ, ДДІФКіС. 2016. – № 3. – С. 30-33.
3. Круцевич Т.Ю. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник / Т.Ю. Круцевич, Г.В. Безверхня. – К.: Олімпійська література, 2010. – 248 с.
4. Польша Н.С. ФизическоеразвитиешкольниковУкраины. Пространственно-временные и морфофункциональные особенности / Н.С. Польша, А.Г. Платонова: [Монография] // Киев: Генезе, 2015. – 272 с.
5. Осадців Т.П. Спортивні танці: навч. Посібник / Т.П. Осадців. – Л.: Арт-прес 2001. – 338 с.

Н.В. Чечер, студентка магістратури
Національний університет фізичного виховання і спорту України

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ КОМПЛЕКС «КІНЕЗІС» В ПРОГРАМАХ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ГРИЖАМИ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Виклад основного матеріалу. За даними авторів, від 50 до 80 % населення соціально активного віку (30-60 років) періодично лікуються від больових відчуттів гриж різних відділів хребта. Авторство методики кінезітерапії належить Сергію Михайловичу Бубновському, який стверджує, що перемога в боротьбі з хворобою – активне подолання болю. Основний принцип кінезітерапії – правильний рух виліковує, неправильний – калічить. У структурі неврологічної захворюваності поперекові больові синдроми міцно утримують перше місце за поширеністю, за кількістю днів і випадків непрацездатності.

Грижа міжхребцевого диску - досить часта причина поперекового больового синдрому. Із усіх захворювань нервової системи на неї припадає близько 80 % випадків тимчасової втрати працездатності.

Причини виникнення захворювання різноманітні: вроджені дефекти хребта, зниження рухової активності хребта, хронічні або одноразові, але надмірні перевантаження хребта, травми внаслідок перевантажень, ударів, падінь, переохолоджень, інфекції, а також стреси, що послаблюють захисні сили організму, гормональні порушення і генетичні дефекти (Хабіров Ф.А., 2003).

На сьогоднішній день при лікуванні хворих з грижами міжхребцевих дисків перевага надається таким консервативним методикам як фізичним вправам, масажу, фізіотерапії і т.д.

Фізична терапія посідає одне з найважливіших місць у відновному лікуванні осіб з дискогенною патологією хребта, оскільки використання засобів фізичної терапії дає можливість патогенетичного впливу на проблему, усуваючи не лише наслідок, але і її причину.

Вивчення літератури показало, що на даний час розробка проблеми терапії цієї групи хворих належить до важливих напрямків наукових досліджень. У зв'язку з цим актуальним є питання розробки та впровадження терапевтичних заходів для осіб з дискогенною патологією поперекового відділу хребта.

Мета дослідження – розробити та визначити ефективність фізичної терапії реабілітаційного комплексу «Кінезіс» осіб з грижами.

Об'єкт дослідження: реабілітаційний комплекс «Кінезіс» у програмах фізичної терапії осіб зрілого віку з грижами у поперековому відділі хребта.

Предмет дослідження – засоби і методи фізичної терапії осіб з дискогенною патологією поперекового відділу хребта.

Завдання дослідження :

1. Вивчити на основі аналізу науково-методичної літератури причини виникнення та клінічні прояви дискогенної патології у поперековому відділі хребта осіб зрілого віку; проаналізувати різні аспекти даного захворювання, враховуючи сучасні погляди на дану проблему.

2. Розробити програму фізичної терапії з реабілітаційним комплексом “Кінезіс” для осіб зрілого віку з грижами поперековому відділі хребта та перевірити її ефективність.

3. Визначити ефективність розробленої програми фізичної терапії з реабілітаційним комплексом «Кінезіс» осіб зрілого віку з грижами.

Теоретична значимість: звернуто увагу на те, що великий відсоток причин травм хребта приходить на те, що люди мало піклуються про своє здоров'я, починаючи з елементарного невиконання ранкової гімнастики і закінчуючи невмінням правильно розподіляти навантаження при виконанні різноманітної роботи.

Теоретична значимість моєї роботи полягає в тому, що на підставі вивчення даної теми виявлено і узагальнено вплив комплексу «Кінезіс» на осіб з грижами у поперековому відділі хребта, розроблено діючий комплекс вправ для покращення функціонального стану даної категорії пацієнтів. Зверталась увага на необхідність і важливість профілактичних

заходів відносно даної проблеми, а також поліпшення процесу відновлення осіб, які страждають цим захворюванням, адже наше здоров'я в наших руках і в наших силах забезпечити собі і близьким щасливе і в першу чергу здорове майбутнє.

Практична значимість: результати випускної роботи можуть бути використані медичними працівниками, фізичними терапевтами та інструкторами в реабілітаційних центрах, медичних і санаторно-курортних закладах у комплексній терапії та відновлювальних заходах з грижами у поперековому відділі хребта осіб зрілого віку.

Література

1. Бектемирова С. Н. Сравнительная характеристика лечения больных остеохондрозом позвоночника различными методами немедикаментозной терапии / С. Н. Бектемирова, П. Р. Тидулаева // ЛФК и массаж.-2003.-№4.-С. 14-15.
2. Бубновский С. М. Практическое руководство по кинезотерапии / С. М. Бубновский. - М., 2000. - 240 с.

В.А. Чуйков, магістр

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ-АУТИСТІВ 7-9 РОКІВ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО УЧБОВОГО ЗАКЛАДУ

З кожним роком людей, хворих на аутизм, стає більше і вони все більше потребують колекційної та реабілітаційної допомоги.

Якщо замість медичного визначення аутизму використовувати визначення аутизму, яке пропонують педагоги, то загальне число хворих буде рівним 20 осіб з 10 тисяч [1].

Походження аутизму може бути різним. У легкого ступеня він може зустрічатися при конституційних особливостях психіки (акцентуація характеру, психопатія), а так само в умовах хронічної психічної травми (аутистичний розвиток особистості). А може виступати як груба аномалія психічного розвитку (ранній дитячий аутизм)[2].

Психічний розвиток дітей, хворих раннім дитячим аутизмом, може відносно нормально розвиватися за наявності правильно організованої реабілітаційної допомоги, яка б враховувала специфічність даного дефекту і особливості протікання психічних процесів у даного контингенту дітей[1].

Виходячи з вище викладеного недостатнє усвідомлення проблеми виховання дітей з раннім дитячим аутизмом, вся важливість корекційної роботи для таких дітей, розуміння причин виникнення даного захворювання, роль батьків у вихованні дітей, хворих раннім дитячим аутизмом, недостатня кількість і поширеність методики корекційного впливу, визначають актуальність даної проблеми.

Мета дослідження: на підставі вивчення стану проблеми соціальної побудови адаптації розробити програму фізичної терапії аутичних дітей, віком 7-9 років в умовах спеціалізованого учбового закладу.

Методи дослідження – аналіз, синтез та узагальнення науково – методичної літератури стосовно формування та корекції психічних функцій аутичних дітей засобами фізичної терапії та психокорекції, стану психомоторного розвитку дитини шляхом педагогічного спостереження. *Результати дослідження*: програми спеціалізованих навчальних закладів застосовують вузькоспрямовану корекційну спрямованість, не враховуючи супутні порушення в розвитку дитини, в тому числі порушення фізичного розвитку дитини[3].

Аутичні діти часто страждають від самого різноманітного спектра проблем: алергії на їжу, депресії, нав'язливих станів, гіперактивності при недовільній увазі і концентрації. Але, як вважає ряд дослідників, головний дефект – труднощі в усвідомленні того факту, що думки, бажання і потреби інших людей – не такі, ніж у тебе самого[2].

Фізична терапія стає все більш необхідною серед дітей з психофізичними порушеннями. Арсенал її методів постійно зростає, що дає змогу використовувати їх з дітьми з різними можливостями здоров'я. Однак на даному етапі в корекційно – розвиваючій практиці недостатньо використовуються методи фізичної реабілітації та враховуються супутні порушення розвитку. Більше приділяється увага корекції психічних функцій без врахування стану фізичного розвитку дітей. Комплексність порушень у дітей з вадами психофізичного розвитку потребує мультидисциплінарного підходу і поєднання в систему роботи спеціалізованих закладів методів фізичної реабілітації та психокорекції.

Недостатнє використання методів інноваційної терапії таких як: Холдинг-терапія. Суть холдингу полягає в тому, щоб утримати дитину не стільки фізично, скільки емоційно.

Навчання за програмою TEACCH. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – Лікування і навчання дітей, що страждають аутизмом і порушеннями спілкування) направлено на полегшення соціально-побутової адаптації аутичної дитини з допомогою зорової організації зовнішнього середовища, що задає структуру виконуваної дії і утримує дитину в ситуації задачі.

Ігровий метод реабілітації. Загально визнано, що гра – ключовий фактор у розвитку дитини. Ігрова діяльність має велике значення у формуванні пізнавальних процесів. В ході гри у дитини активно розвиваються основні форми мислення, мова та уява; удосконалюються дослідницькі навички, формується зв'язок між образом, словом і його значенням, розширюються творчі здібності.

Висновки: таким чином у аутичних дітей спостерігається ряд особливостей психофізичного розвитку що потребує застосування мультидисциплінарного підходу у реабілітаційно – корекційній роботі з ними. Комплексна програма фізичної терапії для дітей 7 – 9 років які страждають аутизмом, у порівнянні зі стандартною схемою відновлюваного лікування потребує удосконалення інноваційними методиками «Холдинг-терапія, навчання за програмою TEACCH, ігрові методи реабілітації», що дозволяє досягти більшої соціальної незалежності.

Література:

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : зб. наук. праць. — № 6(8). — К. : Університет «Україна», 2009. — 484 с.
2. Буковська О. О. Напрямки психологічної допомоги сім'ям, які виховують дитину з особливими потребами / О. О. Буковська // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Психологічні науки. — 2013. — Вип. 114. — С. 12-16. / [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN_2013_114_5
3. Вавіна Л. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому просторі: початкова ланка. / [Л. Вавіна, В. Засенко, А. Колупаєва, Т. Сак, Н. Софій, О. Таранченко]. — К.: Центр цифрового друку, 2004. — 152 с.

Ю. В. Шевчук, магістр

Національний університет фізичного виховання та спорту України

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є проблема міофасціального больового синдрому (МФБС), який характеризується м'язовою дисфункцією із формуванням локальних болісних ущільнень в уражених м'язах, так званих тригерних точок [1].

Згідно міжнародних даних, МФБС займає *ведуче* місце серед больових синдромів в загальній медичній практиці, є одним із найбільш частих причин болю, часто викликає втрату працездатності[2].

Розповсюдженість МФБС вимагає більш пильного вивчення цієї проблеми [3,4], адже не існує комплексної програми, направленої на ефективне *довготривале* лікування МФБС, в першу чергу спрямованої на усунення факторів, що провокують даний синдром[5].

Мета роботи – вивчити та оцінити подані в літературі програми та методи терапії МФБС; розробити, науково обґрунтувати та практично перевірити ефективність програми комплексної фізичної терапії пацієнтів з МФБС.

Методи дослідження: аналіз друкованих літературних джерел бібліотек та інтернет ресурсів, аналіз електронних баз систематичних оглядів та досліджень (Google Analytics, PubMed, Google Scholar, PEDro, Painscience, Cochrane Library), опитування, пальпація тригерних точок; тестування, спостереження, експеримент та узагальнення.

Результати дослідження та їх необговорення. Принципи фізичної терапії міофасціального больового синдрому були сформульовані Travell J. і Simons D. більше 30 років тому [6]. Головні елементи лікування: *знеболення, розслаблення та розтягнення уражених м'язів*. Знеболення досягається медикаментозно. Тригерні точки механічно *руйнуються* ін'єкцією анестетика або введенням в тригерну точку стерильної голки (метод «сухої голки»). Тривала релаксація ураженого м'яза досягається створенням спокою, його зігріванням. Спеціальні вправи

включають вправи на розтягування та м'які енергетичні техніки, зокрема постізометрична релаксація[7].

Аналіз закордонних контрольних досліджень та існуючих програм доводить, що терапія МФБС не включає роботу над виявленням та усуненням провокуючих МФБС факторів. У зв'язку з цим була запропонована комплексна програми терапії МФБС, яка включає наступні частини:

виявлення та корекція патобіомеханічних порушень ОРА, які призводять до м'язового дисбалансу та виникнення МФБС; (2) сеанси постізометричної релаксації м'язів; (3) терапевтичні вправи вдома; (4) спонукання пацієнта до позитивних змін образу життя.

У дослідженні прийняла участь основна група осіб (n=11) з МФБС у шийному відділі хребта, віком від 28 до 50 років. Було проведено анкетування, виявлення тригерних точок та зон відображеного болю методом пальпації, оцінка тяжкості болю згідно візуальної аналогової шкали болю ВАШ, визначення індексу порушення життєдіяльності при болях в шії (Neck Disability Index) та діапазону рухів в шийному відділі хребта.

Для корекції патобіомеханічних порушень було запропоновано проведення мобілізації шийного відділу хребта за Малліганом з використанням мануальної техніки «SNAGS» (в тому числі для хребців C1-C2). Закордонні клінічні дослідження вже неодноразово доводили надзвичайну ефективність даних технік порівняно з іншими видами терапії МФБС [8,9,10]. Фактично дослідження застосування мануальної техніки «SNAGS» ставило за мету на власному досвіді переконатись в ефективності її застосування в терапії МФБС, та підтвердження результатів закордонних клінічних досліджень. Завершувалась терапевтична сесія техніками постізометричної релаксації м'язів. В перервах між терапевтичними сесіями, які проводились 1 раз на тиждень пацієнти робили терапевтичні вправи, спеціально розроблені для виконання вдома (щоденно, 8-12 разів кожна вправа по 2-3 підходи, залежно від стану). Вибрані вправи включали в себе вправи для розтягування м'язів, їх випрямлення, зміцнення.

Під час сесій з пацієнтами проводилась педагогічна робота для спонукання пацієнта до позитивних змін образу життя (уникнення антифізіологічних поз, раціональне обладнання робочого місця, контроль ваги, тощо).

Дослідження тривало чотири тижні.

Паралельно відбувалось спостереження за такими двома контрольними групами осіб:

1 контрольна група (n=11) – лікування проводились методом «сухої гілки»;

2 контрольна група (n=11) – сеанси постізометричної релаксації м'язів 2 рази на тиждень.

Загальні результати дослідження представлені в наступній таблиці.

	Суб'єктивна оцінка	Оцінка болю, ВАШ*	Neck Disability Index*	Діапазон рухів**
--	--------------------	-------------------	------------------------	------------------

	загального стану								
		до	після	Різниця	до	після	різниця	до	після
Основна Група	покращився	7,5	2,4	5,1	39	24	15	17°	32°
Контрольна група 1	покращився	7,5	5	2,5	39	35	4	17°	22°
Контрольна група 2	покращився	7,5	4	3,5	39	30	9	17°	27°

Примітки: * - в балах; ** - в градусах; до – до терапії; після - після терапії;

Таким чином, у пацієнтів ОГ зменшився біль на 5,1 бали (майже в 3 рази), порівняно з КГ1 (на 2,5 бали) та КГ2 (на 3,5 бали); індекс порушення життєдіяльності при болях в шії відповідно зменшився на 15 балів проти 4 балів (КГ1) та 9 балів (КГ2); діапазон рухів зріс до 32°, порівняно з 22° та 27° в КГ1 та КГ2. Цікавим є факт, що результати застосування програми зберігались і через місяць після завершення терапії.

Висновки. Недостатній позитивний вплив від відновлювальної терапії, яку використовують пацієнтів з МФБС, свідчить про необхідність більшої уваги до розробки комплексної довготривалої програми фізичної терапії МФБС.

Розроблена комплексна програма, яка складається з мобілізаційних технік «SNAGS» для шийного відділу хребта за Малліганом, сеансів постізометричної релаксації м'язів, виконання терапевтичних вправ вдома, спонукання пацієнта до позитивних змін способу життя.

Запропонована програма направлена не лише на локальну роботу з тригерними точками там'язами, але і спрямована на усунення факторів, що провокують МФБС.

Результати дослідження дозволили переконатись в ефективності проведення мобілізації шийного відділу хребта за Малліганом з використанням мануальної техніки «SNAGS» та підтвердили результати закордонних клінічних досліджень.

Література

1. Zhuang X, Tan S., Huang Q. Understanding of myofascial trigger points. Chin Med. J. 2014; 127:4271 – 4277.
2. Вознесенская Т.Г. Боль в спине: взгляд невролога /Здоров'я України, 2006. № 23. С. 1–3.
3. Густов А.В., Сигрианский К. И., Столярова Ж. П. Синдром грушевидной мышцы: Учебное пособие // Санкт-Петербург. 2001.
4. Blanco C.R., Penas C.F., Xumet J.E., Algaba C.P. et al. Myofascial pain study // J. Bodywork and Movement Therapies. 2006. — Vol. 10, Issue 3. — P. 197 205.
5. Diakow, P.R. Differentiation of active and latent trigger points by thermography // J. Manipulative. Physiol. Ther. 1992. -Vol. 15, № 7. — P. 439 441.

6. Тревелл Дж.Г. Миофасциальные боли / Дж.Г. Тревелл, Д.Г. Симонс. – М.: Медицина, 1989. – Т. 2. – 608 с.
7. Левит К. Мануальна медицина / К.Левит, Й.Захсе, В.Янда. – М.: Медицина, 1993. – 512 с.
8. Effectiveness of the mulligan mobilization technique in mechanical neck pain // Journal of clinical and analytical medicine, 2018, 9(4), 304-309. DOI: <https://doi.org/10.4328/JCAM.5715>.
9. Rezkallah SS, Abdullah GA. Comparison between sustained natural apophyseal glides (SNAG's) and myofascial release techniques combined with exercises in non specific neck pain// Physiotherapy Practice and Research 2018 Jul;39(2):135-145. DOI: 10.3233/PPR-180116.
10. Effectiveness of C1-C2 sustained natural apophyseal glide combined with dry needling on pressure point threshold and headache disability in cervicogenic headache // Asian journal of pharmaceutical and clinical research, 2018, 11(1), 171-174. DOI: <https://doi.org/10.22159/ajpcr.2018.v11i1.22349>.

М. І. Шум, к.фіз.вих, лікар ЛФК
 ДУ «Національний науковий центр
 радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»;
 Є. С. Зарічний, магістрант
 Національний університет фізичного виховання і спорту України;
 О. О. Дмитрієв, магістрант
 Національний університет фізичного виховання і спорту України

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Незважаючи на позитивні тенденції зниження смертності населення, що намітилися за останні роки, летальність від серцево-судинної патології в Україні залишається однією з найвищих у Європі, вдвічі перевищуючи середньоєвропейський рівень [5]. Однією з найбільш значущих проблем сучасної внутрішньої медицини та кардіореабілітації є артеріальна гіпертензія (АГ). Ураженість АГ в Україні серед дорослого населення, за даними популяційних досліджень, виконаних співробітниками Українського НДІ кардіології ім. акад. Н. Д. Стражеско, досягає 35–40%. Вона є чинником, що погіршує якість життя, та одним з головних чинників ранньої інвалідизації та смертності за рахунок високого ризику розвитку ускладнень, таких як інсульт, ішемічна хвороба серця, серцева та ниркова недостатність та інше [3].

Незважаючи на широке впровадження в клінічну практику сучасних рекомендацій з профілактики і лікування АГ, лише 1/5 всіх пацієнтів вдається досягти підтримки цільового рівня артеріального тиску (АТ) і відрізняються прийнятною схильністю до призначеної терапії [2]. Для досягнення стійких результатів сучасні погляди на ведення хворих із серцево-судинними хворобами передбачають обов'язкове включення в план не медикаментозних заходів фізичної терапії [1, 5].

Загальновідомо, що серед немедикаментозних методів профілактики та лікування АГ одна з провідних ролей належить фізичним тренуванням. У багатьох роботах відзначено позитивний вплив тренувань на механізми

регуляції АТ та модифіковані фактори ризику. Регулярне дозоване фізичне навантаження помірної інтенсивності аеробного характеру сприяє не тільки зниженню маси тіла, підвищенню толерантності до фізичного навантаження, але і супроводжується значним поліпшенням еластичних властивостей структур судинного басейну, зниженням виразності ендотеліальної дисфункції судин, що необхідно враховувати при проведенні лікувально-профілактичних заходів. Рухова активність, різні тренувальні програми впливають на стан судинних стінок тим, що відбувається поліпшення їх еластичності.

На думку деяких авторів, використання різних засобів і прийомів для зниження підвищеного м'язового тону (масаж, пасивні вправи, силові та ізометричні вправи з наступним розслабленням тощо) можуть бути застосовані і для зниження підвищеного судинного тону. Застосування ізометричних фізичних вправ позитивно впливає на самопочуття хворого гіпертонією: зменшуються дратівливість, головні болі, запаморочення, безсоння, підвищується працездатність [2, 3]. Вправи в ізометричному режимі є досить ефективними в процесі довгострокового ефекту зниження та стабілізації АТ. Виконують їх у положенні сидячи або стоячи, включаючи утримання у витягнутих руках гантелей (1–2 кг), набивних м'ячів та інших предметів. Вправи в ізометричному режимі обов'язково поєднують з довільним розслабленням м'язів і дихальними вправами. Особливе місце займають спеціальні вправи, зокрема, на розслаблення м'язів. Значна увага приділяється масажу і самомасажу, акцентуючи увагу на комірцевій зоні [2].

Найкращий результат спостерігається при АГ I і II стадії, коли відсутні морфологічні зміни органів-мішеней. В цьому випадку лише зміна способу життя і підвищення фізичної активності може сприяти досягненню нормалізації артеріального тиску без використання медикаментозних препаратів [4, 7]. Насьогодні у фізичній терапії хворих на АГ все ширше використовують сучасні тренажери, оснащені спеціальними приладами для контролю стану кардіореспіраторної системи в режимі індивідуально підібраних, дозованих, поступово наростаючих фізичних навантажень [6]. Включення в програму фізичної терапії для хворих АГ I–II стадії до занять з лікувальної гімнастики елементів йоги, застосування лікувального плавання, аутогенного тренування седативного характеру, дозованої ходьби, велотренувань тощо, а також лікувального масажу сприяє нормалізації частоти серцевих скорочень, зниженню АТ, поліпшенню загального самопочуття і збільшення фізичної працездатності хворих, тобто, вирішити основні запити пацієнтів, що пов'язані із хворобою.

Висновок. Оскільки для підтримання необхідного терапевтичного ефекту потрібне тривале застосування антигіпертензивних препаратів, роль немедикаментозних методів, у тому числі і лікувальних фізичних факторів у вигляді фізичних навантажень, у профілактиці, лікуванні та реабілітації хворих з серцево-судинними захворюваннями зростає. Фізичні вправи не чинять побічної дії, не викликають інтоксикацій, алергічних реакцій, не призводять до кумуляції, звикання, а також здатні підсилювати дію медикаментів, що дозволяє зменшити їх (медикаментів) дозування та застосовувати комплексний підхід у терапії таких хворих [5].

Література

1. Бадтиева В. А. Современные методы восстановительного лечения больных артериальной гипертонией / В. А. Бадтиева, Т. А. Князева, Т. И. Никифорова и др. // Вестник восстановительной медицины. – 2009. – Т 4. – С. 15–20.
2. Дивайн Дж. Г. Програма дійствий при підвищеному артеріальному давленні / Джоун Г. Дивайн ; пер. с англ. Г. С. Гончаренко. – К. : Олимп. Л-ра, 2009. – 160 с.
3. Жарова І. Обґрунтування використання засобів фізичної реабілітації в осіб із гіпертонічною хворобою та шийно-грудним остеохондрозом / Ірина Жарова, Анна Шевцова // Молода спортивна наука України. – Львів, 2011. – Вип. 15. – Т. 3. – С. 126–130.
4. Мирошников А. Б. Физическая реабилитация больных гипертонической болезнью с помощью тренажерных устройств и дыхательной гимнастики Стрельниковой / А. Б. Мирошников, А. В. Смоленский // Вестник спортивной науки. – 2012. – Вып. № 5. – С. 49–51.
5. Оленская Т. Л. Когнитивные функции и депрессивное состояние у лиц старших возрастных групп с артериальной гипертензией: влияние средств физической реабилитации / Т. Л. Оленская, Л. Л. Шебеко, Н. Ю. Коневалова, А. Е. Гуринович, Ю. Е. Самуйлич // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Сборник научных статей. – Минск, 2016. – С. 196–200.
6. Leuven K. U. Aerobic Interval Training Reduces Blood Pressure and Improves Myocardial Function in Hypertensive Patients / K. U. Leuven // European Journal of Preventive Cardiology. – 2012. – Vol. 19. – P. 151–160.
7. Yang S. J. Effects of a Three Month Combined Exercise Program on Fibroblast Growth Factor 21 and Fetuin – A levels and Arterial Stiffness in Obese Women / S. J. Yang, H. C. Hong, H. Y. Choi, H. J. Yoo, G. J. Cho et al. // Clinical endocrinology. – 2011. – T. 75. – Vol. 4. – P. 464–469.

А. С. Шуманська, студентка групи 201- пГЗ,
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп., професор
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕХАНОТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Механотерапія - одна з форм ЛФК, являє собою систему функціонального лікування за допомогою різних пристроїв і снарядів,

застосовувану в комплексі з іншими засобами і методами сучасної медичної реабілітації хворих.

Досягнення сучасної фізіології дозволяє розглядати механотерапію як ефективний засіб лікувально-профілактичного впливу на організм здорової і хворої людини.

З історії механотерапії

Історія розвитку механотерапії як одного з видів ЛФК почалася в XIX столітті, коли Густав Цандер, професор Упсальського університету створив нову систему гімнастики, яку назвав машинної. Г. Цандер був добре з гімнастикою протидії і вважав, що ця гімнастика цілком залежить від методиста і тому важко очікувати від нього точного дозування опору. Він розробив спеціальні апарати, що давали можливість більш точно дозувати вправи без допомоги рук методиста. Апарати системи Цандера можна розділити на 4 групи: для активних вправ; пасивних рухів; ортопедичні апарати; вимірювальні апарати.

Механотерапія є методом активної і патогенетичної терапії, зумовлює підвищення функціональної адаптації хворого. Позитивними особливостями механотерапії є:

Унікальність - механотерапія надає дію на всі органи через всі рівні соматичної і вегетативної нервової, ендокринної системи;

Відсутність негативного ефекту при правильному дозуванні фізичних вправ;

В основі терапевтичного ефекту методу механотерапії лежить тонізуюча дія;

Трофічна дія. Порушення різних анатомічних структур в організмі людини є наслідком запальних процесів, порушень обміну речовин. Рационально застосовані фізичні вправи, обумовлюють заміщення та компенсацію утворився дефекту шляхом справжньої (замісної) регенерації, зворотного сприятливого розвитку атрофічних і дегенеративних процесів. Причому, фізичні вправи не тільки стимулюють трофічні процеси в організмі, але і обумовлюють формування найбільш повноцінної морфофункціональної структури; Формування функціональних компенсацій; Нормалізація функцій і цілісності діяльності організму.

Показання для застосування механотерапії:

-хронічні захворювання суглобів і м'язів - поліартрити обмінні, бруцельозні, інфекційні, неспецифічні, нейродистрофические і т.д.

-обмеження рухливості в суглобах верхніх і нижніх кінцівок різної етіології;

-контрактури всіх видів, за винятком контрактур центрального походження, деформації хребта: сколіози, спонділоатрози, сутулість, плоскостопість, міозити;

-захворювання периферичних нервів і функціональні розлади нервової системи - радикуліти, поліневрити, невралгії, неврастенія (поза фазою загострення);

-хвороби органів травлення - функціональні порушення діяльності шлунково-кишкового тракту з руховими розладами (дискенезии) спастичні, атонічні;

-хвороби обміну речовин - ожиріння I - III ступеня, переважно екзогенного характеру, подагра легкого та середнього ступеня, цукровий діабет легкого ступеня;

-залишкові явища після перенесеного поліомієліту та хвороби Літля, при частковому збереженні рухових функцій;

-міалгія, міозити;

-захворювання органів травлення, гастрити, коліти, ентерити, гепатити, панкреатити.

Протипоказання для застосування механотерапії:

-гострі інфекційні та соматичні захворювання,

-шкірні захворювання,

-тромбофлебіти, лімфангіти, лімфаденіти, варикозна хвороба,

-гіпертонічна хвороба III стадії, захворювання серця в стадії декомпенсації,

-жовчнокам'яна і сечокам'яна хвороби,

-грижі,

-пухлини.

Література

1. Основи здоров'я і фізична культура (теоретичні відомості) / Н. Андрощук, М. Андрощук, — Т. :Підруч. і посіб., 2006.

2. Формування здорового способу життя молоді : підлітковий вік / І. Рудніцька // Психолог. — 2004.

Н.М. Щербина, О.О. Шийка студенти групи 402-ГЗ
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Засобами фізичного виховання називають ті чинники, за допомогою яких здійснюється вплив на людину з метою її фізичного вдосконалення та оздоровлення. До засобів фізичного виховання відносять: фізичні вправи, природні сили та гігієнічні чинники. Фізичні вправи є основним та специфічним засобом фізичного виховання. Вони носять характер свідомих рухових дій.

Фізичні вправи – це рухові дії, за допомогою яких вирішуються завдання фізичного виховання (освітні, виховні та оздоровчі) і підпорядковуються його закономірностям. Фізичні вправи впливають на морфо-функціональний і психічний стан студента і задовольняють природну потребу його в руховій діяльності. Природні сили, чинники гігієни є допоміжними засобами. З їхньою допомогою повніше й краще використовується основний засіб, створюються умови для ефективного впливу фізичних вправ на студентів, а також успішної організації і проведення занять.

Застосування фізичних вправ у вищих навчальних закладах є невід'ємною частиною формування загальної і професійної культури особистості сучасного фахівця, системи гуманістичного виховання студентів.

За час навчання важливо сформувати у студентів розуміння необхідності постійно працювати над собою, вивчаючи особливості свого організму, раціонально використовувати свій фізичний потенціал, ведучи здоровий спосіб життя, постійно засвоювати цінності фізичної культури.

Фізичні вправи спрямовані на вирішення таких завдань:

- формування у студентів високих моральних, волевих і фізичних якостей, готовності до високо-продуктивної праці;
- збереження і зміцнення здоров'я студентів, сприяння всебічному розвитку організму, підтримання високої працездатності протягом всього періоду навчання;
- всебічна фізична підготовка, професійно-прикладна фізична підготовка студентів з урахуванням особливостей майбутньої трудової діяльності;
- здобуття студентами необхідних знань з основ теорії, методики і організації фізичного виховання і спортивного тренування, підготовка до роботи як громадських інструкторів, тренерів і суддів;
- вдосконалення спортивної майстерності студентів-спортсменів;
- виховання усвідомлення необхідності регулярно займатися фізичною культурою і спортом.

Використання фізичних вправ у вищих навчальних закладах здійснюють протягом усього періоду навчання в усіх формах та під час навчальних занять із цього навчального предмета. Однак ці заняття не можуть відновити дефіциту рухової активності студентів, забезпечити відновлення їх розумової працездатності, запобігти захворюванням, що розвиваються на тлі хронічної втоми. Цю проблему можливо розв'язати завдяки плануванню та проведенню студентами самостійних занять із фізичного виховання.

Оздоровлення студентів полягає у використанні фізичних вправ за колективної організації відпочинку у вихідні дні, на канікулах: туристичні походи, екскурсії, рухливі ігри, народні забави тощо.

Фізичні вправи у складі фізичної культури у вищому навчальному закладі виконує оздоровчі, виховні та освітні завдання. Фізичні вправи окрім оздоровчого спрямування мають також гігієнічне, загально-підготовче, спортивне, професійно-прикладне і лікувальне.

Істотну роль в оздоровленні студентів відіграють масові фізкультурно-спортивні заходи, які організовують у вільний від навчання час, у вихідні та святкові дні, в таборах, під час навчальної практики.

Ефективність застосування фізичних вправ як засобу оздоровлення значною мірою залежить від мотивів, які стимулюють активність особистості: фізичне вдосконалення, відповідальність, дружня солідарність, суперництво, спортивний мотив, гра. Однією з найважливіших умов раціонального використання фізичних вправ є медичне забезпечення, яке здійснюється у формі лікарського контролю за

станом здоров'я. Діяльність викладача, тренера, інструктора, спортивного лікаря має бути спрямована на формування здатності самоконтролю за власним організмом. Самоконтроль привчає студентів усвідомлено ставитися до занять, дотримуватися правил особистої, колективної гігієни, розумного розпорядку дня, режиму навчання, праці, побуту і відпочинку.

Література

1. Фізична культура. Орієнтовна навчальна програма для вищих навчальних закладів. - М., 1994.
2. Методико-практичні заняття студентів / В. С. Аніщенко. - М: Изд-во РУДН, 1999.
3. Теорія і методика фізичної культури: підручник / Ю. В. Курамшин. - М: Сов. спорт, 2004.
4. Основи здоров'я і фізична культура (теоретичні відомості) / Н. Андрошук, М. Андрошук, — Т. :Підруч. і посіб., 2006.
5. Формування здорового способу життя молоді : підлітковий вік / І. Рудніцька // Психолог. — 2004.

О. Ющенко, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Д. Григоровський, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Є. Буньковський, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ПРИ СТАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЯХ ХРЕБТА У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Одним з актуальних питань ортопедії є проблема сколіозу. Сколіотична хвороба, що характеризується багато площинною деформацією хребта з ураженням внутрішніх органів і систем організму, виявляється переважно в дітей і підлітків, а її частота перевищує 15% у структурі патології опорно-рухового апарату, частота виявлення не має тенденції до зниження.

Сколіози III–IV ступеня з вираженими косметичними і функціональними порушеннями становлять від 1,5 до 2% [1,2]. Сколіоз виявляється у 2–3% населення, у віці від 10 до 15 років. Це захворювання вражає підлітків і дорослих, незалежно від раси чи соціально-економічного статусу. За даними епідеміологічних досліджень, викривлення хребта в дівчаток зустрічається в 10 разів частіше, ніж у хлопчиків [3].

При сколіотичній хвороби, в залежності від тяжкості деформації і планованого результату лікування, використовуються вправи двох типів - симетричні й асиметричні. В основі перших лежить принцип мінімального біологічного впливу гімнастичних вправ на кривизну хребта. Ці вправи не вимагають урахування складних біомеханічних умов роботи

деформованого хребта. На думку авторів це знижує до мінімуму ризик їх помилкового застосування. Симетричні вправи здійснюють різний вплив на м'язи тулуба з увігнутого і опуклого боку, які в результаті викривлення хребта знаходяться у фізіологічно незбалансованому стані. До слабких м'язів при кожному симетричному русі пред'являються підвищені функціональні вимоги, внаслідок чого вони тренуються інтенсивніше, ніж більш сильні м'язи. У цьому полягає суть корекції нервово-м'язового апарату і створення врівноваженого м'язового корсету. Також спеціалісти зазначають, що симетричні вправи не порушують компенсаторні пристосування, які виникають у хворих, і не призводять до розвитку противикривлень. Тому дана група вправ найбільш часто використовується в комплексах вправ при сколіотичній хворобі у дітей шкільного віку [2-4].

Асиметричні вправи спрямовані на вирівнювання дуги викривлення хребта через розтягнення м'язів і зв'язок на увігнутій та зміцнення їх на опуклій стороні. На думку І.В. Мілюкова, ці вправи вимагають індивідуального підходу і використовуються тільки за наявності однієї дуги викривлення або двох дуг, але розташованих далеко одна від одної [2].

В комплексах лікувальної гімнастики, окрім симетричних укладок і фізичних вправ, рекомендовано асиметричні навантаження для диференційованого тренування певних груп м'язів. З цією метою при виконанні вправ лікувальної гімнастики використовуються асиметричні укладання і пози корекції. Дана методика вимагає індивідуального підбору, що визначається особливостями сколіотичної деформації, ротаційним компонентом і працездатністю скелетної мускулатури. Асиметричне тренування попереково-клубового м'яза, за І.І. Коном, на увігнутій стороні деформації ефективно використовується при грудно-поперековому сколіозі з вершиною викривлення на рівні XI-XII грудних хребців. На відміну від симетричних, асиметричні вправи виконуються під лікарським контролем і протипоказані до застосування при наявності виражених прогресуючих ознак в динаміці сколіотичної хвороби у школярів.

Потрібно підкреслити, що питання про деторсійні вправи до теперішнього часу залишаються недостатньо вивченими, і тому застосування їх має бути обмеженим.

При виконанні хворими дітьми вправ у вигляді пасивного вису або витягнення спостерігається перерозтягнення суглобово-зв'язкового апарату і м'яких тканин хребта, що сприяє подальшому прогресуванню деформації. Допускаються тільки самовитягування в початковому положенні лежачи.

Узагальнюючи вище викладене, можна зробити висновки, що до теперішнього часу методологічні підходи до використання засобів фізичної культури при корекції відхилень у розвитку хребта досить розрізнені, і не враховують специфіку вікової групи дітей. Фізичні вправи розглядаються в них як частина ортопедичного режиму.

В силу ряду об'єктивних і суб'єктивних причин в основі рухового ортопедичного режиму закріпилася система заборон: відсторонення дітей від занять фізичною культурою з рекомендаціями занять в групах

лікувальної гімнастики, носіння корсетів, зведення до мінімуму рухової активності і використання поз, що максимально розвантажують деформований хребет (Willersetal., 1993; Lonsteinetal., 1994). Це сприяє розвитку несприятливого функціонального стану, який може стати продромою патологічного процесу.

Розробка фізіологічних принципів консервативного лікування сколіотичної хвороби з використанням сучасних засобів лікування і функціональних критеріїв його ефективності в динаміці онтогенезу є фундаментальною проблемою і входить в ранг державних пріоритетів.

Література

1. Фищенко Я.В. Алгоритм механогенеза компенсаторных противоискривлений позвоночника/ Я.В. Фищенко // Український медичний часопис № 2/59 (V–VI, 2007). – С.87 – 91.
2. Шкляренко А.П. Лечебная физическая культура в комплексном санаторном лечении сколиотической болезни у детей и подростков / А.П. Шкляренко, Е.К. Аганянц // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2012. – №1. – С.44–46.
3. Allington N.J. Adolescent idiopathic scoliosis: Treatment with Wilmington brace / Allington N.J., Bowen J.R. // I. Bone Joint Surg. – Vol. 78 – A. – P. 1059 – 1061. Corrective exercises. – 2010. – P.205.
4. Decreased incidence of scoliosis in hearing - Impaired children. Implications for a neurologic basis for idiopathic scoliosis. /L.A.Woods, R.J. Haller,P.D.Hansen//Spine , 2005; 20: P.776 – 781.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Н. М. Атаманчук, к. психолог. н., доцент
*Полтавський національний педагогічний університет
імені В. Г. Короленка*

ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕХНОЛОГІЙ У РОБОТІ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ

Сьогодні в Україні рівень обізнаності щодо гіперактивності дітей і в суспільстві, і поміж фахівців залишається низьким. Мало вивчена і соціальна значущість цієї проблеми. На жаль, переважна частина гіперактивних дітей не отримує належної допомоги. Це зумовлює необхідність вивчення їх психологічних особливостей та методів психологічної корекції.

На поширеність синдрому гіперактивності в дітей першого року навчання – кожен п'ятий першокласник має високий ризик розвитку такого розладу поведінки вказують результати досліджень: Л. Матюхіна, Т. Борисова, Т. Ємельянцева та ін. Вплив художньої творчості на особистість, як психокоригуючий метод досліджується науковцями: Н. Атаманчук, Т. Зборюк, В. Івановим, В. Оденцовою, О. Ставицькою, С. Яланською та ін.

Під час проведеного дослідження на базі Полтавських загальноосвітніх шкіл I-III ступенів, нами виявлено гіперактивних дітей та виділено їх психологічні особливості, а саме: непослідовні у виконанні завдань; уникають виконання завдань, що вимагають постійної уваги; часто відволікаються на сторонні подразники; схильні до різкої зміни настрою; неуважні; не доводять розпочату справу до кінця; швидко втомлюються; виявляють труднощі в самоорганізації; не зібрані; метушливі; часто гублять речі; забувають виконувати домашні завдання; нетерплячі; не можуть всидіти на місці; викрикують; балакучі; виявляють надмірну рухову активність під час перерв та уроків; агресивні; провокують конфліктні ситуації; важко знаходять спільну мову з однокласниками; задають багато питань; відповідають, не дослухавши питання; не чекають своєї черги; чутливі до критики; мають занижену самооцінку; переривають співбесідника; ігнорують зауваження дорослих; не здатні контролювати і регулювати свої дії; недостатньо контролюють рухи та емоції; поведінка слабо керована; поведінка непередбачувана, легко переходить від сміху до сліз; імпульсивні (Атаманчук Н. М. [1, с.]).

Переконані, у наданні психологічної допомоги гіперактивним дітям ефективною буде арт-технологія, оскільки вона підвищує адаптаційні здатності дитини до повсякденного життя в школі, знижує втому, ліквідує негативні емоційні стани та їх прояви, пов'язані з навчанням, спирається

на здоровий потенціал особистості, внутрішні механізми саморегуляції, розвиває почуття внутрішнього контролю, допомагає вибудовувати стосунки з дитиною на основі любові та взаємної прихильності.

Зцілення мистецтвом – це один з ефективних методів психологічної корекції гіперактивних першокласників. Творче самовираження має спрямовуватися не на ліквідацію тих чи інших симптомів і станів, а на розвиток дитиною відносин з самою собою та оточуючим світом. Із гіперактивними першокласниками доцільним є використання арт-технік: зображувальної, музичної, танцювальної, пісочної, лялькової та ін.

Арт-психологія допомагає гіперактивному малюкові подолати бар'єри в емоційному спілкуванні, знизити імпульсивність, почуття тривоги, вчить художнього самовираження і дозволяють розвивати приховані таланти.

Так, пропонуємо використовувати арт-техніки, зокрема з метою: впливу на емоційну сферу – активну (дитина сама створює продукт творчості) музичну, танцювальну, ігрову; театральну; зниження рівня тривожності, емоційного напруження, гармонізації стосунків між дитиною і дорослим – зображувальну, активну танцювальну, ігрову; оптимізації м'язового та рухового тону – активну танцювальну, ігрову; розвитку мінливі долати психологічні бар'єри – зображувальну, активну музичну, лялькову; з метою розвитку дрібної моторики рук – зображувальну, пісочну; розвитку здатності до емпатії, уміння долати бар'єри у спілкуванні, виражати почуття мовою мистецтва – зображувальну, ігрову, лялькову.

Отже, арт-техніки – є дієвим методом психологічної роботи, який підвищує адаптаційні здатності дитини до повсякденного життя в школі, знижує втому, ліквідує негативні емоційні стани та їх прояви, пов'язані з навчанням, спирається на здоровий потенціал особистості, внутрішні механізми саморегуляції, розвиває почуття внутрішнього контролю, допомагає вибудовувати стосунки з гіперактивною дитиною на основі любові та взаємної прихильності. Переконані, проведення психокорекційної роботи з дітьми, батьками, педагогами для подолання проблеми гіперактивності є результативним. Дорослим потрібно пам'ятати про те, що допомога гіперактивній дитині – дуже тривалий та складний процес.

Отже, проблема психологічних особливостей молодших школярів із синдромом гіперактивності не повністю розкрита й вимагає подальшого дослідження; ми зробили лише деякі важливі кроки до її вирішення.

Перспективу подальших досліджень психологічних особливостей гіперактивних молодших школярів убачаємо в розробці комплексної корекційно-розвивальної роботи з дітьми, батьками, учителями для подолання проблеми гіперактивності.

Література

1. Атаманчук Н. М. Психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку із синдромом гіперактивності/ Н. М. Атаманчук // Психологічний часопис: збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка. – № 1 (11). – Вип. 11. – Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. – С.9-25.

ШУМ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЛЮДИНУ ТА МЕТОДИ ЙОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ

Вплив шуму на людину виявляється в ушкодженні органів слуху та центральної нервової системи. Боротьба з шумом може бути проведена такими способами: у джерелі виникнення, звукоізоляції устаткування та використання засобів індивідуального захисту.

Швидкий розвиток виробництва супроводжується інтенсивними шумом та вібрацією, які чинять негативний вплив на здоров'я та працездатність працівників. Механічні коливання вузлів і деталей викликають коливання повітря і сприймаються органами слуху людини як звуки [1].

Шум -це комплекс хаотичних звуків, різних за інтенсивністю та частотою, які викликають неприємні суб'єктивні відчуття. **Інтенсивність шуму** вимірюється в децибелах (дБ), а частота — в герцах (Гц). Шуми за гучністю (в фонах) і за висотою різняться : менше як 350 Гц — низькочастотні; 350-800 Гц — середньочастотні; понад 800 Гц — високочастотні) [2].

Шум на виробництві може бути постійним і непостійним, рівень його під час роботи може змінюватись більше ніж на 5 дБ. Непостійні шуми поділяються на перервні, імпульсні та флюктуючі, коли рівень шуму весь час коливається.

Рівень шкоди від шуму залежить від сили і частоти звуку, тривалості його дії, фізичного і психічного стану людини.

Шкідливий вплив виробничого шуму виявляється як у вигляді специфічного ушкодження органів слуху, так і у вигляді порушень багатьох інших органів, в першу чергу центральної нервової системи.

Негативний вплив шуму на нервову систему працівника виявляється у головних болях, безсонні, швидкій стомлюваності, підвищеному потовиділенні, треморі пальців і рук, підвищеному роздратуванні, порушеннях пам'яті і уваги, а на серцево-судинну систему — у болях в області серця, зменшенні частоти пульсу, гіпотонії або гіпертонії [3].

Проблема шуму на виробництві та боротьба з ним є однією з дуже важливих проблем здоров'язбереження , адже джерела шуму різні й потребують комплексу заходів технічного, організаційного і медичного характеру на всіх стадіях проектування, будівництва, експлуатації машин і устаткування. Нами пропонується три основні напрямки боротьби з шумовим забрудненням:

- зменшення рівня шуму у джерелі його утворення, застосування раціональних конструкцій, нових матеріалів і технологічних процесів;

- звукоізоляція устаткування за допомогою глушників, резонаторів, кожухів, захисних конструкцій, оздоблення стін, стелі, підлоги тощо;
- впровадження засобів індивідуального захисту [4].

Технологічні заходи охоплюють характеристики і розміщення устаткування і машин, вимоги до розрахунку характеристик шуму на стадії проектування, обмеження шуму звукопоглинаючих конструкцій і екранів, фільтровентиляційних установок, заміну технологічних процесів і механізмів на менш шумні, обладнання звукоізолюючих кабін операторів, дистанційне керування обладнанням та ін.[5].

Планувальні заходи передбачають ізоляцію шумних цехів від тихих приміщень, збільшення відстані між ними (на стадії проектування виробництва), розташування шумних цехів з підвітряного боку і торцем до фасаду інших будівель. Зелені насадження навколо шумних цехів і шумозахисна зона так само сприяють поглинанню шуму.

. Застосування звукопоглинаючих матеріалів у комплексі із заміною устаткування в окремих випадках знижує рівень шуму до нормативного (ткацькі цехи) [6].

Засоби індивідуального захисту від шуму - протишуми - використовують тоді, коли технічні засоби не забезпечують його зниження до безпечного рівня. Тип засобу протишуму вибирають за рівнем і спектром шуму.

Заходи медичної профілактики професійних захворювань. Особи, яких приймають для роботи в умовах шуму, проходять попередній медичний огляд з урахуванням протипоказань щодо прийняття на роботу в умовах шуму. Для профілактики професійних захворювань працівники, що працюють в умовах шуму, проходять періодичні медичні огляди. Важливе значення у боротьбі з шумом має санітарно-просвітницька робота серед науково-технічних працівників, майстрів і робітників [7].

Література

1. <http://vikna.if.ua/news/category/kl/2015/11/27/44965/view>
2. Вплив виробничого шуму на працівників.: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. Конференції 2 – 3.04.2012 р / Національний університет харчових технологій 78 Міжнародна наукова конференція молодих учених, аспірантів і студентів, частина 2, 2012. – 369 с.
3. Крушельницька Я.В. Фізіологія і психологія праці / Я.В. Крушельницька — К.: КНЕУ, 2003. — 367 с.
4. Жидецький В.Ц., *Основи охорони праці* / Жидецький В.Ц., Джигирей В.С., Мельников О.В.. — Львів: Афіша, 2000. — 348 с.
5. https://studwood.ru/2049404/bzhd/viznachennya_shumu_osnovni_harakteristiki_shumu_infrazvuk_ultrazvuk_negativniy_vpliv_shumu_organizm_lyudini.
6. <http://cpo.stu.cn.ua/Oksana/posibnik/840.html>
7. Ткачук В.Г. Медико-социальные основы здоровья / В.Г.Ткачук, В.Е. Хапко. – К. : МАУП, 1999. - 348 с..

ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В УКРАЇНІ

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) серед усього населення України (за поширеністю) становлять 30,9 % від усіх захворювань, серед дорослого населення віком від 18 років – 37,3 %, серед працездатного населення – 24,2%. При високому рівні захворюваності, інвалідизація і смертність в Україні внаслідок хвороб системи кровообігу значно перевищує аналогічні показники в розвинених країнах. Найбільше медико-соціальне навантаження серед кардіо-васкулярних захворювань належить ішемічній хворобі серця (ІХС) [4]. Доведено, що комплексна реабілітація, заснована на фізичних тренуваннях та корекції факторів ризику ІХС (нераціональне харчування, ожиріння, куріння, гіподинамія, порушення вуглеводного та ліпідного обміну) є одним із найважливіших засобів покращення прогнозу у хворих на ІХС [2]. Беручи до уваги викладене, реабілітація хворих на ІХС набуває важливого соціально-економічного значення.

Мета роботи – окреслити проблеми реабілітації хворих на ІХС в Україні.

Виклад основного матеріалу. Реабілітаційні заходи – невід'ємна частина стандартів лікування кардіологічних хворих. За останні десятиліття зміст поняття «кардіореабілітація» суттєво змінився. Сьогодні це мультидисциплінарні, комплексні програми, що спрямовані на відновлення і підтримку регулярної і фізичної активності, виявлення і модифікацію факторів ризику, допомогу пацієнту у вирішенні психологічних і професійних проблем. Кардіореабілітація після серцево-судинних подій належить до доказового класу І згідно рекомендацій ESC, АНА, ACC. Однак, не зважаючи на це, в Україні абсолютна більшість кардіологічних пацієнтів не отримують переваг кардіореабілітації, що обумовлено рядом причин [2, 3].

На сьогодні в Україні діє система реабілітації серцево-судинних хворих, яка була створена ще у 1970-80-ті роки в СРСР, що передбачає поступове розширення рухової активності хворих відповідно до семи ступенів з дотриманням конкретних критеріїв розширення режиму. Проте зміна соціально-економічних умов, руйнування системи «стаціонар-санаторій-диспансерно-поліклінічне спостереження» та скорочення термінів госпіталізації і рання виписка хворих з гострим інфарктом міокарда на амбулаторний етап призвели до того, що існуюча в Україні система реабілітації стає не тільки не ефективною, але й небезпечною: зростає число серйозних ускладнень і летальних випадків серед пацієнтів, що виписались з кардіологічних відділень після гострої коронарної події.

Окрім невідповідності системи надання реабілітаційної допомоги сучасним умовам лікування кардіологічних хворих можна виділити такі проблеми кардіореабілітації в Україні, як: відсутність мультидисциплінарного підходу; низький рівень залучення пацієнтів до програм кардіореабілітації; відсутність ефективної системи вторинної профілактики ССЗ; недотримання принципів науково-доказової практики в реабілітації кардіологічних хворих. Недостатнє впровадження сучасних програм кардіореабілітації є нагальною проблемою в Україні, особливе значення має фактична відсутність постклінічної реабілітації пацієнтів після гострих коронарних подій.

Вирішення проблеми запобігання або мінімізації виникнення ускладнень, поліпшення якості життя хворих на ІХС вимагають пошуку нових науково обґрунтованих, безпечних і доступних реабілітаційних програм та методів оцінювання їхньої ефективності. Цю проблему необхідно вирішувати у найближчий час, оскільки фізичні навантаження сприяють покращенню функціональних можливостей та обмежують ступінь інвалідності та залежності від інших людей. Окрім того, в умовах програми реабілітації можливо реалізувати всебічні підходи до зниження факторів ризику. Одним із перспективних напрямів фізичної терапії є її застосування в домашніх умовах, що обумовлено її ефективністю та доступністю. Через те, щозначна частина хворих, котрим рекомендовані контрольовані тренування, не в змозі брати в них участь через різні причини (далека відстань, обмеженість часу заняття реабілітаційних центрах, небажання хворого), актуальною є розробка програм індивідуальних занять у домашніх умовах та формування у хворих прихильності до її виконання [1].

Враховуючи сучасні соціально-економічні умови, для підвищення ефективності кардіореабілітаційних програм перспективним напрямком досліджень є розробка та впровадження новітніх кардіореабілітаційних технологій, зокрема, телереабілітації, застосування мобільних додатків для самостійних занять та контролю факторів ризику тощо, та вивчення їх впливу на показники поширеності та ускладнень серцево-судинних захворювань. Таким чином, для хворих на ІХС актуальною є розробка алгоритму втручання, що дозволить продовжувати реабілітацію на амбулаторному етапі в домашніх умовах за допомогою сучасних телекомунікаційних засобів.

Перспективи подальших досліджень полягають в науковому обґрунтуванні та розробці алгоритму застосування методів комплексної реабілітації та вторинної профілактики із використанням сучасних інформаційних технологій для хворих на ІХС на амбулаторному етапі лікування.

Література

1. Індика С.Я. Фізична реабілітація після інфаркту міокарда в домашніх умовах/ С.Я. Індика, А.М. Сітовський – Луцьк: РВВЛПРОЛ Університету «Україна», 2014. – 150 с.

2. Корчинський В.С. Кардіореабілітація: сучасний стан та пріоритети розвитку / В.С. Корчинський // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2015. – №1. – Т. 19. – С. 244-247.

3. Малиновская И.Э. Ранняя постгоспитальная реабилитация пациентов после инфаркта миокарда – снова эффективной вторичной профилактики / И. Э. Малиновская, В.А. Шумаков, Н.М. Терещенко // Український кардіологічний журнал. – 2016. – Додаток 3. – С. 126-131.

4. Первинна інвалідність внаслідок провідних хвороб системи кровообігу в Україні (2015-2016 рр.) / А.В. Іпатов та ін. // Буковинський медичний вісник. 2017. – Том 21. – №2 (82). – ч.1. – С. 197 – 202.

Безкостна К. Р., студентка групи 401-ГЗ;
Беседа Н.А., к. пед н, доцент кафедри
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В СТАРШІЙ ШКОЛІ

Упровадження інформаційних технологій у освітній процес – невід’ємна умова розвитку сучасної фізкультурної освіти в Україні [2; 4]. У цьому контексті інформатизація освіти передбачає використання електронних підручників, комп’ютерна програма “Different” призначена для того, щоб за простими клініко-фізіологічними показниками, які мають достатньо виражені кореляційні зв’язки з рівнем аеробного енергопотенціалу індивіда, розподіляти школярів на різні типологічні групи з метою застосування диференційованого підходу до використання індивідуальних навантажень у фізичному вихованні учнів [3; 4].

Слід зазначити, що застосування інформаційних технологій у процесі фізичного виховання старшокласників сприяє:

- забезпеченню можливості через демонстрування спеціально підібраних відеорядів яскраво, образно та високоемоційно розкрити перед учнями техніку виконання фізичних вправ, методику спортивних ігор тощо;
- реалізації ідеї віртуального запрошення на урок популярних у учнівському середовищі спортсменів, тренерів, фахівців у галузі фізичного виховання та спорту через попередній відеозапис інтерв’ю, звернення або виступу;
- створенню в учнів комплексного уявлення про складну естафету або фізичну вправу.
- установленню певного темпоритму уроку завдяки музичному супроводу.

Як бачимо, впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у освітній процес фізичної культури є невід’ємною частиною сучасної фізкультурної освіти в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій вказує на те, що визначенню особливостей застосування інформаційно-комунікаційних технологій присвячено праці багатьох учених, зокрема Н. Азарової, І. Богданова, Є. Бондаренко, Р. Гуревича, Н. Котенко, О. Сергєєва та ін. аспекти та ін.

На особливу увагу заслуговує опис унікальних можливостей інформаційних технологій, реалізація яких створює передумови для небувалої в історії дидактики інтенсифікації навчального процесу, а також створення методик, зорієнтованих на розвиток особистості учнів [1; 2]. Основні переваги інформаційно-комунікаційних технологій:

- миттєвий зворотний зв'язок;
- комп'ютерна візуалізація навчальної інформації про об'єкти або закономірності явищ, як таких що реально відбуваються, так і „віртуальних”;
- архівне зберігання великих обсягів інформації з можливістю її передачі, а також легкий доступ користувача до центрального банку даних;
- автоматизація процесів обчислювальної, інформаційно-пошукової діяльності, а також обробка результатів навчального експерименту з можливістю багаторазового відтворення фрагменту, або самого експерименту;
- автоматизація процесів інформаційно-методичного забезпечення, організаційного керування навчально-виховною і контролю за результатами якості засвоєння матеріалу.

Підсумовуючи вище сказане, маємо підстави для висновку, що впровадження інформаційно-комунікаційних технологій значно сприяє інтенсифікації та оптимізації освітнього процесу з фізичного виховання в старшій школі.

Література

1. Гуревич Р. С. Інформаційно-комунікаційні технології в професійній освіті майбутніх фахівців / Р.С. Гуревич, М. Ю. Кадемія, М. М. Козяр ; за ред. член-кор. НАПН України Гуревича Р. С. — Львів : ЛДУ БЖД, 2012. — 380 с.
2. Панова Н.Л. Использование ИКТ на уроках физкультуры [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://blogs.mdpu.org.ua/osadchiyvv/ispolzovanieiktnaurokaxfizkultury/>.— Заголовок с экрана.
3. Удод О.А. Реалізація нової моделі освіти, заснованої на використанні ІКТ, висуває нові вимоги для учасників освітнього процесу / О. А. Удод // Комп'ютер у школі та сім'ї. — 2011. — №7(95). — С. 3.
4. Футорний С. М. Про використання мережевих електронних портфоліо для мотивації студентської молоді до ведення здорового способу життя / С.М. Футорний // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського нац. ун-ту ім. Л. Українки. — Луцьк, 2014. — Вип. 16. — С. 74-79.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ НАРОДНИХ РУХЛИВИХ ІГОР

Як показує практичний досвід, у процесі здоров'язбереження учнів початкової школи важливого значення набувають рухливі народні ігри. Кожна гра має глибоке смислове навантаження і чітко визначену мету. Для досягнення цієї мети діти повинні виконати низку завдань. Особливої привабливості всім рухливим народним іграм надають пісні. Під музичний супровід учні чітко і ритмічно виконують рухи.

Слід зазначити, що різні аспекти застосування рухливих народних ігор дослідили такі українські вчені: Василь Верховинець, Анатолій Цось, Ніна Деделюк, Вікторія Звекова та інші. Завдяки їхнім дослідженням було доведено оздоровчий потенціал рухливих народних ігор. Розкрито особливості організації та методики впровадження українських народних традицій фізичного виховання в сучасному освітньо-оздоровчому процесі.

Мета нашого дослідження: проаналізувати вплив народних рухливих ігор на стан здоров'я учнів початкової школи в процесі реалізації проекту «Здорова дитина в школі й родині».

На основі аналізу навчальних програм із фізичної культури для учнів 1-4 класів закладу загальної середньої освіти та узагальнення практичного досвіду обґрунтовано доцільність удосконалення системи фізичного виховання учнів початкової школи. З огляду на це, було розроблено довгостроковий проект «Здорова дитина в школі й родині».

Проект включає такі блоки: соціально-психологічний; просвіти батьків; медичний; фізкультурно-оздоровчий.

Соціально-психологічний – зорієнтований на забезпечення соціально-психологічного супроводу здоров'язбережувального освітнього середовища. Наприклад, завдяки психологічному консультування батьків із питань збереження і зміцнення здоров'я дітей.

Медичний – це надання медичних рекомендацій із питань збереження і зміцнення здоров'я учнівського колективу. Індивідуальне консультування батьків щодо попередження ускладнень при хронічних захворюваннях, профілактики гострих респіраторних вірусних захворювань, застосування аромотерапії, дихальної гімнастики, офтальмотренажу тощо.

Блок просвіти батьків – це не тільки здійснення педагогічного всеобучу батьків шляхом проведення відеолекторію, лекцій, аукціону ідей родинного виховання. Це також проведення родинних свят; спортивних змагань; ігор (рольових, музичних, на основі традицій рідного краю тощо).

Реалізація фізкультурно-оздоровчого блоку передбачає попередження негативного впливу гіпокінезії на організм дітей молодшого шкільного віку завдяки проведенню динамічних перерв,

фізкультхвилинок, пальчикової гімнастики, релаксаційних пауз, дихальної гімнастики, рухливих народних ігор на уроках та в позаурочний час.

Спостереження за учнями на уроках і в позаурочний час вказує на посилення їхньої рухової та пізнавальної активності. Аналіз популярності різних видів рухової активності серед учнів початкової школи вказує на те, що рухливі народні ігри посідають чільне місце серед їхніх вподобань.

Застосування рухливих народних ігор значно покращує самопочуття учнів. Про це свідчать результати проведеної методики «САН» серед учнів 4 класів експериментальної групи, а саме: у 81 % учнів покращилося самопочуття, у 92 % підвищився настрій, 78 % відмічають збільшення загальної активності.

Висновки. Упровадження народних рухливих ігор в освітній процес початкової школи позитивно впливає на фізичний і психоемоційний стан учнів. Результати дослідження підтверджують, що внаслідок цього в дітей покращується самопочуття, формується стійка мотивація до здоров'язбережувальної поведінки, свідоме ставлення до свого здоров'я і здоров'я навколишніх. Оптимальне співвідношення рухової й інтелектуальної діяльності внаслідок проведення народних рухливих ігор сприяє ефективному здоров'язбереженню учнів 1-4 класів і підвищенню рівня їх навчальних досягнень.

Література

1. Беседа Н. А. Робота з батьками у системі методичної роботи зі створення здоров'язбережувального середовища / Н. А. Беседа // Педагогічний процес: теорія і практика : Зб. наук. пр. / За заг. ред. С. О. Сисоевої. – К. : ЕКМО, 2009. – Вип. 3. – С. 32 – 37.
2. Верховинець В. М. Весняночка: Ігри з піснями для дітей дошкільного віку та молодших школярів / В. М. Верховинець. – К. : Музична Україна, 1979. – 172 с.
3. Вишневський О. Теоретичні основи сучасної української педагогіки : навч. посіб. / О. Вишневський. – К. : Знання, 2008. – 566 с.
4. Цось А. В. Українські народні ігри та забави / А. В. Цось. – Луцьк : Настир'я, 1994. – 96 с.
5. Цось А. В. Теорії гри: ретроспективний аналіз // Тези другої науково-практичної конференції професорсько-викладацького складу і студентів Луцького інституту розвитку людини Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна». – Луцьк, 2003. – С.63-64.

Т.О. Білан, студентка групи П-56
*Полтавський національний педагогічний університет
імені В.Г. Короленка*

ОРГАНІЧНЕ ЗЕМЛЕРОБСТВО ЯК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

Здорове харчування (здорова дієта, англ. healthy diet) — це харчування, яке забезпечує ріст, нормальний розвиток і життєдіяльність людини, що сприяє зміцненню його здоров'я та профілактиці захворювань.

Дотримання правил здорового харчування в поєднанні з регулярними фізичними вправами скорочує ризик хронічних захворювань і розладів, таких як ожиріння, серцево-судинні захворювання, діабет, підвищений тиск і рак [1].

Продукти харчування є фундаментом здоров'я людини. Пестициди, нітрати, нітроти та інші сполуки є шкідливими для людини, а у великих концентраціях викликають розлади та алергічні реакції. Всі ці компоненти потрапляють в організм з продуктами харчування, в більшості при вирощуванні та переробці.

Збільшення кількості населення, зміна клімату та нові технології штовхають людство для вирощування продуктів харчування швидким та мінімально затратним способом, нехтуючи всі заходи безпеки, нормативи та агроекологічні стандарти, використовування генно-модифіковані сорти культур, внесення різних добрив та отрутохімікатів. Все це впливає на якість продуктів яку ми вживаємо, а отже і на наше здоров'я.

Інтенсивний розвиток промисловості породжує цілий ряд негативних наслідків, що призводить до екологічної кризи. Так, ґрунти, на яких вирощується продукція рослинництва, забруднюється радіонуклідами, важкими металами, пестицидами, хімічними речовинами. А тому на початку 60-х років за кордоном набуло розвитку, так зване, альтернативне землеробство, яке називають біологічним, біодинамічним або органічним. Одним із сучасних та популярних напрямків агроекології в даний час стало органічне землеробство.

Рух за альтернативне землеробство широко розвивається в промислово розвинених країнах з високим рівнем хімізації землеробства, де з найбільшою силою проявились негативні наслідки інтенсифікації виробництва.

Органічне землеробство — це система землеробства, метою якої є баланс між продуктивністю агроценозу і деградацією навколишнього середовища з метою забезпечення збереження якості земель для майбутніх поколінь [2].

Органічне землеробство — це система, основною метою якої є оптимізація здоров'я і продуктивності взаємопов'язаних ланок «системи життя» — ґрунту, рослини, тварини, людини. Це система господарювання, яка конструює і управляє технологіями з метою створення екосистем зі стійкою продуктивністю [3]. Боротьба з бур'янами і шкідниками відбувається завдяки управлінню різноманітними взаємопов'язаними формами життя, використанню органічних решток і відходів тваринництва, підбору культур і сівозмінам, управлінню водним режимом ґрунту, використанню певних технологій обробітку ґрунту. Враховуючи що цей вид землеробства не дозволяє внесення добрив та інших «не природніх» видів обробітку, тому ця технологія зберігає родючість ґрунту, зберігає баланс поживних речовин, зменшує механічний вплив на ґрунт, забезпечує безпечність навколишнього середовища, зберігає біорізноманітність, стимулює збереження природних ресурсів тощо.

Виходячи з цього, органічне землеробство це – технологія, яка забезпечує збереження навколишнього середовища, тим самим даючи шанс людині на чисте середовища існування, дає якісні продукти харчування і є основою здорового раціону, підтримує нормальне функціонування організму.

Література

1. https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5_%D1%85%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F
2. https://agromage.com/stat_id.php?id=677
3. <https://ukr.segodnya.ua/lifestyle/wellness/populyarnye-sedobnye-cvety-mogut-byt-smertelno-opasnymi-1182047.html>

Бірюкова О. В., студентка групи 601-ГС;
Беседа Н. А., к. пед. н., доцент кафедри
фізичного виховання, спорту та здоров'я людини
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ ТЕХНІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Узагальнення наукових розвідок (О. Іванова, Л. Лубишева, А. Магльований та ін.) указує на те, що систематичні заняття фізичними вправами зміцнюють здоров'я студентської молоді, підвищують їх стресостійкість, а також підтримують фізичну й розумову працездатність [1]. Усе це значною мірою сприяє підвищенню успішності студентів. Водночас, у наукових висновках Б. Буліч, О. Дубогай, О. Дрозд та ін. знаходимо підтвердження того, що наразі спостерігається стійке погіршення стану здоров'я студентської молоді. Виявляється загальна закономірність збільшення захворювань серцево-судинної і дихальної систем, погіршення функціональних резервів організму, зниження рівня фізичної підготовки [4].

Це підтверджує доцільність застосування диференційованого підходу в процесі фізичного виховання студентів технічних спеціальностей. Переваги диференційованого підходу до навчання в своїх працях охарактеризували видатні учені й педагоги, а саме: К. Ушинський, В. Єднак, І. Муравов, Ю. Новицький, Ж. Холодов та ін. В наукових дослідженнях В. Арєф'єва, Л. Дворецького, Т. Круцевич, Т. Петровської, А. Фурмана та ін. Цей підхід розглядається як компонент управління навчанням, в якому під час розподілу студентів на групи пропонується враховувати не лише рівень фізичного розвитку, а й психологічні особливості, функціональні можливості, вид спортивної спеціалізації тощо [2, 3].

Основна мета при цьому полягає в оптимізації навчального процесу, обґрунтуванні методики занять для розвитку провідних або відстаючих фізичних якостей.

З огляду на це виникає об'єктивна потреба в реалізації диференційованого підходу до організації та здійснення процесу фізичного виховання в сучасному закладі вищої освіти.

Мета нашого дослідження – обґрунтувати доцільність реалізації диференційованого підходу в процесі фізичного виховання студентів технічних спеціальностей.

Пояснимо, що *диференційований підхід* у фізичному вихованні – це реалізація тренером або педагогом виховних завдань відповідно до віку, статі, стану здоров'я, рівня навченості, рухової активності студентів. Цей підхід полягає спочатку в вивченні рівня соматичного здоров'я і фізичного розвитку тих, хто займається, а потім у підборі найбільш сприятливих умов розвитку через пропоновані фізичні вправи (Б. Леко, О. Малімон та ін.). Це дасть змогу кожному студенту працювати в оптимальному режимі й досягати оздоровчого ефекту внаслідок занять фізичними вправами. У процесі формульованого експерименту заняття із фізичного виховання в контрольній групі проводились за традиційними методиками, а в експериментальній групі зміст занять формувался з урахуванням індивідуальних, вікових і статевих особливостей студентів під час зміни комплексу вправ, рівня навантаженості тощо. Унаслідок проведених досліджень встановлено, що використання диференційованого підходу до фізичного виховання студентів позитивно впливає на стан здоров'я, самопочуття, про що свідчать показники фізичного розвитку і фізичної підготовленості студентів (табл. 1.).

Таблиця 1

Порівняльна оцінка морфофункціональних показників студентів технічних спеціальностей до і після експерименту

№	Тести	Етапи дослідження	ЕГ (n=30)	КГ (n=32)	Достовірність різниці
1.	Маса тіла (кг)	До експерименту Після експерименту	69,8 68,5	70,1 72,7	<0,05 >0,05
2.	ЖЕЛ (мл)	До експерименту Після експерименту	3640,31 3943,54	3721,80 3708,36	<0,05 >0,05
3.	ЧСС в стані спокою (уд. за хв.)	До експерименту Після експерименту	80 76	81 82	<0,05 >0,05
4.	Біг на 100 м (с)	До експерименту Після експерименту	14,3 13,67	13,8 13,94	<0,05 >0,05
5.	Підтігування на перекладині (разів)	До експерименту Після експерименту	9 11	10 9	<0,05 >0,05
6.	Нахил тулуба вперед з положення сидячи (см)	До експерименту Після експерименту	40,9 48,3	41,6 41,5	<0,05 >0,05

Висновок. Підсумовуючи вищевикладене, маємо підстави вважати, що реалізація диференційованого підходу в процесі фізичного виховання сприяє збереженню і зміцненню здоров'я студентів технічних спеціальностей та підвищенню рівня їх фізичної підготовленості.

Література

1. Леко Б. А. Диференціація фізичного виховання у ВНЗ – шлях до спорту для всіх // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : Зб. наук. праць. – Харків : ХАДМ, 2003. – №2. – С. 101 – 112.
2. Круцевич Т. Ю. Научные подходы к определению нормативов физической подготовленности школьников и студентов / Т. Ю. Круцевич, Т. И. Лошицкая // Современный Олимпийский и Паралимпийский спорт и спорт для всех : материалы XII Междунар. науч. конгресс. – М., 2008. – Т. 3 – С. 129–130.
3. Романенко В. В. Вплив різних режимів рухової активності на фізичний стан студенток вищих навчальних закладів гуманітарного профілю : Автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту. – Львів. 2003. – 26 с.
4. Турчина Н. І. Сучасні особливості педагогічного процесу фізичного виховання студентів вищих навчальних закладів технічного профілю і рекомендації щодо його вдосконалення / Н. І. Турчина // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. – Львів : ЛДУФК, 2007. – № 22. – С. 45–53.

К. А. Бугаевский, к. мед. н., доцент

Классический приватный университет, г. Запорожье

ЖЕНСКИЙ АТЛЕТИЗМ: ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОГО ТАЗА В ПОЛОВЫХ СОМАТОТИПАХ

В проводимом нами эксперименте приняли участие спортсменки юношеского возраста, занимающиеся тяжёлой атлетикой ($n=18$), гиревым спортом ($n=13$), пауэрлифтингом ($n=17$), всего – 48 спортсменок. Средний возраст спортсменок составил 19, $43\pm0,46$ лет, что соответствует юношескому возрасту [1].

Согласно данным проведённых антропометрических измерений ширины плеч (ШП) и ширины таза, нами были получены следующие их значения, следующие: у спортсменок в гиревом спорте ($n=13$), ШП составила $36,64\pm0,77$ см, а ширина таза – $27,67\pm0,34$ см. У спортсменок-тяжелоатлетов – ШП равнялась $36,47\pm0,44$ см, ШТ – $27,14\pm0,77$ см.

В группе спортсменок, занимающихся пауэрлифтингом значения ШП составили $35,78\pm0,63$, а ШТ – $26,85\pm0,82$ см.

По полученным данным ШП и ШТ были произведены расчёты значений ИПД по классификации Дж. Таннера, с определением половых соматотипов [1, 3, 5] у спортсменок 3-х исследуемых групп. Как видно, из полученных значений проведённой антропометрии, средние значения показателей ШП во всех трёх исследуемых группах ($p\leq0,05$), значительно превышают полученные значения ШТ, со значениями во всех группах менее анатомически допустимого значения в 28-29 см [1, 4]. Данный тип соотношений ШП/ШТ свидетельствует о маскулинном типе фигуры у спортсменок всех трёх групп [1, 3].

Распределение спортсменок по половые соматотипы, такое: у спортсменок в гиревом спорте (n=13), гинекоморфный половой соматотип не был определён, мезоморфный определён у 9 (69,23%), андроморфный – у 4 (30,77%) спортсменок.

У тяжелоатлеток (n=18) также не были определены девушки с гинекоморфным половым соматотипом. Число спортсменок с мезоморфным половым соматотипом в этой группе составляет 12 (66,67%), с андроморфным соматотипом – 6 (33,33%).

В пауэрлифтинге, гинекоморфный половой соматотип был определён у 1 (5,88%) спортсменки, мезоморфный половой соматотип – у 13 (76,47%) спортсменок, и андроморфный половой соматотип – у 3 (17,65%) спортсменок.

Во всех трёх группах преобладают спортсменки, отнесённые к мезоморфному – 34 (70,83%) и андроморфному половым соматотипам – 13 (27,08%) спортсменок.

По данным пельвиометрии были получены такие значения костных тазов и их изменений: нормальные размеры таза были определены только у одной (2,08%) спортсменки из 48 исследуемых, анатомически узкий таз, с уменьшением 1 и более размеров [1, 4] – у 47 (97,92%) всех исследуемых спортсменок из трёх групп.

Простой плоский таз (ППТ) был определён у 2 (15,39%) спортсменок из группы девушек, занимающихся гиревым спортом, у 3 (16,67%) тяжелоатлеток и у 2 (11,77%) спортсменок, занимающихся пауэрлифтингом. Обще-равномерно суженный таз (ОРСТ) [1, 4] был определён у 1 (7,69%) спортсменки в гиревом спорте, у 2 (11,11%) тяжелоатлеток, и у 3 (17,65%) в пауэрлифтинге.

Данные по выявленным степеням сужения костного таза следующие: в группе спортсменок, занимающихся гиревым спортом (n=13), I степень сужения таза была определена у 4 (30,77%) спортсменок, II степень сужения – у 2 (15,39%) девушек.

В группе тяжелоатлеток, I степень сужения таза была определена у 3 (16,67%), II степень сужения – у 1 (5,56%) спортсменок.

В группе пауэрлифтинга I степень сужения таза была определена у 4 (25,53%) спортсменок, II степень сужения таза – у 2 (11,77%) спортсменок. Помимо того, таз «унисекс», или смешанная форма таза [1, 4], был определён у 7 (53,85%) спортсменок в гиревом спорте, у 11 (61,11%) тяжелоатлеток, и у 10 (58,82%) спортсменок в пауэрлифтинге.

Наибольшее количество анатомо-морфологических изменений строения таза и I-II степеней его сужений определено у спортсменок всех трёх групп, с определённым у них мезоморфным, а также, в меньшей степени – у спортсменок из группы с андроморфным половым соматотипом.

В группах спортсменок, занимающихся гиревым спортом и пауэрлифтингом, определено одинаковое количество – по 6 спортсменок, имеющих I-II степени сужения таза, но при этом, их число доминирует у спортсменок в гиревом спорте – 46,15% и 35,19% в пауэрлифтинге.

Выводы: 1. Во всех трёх группах спортсменок преобладает мезоморфный половой соматотип – у 34 (70,83%) и андроморфный половой соматотип – у 13 (27,08%) спортсменок.

2. Простой плоский таз был определён у 2 (15,39%) спортсменок из группы гиревого спорта, у 3 (16,67%) тяжелоатлетов и у 2 (11,77%) спортсменок в пауэрлифтинге.

3. Обще-равномерно суженный таз был определён у 1 (7,69%) спортсменки в гиревом спорте, у 2 (11,11%) тяжелоатлетов, и у 3 (17,65%) спортсменок в пауэрлифтинге.

4. У спортсменок всех трёх исследуемых групп, I-II степени сужения таза определены у девушек с мезоморфным и андроморфным половыми соматотипами.

5. Среди спортсменок, занимающихся гиревым спортом и пауэрлифтингом выявлено по 6 спортсменок (46,15% и 35,19%), имеющих I-II степени сужения таза.

6. «Смешанная» форма таза (таз-унисекс) была определена у 7 (53,85%) спортсменок в гиревом спорте, у 11 (61,11%) тяжелоатлетов, и у 10 (58,82%) спортсменок, занимающихся пауэрлифтингом.

Литература

1. Бугаевский К. А. Анатомо-морфологические особенности костного таза у спортсменок юношеского возраста, занимающихся разными видами единоборств / К. А. Бугаевский // Единоборства. – 2018. – № 14. – С. 30–41.

2. Замчий Т. П. Функциональное состояние и репродуктивное здоровье женщин тяжелоатлетов / Т. П. Замчий, М. Х. Спатаева // Научно-спортивный вестник Урала и Сибири. – 2016. – Том 1. – № 2. – С. 36–39.

3. К вопросу об инверсии показателей полового диморфизма у представительниц маскулинных видов спорта / В. Б. Мандриков, Р. П. Самусев, Е. В. Зубарева, Е. С. Рудаскова, Г. А. Адельшина // Вестник ВолгГМУ. – № 4 (56). – 2015. – С. 76–78.

4. Яшворская В. А. О некоторых антропометрических особенностях таза у современных девушек / В. А. Яшворская, М. И. Левицкий // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 56–59.

5. Keogh J. To what extent does sexual dimorphism exist in competitive powerlifters? / J. Keogh // Journal of Sports Sciences. – 2008. – Vol. 26. – Issue 5. – P. 531–541.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка

ПРОБЛЕМА СТАНДАРТИЗАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА УНІФІКАЦІЇ ТРУДОВИХ ФУНКЦІЙ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ

Цінність здоров'я та якості життя в свідомості населення, значний попит на реабілітаційні послуги в світі актуалізують проблему підготовки відповідних фахівців галузі охорони здоров'я – фізичних терапевтів.

Висока значущість для охорони здоров'я і соціального захисту населення підготовки фахівців з фізичної реабілітації (фізичних терапевтів) підтверджується включенням цих фахівців в стандарти надання допомоги з медичної та соціальної реабілітації в більше, ніж 100 країнах світу.

Організація, яка опікується проблемами фізичної терапії, заснована у 1951 році – Всесвітня конфедерація фізичної терапії (World Confederation for Physical Therapy, WCPT) сьогодні включає 108 країн-членів. WCPT розроблено регламентуючі документи з підготовки фізичних терапевтів. Зокрема, у 2003 році WCPT опублікувала докладний опис стандартів допомоги з фізичної терапії в Європі – European Physiotherapy Benchmark Statement (EPBS) [1].

WCPT рекомендує включення широкого спектру дисциплін в освітній стандарт підготовки фізичних терапевтів: фундаментальні біомедичні науки (функціональна анатомія, фізіологія, спортивна фізіологія, патологія та ін.); поведінкові, соціальні та педагогічні науки (загальна та спеціальна психологія і педагогіка, етика, соціологія та ін.); науки про рух і фізичну активність (кінезіологія, кінематика, біомеханіка, теорія та методика фізичної культури ін.); медичні науки (долікарська допомога, спеціальна гігієна та ін.); предмети реабілітаційного блоку (основи фізичної терапії, методи фізичної терапії, основні методи релаксації, гідрокінезотерапія, навчання ходьбі, мануальна терапія, нейрофізіологічні методи реабілітації, психомоторика, масаж, фізіотерапія та ін.), а також методологію досліджень і функціональні методи діагностики [2].

Документи WCPT підтверджують, що професія фізичного терапевта відноситься до соціономічних професій. Фізичний терапевт – є провідним спеціалістом з відновлення, корекції та підтримки рухових функцій пацієнтів. Фізичний терапевт проводить обстеження пацієнтів з метою визначення реабілітаційного діагнозу, виявлення рухових дисфункцій та визначення рухового потенціалу; розробляє і виконує індивідуальний план фізичної терапії у співпраці з іншими спеціалістами та пацієнтом; проводить наукову, адміністративну, консультативну та ін. діяльність [3].

Аналіз освітніх сайтів показав, що підходи до професійної підготовки фізичних терапевтів у різних країнах різні. Так, в американській моделі фізіотерапія – це спеціальність, підготовка за якою здійснюється поза системою медичної освіти [2]. При підготовці фахівців обов'язкова клінічна практика в обсязі 1000 годин близько 6 місяців.

У Польщі підготовка фахівців даної категорії ведеться за програмами бакалаврату та магістратури, здійснюється у вищих навчальних закладах фізкультурного або медичного профілю. У Чехії фізіотерапевтів переважно готують на факультетах фізичного виховання і спорту (наприклад, в Карловому університеті).

Китай схвалив міжнародні рекомендації з автономії різних медичних професій у сфері охорони здоров'я, у тому числі реабілітації, однак темпи підготовки фахівців відстають від темпів зростання потреби в них. Китай запровадив нові спеціальності (фізичних терапевтів, окупаційних

терапевтів) відповідно до міжнародних вимог з чотирирічними програми для бакалаврів і дворічними для магістрів у вищих навчальних закладах медичного та немедичного профілю. Зміст освітніх програм відрізняється.

Отже, необхідно відзначити, що єдиного стандарту підготовки фізичних терапевтів в світі не існує, мають місце різні навчальні плани, кожна країна в робочому порядку проводить реформи в сфері підготовки фахівців з фізичної терапії, орієнтуючись на запити суспільства, загальні критерії практики фізичної терапії.

В Україні підготовка фізичних терапевтів знаходиться на етапі реформування в умовах відсутності єдиного державного стандарту спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» та здійснюється в закладах вищої освіти фізкультурно-спортивного та медичного профілю. Зокрема, постанова Кабінету Міністрів України від **29.04.2015 р. № 266 затвердила підготовку здобувачів вищої освіти спеціальності 227"Фізична терапія, ерготерапія"** в межах галузі 22 «Охорона здоров'я». Наказом МОЗ України від **07.11.2016 р. № 1171** було внесено зміни до кваліфікаційної характеристики **фізичного терапевта**. Ці документи стали поштовхом для перегляду та змін освітньо-професійних програм підготовки бакалаврів і магістрів за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Передбачаємо, що врахування практики підготовки фізичних терапевтів в інших країнах позитивно вплине на якість реабілітаційних послуг, дозволить наблизити їх рівень до сучасних вимог, а також прискорить вихід України на світовий ринок праці та освітніх послуг у галузі охорони здоров'я.

Література

1. Сфера діяльності фізичного терапевта [електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.physrehab.org.ua/tl>
2. *Education resources WCPT – World Confederation for Physical Therapy [електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.wcpt.org/education>*
3. Волошко Л. Б. Особливості суб'єкт-суб'єктної взаємодії в професійній діяльності фахівців з фізичної та соціальної реабілітації / Л. Б. Волошко // Молодь і ринок. – 2017. – №3 (146). – С.41-45.

О.В. Воробйов, ст. викладач
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ

Пріоритетним завданням держави є збереження і зміцнення здоров'я його громадян. Законом України «Про фізичну культуру і спорт» (1993) зазначено, що «Фізична культура у сфері освіти має на меті забезпечити

розвиток фізичного здоров'я учнів та студентів, комплексний підхід до формування розумових і фізичних здібностей особистості, вдосконалення фізичної та психологічної підготовки до активного життя, професійної діяльності на принципах індивідуального підходу, пріоритету оздоровчої спрямованості, широкого використання різноманітних засобів та форм фізичного виховання...» [2, с. 26].

Аналіз науково-методичної літератури показує, що вивченням компетентностей та розробкою їх класифікації займалися : Г.Селевко. О. Овчарук, З. Харріс та ін.

Селевко Г. зазначає, що компетентності – це діяльнісні характеристики людини, тому їхня класифікація насамперед має бути адекватною класифікації діяльностей [3].

Окремі аспекти проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності вивчали О. Антонова, І. Анохіна, Л. Грицюк, Д. Воронін. Н. Тамарська, В. Сергієнко та ін.

Воронін Д. вважає, що здоров'язберігаюча компетентність передбачає не тільки медико-валеологічну інформативність, а й застосування здобутих знань на практиці, володіння методиками зміцнення здоров'я й запобігання захворювання. Формування у студентів спрямованості мислення на збереження й зміцнення здоров'я як невід'ємний компонент здоров'язберігаючої компетентності майбутнього фахівця [1, с. 28].

У структурі здоров'язберігаючої компетентності науковці виділяють три основні складові: когнітивний (система знань і вмінь); особистісний (наявність і прояв рис особистості, зумовлених характером діяльності з формування здорового способу свого життя та життя інших людей); діяльнісний (здатність обґрунтовано виявляти та раціонально застосовувати шляхи і засоби для найбільш ефективного досягнення мети).

Єдність та взаємодія зазначених компонентів є необхідною умовою успішної професійної діяльності сучасного педагога, який працює в умовах різноманітних екологічних проблем, модернізації суспільства, поширення явищ нездорового способу життя тощо [4].

Під здоров'язбережувальною компетентністю ми розуміємо цілісне індивідуальне психологічне ядро особистості, спрямоване на збереження фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я – свого та оточуючих людей, що передбачає наявність у людини комплексу сформованих навичок.

На кафедрі фізичного виховання та спорту Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка формування здоров'язберігаючої компетентності здійснюється в трьох напрямках: оздоровчий напрям – заняття на свіжому повітрі, залучення студентів до систематичних занять фізичними вправами; тренувальний напрям – проведення занять за принципом спортивного тренування для поліпшення функціонального стану студентів; освітній напрям – ознайомлення учнів з методикою тренування, розвитку фізичних якостей.

Освітній напрям сьогодні неможливо уявити без використання матеріалів з Інтернету. Інформатизація навчального процесу, використання ІКТ є інструментом поліпшення якості освіти і засобами підвищення рівня

здоров'язберігаючої компетентності, оскільки дозволяють необмежено розширити доступ до інформації, урізноманітнюють технології [5,с.56].

Нове покоління на відміну від попереднього намагається ні про що дуже не турбуватися, а мислення орієнтоване на те, щоб переробляти інформацію короткими порціями. Їх погляди формує Інтернет, їм важко довго залишатися зосередженими на чомусь одному. З урахуванням цих особливостей необхідний вибір адекватного стилю навчання, адже це покоління ще більше потребує технологій та інновацій. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми може бути впровадження компетентнісного підходу. Студенти повинні усвідомлювати, що майбутнє кожного, як і держави в цілому – за здоровими поколіннями, бо фізично і морально здорова людина здатна творити і приносити користь іншим людям. Викладачам фізичного виховання та спорту необхідно скоригувати для них список пріоритетів, додавши туди збереження здоров'я, прагнення придбати та підтримувати ідеальну фізичну форму шляхом систематичних тренувань.

Література

1. Воронін Д. Є. Здоров'язберігаюча компетентність студента в соціально-педагогічному аспекті / Д. Є. Воронін // Педагогіка, психологія та медико-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2006. – № 2. – С. 25-28.
2. Закон України «Про фізичну культуру і спорт». – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3808-12>
3. Калька Н., Макаренко С. Здоров'язберігаючі компетенції педагога в умовах сучасного освітнього простору. Укр. наук. журн. «Освіта регіону». – № 4. – 2013.
4. Овчарук О.В. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи [Бібліотека з освітньої політики]. - К.: К.І.С., 2004. – 112 с.
5. Соколюк О. В. Використання інформаційних технологій у професійній підготовці майбутніх учителів основ здоров'я / О. В. Соколюк// Науковий вісник Кременецького обласного гуманітарно-педагогічного інституту ім. Тараса Шевченка. Серія: Педагогіка. – 2013. – Вип. 1. – С. 55–59.

О. О. Воробйова

*КПНЗ «Станція юних техніків Довгинцівського району»
Криворізької міської ради*

ОСВІТНЄ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНЕ СРЕДОВИЩЕ ЗАКЛАДУ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ УЧНІВ

Через економічні обмеження, екологічні кризи й несприятливе соціальне оточення значна кількість дітей в Україні має різного роду вади

здоров'я. Дослідники виокремлюють причини такого становища, а саме: несприятливі соціально-економічні й побутові умови; відсутність належних умов для праці й відпочинку як вдома, так і в закладі освіти; гіподинамія, обумовлена неправильним чергуванням праці й відпочинку, засиллям Інтернету; недостатньо збалансоване харчування; формальний підхід батьків і вчителів до формування фізичної культури учня; неправильна динаміка фізичної й психічної праці учнів (упродовж уроку, дня, тижня, навчального року, канікул); порушення санітарно-гігієнічного, повітряного й світлового режимів життєдіяльності дітей. Ці та інші чинники обумовлюють проблему спеціальної організації діяльності з формування в дітей здорового способу життя [1].

Під *здоровим способом життя* розуміють типові форми й способи повсякденної життєдіяльності людини, які зміцнюють і вдосконалюють резервні можливості її організму, що забезпечує в такий спосіб успішне виконання нею соціальних і професійних функцій незалежно від політичних, економічних і соціально-психологічних ситуацій (Б. Чумаков [4]). Здоровий спосіб життя є багатоаспектним поняттям, яке розглядається з точки зору фізичного, психічного, духовного й соціального буття людини.

Заклад позашкільної освіти має певні переваги в організації різного роду профілактичної роботи серед учнівської молоді, у тому числі в напрямі формування здорового способу життя, передусім в тому, що об'єднує в своїх стінах дітей за інтересами. Водночас, середовище позашкільного закладу все ще не можна назвати здоров'язбережувальним.

Недостатня оздоровча спрямованість освітнього процесу в закладі позашкільної освіти зазвичай зумовлюється: перевантаженням дітей уроками й домашніми завданнями, скороченням часу перебування на свіжому повітрі через збільшення тривалості занять і самопідготовки, незбалансованим і безсистемним харчуванням, неправильним плануванням тривалості та графіку занять гуртка, що не враховує ступінь зайнятості учнів, їх хронобіологічні ритми, вікові та індивідуальні особливості. Керівники гуртків не завжди достатньо обізнані в теорії й практиці здоров'язбереження, його специфіці в умовах закладу позашкільної освіти. Усе ще мають місце випадки проведення занять в недостатньо освітлених, погано провітрених та естетично непривабливих приміщеннях. У планах-конспектах занять гуртка в повній мірі не відображаються закономірності організації навчально-пізнавальної діяльності учнів певних вікових груп, особливості їх працездатності, норм і правил навчальної праці, піднесення, стагнації та спаду активності гуртківців [2].

До суттєвих недоліків занять гуртків належать, з одного боку, гіподинамія, а з іншого – неадекватно підвищена активність учнів. Якщо перше явище гальмує розвиток фізичних якостей дітей і загалом не сприяє збереженню їх здоров'я, призводячи до атрофії м'язів і зниження загального тону, то друге – спричиняє виснаження психічних ресурсів організму і руйнуванню психічного здоров'я учнів.

З-поміж педагогів усе ще існують стереотипи щодо включення до змісту заняття динамічних чи релаксаційних пауз, хвилин психологічної розгрузки, гімнастики для очей, вправ на розвиток дрібної моторики рук

тощо. Загалом вважається, що такі елементи занять гуртка доречні лише для молодших школярів, а учнів інших вікових груп така діяльність відволікає від головної справи. Цілком імовірним наслідком такого ставлення педагогів є повний застій фізіологічних систем організму учнів, гальмування аналітико-синтетичної діяльності мозку та роботи центрів кори головного мозку, і урешті-решт – низький рівень інтелектуального розвитку, відхилення від норми в показниках загального психічного розвитку [1].

Багаторічний досвід роботи в закладі позашкільної освіти вможливив визначення головних напрямів роботи з формування здорового способу життя учнів. Насамперед, усі виховні й освітні впливи мають бути зосереджені в спеціально створеному освітньому здоров'язбережувальному середовищі закладу, що функціонує на єдиних засадах і сприяє збереженню й зміцненню здоров'я учнів.

Освітнє здоров'язбережувальне середовище має забезпечити комфортні умови для формування фізичної культури учнів, спрямовувати зусилля педагогічних працівників на пізнання й розвиток сутнісних сил і здатностей дітей, формування в них знань і компетентностей, що дозволяють адаптуватися в складних природних, суспільних і соціальних умовах шляхом ведення здорового способу життя, обумовленого потребою в ньому й усвідомленням його самоцінності для якісного життя [5].

Т. Овчинникова визначає такі *компоненти* здоров'язбережувального середовища:

- предметне середовище (господарська інфраструктура, матеріальне забезпечення навчальної та оздоровчої діяльності, у тому числі організація системи харчування);

- комунікативне середовище (міжособистісні стосунки між суб'єктами педагогічного процесу, комплектування груп, їх наповнення, індивідуальні й типологічні особливості дітей, якість підготовки фахівців, які здійснюють коригувальний процес, стосунки батьків і педагогів, їхнє уявлення щодо здорового способу життя);

- корекційно-розвивальне, оздоровче середовище (принципи, підходи, форми, методи й засоби навчальної та оздоровчої діяльності, що контекстно включені в зміст роботи гуртка) [5].

Тож, такому середовищі має бути забезпечений комплексний вплив на формування здорового способу життя учнів за такими напрямками:

- створення безпечних умов праці гуртківців згідно з гігієнічними нормами;

- раціональна організація освітнього процесу з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей дітей (графік і розклад занять, наявність фізіологічних перерв, можливість правильного харчування, запобігання гіподинамії тощо);

- забезпечення відповідності навчального та фізичного навантажень можливостям дітей через правильну побудову й композицію навчальних занять;

- застосування оздоровчих технологій, спрямованих на зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу їхнього здоров'я;

- гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування

емоціями, вирішення конфліктів тощо), статеве виховання, профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами як невід’ємна складова змісту занять гуртка;

– робота з виховання культури здоров’я учнів, ціннісного ставлення до власного здоров’я як запоруки розквіту нації, посилення мотивації щодо ведення здорового способу життя, відповідальності за особисте здоров’я, здоров’я родини [2].

Таким чином, формування в учнів здорового способу життя в умовах закладу позашкільної освіти має стати інтегрованим процесом, що охоплює всі види учнівської діяльності (навчальну, ігрову, трудову, побутову). Особлива роль при цьому належить здоров’язбережувальним технологіям, які мають бути спрямовані на формування в учнів знань і ціннісних орієнтацій на здоровий спосіб життя, розвиток тіла та фізіологічних систем організму, психічних процесів (сенсорних, пізнавальних та інтелектуальних), формування психічних станів, вільний природний прояв позитивних емоцій й дозування витрат нервової енергії, розвиток особистісних якостей, що сприяють продуктивній міжособистісній взаємодії.

Література

1. Афонин А. П. Стратегия и тактика здоровья и здорового образа жизни / А. П. Афонин, О. Я. Меликов // Актуальні проблеми формування здорового способу життя : Матеріали науково-практичної конференції (м. Кривий Ріг, 31 травня 2006 р.). – Кривий Ріг : КДПУ, 2006. – С. 3-13.
2. Бобрицька В. І. Роль учителя у збереженні здоров’я молодих поколінь / В. І. Бобрицька // Постметодика. – 2005. – № 2 (60). – С. 48–52.
3. Губенко О. В. Особливості пропагування і психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед української молоді / О.В.Губенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 12. – С. 55-57.
4. Чумаков Б. Н. Основы здорового образа жизни / Б. Н. Чумаков. – М. : Педагогическое общество России, 2008. – 27 с.
5. Формування здоров’язбережувальної компетентності у дітей дошкільного віку засобами здоров’язбережувальних технологій / О. Кисла [и др.] // Проблеми підготовки сучасного вчителя. – 2014. – № 9 (Ч. 2). – С. 101-106.

Грицай Н. Б., д.пед.н., професор
Рівненський державний гуманітарний університет

ОЗДОРОВЧА ОСВІТА ШКОЛЯРІВ У РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА

На сьогодні стан здоров’я українських громадян значно погіршився. Зростає смертність від серцево-судинних та онкологічних захворювань, «молодшають» різні небезпечні хвороби, знижується рівень фізичної активності дорослого населення та ін.

У закладах загальної середньої та вищої освіти здоров'ю населення та формуванню ціннісного ставлення до здоров'я не надають належної уваги.

Наші громадяни набагато менше залучені в оздоровчих заходах, рідше займаються фізкультурою та спортом і, як наслідок, страждають від багатьох захворювань. Якщо порівняти з європейськими жителями, то тут можна помітити суттєві відмінності.

Мета статті: проаналізувати особливості шкільної оздоровчої освіти в Республіці Польща.

Здоров'я людини є однієї з найбільш значущих цінностей. Погоджуємося з думкою польських колег про те, що підґрунтям здорового способу життя є здоров'язбережувальна [5] поведінка. Важливими чинниками збереження здоров'я є: раціональне харчування, регулярні відвідування лікаря, вміння подолати стрес, невживання алкоголю, непаління цигарок та високий рівень фізичної активності.

Дослідження польських науковців підтверджують роль фізичної активності у здоров'язбереженні [5]. Підвищенню залучення польських громадян до здорового способу життя сприяє використання інтернет-ресурсів, в яких зазначено переваги занять спортом, активного відпочинку, здорового харчування та ін. [6]

Якщо йдеться про навчання у школі, то у Польщі розроблено дві моделі оздоровчої освіти. Перша модель спрямована на запобігання виникнення конкретних захворювань (наприклад, наслідків гіподинамії, вживання алкоголю та наркотиків тощо). Цю модель легко застосувати, але вона не дуже ефективна у вихованні молоді, оскільки перспективи розладів здоров'я з'являються через багато років.

Друга модель зосереджена на охороні та збереженні біопсихосоціального здоров'я (тобто фізичного, психічного та соціального). Вона передбачає реалізацію комплексних програм оздоровчої освіти [2; 3].

Ефективна оздоровча освіта має поєднувати різні напрями: формування належної поваги до себе та інших; здобуття відповідних знань та розвиток навичок; створення здоров'язбережувального середовища; захист від продуктів, які загрожують здоров'ю; участь у здоров'язбережувальній діяльності [1; 2; 5].

Важливу роль в оздоровчій освіті Польщі відіграють предметні програми, оздоровчі заходи в школах, а також навчальні стежки.

Освітні програми (передусім біологічні навчальні програми) містять численні здоров'язбережувальні освітні матеріали, проте вони нерівномірно розподілені між класами та упускають деякі важливі елементи оздоровчої освіти. Тому така освіта не може базуватися лише на навчальних предметах.

Дуже важливим елементом покращення здоров'я є заходи, які проводять школи з метою реалізації планів «оздоровчої освіти». Ці плани підготовлені освітніми групами окремих шкіл, що дає змогу школі приєднатися до вирішення проблем, які виникають у певній спільноті.

Суттєвим доповненням до навчальних програм та оздоровчої освіти у школі можуть бути так звані оздоровчі стежки та школи сприяння здоров'ю.

Недоліком шкільної оздоровчої освіти є її орієнтування переважно на учнів та часте забування про родини учнів під час проведення різних оздоровчих заходів [2].

Найбільший внесок в оздоровчу освіту роблять вчителі фізичного виховання, які виховують у школярів елементарні навички здорового способу життя. Уроки фізичної культури мають бути не про-спортивними, а про-оздоровчими. Їхнє основне завдання – залучити до фізичної активності всіх учнів, а не формувати спортивні досягнення окремих із них. Учені констатують, що на уроках фізкультури потрібно перейти від проспортивної діяльності до оздоровчих заходів [1].

На думку польських педагогів, у школах є необхідність в удосконаленні оздоровчої освіти, формуванні здоров'язбережувальних компетентностей учнів, системному моніторингу діяльності вчителів, проведенні різноманітних заходів, спрямованих на збереження власного здоров'я та здоров'я навколишніх [4].

Українським педагогам варто переймати досвід польських колег щодо реалізації оздоровчої освіти в школі та закладах вищої освіти.

Література

1. Zadarko-Domaradzka M., Matłosz P., Warchoń K. Edukacja zdrowotna w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego [Health education in school implementation of physical education process]. *Probl Hig Epidemiol*. 2014. 95(3): 673–678.
2. Formicki G., Formicka A. Oświata zdrowotna w Polskim systemie edukacyjnym. URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/6851/1/Formicki.pdf>
3. Kuński H. Promowanie zdrowia. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, 1997.
4. Nowak P. F. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012. 18 (3), 171–175.
5. Palacz J. Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Med. Og Nauk Zdr*. 2014. 20(3): 301–306. doi: 10.5604/20834543.1124662
6. Puchalski K. Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej [The Internet as a Potential Opportunity to Improve Health Education]. *Studia Edukacyjne* 2012, 23: 119–139.

Ю.М. Гришко, к. мед.н.,
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»;
В.Я. Гришко., методист районного
методичного кабінету відділу освіти,
Полтавська райдержадміністрація

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ ТА ЇХ КЛАСИФІКАЦІЯ

Одним із пріоритетних напрямів державної політики України у сфері освіти є робота зі збереження і зміцнення здоров'я дітей. Адже мета

сучасної школи – підготовка дітей до життя. Кожен учень/студент має отримати під час навчання знання, що знадобляться йому в майбутньому житті. Здійснення означеної мети можливе за умови запровадження здоров'язбережувальних технологій як педагогічних технологій, спрямованих на збереження та відновлення здоров'я.

За визначенням ЮНЕСКО педагогічна технологія – це, перш за все, системний метод створення, застосування знань з урахуванням технологічних і людських ресурсів та їх взаємовпливу, що має на меті оптимізацію форм освіти.

Поняття «здоров'язбережувальні технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів. Це і сприятливі умови навчання підростаючого покоління (без стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання), і оптимальна організація навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних вимог) та необхідний достатній та раціонально організований руховий режим.

Сутність здоров'язбережувальних і здоров'яформувальних технологій полягає в комплексній оцінці умов виховання і навчання, які дозволяють зберігати наявний стан учнів, формувати більш високий рівень їхнього здоров'я, навичок здорового способу життя, здійснювати моніторинг показників індивідуального розвитку, прогнозувати можливі зміни здоров'я і проводити відповідні психолого-педагогічні, корегувальні, реабілітаційні заходи з метою забезпечення успішності навчальної діяльності та її мінімальної фізіологічної «вартості», поліпшення якості життя суб'єктів освітнього середовища (Т. Бойченко, 2010).

Здоров'язбережувальні технології класифікують на:

- ✓ здоров'язберігаючі – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини;

- ✓ оздоровчі – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія;

- ✓ технології навчання здоров'ю – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання;

- ✓ виховання культури здоров'я – виховання в учнів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я та здоров'я родини.

Це одна з деяких запропонованих науковцями класифікацій здоров'язберігаючих освітніх технологій. Однак слід зазначити, що

поняття «здоров'язберігаюча» можна віднести до будь-якої педагогічної технології, яка в процесі реалізації створює необхідні умови для збереження здоров'я основних суб'єктів освітнього процесу – учнів та вчителів. І саме головне, що будь-яка педагогічна технологія має бути здоров'язберігаючою.

Групи засобів, які застосовуються для досягнення мети здоров'язберігаючих технологій:

- ✓ рухової спрямованості (фізичні вправи, фізкультхвилинки, динамічні перерви, лікувальна фізкультура, рухливі ігри);
- ✓ оздоровчі сили природи (сонячні та повітряні ванни, водні процедури, фітотерапія, інгаляція, вітамінотерапія);
- ✓ гігієнічні (виконання санітарно-гігієнічних вимог, регламентованих СанПіНом; особиста та загальна гігієна, дотримання режиму дня та режиму рухової активності, режиму харчування та сну).

У здоров'язберігаючих технологіях застосовують дві групи методів: специфічні (притаманні тільки процесові педагогіки) та загально педагогічні (застосовуються в усіх випадках навчання та виховання). Серед специфічних можна виділити такі: оповідання, лекція, демонстрація, ілюстрація, відео метод, вправи, практичний метод, ситуативний метод, ігровий метод, активні методи навчання.

Література:

1. Гришко Ю.М. Використання інноваційних технологій при викладанні патофізіології іноземним студентам / Ю.М. Гришко // Світ медицини та біології. – 2013. – №2. – С. 46-49.

А. А. Дорогань, аспірант
Криворізький державний педагогічний університет

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ СУЧАСНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

Здоров'я людини є одним з основних джерел щастя, радості і повноцінного життя. Для України головною проблемою, яка пов'язана з майбутнім держави, є збереження і зміцнення здоров'я дітей та учнівської молоді. Турботу викликає різке погіршення стану фізичного та розумового розвитку підростаючого покоління, зниження рівня народжуваності й тривалості життя, зростання смертності, особливо дитячої. Тому в теперішній час необхідно приділяти досить велику увагу не тільки навчанню, вихованню та розвитку, а й збереженню здоров'я учасників навчально-виховного процесу.

Аналіз літератури з теми свідчить, що дослідженням здоров'язбережувальних технологій займалися Д. Воронін., А. Домашенко, Ю. Драгнєв, Л. Лубишев та С. Кириленко [1, с. 15]. Дана тема в сучасному суспільстві набуває більшої актуальності. Це пов'язано з тим, що молодь багато часу проводить у віртуальному житті, яке несе не тільки велику

кількість корисної інформації і полегшує процес навчання, а й являється джерелом небезпеки.

У преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) говориться, що здоров'я — це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. На думку академіка Ю.П. Лісіцина, «здоров'я людини не може зводитися лише до констатації відсутності хвороб, нездужання, дискомфорту, воно – стан, що дозволяє людині вести необмежене у своїй свободі життя, повноцінно виконувати властиві людині функції, перш за все трудові, вести здоровий спосіб життя значить відчувати душевне, фізичне і соціальне благополуччя» [3, с. 96].

Поняття «здоров'язбережувальні технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів. Т. Бойченко під «здоров'язбережувальними технологіями розуміє сприятливі умови навчання у закладі професійної освіти, відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання); оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм); повноцінний та раціонально організований руховий режим. Сутність здоров'язбережувальних технологій постає в комплексній оцінці умов виховання і навчання, які дозволяють зберігати наявний стан тих, хто навчається, формувати більш високий рівень їхнього здоров'я, навичок здорового способу життя, здійснювати моніторинг показників індивідуального розвитку, прогнозувати можливі зміни здоров'я і проводити відповідні психолого-педагогічні, корегувальні, реабілітаційні заходи з метою забезпечення успішності навчальної діяльності та її мінімальної фізіологічної «вартості», поліпшення якості життя суб'єктів освітнього середовища [4, с. 112].

Здоров'язбережувальні технології сучасності представлені у вигляді технологій організації навчального процесу, технологій організації пізнавальної діяльності студентів, технологій виховної роботи, предметних технологій тощо. Дослідник М. Гончаренко пропонує таку класифікацію здоров'язбережувальних технологій: медико-гігієнічні технології (дотримання санітарно-гігієнічних норм, надання повноцінної медичної допомоги суб'єктам навчально-виховного процесу тощо); фізкультурно-оздоровчі технології (загартовування, розвиток в учнів сили, швидкості, гнучкості, витривалості); екологічні здоров'язбережувальні технології (підвищення рівня духовно-естетичного здоров'я учнів, формування у них екологічної свідомості та прагнення до збереження навколишнього середовища); технології забезпечення безпеки життєдіяльності (дотримання правил пожежної безпеки, охорони праці, цивільної оборони тощо); лікарсько-оздоровчі технології (реалізація принципів лікувальної педагогіки та лікувальної фізкультури); соціально-адаптуючі й особистісно розвивальні технології (упровадження у навчально-виховний процес програм соціальної та сімейної педагогіки, соціально-психологічних тренінгів для вчителів, учнів і їх батьків); здоров'язбережувальні освітні технології (застосування психолого-педагогічних методів і прийомів,

спрямованих на збереження здоров'я дітей і підвищення ефективності навчально-виховного процесу) [2, с. 158].

Для того, щоб здоров'язбережувальні технології працювали на благо студентства, сприяли підвищенню рівня здоров'я, пізнавальної активності, інтересу до навчання у закладі професійної освіти повинен здійснюватися моніторинг, дослідження стан здоров'я студентів, з урахуванням різних факторів. Здоров'язбережувальні технології в сучасному світі повинні використовуватися на одному ряду з навчальними і виховними. Адже вони сприяють формуванню здорового покоління. А здоров'я як зазначалося вище стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Література

1. Воронін Д.Є. Формування здоров'язберігаючої компетентності студентів ВНЗ засобами фізичного виховання: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. пед. наук: спец. 13.00.07 «Теорія та методика виховання» / Д.Є. Воронін. — Херсон, 2006. — 20 с.
2. Гончаренко М. С. Валеопедагогіка у схемах і таблицях: навч. посіб. / М. С. Гончаренко, С. Є. Лупаренко. — Х.: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2013. — 263 с.
3. Капилевич, Л. В. Физиология человека. Спорт : учебное пособие для прикладного бакалавриата / Л. В. Капилевич. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 141 с.
4. Митяева А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.М. Митяева. — М.: Академия, 2008. — 192 с.

Дудник В.В., студентка групи 602-ГС,
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ

XXI століття характеризується різким збільшенням кількості інформаційних технологій та зростанням їх впливу на всі сфери людського життя, що зумовлено перетворенням нашого суспільства в інформаційне.

Інформація стає головним економічним ресурсом та предметом масового споживання, інформаційне суспільство забезпечує індивіду доступ до будь-якої інформації.

В сучасному світі люди починають своє знайомство з новітніми інформаційними технологіями з дуже раннього віку, що не може не відобразитися на способі та стилі життя.

Говорячи про здоровий спосіб життя ми маємо розглядати цілий комплекс складових, а не лише рухову активність. За сучасними уявленнями, в понятті ЗСЖ виділяють наступні складові: раціональне харчування; оптимальний руховий режим; загартування організму; особиста гігієна; відсутність шкідливих звичок; позитивні емоції; інтелектуальний розвиток; моральний і духовний розвиток; формування розвиток вольових якостей. [1]

Дотримуватися всіх цих складових зараз є не просто. Людина іноді сама не розуміє як потрапляє під вплив великої кількості реклами шкідливих звичок, багато інформаційних та рекламних матеріалів мають посилювати негатив та насильство.

Розвиток сучасних технологій зумовлює розвиток малорухливого способу життя тому, що на даний момент майже все можна зробити за допомогою нових технологій: від банального пошуку інформації до спілкування та покупок. Звичайно, людина може сама піти у бібліотеку, провести зустріч, сходити за покупками, але навіть, коли це все можна зробити не встаючи з місця.

Формування ставлення до складових здорового способу життя має відбуватися із самого раннього віку та починатися ще в сім'ї. З часом ця відповідальність переходить на заклади дошкільної освіти, школи та різного роду позакласні гуртки, що має чітко регламентуватися на законодавчому рівні.

Для включення аспекту збереження здоров'я в освіту використовується ряд освітніх здоров'язберігаючих технологій.

Організаційно-педагогічні технології визначають структуру навчального процесу, яка сприяє подоланню перевтомлення, гіподинамії та інших дезадаптаційних станів. [2]

Психолого-педагогічні технології пов'язані збезпосередньою працею викладача на заняттях, взаємодією його з учнями чи студентами.

Навчально-виховні технології містять програми навчання грамотно турбуватися про своє здоров'я та мотивації на формування здорового способу життя, попередження шкідливих звичок. [2]

Соціально-адаптуючі та особистісно-розвивальні технології охоплюють технології, що забезпечують формування зміцнення психічного здоров'я учнів та студентів, підвищення ресурсів психологічної адаптації особистості.

Лікувально-оздоровчі технології – самостійна медико-педагогічна галузь, що охоплює лікувальну педагогіку, лікувальну фізкультуру, вплив яких забезпечує відновлення фізичного здоров'я [2]. Також, зважаючи на особливості сучасного суспільства, має формуватися культура поведінки в світовому інформаційному просторі, адже, як уже було зазначено, здоровий спосіб життя формують не лише фізичні показники. У мережі Internet людина не завжди може правильно відфільтрувати дійсно важливу і потрібну інформацію від так званого шуму. Тому значна кількість часу використовується на, по суті, непотрібні речі.

Отже, в сучасному світі дуже гостро постає питання здоров'я та здорового способу життя. Це зумовлено розвитком інформаційних технологій та, так званим, переходом людини до цифрового простору. Розвиток суспільства це, звичайно добре, але якщо не йдуть втрати в інших аспектах. Тому зараз дуже важливим є прививати молоді прагнення бути здоровим змалку. Це забезпечить оздоровлення нації в майбутньому.

Не останню роль в цьому займає політика держави з даного питання та застосування освітніх здоров'язберігаючих технологій.

Література

1. Воронов М. В. Здоровий спосіб життя – основа формування, збереження та відновлення індивідуального здоров'я [Електронний ресурс] / М. В. Воронов – Режим доступу до ресурсу: <https://studopedia.org/5-6844.html>.
2. Желасва О. І. Формування навичок здорового способу життя [Електронний ресурс] / Олена Іванівна Желасва. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: <http://zolointernat.ck.ua/wp-content/uploads/2015/09/Zhiliaeva.pdf>.

М.М. Дяченко-Богун, д.пед.н., доцент
*Полтавський національний педагогічний університет
імені В.Г. Короленка*

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

На сучасному етапі розвитку людства досить актуальною постає проблема формування та збереження здоров'я нації в цілому, враховуючи потенціальні аспекти а також адаптивні можливості індивідуально кожного організму, до умов навколишнього природного середовища. Здоров'я – це один з найсуттєвіших компонентів людського щастя, одна з найважливіших умов соціального та економічного розвитку нації, одне з невід'ємних прав людської особистості, найсуттєвіша потреба людини, яка визначає здатність його до повноцінної праці і забезпечує гармонійний а також фізичний, духовний розвиток особистості.

Поняття «здоровий спосіб життя» на сьогодні являє собою тісний взаємозв'язок між способом життя і здоров'ям. Здоровий спосіб життя поєднує в собі всі здоров'язбережувальні компоненти, які значною мірою впливають на прояв професійних, громадських і побутових компетенцій людини і являються основним орієнтиром у напрямку формування здорової особистості, її правильної зорієнтованості у суспільстві [5, с. 41].

До основних чинників здорового способу життя відносять: втілення навичок особистої гігієни; знання головних процесів життєдіяльності організму; уміння якісно та швидко надавати долікарську допомогу в екстремальних життєвих умовах; своєчасне та відповідальне виконання настанов та рекомендацій лікаря; активний руховий спосіб життя [3, с. 11].

Зрозуміло, що у сьогоденному житті чотири головних складових — соціальна, духовна, фізична, психічна, цілком відповідні одна до одної, і їх інтегрований вплив на людину визначає стан її здоров'я, підносить аспекти здоров'я до найголовніших у сучасному соціальному просторі.

Основними факторами здоров'я можна визначити такі:

- 1) ставлення людини до еволюційної та генетичної сутності людства;
- 2) формування факторів особистої гігієни;

- 3) формування стереотипів раціонального харчування;
- 4) становлення інтересів, професійних компетенцій, відповідно до особистого місця в житті [4, с. 20].

Серед усіх перерахованих факторів здорового способу життя досить важко виділити головні та другорядні, так як у відповідному взаємозв'язку вони можуть надавати оздоровчий результат, сприяти формуванню і розвитку здоров'я людини. Проте, слід виділити такий фактор життя, як рухова активність людини, її повсякденний руховий режим, від якого залежить здоров'я людини її фізичний розвиток, функціональний стан всього організму. На сьогодні встановлено, що фізична культура і спорт є рушійними чинниками фізичного і духовного розвитку людства. Процес виховання та становлення культури здорового способу життя спирається на такі концептуальні позиції:

- 1) Цілеспрямованість навчально-виховного процесу до інтеграції аспектів здоров'я .
- 2) Використання здоров'язберігаючих технологій у навчальних програмах.
- 3) Розвиток рухової активності молоді, поглиблення особистісних орієнтирів здоров'язбереження.
- 4) Впровадження різноманітних форм та методів роботи по залученню всіх учасників освітнього процесу до збереження і зміцнення здоров'я.
- 5) Впровадження у освітнє середовище етичних аспектів збереження здоров'я.

Саме поглиблення етичного виховання молоді, все суттєвіше постає перед всіма освітніми установами. Динаміка сучасного життя досить швидкоплинна і комплекс застарілих моральних життєвих самовизначень особистості, ставить перед суспільством нові вимоги та завдання відносно майбутнього виховання молоді і продовжності життя нації. Відбувається переосмислення застарілої ідеології виховання, його цілей та завдань [1, с. 10].

Навчально-виховний процес освітнього закладу сьогодні являє собою перш за все- системний виховний заклад по організації безпеки життєдіяльності та етичного виховання молоді, яке повинно стати базовим підґрунтям впровадження у виховний процес здоров'язбережувальних технологій. Назріла необхідність у створенні моделі цілісної системи виховання, зміст і технологія яких буде направлена на формування психолого-педагогічного клімату, умов для розкриття духовного потенціалу особистості, зростання її етичної самосвідомості, етичної культури в напрямку збереження здоров'я [2, с. 98].

Етична культура особистості – це розкриття глибокого осмислення процесу життєдіяльності людини, орієнтованої на загальнолюдські цінності та норми моральних принципів поведінки у напрямку формування сфери моральних відносин до навколишнього світу. Для створення моделі цілісної системи здоров'язбережувального виховання, необхідний виховний потенціал етичного виховання в комплексному поєднанні із

важливими життєвими цінностями, в основі яких буде цінність збереження здоров'я. Така модель побудована на технології головних напрямків виховання: педагогіки етичної культури з врахуванням вікової психології а також педагогіки мотивації до навчання. Якраз мотивація здоров'я і здорового способу життя займає центральне місце у побудові такої моделі виховання. Під мотивацією до здорового способу життя розуміють усвідомлене ставлення людини до свого власного здоров'я, необхідність його збереження, для досягнення певної життєвої гармонії яка стане основою здорового способу життя. Таким чином, сучасний педагог повинен створити комфортні умови для включення особи в процес творчої співпраці у напрямку розкриття нових методик вдосконалення психофізіологічних особливостей людини, які стануть основою у формуванні етично обґрунтованої позитивної мотивації в напрямку «моделювання» власного здоров'я. Для кожної людини здоров'я є головною ціннісною моделлю її життя, до якої треба ставитися дбайливо, зберігаючи при цьому той потенціал який закладений генетично.

Література

1. Андреев В.И. Приоритет духовности в условиях здоровьесберегающего обучения и воспитания / В.И. Андреев // Здоровьесберегающее обучение и воспитание / под научной редакцией В.И. Андреева. – Казань : Центр инновационных технологий, 2000. – С. 3–18.
2. Белинская Т. В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Белинская Татьяна Владимировна. – Калуга, 2005. – 174 с.
3. Гладощук О. Г. Педагогічні умови вдосконалення культури зміцнення здоров'я студентів в системі фізичного виховання у вищому навчальному закладі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.02 „Теорія і методика навчання (фізична культура, основи здоров'я)” / О.Г. Гладощук.–К., 2008.–20 с.
4. Гончаренко М. С. Валеологічні аспекти формування здоров'я у сучасному освітньому процесі / М. С. Гончаренко, В. Є. Новикова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2006. – № 12. – С. 39–43.
5. Шемигон Н. Ю. Формування ціннісних орієнтацій майбутніх педагогів у процесі професійної підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Шемигон Н. Ю. – Харків, 2008. – 191 с.

Р. В. Жалій, старший викладач

*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ В УМОВАХ СУЧАСНОГО ЗВО: ПОТРЕБИ І ВИМОГИ СЬОГОДЕННЯ

Реформування сучасної системи освіти, поступове затвердження державних стандартів безпосередньо сприяють підвищенню вимог до форми й змісту підготовки фахівців в умовах сучасних закладів вищої

освіти. У ході підготовки сучасних фахівців у сфері фізичного виховання та спорту в системі вузівської підготовки в даний час є посилення практичної спрямованості навчання, необхідність підготовки молодих людей, які володіють ґрунтовними вузькоспеціальними знаннями і навичками. Тобто головним напрямком у підготовці фахівців у вищій школі, на думку переважної більшості практиків, стає орієнтація не тільки на професійну, але й особистісну складову, що дозволить випускнику виявляти ініціативу, гнучкість, самовдосконалюватися.

У статті окреслимо основні напрямки діяльності науково-педагогічних працівників в руслі вдосконалення змісту й форм освітньої діяльності в умовах сучасних вишів. Ці проблеми порушувалися в наукових розвідках Н. Власенко, В. Москаленко, Н. Яременко [1; 4-5]. Окремі питання інновацій в освіті й формування здоров'язберігаючої культури студентської молоді порушували в своїх публікаціях [2-3].

При вивченні кожної дисципліни навчального плану викладач визначає основні завдання:

- гармонійний фізичний розвиток студентів із врахуванням їхніх індивідуальних особливостей; формування основних рухових навичок й фізичних якостей;
- формування комплексу знань, вмінь і навичок в напрямку професійного зростання;
- формування вмінь і навичок науково-методичної діяльності в сфері професійної діяльності;
- формування професійно-прикладних вмінь у процесі навчання рухових дій [5].

Однією з новел освітнього законодавства сьогодні є впровадження в освітню діяльність закладів вищої освіти важливого принципу – академічної свободи учасників освітнього процесу. Це видається надзвичайно важливим в руслі реалізації іншого принципу – автономії закладів освіти (академічної, організаційної, фінансової, кадрової), тому право на вибір, можливість використання альтернативних інноваційних технологій навчання тощо є пріоритетними в контексті забезпечення таких нормативних положень.

Вкажемо, що відповідно до норм Закону України «Про освіту», «академічна свобода – це самостійність і незалежність учасників освітнього процесу під час провадження педагогічної, науково-педагогічної, наукової та/або інноваційної діяльності, що здійснюється на принципах свободи слова, думки і творчості, поширення знань та інформації, вільного оприлюднення і використання результатів наукових досліджень з урахуванням обмежень, установлених законом [3]. Згідно з нормами Закону України «Про інноваційну діяльність», інновації – це новостворені (застосовані) і (або) вдосконалені конкурентоздатні технології, продукція або послуги, а також організаційно-технічні рішення виробничого, адміністративного, комерційного або іншого характеру, що істотно поліпшують структуру та якість виробництва і (або) соціальної

сфери. Інноваційну діяльність законодавець тлумачить як «діяльність, що спрямована на використання і комерціалізацію результатів наукових досліджень розробок і зумовлює випуск на ринок нових конкурентоздатних товарів і послуг [3].

Тому звернемо увагу на такі можливості викладачів і студентів як інноваційна діяльність, яка виявляється в створенні інноваційних продуктів: механізмів, тренажерів, товарів, послуг, методик, прийомів, форм діяльності, які відповідають вимогам Закону України «Про інноваційну діяльність». Отримання авторських свідоцтв і патентів є обов'язковим критерієм оцінювання наукової, науково-технічної, інноваційної діяльності вишів в умовах сьогодення. Йдеться про видання монографій, підручників, інших видів друкованої продукції, авторське право на які слід захищати, отримуючи авторські свідоцтва встановленого зразка. У разі винаходу будь-якого інноваційного продукту, бажано його запатентувати, щоб уникнути ймовірного порушення права інтелектуальної власності. Такі два види напрямків реалізації принципу академічної свободи можуть бути доповненими укладенням цивільно-правового договору про розподіл майнових прав між автором та університетом, що розширить можливості подальшої комерціалізації такого продукту[1, 4].

Одним із етапів цього процесу може бути опублікування опису інноваційного продукту із вказівкою про унікальність, перше згадування в літературі та інформування про подальше оформлення патенту на винахід. Кількість співавторів може бути різною. Тому, звісно, такі напрямки інноваційної роботи учасників освітнього процесу є важливими, адже норми освітнього законодавства визначають наукову, науково-технічну та інноваційну діяльність як обов'язкову для конкурентоздатних закладів вищої освіти в сучасному освітньому просторі України.

Пріоритетною в освітній діяльності, на нашу думку, є мотивація до навчальної діяльності, які стрімко знижується через обмеження кількості студентів, котрі можуть отримувати академічну стипендію, зменшення місць державного бюджету, здобуття вищої освіти на умовах комерційної форми навчання. Важливим питанням є нечітке унормування питання про навчання по графіком навчальних занять, можливість здобувачами вищої освіти реалізувати право на працю, за умов одночасної реалізації права на освіту тощо.

Перспективними напрямками подальшого вивчення окресленої проблеми є такі:

- ✓ висвітлення особливостей реалізації принципу академічної свободи під час вибору здобувачами освіти навчальних дисциплін;
- ✓ удосконалення процедури навчання студентів поза графіком навчальних занять у разі реалізації права на працю;
- ✓ розгляд всіх питань, пов'язаних із вибором темпів навчання та методів освітньої діяльності;

- ✓ вивчення моделей упровадження дистанційного навчання;
- ✓ з'ясування сучасних потреб молоді та встановлення системи заохочень здобувачів вищої освіти для переконливої мотивації до освітньої діяльності.

Література:

1. Власенко Н. В. Інноваційні технології на уроках фізичної культури [Текст] / Н. В. Власенко // Фізична культура в загальноосвітніх школах: проблеми та перспективи : зб. наук. праць : матеріали регіон. наук.-метод. семінару, 15 квіт. 2014 р. / Полтав. нац. пед. ун-т імені В. Г. Короленка, факультет фіз. виховання, каф. теорет. – метод. основ викл. спорт. дисциплін. – Полтава, 2014. – С. 12-18.
2. Жалій Р.В. «Здоров'язберігаючий сторітелінг»: поняття, методика застосування в процесі формування валеологічної компетентності // Гуманітарний вісник Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка. – 2017. - №2. – С.112 – 120.
3. Жалій Р.В. Формування здоров'язберігаючої культури студентської молоді в умовах сучасного закладу вищої освіти // Педагогічні науки. 2018. – Вип. 70. – С. 110 – 112.
4. Москаленко Н. Науково-теоретичні основи інноваційних технологій у фізичному вихованні [Текст] / Н. Москаленко // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2015. – № 2. – С. 124-128.
5. Яременко В. Сучасні інноваційні технології підвищення ефективності процесу формування технічних дій у вільній боротьбі [Текст] / В. Яременко // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2015. – № 3. – С. 172-174.

Г. І. Іванова, аспірант кафедри педагогіки
Криворізький державний педагогічний університет

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РОЗУМОВОЇ ПРАЦІ СТУДЕНТІВ

В умовах сучасного освітнього середовища особливої актуальності набувають питання пошуку шляхів оптимізації розумової праці.

На жаль, більшість студентів навчаються малопродуктивно, швидко виснажуються, оскільки мають слабе розуміння того, як правильно організувати та спланувати розумову працю. Вони втомлюються не від того, що багато працюють, а саме від невміння моделювати свій власний режим праці.

Одна із перших спроб оптимізації належить Я. Каменському. Згодом деякі проблеми оптимізації розумової праці у навчальній діяльності розглядалися Ю. Бабанським, В. Зайцевим, І. Лернером, Г. Песталоцці, М. Скаткіним, К. Ушинським, Г. Щукіною та іншими.

У наукових дослідженнях А. Макаренко зауважено, що для ефективного навчання потрібна не велика кількість часу, а розумне використання нетривалого часу. М. Скаткін також зазначав на необхідності утілювати у життя принцип, «щоб успішно роботу було зроблено при відносно мінімальній витраті сил і за короткий час»[2, с. 65].

Існують різні шляхи оптимізації розумової праці студентів. Один з них – попередження передчасного перевтомлення. Виключити

перевтомлення можна, якщо дотримуватися декількох обов'язкових умов[3, с. 248].

Перша умова полягає у тому, що розпочинати будь-яку роботу треба поступово. Успіх забезпечується тільки в тому випадку, якщо студент входить у розумову працю не налягаючи занадто сильно відразу, а розвиваючи свої сили поступово.

Особливо цестосується виконання складної навчальної роботи, котру не можна починати стрімко та квапливо.

Другою умовою є дотримання послідовності і систематичності розумової праці.

Третя умова, вельми важлива для оптимізації розумової праці, полягає у правильному чергуванні роботи та відпочинку, який має бути активним.

До розглянутих трьох умов оптимізації розумової праці студентів слід додати ще *четверту умову* – сприятливе ставлення студента до розумової праці.

Іншим шляхом оптимізації розумової праці є організація її на науковій основі. Наукова організація праці відіграє важливу роль у профілактиці несприятливих впливів на здоров'я і загальну працездатність студента. Я. Топольник визначає поняття «наукова організація розумової праці студента» як організацію праці, яка ґрунтується на основних положеннях педагогіки, психології, фізіології стосовно вимог до навчальної діяльності студента, ураховує можливості та вікові особливості організму [4, с. 394].

Складовими наукової організації праці студента є вміння визначати мету своєї діяльності та шляхи її реалізації, планувати процес діяльності, контролювати її результати і відповідно до цього, в разі необхідності, корегувати власну діяльність.

Деякі вчені зазначають, що основним шляхом оптимізації розумової праці студентів є час і його раціональне розподілення. Система роботи студента за часом – це визначення необхідного часу на кожний вид навчальної діяльності. При цьому при розрахунку розумової праці у просторі та часі ураховуються власні знання, уміння та навички, організаторські здібності, ступінь підготовленості, уміння ефективно навчатися, наявні умови та засоби праці, можливість їх використання. Мета визначення часу, який витрачається на виконання певних дій полягає у встановленні ефективності та доцільності використання часу, з'ясуванні наявності резервів часу, який не використовується або використовується недостатньо.

У який час доби найбільш доцільно студентам здійснювати розумову працю? Сприятливим для розумової діяльності є ранковий та денний часи. Це пояснюється тим, що фізіологічні процеси в організмі людини, у тому числі мозку, вранці й вдень перебігають більш інтенсивно, ніж вночі. Але деякі студенти працюють і вночі, при чому активність нервово-психологічної діяльності у них є максимальною. Тому складно рекомендувати змінювати звички, оскільки порушення напрацьованого стереотипу не завжди є бажаним. Час на розумову працю не повинен перевищувати 8-9 годин, навіть при наявності короткочасних перерв на

відпочинок. Окрім того, оптимальним має бути і обсяг інформації для сприйняття того, що вивчається. Дослідження показують, що студент реагує на навчання тим повільніше, чим більша кількість інформації йому подається. Тож для кожної вікової категорії студентів потрібен оптимальний обсяг навчальної інформації [1, с. 428].

Оптимізація – завжди відносна. Але водночас оптимізація є кроком на шляху до найкращого варіанта здійснення розумової праці студента.

Література

1. Ковальчук З.Я. Оптимізація як категорія в психолого-педагогічній теорії / З.Я. Ковальчук // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. – 2012. – Випуск 2(2). – С. 423-433.

2. Общение и оптимизация совместной деятельности / [Г. М. Андреева, Я. Яношейк, А. И. Донцов и др.]. – М., 1987. – 301 с.

3. Писарев А. В. Деякі аспекти збереження працездатності і профілактика перевтомлення викладачів / А. В. Писарев, А. Ф. Лазутський, С. А. Тузиков, В. О. Табуненко // Вестник Харьковского национального автомобильно-дорожного университета. – 2012. – Вып. 59. – С. 247-250. – Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vhad_2012_59_55

4. Топольник Я. В. Вивчення спецкурсу «Основи наукової організації навчальної праці студентів» як умова ефективності навчального процесу / Я. В. Топольник // Педагогіка вищої та середньої школи. – 2013. – Вип. 37. – С. 392-397.

М. Ковнер,
природничий факультет ПП-56
ПНПУ імені В.Г. Короленка

ЗЕЛЕНІ НАСАДЖЕННЯ ЯК ВАЖЛИВІ КОМПОНЕНТИ ЗДОРОВ'Я МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ (на прикладі м. Полтава)

Постановка проблеми. Зелений масив приміської зони є резервуаром чистого повітря для населеного пункту. Вдале поєднання різних рослин дозволяє значно зменшити шкідливі санітарні фактори урбанізації. Так, насадження дерев і кущів значно зменшують амплітуду температурних коливань, збільшують у спекотні дні вологість повітря, покращуючи таким чином теплообмін людини і її самопочуття.

В місті Полтава приділяється значна увага не лише будівництву нових, а й збереженню старих об'єктів зеленого будівництва з їх особливостями планування та архітектури. Вони служать не тільки екологічними резервами міста, але й важливою дослідницькою базою. У місті зростає чимало цінних декоративних екзотичних рослин, що мають унікальне наукове значення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Різнобічний аналіз зелених насаджень області та України здійснили О. М. Байрак та В. П. Кучерявий[3; 5], Е. М. Микулина [1], В. І. Білоус [7], А. Д. Жирнов та ін. У досліджених працях розкрито питання щодо особливостей технології

створення зелених насаджень, описано рослинність цих територій, історичний досвід садово-паркового будівництва тощо. Під час благоустрою території загального користування повинні виконуватися вимоги чинних нормативних документів ДБН Б.2.2- 5:2011.

Постановка завдання. Дослідження зелених насаджень охоплює низку різних питань. Завдання нашого дослідження -здійснити фракційний аналіз флори території дослідження за ступенем стійкості до газового забруднення, визначити стан екотопів міських насаджень та здійснити оцінку їхнього впливу на життєдіяльність рослин. На основі досліджених природно-кліматичні умов формування рослинності зеленої зони території розробити комплексні заходи, спрямовані на підвищення життєвості та декоративності міських насаджень і розширення їх асортименту.

Виклад основного матеріалу. Декоративні насадження у містах і селищах виконують різноманітну роль. Вони поліпшують їхній архітектурний вигляд, сприяють кращій організації культурного обслуговування населення, знижують швидкість вітру, регулюють тепловий режим, очищають і зволожують повітря, поглинають шум. З декоративними насадженнями тісно пов'язане функціональне зонування міських територій, система транспортних і пішо-хідних магістралей, прокладання інженерних комунікацій. Крім того, насадження впливають на формування забудови території та художню виразність архітектурних ансамблів. Парки, сади, бульвари, сквери входять до планування структури міста і є обов'язковими елементами культурного ландшафту [2].

Насадження деревних рослин у населених пунктах та на прилеглих до них територіях - найкраще середовище для відпочинку мешканців міст і селищ. Декоративні насадження є одним з основних засобів докорінної зміни природних умов цілих районів та ефективного поліпшення умов життя міських жителів [1].

Спостереженнями встановлено, що в зоні декоративних насаджень улітку температура повітря на 10 – 12 % нижча, а взимку дещо вища, ніж на неозелених територіях. Зелені насадження впливають і на прилеглі території. Зона цього впливу залежить від розмірів зеленого масиву та від складу рослин у цьому масиві. Вплив зелених насаджень на температуру повітря навколишнього середовища зумовлюється тим, що крони рослин, поглинаючи і відбиваючи в атмосферу частину сонячної енергії, зменшують нагрівання поверхні ґрунту. Крім того, вони самі влітку менше нагріваються і швидше охолоджуються, ніж асфальт, бетон, цегла, а взимку - менше охолоджуються і виділяють певну частку енергії [6].

Як впливає з наведених даних, ефективність впливу зелених насаджень на температуру навколишнього середовища значною мірою залежить від видового складу деревних рослин та від площі насаджень, які вони утворюють. Найефективніше захищають від теплової енергії деревні рослини з великими листками й високими показниками альбедо листків. При цьому велике значення має також характер розміщення листя в кроні. Наприклад, мозаїчне розміщення листя в кроні бука забезпечує майже повне поглинання та відбиття сонячної енергії [4].

Крім того, деревні та кущові насадження промислових районів міста виконують невід'ємні санітарно-гігієнічні та оздоровчі функції, як

біологічні фільтри: покращують склад повітря, насичують його фітонцидами, захищають від шуму та пилу [7].

Висновки. Зелені насадження відіграють важливу роль у функціонуванні промислового міста. Вони мають вагоме естетичне та культурне значення, прикрашаючи вулиці та сквери, утворюючи місця відпочинку. Крім того, деревні та кущові насадження промислових районів міста виконують невід'ємні санітарно-гігієнічні та оздоровчі функції як біологічні фільтри (покращують склад повітря, насичують його фітонцидами, захищають від шуму та пилу). Тому зовнішнє озеленення міських територій є обов'язковою умовою екологічного благополуччя міста. Доведено, що забруднення повітряного середовища мегаполісів справляє помітний вплив на життєвість деревних рослин, але не є загрозливим на переважаючій частині території міст і не може бути визнаним основним обмежуючим фактором при створенні міських зелених насаджень. Головною причиною неблагополучного стану насаджень є відсутність нормальних умов живлення у ґрунтовому просторі – бідність і сухість ґрунтів, засоленість, грубі пошкодження кореневих систем в процесі ремонтних і будівельних робіт, ігнорування елементарних вимог агротехніки утримання насаджень.

Література

1. Залеская Л.С. Ландшафтная архитектура : учебник для вузов / Л.С. Залеская, Е.М. Микулина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Стройиздат, 1979. – 240 с.
2. Косаревский И. А. Композиция городского парка / И.А. Косаревский. – К. : Будівельник, 1977. – 140 с.
3. Байрак О.М., Проскурня М.І., Стецюк Н.О. та ін. Еталони природи Полтавщини (розповіді про природного-заповідні території). – Полтава, Верстка, 2003.
4. Кончуков Н. П. Планировка сельских населенных мест / Кончуков Н. П. – М. : Высш. школа, 1972. – 224 с.
5. Кучерявый В.А. Зеленая зона города. – К.: Наукова думка, 1981. – 246 с.
6. Рекомендации по внешнему благоустройству и озеленению городов, включая малые формы архитектуры / ЦНИИП градостроительства. – М. : Стройиздат, 1988. – 48 с.
7. Білоус В.І. Садово-паркове мистецтво : навч. посібник / Білоус В.І. – К. : Науковий світ, 2001. – 300 с.

О. В. Комарова, д. пед. н., доцент
Криворізький державний педагогічний університет

ДО ПИТАННЯ ПРО КЛЮЧОВІ ЗМІНИ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ З ПРЕДМЕТУ «ОСНОВИ ЗДОРОВ'Я»

11 серпня 2016 року на сайті Міністерства освіти та науки України було викладено оновлені навчальні програми початкової школи, в тому числі для предмету «Основи здоров'я» [1; 2]. Цьому передувало активне обговорення необхідності та доцільності внесення певних змін у змістову та результативну частину програми, що відбувалося на порталі EdEra

(<https://www.ed-era.com/mon.html>). Слід зазначити, що педагогічна спільнота висловлювала протилежні думки щодо пропонованих змін, наводячи різноманітні аргументи[3; 4]. Одним із найбільш виражених підходів, що заперечував більшість із пропонованих змін, на нашу думку, ґрунтувався на апелюванні до того, що саме предмет «Основи здоров'я» є провідним у формуванні здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи.

Навесні 2017 / 2018 н.р. на базі Криворізького державного педагогічного університету було проведено опитування вчителів початкових класів та студентів 4–5 курсів спеціальності «Початкова освіта», метою якого було з'ясувати ставлення респондентів до впроваджуваних змін у навчальну програму з «Основ здоров'я», які були чинними на момент анкетування другий рік поспіль.

У опитуванні взяло участь 79 учасників, з них 40 вчителів початкових класів, 39 студентів. Анкета включала 13 питань. Зміст анкети та результати наведено нижче.

1. Чи вважаєте Ви предмет «Основи здоров'я» необхідним для вивчення в початковій школі?

Результати: однозначно «так» – 76%; скоріше «так», ніж «ні» –23%; утримались від відповіді 1% респондентів.

2. Чи вважаєте Ви предмет «Основи здоров'я» основним у формуванні здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школі?

Результати: однозначно «так»–61%; скоріше «так», ніж «ні»–35%; скоріше «ні», ніж «так»–3%; утримались від відповіді 1% респондентів.

3. Чи вважаєте Ви предмет «Основи здоров'я» таким, що перевантажує навчальний план і створює зайве навантаження для учнів початкової школи?

Результати: скоріше «ні», ніж «так»33%; однозначно «ні»– 66%; утримались від відповіді 1% респондентів.

4. Чи достатньо годин, на Вашу думку, на вивчення предмету «Основи здоров'я» в початковій школі?

*Результати:*однозначно «так»–23%; скоріше «так», ніж «ні»–45%; скоріше «ні», ніж «так»– 25%; однозначно «ні»–5%; утримались від відповіді 2% респондентів.

5. Чи доцільним, на Вашу думку, є ознайомлення учнів із негативними наслідками вживання алкоголю та тютюнових виробів вже з 1 класу?

*Результати:*однозначно «так»–56%; скоріше «так», ніж «ні»–32%; скоріше «ні», ніж «так» – 6%; однозначно «ні» –6%.

6. Уявіть себе Міністром освіти. Чи внесли б Ви зміни до змісту та структури програми «Основи здоров'я» в початкових класах? Які саме?

Результати: 37% опитаних внесли б зміни до змісту та структури програми. Типовими відповідями респондентів були такі: «Необхідно збільшити кількість годин на фізичну складову здоров'я», «Увести більше рухливих ігор на заняттях, обов'язковим етапом уроку ввести рухливу гру», «Збільшити кількість тренінгів та аналізу життєвих ситуацій»,

«Додати години на психологічне спілкування», «Збільшити кількість годин на вивчення розділів «Здоров'я людини» та «Фізична складова здоров'я»».

7. Якого розділу стосувалися б ці зміни?

Результати: «Здоров'я людини» –21%; «Фізична складова здоров'я» –14%; «Соціальна складова здоров'я» – 20%; «Духовна та психічна складові здоров'я» –11%; утримались від відповіді 34% респондентів.

8. Який розділ є найбільш цікавим для вивчення учнями?

Результати: «Здоров'я людини» –30%; «Фізична складова здоров'я» –25%; «Соціальна складова здоров'я» –28%; «Духовна та психічна складові здоров'я» –13%; утримались від відповіді 4% респондентів.

9. Який розділ викликає значні ускладнення в учнів?

Результати: «Здоров'я людини» –6%; «Фізична складова здоров'я» –14%; «Соціальна складова здоров'я» –20%; «Духовна та психічна складові здоров'я» –58%; утримались від відповіді 2% респондентів;

10. Які причини цього, на Вашу думку.

Результати: «Діти мало читають, непосидючі», «Дітям важко зрозуміти і усвідомити складний матеріал», «Мало життєвого досвіду», «Недостатня матеріальна база», «Не глибоко мислять», «Діти цим мало цікавляться», «Слабка емоційна сфера молодших школярів», «Незацікавленість дитини, некомпетентність вчителя», «Діти не стикаються з соціальними проблемами у своєму віці», «Діти не зовсім розуміють ці складові», «Вікові особливості дітей не дозволяють у повній мірі засвоїти цей матеріал», «Замало життєвого досвіду», «Складна термінологія», «Незріла дитяча психіка», «Важко застосувати знання на практиці», «Діти не надають фізичному здоров'ю особистісного сенсу».

11. Розставте фактори формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкових класів у порядку зростання впливу: А) родина, Б) соціум, В) друзі, Д) школа (вчитель).

Результати: 45% респондентів вказали, що найвпливовішим фактором є родина, 29% – школа (вчитель); 13% – соціум; 13% – друзі.

12. Які навчальні предмети, окрім предмету «Основи здоров'я», на Вашу думку, відіграють важливу роль у формуванні здоров'язбережувальної компетентності учнів початкових класів? Можна обрати декілька відповідей.

Результати: респонденти зазначили, що такими навчальними дисциплінами є «Фізична культура» – 80% опитаних, «Природознавство» – 41%, «Я у світі» – 38%.

13. Чи маєте Ви досвід педагогічної діяльності у якості вчителя початкових класів: А) так; Б) ні.

Результати: А) 67%; Б) 33% респондентів.

Висновки: результати анкетування засвідчили, на думку вчителів початкових класів та майбутніх вчителів початкових класів, важливість навчального предмета «Основи здоров'я» для формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів. Розподіл відповідей на запропоновані питання змушують замислитися над доцільністю впровадження окремих змін, що стосуються змісту програми «Основи здоров'я». Результати відповідей на питання 2, 3, 5, 6, 9, 10 підкреслюють необхідність вираженого підходу до визначення ролі цього

предмету у формуванні здоров'язбережувальної компетентності школярів, проведення масштабних педагогічних досліджень, опору на світовий досвід формування в дитини знань, практичних навичок і вмінь здоров'язбереження в умовах навчального процесу.

Перспективами подальшого дослідження є обґрунтування необхідності введення в навчальний план сучасної початкової школи, що працює з 2018 / 2019 року в контексті НУШ, окремого навчального предмета на кшталт «Основи здоров'я», що входив до змісту освітньої галузі «Здоров'я і фізична культура» за Державним стандартом початкової загальної освіти (Постанова кабінету Міністрів України № 462 від 20.04.2011 р.), наприклад, в межах соціальної і здоров'язбережувальної освітньої галузі за Державним стандартом початкової освіти (постанова Кабінету Міністрів України № 87 від 21 лютого 2018 року); пролонгування його в навчальних планах ланки основної школи з 2022 / 2023 року.

Література

1. Оновлені програми для початкової школи 1–4 класів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/zagalna-serednya-osvita/pochatkova-shkola/оновлені-програми-для-початковий-школи-1-4-класів>(дата звернення: 16.10.2018).
2. Опис ключових змін в оновлених програмах початкової школи. Внесені вчителями, батьками та науковцями під час відкритого обговорення на платформі EdEra, затверджені рішенням Колегії МОН від 4 серпня 2016 р., оприлюднені на сайті МОН 11 серпня 2016 р.[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/pochatkova/opys-klyuchovyh-zmin.pdf>(дата звернення: 16.10.2018).
3. Рекомендації ВЕСЕВІТ щодо запропонованих робочою групою «ключових змін до проекту оновленої програми з основ здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://autta.org.ua/ua/materials/material/Rozvantazhennya-navchalnih-program/>(дата звернення: 16.10.2018).
4. Що конкретно змінилося у програмах початкової школи? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://mon-health-new.ed-era.com/opus_zmyn.html (дата звернення: 16.10.2018).

Кравченко К. О., студентка групи 601-ГС
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ЛЕГКОАТЛЕТІВ ДО ЗМАГАНЬ

«Фізична досконалість людини - це не дарунок природи,
а наслідок цілеспрямованого формування його»
Н. Г. Чернишевський

З усіх видів спорту, які культивують у нашій державі, одним із найбільш популярних є легка атлетика, тому що її основу складають природні й життєво необхідні рухи: ходьба, біг, стрибки, метання.

Багаторічний досвід виховання спортсменів і експериментальні дослідження показали, що досягнення високих спортивних результатів залежить від єдності фізичної, технічної, тактичної, теоретичної і психологічної підготовленості спортсмена.

Великі міжнародні змагання проходять нині, як правило, в гострій спортивній боротьбі рівних за силою суперників. Часто перемогу визначають лише частки секунд, кілька сантиметрів, соті частки очка. В змаганнях добре підготовлених, рівних за силою спортсменів, перемагає той, хто найкраще підготовлений психологічно [1].

Як свідчать проведені нами дослідження, наукові дані і практичні рекомендації щодо психологічної підготовки не знайшли ще належного місця в навчально-тренувальному процесі спортсменів високої кваліфікації. Багато тренерів, з одного боку, приділяють значну увагу фізичній, технічній і тактичній підготовці й водночас недооцінюють особливого значення комплексної психологічної підготовки. З другого боку, у вітчизняній і світовій психології спорту накопичений численний матеріал, який відображає різні аспекти психологічної підготовки спортсменів. У багатьох працях висвітлюються головним чином окремі питання цієї проблеми [1].

Так, А. А. Лалаян під психологічною підготовленістю розуміється рівень розвитку комплексу психічних властивостей та особливостей спортсмена, від яких залежить досконале і надійне виховання спортивної діяльності в екстремальних умовах тренування й змагання [3].

Рівень психологічної підготовленості визначає психічний стан спортсмена, який являє собою комплексне виявлення дуже важливих і необхідних для спортивної діяльності психічних функцій і характеризується певним рівнем активності та інтенсивності. Психічний стан виявляється в динаміці психічних функцій, а вони, у свою чергу, визначають характер і ступінь його інтенсивності. Тому використання спеціальної системи психолого-педагогічних впливів, спрямованих на поліпшення психічних функцій і станів спортсмена, являє собою зміст психологічної підготовки.

П. А. Рудик розглядає психологічну підготовку як загальну і підготовку до конкретного майбутнього змагання [4].

Крім того, спортсмени і тренери недостатньою мірою володіють практичними вміннями і навичками впливу на всі сторони психічних проявів спортсмена, а впливають лише на окремі їх аспекти (емоційні, вольові, моторні, сенсорно-перцептивні тощо), що значно знижує ефективність їх діяльності у спорті високих досягнень. Це залежить від знань, умінь і практичних навичок тренера й практикуючого психолога у сфері комплексної психологічної підготовки, а також від особливостей виду спорту, індивідуальних і типологічних характеристик особистості спортсмена, його віку, кваліфікації, рівня спеціальної підготовленості, етапу підготовки тощо.

Проведений нами теоретичний аналіз, наукові спостереження і анкетні опитування дали змогу виділити ряд розрізнених напрямів діяльності тренерів і практикуючих психологів у сфері психологічної підготовки спортсменів, у тому числі: моральна підготовка - виховання моральних рис і якостей спортсмена; психорухова підготовка — розвиток психорухових функцій (просторово-часових, часу реакції, швидкості виконання); інтелектуальна підготовка — розвиток функцій та механізмів пізнання й оцінки реалізації тактичних задумів і дій; емоційна підготовка — формування емоцій і станів позитивного характеру, регуляція емоційної стійкості до заважаючих факторів; вольова підготовка — вдосконалення спеціалізованих вольових проявів; розвиток компонентів особистості спортсмена (ідеологічна орієнтація, інтереси, мотиви, навички, риси характеру, темперамент) [2].

Система психологічної підготовки спортсмена з кожним роком вдосконалюється й збагачується і є сьогодні ієрархічною концепцією використання окремих принципів, засобів та методів у тренувальному процесі і змаганнях.

Отже, підсумовуючи вище зазначене, можна стверджувати, що під психологічною підготовкою слід розуміти факторну структуру всіх сторін психологічних впливів у легкій атлетиці, які базуються на інтегральній характеристиці індивідуальності спортсмена, його досвіді, знаннях, уміннях, спеціальній підготовленості і наявності індивідуального арсеналу засобів подолання об'єктивних та суб'єктивних перешкод на шляху до високої спортивної майстерності.

Література

- 1.Алексєєв А. В. Перебори себе. Психічна підготовка в спорті / А. В. Алексєєв // Видавництво "Фенікс" : Ростов-на-Доні, 2006. – 354 с.
- 2.Клименко В. В. Психологія спорту : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / В. В. Клименко. – К. : МАУП, 2007. – 432 с.
- 3.Лалаян А. А. Психологическая подготовка спортсменов / А. А. Лалаян. – Ереван: Астакан, 1985. – 154 с.
- 4.Рудик П. А. Психологические вопросы тренировки и готовности спортсмена к соревнованию / П. А. Рудик. – М.: Физкультура и спорт, 1989. – 271 с.

Л.М. Кравченко вчитель біології та хімії
*Головачанського комунального закладу загальної середньої освіти
Заворсклянської сільської ради Полтавського району*

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА УРОКАХ БІОЛОГІЇ ТА ХІМІЇ З МЕТОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Здоров'я кожного – це багатство всього народу, бо здорова людина виробляє цінності матеріальні чи духовні, а хвора людина лише їх використовує, та ще й вимагає догляду за нею. Втрачати своє здоров'я із -

за шкідливих звичок, нехтувати до нього своїм відношенням, на мою думку , це здійснювати злочинні дії до свого організму. Той, хто розтринькує його з самого дитинства, не задумується про своє майбутнє, про своїх майбутніх дітей, про майбутнє свого роду

В останні роки в освіті зростає увага до збереження *здоров'я* дітей в дошкільних та навчальних закладах. Це пов'язане з тим , що кількість абсолютно здорових діток з кожним роком катастрофічно зменшується(їх залишається все менше і менше ,10 – 13 %) різко погіршується стан фізичного та розумового розвитку дитини, збільшується кількість хлопчиків та дівчаток з декількома медичними діагнозами, зростає дитяча смертність , підвищується рівень безвідповідального відношення батьків до своїх дітей: це і догляд за дитиною від дня народження , і харчування дитини в сім'ї, її матеріальне забезпечення ,відсутність мотивації до збереження та зміцнення здоров'я, алкогольна та наркотична залежність батьків . Серед дітей зростає апатія до навчання, пасивність до всього того ,що відбувається навколо неї, агресивне ставлення не лише до свого навчання , але агресія проявляється і до батьків , і до старших , в тому числі і до вчителя, і до своїх однолітків, зростають випадки самогубства.

На стан погіршення *здоров'я* дитини в навчальному процесі неабияку роль відіграють такі фактори , як перевантаження навчальних програм, недовершеність навчальних програм та навчальних технологій, відсутність індивідуального підходу до навчання, нераціональний підхід до складання розкладу занять , некомпетентнісне викладення навчального матеріалу, недостатня рухова діяльність учасників навчального процесу, авторитарний стиль викладання, невміння працювати з дітьми, з дитячим колективом, викладання вчителем не спеціалістом навчальної дисципліни і звичайно малорухливий спосіб життя самої дитини , а це значить ,що більше часу дитина проводить за комп'ютером , телевізором, смартфоном. І все це приводить до виникнення порушень постави, зору, слуху, психіки, мови, невміння передати свої думки, невміння спілкуватися з оточуючими.

На зміцнення здоров'я учня впливають такі фактори , як весела вдача самої дитини; доброта, яку потрібно плекати з самого народження батьками ; мудре слово вчителя , матері, батька; щире серце ;віра учня в себе, в свої можливості ; уміння дитини самостійно приймати правильні рішення.

«Здоров'язберігаючі технології»- це технології, що створюють безпечні умови для перебування , навчання та виховання дітей в дошкільному та шкільному навчальному закладі та ті , що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей дітей та гігієнічних норм; відповідність навчальних та фізичних навантажень можливостям дитини.

На сьогоднішній день перед школою одним з головних завдань стоїть вимога щодо збереження та зміцнення морального , фізичного та психічного здоров'я вихованця. І тому кожен навчальний заклад має

створити якнайбільш оптимальні умови для збереження та зміцнення здоров'я учасників навчально – виховного процесу.

Головною метою щодо впровадження в навчальному процесі здоров'я зберігаючих технологій є : розвивати здібності учнів, викликати інтерес учнів до навчання, активізувати їхню розумову діяльність, формувати вміння застосовувати набуті знання на практиці, дати дитині впевненість у тому, що вона досягне успіху, навчити її вчитися. Найголовніше й найвідповідальніше завдання для кожного вчителя, - навчити дитину отримувати насолоду від процесу навчання , не нашкодити своєму фізичному, психічному, моральному здоров'ю.

Література

1. Бабанський Ю.К. Методичні основи оптимізації навчально – виховного процесу. 1982 р. – 480 с.
2. Баханов К. Що ж таке технологія навчання?// Шлях освіти.-1999р.-№3.24ст.
3. Богосвятська А.І. Здоров'язберігаючі та здоров'ятворчі технології на уроках біології// Біологія.-2012.- №6.-с.14-16.
4. Ващенко О., Свириденко С. Організація здоров'язберігаючої діяльності початкової школи. // Початкова освіта.-2005.-№46.-с. 2-4.
- 5.Воронцов В. Технологія навчання / Під ред. Підкасистого П.-М., 1996.-168с.
6. Державний стандарт базової і повної загальної середньої освіти(Постанова КМУ № 1392 від 23.11.11р.
- 7.Державна національна програма «Освіта»(УкраїнаXXI століття).-К. Райдуга. 1994р.
- 8.Кукушин В. Теорія і методика навчання .- Ростов н/ Д, Фенікс.,2005.-474с.
9. МальченкоГ. Каретникова О. Інтерактивне навчання на уроках хімії. К. Ред. загальнопед. газ. , 2004р. -128с.

Курінна І., магістрантка групи 601ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.,
професор кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я людини
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ РУХОВИХ ДІЙ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

Зір – одне з потужних джерел інформації про зовнішній світ. Людина впродовж життя отримує до 85-90% інформації, що надходить у її мозок через зоровий аналізатор. Часткове або глибоке порушення його функцій викликає ряд відхилень у фізичному і психічному розвитку людини, в тому числі й дитини. Зоровий аналізатор забезпечує виконання складних зорових функцій. Порушення зору призводить до фізичних вад повної або часткової втрати зору.

Роль зорового аналізатора у фізичному та психічному розвитку дитини велика і унікальна. порушення його діяльності викликає у дітей значні труднощі в пізнанні навколишнього світу, обмежує громадські контакти і можливості для занять багатьма видами діяльності. У дітей з порушенням зору виникають специфічні особливості діяльності, спілкування та психофізичного розвитку. Ці особливості проявляються у відставанні в навчанні, порушенні розвитку рухових можливостей, просторової орієнтації, формуванні уявлень і понять, у способах практичній діяльності, в особливостях емоційно-вольової сфери, соціальної комунікації й інтеграції в суспільство.

Задля повної адаптації дітей з вадами зору до соціального середовища та підтримання їх фізичного розвитку й рухової активності необхідно застосовувати засоби адаптивної фізичної культури.

Дубогай О. Д., Завацький В. І., Короп Ю. О. дотримуються думки, що співвідношення засобів і методів фізичної культури повинно визначатися спеціальною програмою з адаптивного фізичного виховання, яка адаптована до дітей з вадами зору.

Дітям з порушенням зору притаманний астеничний стан, який характеризується небажанням гратися, нервовою напругою, підвищеною втомлюваністю. Такі діти частіше потрапляють в стресову ситуацію, ніж діти з нормальною зоровою функцією. Постійна висока емоційна напруга, відчуття дискомфорту можуть викликати емоційні розлади, порушення балансу між процесами збудження і гальмування в корі головного мозку. У дітей з зоровою патологією спостерігаються такі прояви темпераменту, як: імпульсивність поведінки, навіюваність, впертість, негативізм.

Завдяки порушенню зору спостерігається недостатня мимовільна увага (вузький запас знань і уявлень). Зниження вольової уваги обумовлено порушенням емоційно-вольової сфери і веде до розгальмованості – низькому об'єму уваги, хаотичності, тобто недостатньої цілеспрямованості, переходу одного виду діяльності до іншого, і навпаки, до загальмованості дітей, інертності, низькому рівню переключення уваги. Неуважність дітей пояснюється перевтомою завдяки тривалій дії слухових подразників. Тому у слабо зрячих дітей втома настає швидше, ніж у нормально зрячих однолітків.

Розглядаючи особливості пам'яті слабо зрячих відмітим, що порушуючи співвідношення основних процесів збудження і гальмування, негативним чином впливає на процеси запам'ятовування. Виявлена слабка збереженість зорових образів і зниження об'єму довготривалої пам'яті. Утворення і запам'ятовування у незрячих точних і простих рухів потребує 8-10 повторів, тоді як у нормально зрячих достатньо 6-8 повторів.

В ряді досліджень представлений анатомо-фізіологічний зв'язок між зоровою сенсорною системою і вегетативними функціями, зв'язок між зоровою аферентацією і обмінними процесами, станом серцево-судинної та дихальної систем. Автори припускають, що енергія світових променів, проходячи через око в гіпоталамус і гіпофіз, регулює вегетативно-

ендокринні функції організму і справляє загальну тонізуючу дію на центральну нервову систему. Тому реалізація резервних можливостей організму дитини з обмеженими можливостями може бути ефективною тільки при раціональному руховому режимі.

Загальні задачі адаптивного фізичного виховання (АФВ):

- Виховання гармонійно розвинутої дитини;
- Зміцнення здоров'я;
- Виховання вольових якостей;
- Навчання життєво-важливим руховим вмінням, навичкам;
- Розвиток фізичних якостей.

Спеціальні (корекційні) задачі:

- Охорона і розвиток залишкового зору;
- Розвиток навичок просторового орієнтування;
- Розвиток і використання збережених аналізаторів;
- Розвиток зорового сприйняття: колір, форма, рухи (приближення, віддалення), порівняння, розвиток рухової функції ока;
- Зміцнення м'язової системи ока;
- Корекція скутості і обмеженості рухів;
- Удосконалення м'язово-суглобового відчуття;
- Активізація серцево-судинної системи;
- Зміцнення опоро-рухового апарату;
- Розвиток комунікативної і пізнавальної діяльності.

В сучасній практиці АФВ для вирішення вищеперерахованих завдань є багатий арсенал фізичних вправ, а саме:

- Пересування: ходьба, біг, підскоки;
- Загально зміцнюючі вправи: без предметів і з предметами (гімнастичні палиці, обручі, озвучені м'ячі, м'ячі різні по якості, кольору, вазі, твердості, розміру, мішечки с піском, гантелі 0,5 кг та ін.);
- Вправи на формування правильної постави;
- Вправи для зміцнення склепіння стопи;
- Вправи для розвитку і зміцнення м'язово-зв'язкового апарату (зміцнення м'язів спини, передньої черевної стінки, плечового поясу, нижніх і верхніх кінцівок);
- Вправи для розвитку дихальної і серцево-судинної системи;
- Вправи для розвитку рівноваги, координаційних здібностей (узгодженість рухів рук і ніг, тренування вестибулярного апарату та ін.); для удосконалення координації рухів використовуються незвичні або важкі комбінації різних рухів, вправи на тренажерах;
- Вправи для розвитку точності рухів;
- Лазіння (подолання різних перешкод);
- Вправи для розслаблення (фізичне і психологічне), розслаблення м'язів (релаксація), свідоме зниження тонуусу різних груп м'язів. Вони можуть мати як загальний, так і локальний характер;

- Спеціальні вправи для вивчення прийомів просторової орієнтації на основі використання та розвитку збережених аналізаторів (залишковий зір, слух, нюх);

- Вправи для розвитку та використання збережених аналізаторів;
- Вправи для розвитку дрібної моторики руки;
- Спеціальні вправи для зорового тренування: для покращення функціонування м'язів ока; для покращення кровообігу тканин ока; для розвитку акомодативної здатності ока; для розвитку шкірно-оптичного відчуття; для розвитку зорового сприйняття навколишнього середовища.

- Плавання;

Одним з основних завдань реабілітаційної роботи з метою розвитку компенсаторних можливостей є кваліфікована допомога дитині. Вчителю фізкультури слід знати, що при втраті зору підвищується компенсаторна функція вібраційної чутливості, незрячі здатні на відстані відчувати наявність нерухомого, беззвучного предмету. У незрячих дітей при формуванні основних рухових дій на перший план виходить розвиток навички просторового орієнтування. При тотальній сліпоті значно збільшується роль вестибулярного апарату для збереження рівноваги і просторового орієнтування. Дослідження ряду авторів (В. А. Кручинін, Л. О. Семенов, Л. І. Солнцева, В. А. Феоктистова та ін) доводять, що в результаті комплексної реабілітаційної роботи з інвалідами по зору відновлюється соціальний і психологічний статус особистості, здатної утвердити себе в суспільстві серед людей, які нормально бачать.

Уроки адаптивного фізичного виховання у школах для дітей з порушенням зору варіюються залежно від стану зору, рівня фізичної підготовленості і віку. Наприклад, в 1-2-х класах тривалість підготовчої та заключної частин за часом більше, ніж у 3-4-х класах, потім в міру набуття рухового та сенсорного досвіду і адаптації організму до фізичного навантаження, тривалість основної частини уроку збільшується, що дозволяє більше часу приділяти основним завданням уроку.

Адаптивне фізичне виховання будується з урахуванням індивідуального та диференційованого підходу до регулювання фізичного навантаження, фізичної підготовленості і сенсорних можливостей дітей, а також з урахуванням емоційної насиченості. Емоційність занять залежить від різноманітності вправ, від загального тону проведення занять, інтонації і команди викладача. Змінюється тембр звуку (голосно, тихо, м'яко, суворо) з урахуванням психічного стану учнів, їх швидкої стомлюваності, специфічних особливостей розвитку та сприйняття навчального матеріалу.

Для дітей з порушенням зором важливим є суворо встановлений порядок в спортивному залі, на спортивному майданчику. Спортивний інвентар, яким користуються діти на уроках фізичного виховання завжди повинен знаходитись у визначеному місці. Не рекомендується залишати по периметру зала предмети, що заважають орієнтуванню та руху учнів. Для

цього перед уроком спортивний майданчик потрібно перевірити, щоб на ньому не виявилось зайвих предметів.

Використання звукових, дотикових, нюхових та інших орієнтирів має пріоритетне значення. Необхідно навчити диференціювати всі вище зазначені орієнтири, а також їх застосовувати в повсякденному житті. Процес адаптивного фізичного виховання повинен починатися з ознайомлення предметів, що наповнюють навколишній простір, корекції зорового сприйняття, а також освоєння навичок просторового орієнтування.

У роботі з даними категоріями дітей використовуються всі методи навчання, проте, враховуючи особливості сприйняття ними навчального матеріалу, є деякі відмінності у прийомах. Вони змінюються в залежності від фізичних можливостей дитини, запасу знань і вмінь, наявності попереднього зорового і рухового досвіду, досвіду просторового орієнтування, уміння користуватися залишковим зором.

Діти з порушенням зору потребують обережного ставлення до занять фізичними вправами. При регулюванні фізичного навантаження слід дотримуватись таких рекомендацій:

- Варіювати фізичне навантаження, чергуючи його з паузами для відпочинку, заповнюючи вправами для зорового тренінгу, на релаксацію, на регуляцію дихання, пальчикову гімнастику;
- Утримуватися від тривалого статичного навантаження з підняттям ваги, вправ високої інтенсивності, які можуть призвести до підвищення внутрішньоочного тиску, погіршення працездатності циліарного м'язу, ішемію;
- Враховувати сенситивні періоди розвитку фізичних якостей;
- При наявності синдрому епілепсії виключити вправи на стимулювання дихальної системи, вправи на підвищеній опорі, ігри високої інтенсивності, все те, що може спровокувати напад;
- Обмежені: різкі нахили, стрибки, стійка на голові, плечах, руках, вис головою донизу, зіскоки зі снарядів, вправи зі струсом тіла і нахиленим положенням голови, пересування на ковзанах.

О. О. Лаврентьєва, д. пед. н., доцент
Криворізький державний педагогічний університет

ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ В КОНТЕКСТІ ЗБЕРЕЖЕННЯ Й ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я, ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК БЕЗПЕЧНОЇ ПОВЕДІНКИ

Проблема збереження здоров'я й запобігання шкідливим звичкам зростлого покоління є комплексною й вирішується, передусім, шляхом використання педагогічним працівником усіх видів профілактичної роботи. Метою такої діяльності є виховання гармонійно розвиненої

особистості, яка б поєднувала в собі моральну чистоту та фізичну досконалість [2].

Профілактика розглядається як активний поступальний процес створення умов і формування в студентів особистісних якостей, які підтримують їх благополуччя, зокрема нормальний фізичний і психічний стан здоров'я, високий тонус організму. Профілактика як особливий вид діяльності перебуває на стику педагогіки, психології, соціальної роботи, безпеки життєдіяльності й медицини, послуговується сучасними інформаційними й здоров'язбережувальними технологіями [3].

Виокремлюються первинний, вторинний і третинний види профілактики. *Первинна профілактика* проводиться педагогами закладів освіти, є комплексом соціальних, просвітницьких і медико-психологічних заходів на формування навичок здорового способу життя та попередження можливих негативних дій відносно власного організму (тютюнопаління, вживання алкоголю й наркотиків, небезпечна статеві поведінка). *Вторинна та третинна профілактика* попереджають формування хвороб та ускладнень, пов'язаних з нездоровим способом життя та запобігають зривам та рецидивам хвороб, виявляючи особистісний стан хворого, сприяють відновленню його статусу в сім'ї, освітній установі, трудовому колективі. Ці види профілактики переважно проводяться спеціальними установами: соціальними службами, громадськими та негромадськими об'єднаннями, медичними закладами тощо й, проте контекстно включені в систему професійної підготовки студентів закладів вищої педагогічної освіти (педагогічні дисципліни, курси з основ медичних знань, охорони праці, безпеки життєдіяльності) [3].

Зазвичай розрізняють сім основних підходів первинної профілактичної роботи з молоддю: *надання інформації* – найбільш розповсюджений підхід, який припускає, що підвищення рівня знань є ефективним засобом для відмови від ризикованої для здоров'я поведінки; *емоційне навчання базується* на припущенні, що шкідливі звички частіше формуються в людей, які мають труднощі у вираженні власних емоцій; *апеляція до цінностей і знань* використовує методи поведінкової терапії із розробкою планів самовдосконалення, навчанням стратегіям прийняття рішень; *надання альтернативи* – впровадження альтернативних соціальних програм, у яких має реалізуватися прагнення до ризику, пошуку гострих відчуттів, підвищена активність; *урахування впливу соціального середовища й однолітків* як найважливішого фактору розвитку людини, джерело зворотного зв'язку, заохочень і покарань; програми *зміцнення здоров'я; виховання протидії* [1].

Сучасна профілактична робота використовує підхід *зменшення факторів ризику та посилення факторів захисту* [2].

Одним із дієвих факторів захисту є просвітницька діяльність – активне поширення знань, інформаційна підтримка та позитивний вплив на особистість студента в процесі індивідуального, групового, масового спілкування в умовах освітнього закладу, за місцем проживання, в місцях зборів та відпочинку молоді. Другий аспект захисту розглядається в санітарно-гігієнічному руслі – доступність засобів захисту від венеричних захворювань та ВІЛ-інфікування.

Зменшення факторів ризику досягається також за допомогою нормативних актів у галузі медицини та права.

З огляду цього особливого значення набуває пошук нових форм, методів і підходів щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я студентів.

Навчання є провідною ланкою просвітницької діяльності. Проте наявність спеціальних знань недостатньо. Як показує практика, для цього потрібно, щоб ці знання стали реально діючими мотивами поведінки, на підґрунті яких мають формуватися необхідні для цього якості, а саме:

1. *Аналізувати проблеми, критично мислити та приймати рішення:* аналізувати життєві ситуації та зіставляти різноманітні типи поведінки з факторами та ступенем ризику; уміння критично аналізувати різноманітні неправильні чутки та міфи стосовно здорового способу життя; уміння знаходити джерела надійної та авторитетної інформації; уміння свідомо розробляти впевнені оптимальні моделі поведінки, що обирається для себе та інших.

2. *Навички, що побудовані на міжособистісних стосунках та ефективному спілкуванні:* будувати рівноправні відносини з однолітками та старшими; навички ефективного спілкування у звичайних (неекстремальних) ситуаціях; уміння впевнено сказати «НІ» у відповідь на небажану пропозицію; уміти відстоювати свою позицію у відповідь на умовляння та переконання.

3. *Навички поведінки у ситуаціях тиску та загрози насильства.*

4. *Навички співпереживання та протидія дискримінації:* здатність зрозуміти відчуття та потреби людей; уміти надати їм підтримку та допомогу; уміти протидіяти дискримінації у стосунках між людьми.

5. *Навички самоконтролю* [1; 2].

В умовах закладу вищої освіти профілактична робота з формування в студентів здорового способу життя буде успішною за визначенням певних організаційно-педагогічних умов, зокрема таких, як:

— вивчення законодавчих актів, нормативно-правових документів, інструкцій, наказів, обговорення науково-методичної літератури, які відображають проблеми виховної роботи зі студентами в напрямі здорового способу життя;

— визначення та усвідомлення мети профілактичної роботи в межах формування знань, умінь та навичок здорового способу життя та безпечної поведінки студентів;

— планування профілактичної роботи як невід'ємної частини всієї навчально-виховної роботи;

— планування й упровадження такої роботи у системі, з урахуванням комплексного характеру впливів з боку усіх можливих у цьому контексті установ, організацій, засобів масової інформації;

— вивчення та пропагування новітніх технологій виховання та педагогічного досвіду з формування здорового способу життя студентської молоді;

— розробки методичних, інформаційно-довідкових, рекламних матеріалів на допомогу кураторам, вихователям, студентам;

— проведення тематичних семінарів, конференцій, тематичних тижнів, психолого-педагогічних консилиумів з метою надання науково-методичної допомоги професорсько-викладацькому складу у вирішенні проблем профілактики здорового способу життя серед студентської молоді;

— упровадження спеціальних курсів з питань здорового способу життя, в яких передбачено вивчення тем щодо профілактики ВІЛ-інфекції, наркоманії, алкоголізму, а також розкриваються питання планування сім'ї, репродуктивного здоров'я, безпечного материнства;

— упровадження системи безперервного медико-гігієнічного навчання і виховання молоді;

— створення інформаційно-консультативних служб для молоді із залученням медичних та соціальних працівників та педагогів з питань безпечної поведінки та репродуктивного здоров'я.

Отже, планування та проведення профілактичної роботи в напрямі формування здорового способу життя ґрунтується на формуванні в студентів соціально-психологічної компетентності у сфері здоров'я, безпеки та міжособистісних відносин. Основний акцент робиться не на абстрактних знаннях, а на головних детермінантах поведінки – мотивації, уміннях, практичних навичках. Змінюється і сам принцип впливу: від традиційного «викладач говорить – студент слухає», тобто суто інформативний підхід, замінюється принципом спільної діяльності та співтворчості викладача і студента.

Література

1. Методичні рекомендації із проведення просвітницької роботи щодо безпечної поведінки у контексті ВІЛ/СНІД / [О. П. Крупський, О. О. Лаврентьєва]. Дніпропетровськ: ДНУ, 2005. 45 с.

2. Профілактика негативних явищ серед учнівської та студентської молоді (наркоманія, алкоголізм, СНІД) : Навч.-метод. посіб. / В. Є. Сорочинська, О. А. Удалова, В. С. Штифурак, О. Ю. Удалова. К. : Вид-во Європ. ун-ту, 2003. 168 с.

3. Энциклопедический словарь социальной работы. В 3 т. Т. 2 / Под ред. Л. Э. Кунельского, М. С. Мацковской. М.: Центр общечелов. ценностей, 1994.– С. 369.

С.В. Лукова, практичний психолог

Полтавська гімназія «Здоров'я» №14;

Л.О. Жданюк, старший викладач

Полтавський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені М.В. Остроградського

ЗДОРОВ'Я В ІЄРАРХІЇ ЦІННОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ-СПОРТСМЕНІВ

Аналізу проблеми ціннісних орієнтацій особистості присвячено чимало праць видатних психологів (О.М. Леонтьєв, В.М. Мясіщев, С.Л. Рубінштейн, В.О. Ядов та ін.). Звернення до вивчення вікових

особливостей підлітків у працях Л.І. Божович, В.В. Давидова, В.Ф. Моргуна, К.В. Седих, Д.Б. Ельконіна та інших психологів показує, що у підлітковому віці відбуваються такі зміни в особистісному розвитку, які сприяють і які перешкоджають формуванню ціннісного ставлення до здоров'я. Сучасні дослідження українських психологів А.С. Харченко [11], Т.Є. Тітової [9], виявили, що здоров'я в ієрархії цінностей підлітків не займає найвищих рангових місць і не розглядається як фактор, що сприяє досягненню життєвого успіху. За даними Л. Сакаль [7], спортивна діяльність позначається на соціалізації підлітків. І.Ю. Водолагіна [2] вважає, що заняття спортом сприяють формуванню морально-етичних та естетичних цінностей у структурі ціннісних орієнтацій підлітків. Відкритим залишається питання про місце цінності здоров'я в ієрархії ціннісних орієнтацій підлітків-спортсменів.

Актуальність дослідження зумовлена тим, що у підлітковому віці відбувається значна перебудова ціннісної сфери. Процес соціалізації особистості передбачає інтеріоризацію суспільних цінностей. Протягом останніх років в Україні відбуваються різкі соціально-політичні зміни, орієнтовані на демократичні перетворення, що передбачають зміни цінностей суспільства, в цілому, та особистості, зокрема. Враховуючи надзвичайно потужний вплив інноваційних технологій, швидкоплинність та змінюваність соціальних процесів, перенасиченість та суперечливість інформаційного потоку, одним із найбільш актуальних завдань сучасної української школи є формування цінності здоров'я серед учнів підліткового віку.

Об'єктом дослідження є ціннісні орієнтації особистості у підлітковому віці.

Предметом дослідження є ранг цінності здоров'я в структурі ціннісних орієнтацій підлітків-спортсменів.

Мета дослідження полягає у виявленні ієрархії ціннісної сфери підлітків-спортсменів, в тому числі визначенні рангового місця цінності здоров'я в структурі ціннісних орієнтацій учнів.

Основною *гіпотезою* є таке припущення, що систематична спортивна діяльність підлітків позначається на розвитку ціннісно-сміслової сфери, зумовлюючи певні пріоритети в ієрархії цінностей, особливе місце серед яких посідає цінність здоров'я.

У відповідності до мети дослідження і висунутої гіпотези в роботі поставлені наступні *завдання*:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення проблеми ціннісних орієнтацій у сучасній науці, в т.ч. формування цінності здоров'я у підлітковому віці, впливу спортивної діяльності на соціалізацію підлітків та формування ціннісної сфери.

2. Обґрунтувати методики дослідження ціннісних орієнтацій підлітків.

3. Визначити місце цінності здоров'я в ієрархії ціннісних орієнтацій підлітків-спортсменів.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети використано загальнонаукові методи теоретичного рівня та психодіагностичні методики: «Діагностика реальної структури ціннісних орієнтацій особистості» (за С.С.Бубновою) та «Рівень відповідності «цінності» та «доступності» у різних життєвих сферах» (за О.Б. Фанталовою).

Дослідження проводились на базі Полтавської гімназії «Здоров'я» №14 у жовтні-листопаді 2017 року. Об'єм вибірки складає 91 особу віком 14-15 років, серед яких 47 підлітків, які займаються спортом систематично, і 44 підлітка, які не займаються спортом.

Наукова новизна полягає у спробі з'ясування особливостей ціннісного ставлення до здоров'я підлітків-спортсменів.

Нами була розроблена програма дослідження ціннісних орієнтацій підлітків, яка включала наступні етапи діагностики:

- 1) визначення ціннісних орієнтацій підлітків-спортсменів, рангового місця здоров'я у структурі цінностей;
- 2) виявлення рівня співвідношення «цінності» та «доступності» в різноманітних життєвих сферах, зокрема цінності здоров'я;
- 3) визначення особливостей ставлення до здоров'я у підлітків-спортсменів жіночої та чоловічої статі.

Проведене нами дослідження дозволило виявити суперечності у виборах підлітків, зокрема за позицією цінності здоров'я. Згідно результатів дослідження структури ціннісних орієнтацій (за методикою С.С. Бубнової) перші позиції займають цінності самоствердження, гедоністичні та альтруїстичні цінності, наступною є здоров'я (у підлітків спортсменів – на четвертому місці, у підлітків контрольної групи – на п'ятому). Ми відстежили відмінності у структурі цінностей дівчат і хлопців, які займаються спортом. У хлопців-спортсменів на верхівці ієрархії здоров'я поступається лише цінностям самоствердження. Для дівчат-спортсменів більш значущими за здоров'я є цінностям самоствердження (як і у хлопців), а також гедоністичні та альтруїстичні цінності. Зазначимо, що зважаючи на існування у ієрархії протилежних цінностей, яким надається статус пріоритетних, можна припускати недостатню сформованість ціннісної структури підлітків.

Дані отримані за методикою О.Б. Фанталової свідчать про першість цінності здоров'я у ієрархії підлітків-спортсменів та третю порядкову позицію у контрольній групі. Ми встановили відмінності у структурі ціннісних орієнтацій підлітків-спортсменів різних статей. У хлопців-спортсменів на першому ранговому місці є цінність здоров'я. Для дівчат-спортсменів важливішими за здоров'я виявилися цінності сімейного життя.

Порівняльний аналіз міри цінності здоров'я з рівнем її доступності у підлітків-спортсменів дозволив визначити достатній рівень її інтеграції та узгодженості в мотиваційно-особистісній сфері. У системі цінностей

хлопців-спортсменів здоров'я дещо значущіше, ніж у дівчат-спортсменок. На думку хлопців-спортсменів здоров'я є більш цінним, але менш доступним. Для дівчат-спортсменок здоров'я є однаковою мірою і цінне, і доступне.

Зважаючи на той факт, що за певних умов підлітки можуть надавати більше значення цінностям самоствердження, гедоністичним та альтруїстичним цінностям, поступаючись цінності здоров'я, існує необхідність застосування розвивальних впливів (формування ціннісного ставлення до здоров'я, розвитку самодостатності, екологічного ставлення до себе та формуванню вмінь та навичок протидії спокусі).

Висновки. Отже, не зважаючи на наявність розбіжностей щодо першості місця здоров'я в ціннісній ієрархії підлітків, за даними обох застосованих нами методик ранг цінності здоров'я у підлітків-спортсменів є вищим, ніж у підлітків контрольної групи. Порівняння місця цінності здоров'я з рівнем її доступності в ієрархії ціннісних орієнтацій підлітків-спортсменів дозволило встановити, що у хлопців-спортсменів здоров'я є більш цінним, але менш доступним. Для дівчат-спортсменок здоров'я є однаковою мірою і цінне, і доступне.

Література

1. Божович Л.И. Проблемы формирования личности // Избр. психол. труды / Л.И. Божович. – Воронеж, 1995. – С. 192.
2. Водолагина И.Ю. Основные ценности школьников в области физического воспитания / И.Ю. Водолагина // Инновационные технологии в физическом воспитании, спорте и физической реабилитации: Материалы I Международной научно-практической конференции. Т. II. – Орехово-Зуево: МГОГИ, 2015. – С.28-31
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1999. – 487 с.
4. Мясищев В.Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека // Психологическая наука в СССР / Под ред. Б. Г. Ананьева. – Т.2. – М., 1960. – С. 110 - 125.
5. Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики / [Астапов В.М., Бабина В.С., Бузин В.Н. та др.]; под ред. А.И. Зеличенко, – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 176 с.
7. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – М., 1978- 365 с.
7. Сакаль Л. Особливості соціалізації підлітків-спортсменів [Електронний ресурс] / Л.Сакаль, Т. Петровська // Вісник технологічного університету Поділля. – 2002. - №5. – [Ч.3]. – С. 211-214.
8. Седих К.В., Моргун В.Ф. Делінквентний підліток. Навчальний посібник із психопрофілактики, діагностики та корекції протиправної поведінки підлітків для студентів психологічних, педагогічних, соціальних, юридичних спеціальностей та інтернів- психіатрів. – 2-е вид., доп. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2015. – 272 с.
9. Тітова Т. Є. Особливості ціннісно-сміслової саморегуляції підлітків [Електронний ресурс] / Т.Є. Тітова, К.О. Красильна // Психологія і особистість. 2017. – № 1 (11). – С.155-163. Режим доступу: http://psychpersonality.inf.ua/ПО_№1_2017.pdf
10. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта / Е. Б. Фанталова. — Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. — 128 с.

11. Харченко А.С. Психологічні особливості ціннісного ставлення до здоров'я сучасних підлітків [Електронний ресурс] / А.С. Харченко // Психологія і особистість. 2017. – № 1 (11). – С.174-182. Режим доступу:

http://psychpersonality.inf.ua/ПО_№1_2017-15.pdf

12. Ядов В.А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / В.А. Ядов.– Л.: Наука, 1979.– 142 с.

О.В. Омеляненко, викладач;

К.В. Олешко, студентка групи 201Є

*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Останнім часом викликає занепокоєння катастрофічне погіршення здоров'я молоді. Аналіз навчальної діяльності закладів освіти в умовах здоров'язберігаючих, педагогічних технологій показує, що об'єктивно існують суперечності між традиційним рівнем реалізації діяльності науковопедагогічного персоналу освітніх закладів і сучасними потребами суспільства в інноваційних підходах фахівців-новаторів з творчим, науковим мисленням; між потребою суспільства в здоровому підростаючому поколінні та фактичним станом здоров'я молоді. Очевидно, що виховна система, зміни в змісті й організації діяльності навчальних закладів, їх інноваційна спрямованість повинні бути тісно пов'язані з проблемою збереження та зміцнення здоров'я всіх учасників освітнього процесу.

Аналіз сучасної педагогічної практики в навчальних закладах освіти України засвідчує той факт, що більшість захворювань у студентів детермінована у тому числі й недоліками здійснення навчально-виховного процесу в загальноосвітньому навчальному закладі, що зумовлює об'єктивну потребу в підвищенні ефективності системи роботи педагогічного персоналу щодо здоров'язбереження молоді шляхом організації і здійснення методичної роботи навчального закладу з питань здоров'язбереження суб'єктів освітньої діяльності [1].

Державна політика України значною мірою сприяє реалізації здоров'язбережувального напрямку шкільної освіти, забезпечуючи підґрунтя для розроблення підходів до розв'язання проблеми здоров'язбереження молоді. Доказом соціальної актуальності проблеми здоров'язбереження молоді є низка нормативно-правових актів, присвячених оптимізації здоров'я молодого покоління, зокрема: Конституція України; Укази Президента України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, а також низка інших нормативних актів і розпоряджень.

Мета здоров'язбережувальних освітніх технологій – забезпечення умов фізичного, психічного, соціального та духовного комфорту, що сприяють продуктивній навчально-пізнавальній і практичній діяльності

учасників освітнього процесу, заснованій на науковій організації праці та культури здорового способу життя особистості.

Основні здоров'язбережувальні компоненти: – аксіологічний (формування ціннісно-орієнтованих установок на здоров'я як невід'ємної частини життєвих цінностей та світогляду); – гносеологічний (формування системи наукових і практичних знань, умінь і навичок поведінки у повсякденній діяльності, які забезпечують ціннісне ставлення до особистого здоров'я та здоров'я інших людей; розвиток знань про здоровий спосіб життя); – екологічний (усвідомлення того, що людина як біологічний вид існує в єдності з біосферою, сприяє гуманістичним засадам і правилам поведінки в природному середовищі, мікро- й макросоціумі); – емоційно-вольовий (прояв психологічних механізмів, спрямованих на формування досвіду взаємовідносин особистості та суспільства; формує такі якості особистості, як організованість, дисциплінованість, обов'язок, честь, гідність); – здоров'язбережувальний (являє собою систему вправ, спрямованих на вдосконалення навичок і вмінь щодо особистої гігієни, догляду за своїм одягом, місцем проживання, навколишнім середовищем, дотримання режиму харчування, чергування праці та відпочинку, попередження шкідливих звичок, функціональних порушень та захворювань тощо); – фізкультурно-оздоровчий (передбачає підвищення рухової активності, забезпечує загартовування організму, високі адаптивні можливості; підвищення працездатності) [2].

Організація двічі на рік масштабного фестивалю здорового способу життя Well-being Fest. У рамках заходу планується обладнання "станцій" спорту та здорового харчування. Партнери заходу матимуть змогу презентувати власні продукти або послуги, прямо або опосередковано стимулюють розвиток фізичного стану та здоров'я (компанії-виробники продуктів харчування, вітамінів, спортивного обладнання та харчування, товарів для матерів та дітей). У рамках заходу будуть проводитись семінари про здорове харчування, профілактику НІЗ, надаватись поради від тренерів щодо корисності тренувань (окремо буде обладнано тренувальну зону). Всім учасникам заходу пропонуватиметься допомога у підборі найкращої дієти та фізичної активності із урахуванням індивідуальних особливостей організму. Анонсування заходів відбуватиметься каналами медіа, зовнішньої реклами та шляхом створення сторінок події у соціальних мережах [3].

Організація за участі зірок українського спорту відкритих лекторіїв, у рамках яких спортсмени розповідатимуть відвідувачам заходів про користь регулярних тренувань, основи спортивного способу життя та методи профілактики захворювань. Організація серії відкритих тренувань у різних містах країни за участі спортсменів. Тренування будуть проходити циклами у парках, басейнах, спортклубах за попередньою реєстрацією бажаючих. У рамках проекту передбачається налагодження співробітництва із власниками спортклубів (надання локацій для тренувань), а також із представниками компаній для розміщення на території проведення заходу продукції, пов'язаної із покращенням фізичного стану та здоров'я (вода, спортивне обладнання та харчування,

тощо). Анонсування заходів відбуватиметься каналами медіа, зовнішньої реклами та шляхом створення сторінок події у соціальних мережах.

Ініціювання та проведення соціальної кампанії "Спорт = Життя" за участі героїв серед простих людей, життя яких змінилось завдяки спорту. Поширення історій героїв через канали медіа, зовнішню рекламу та соціальні мережі. Основне повідомлення матеріалів – історії подолання хвороби завдяки спорту чи досягли результатів, не зважаючи на фізичні чи інші обмеження. З метою поширення ключових повідомлень кампанії планується залучення партнерів серед медіа ресурсів, а також створення сторінки проекту у соціальних мережах.

Література

1. Ващенко О. Здоров'язберігаючі технології в загальноосвітніх навчальних закладах / О. Ващенко, С. Свириденко. // Директор школи. – 2006. – № 20. – С. 12–15.
2. Концепція формування позитивної мотивації та здоровий спосіб життя у дітей та молоді // Основи здоров'я: книга для вчителя. – К. : Генеза, 2005. – С. 47–57.
3. Здоров'язберігаючі технології у навчальному закладі / упоряд. О. Колонькова, О. Литовченко. – К. : Шкільний світ, 2009.
4. Національна доктрина розвитку освіти [Текст] // Освіта України. – 2002. – №33. – С. 4–6.

Л.М. Оніщук, к.пед.н.,
заступник голови правління ПрАТ «Полтаватурист»

ТРАДИЦІЇ УКРАЇНСЬКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ КУХНІ ТА ЇХ ОЗДОРОВЧИЙ ЕФЕКТ

Існує декілька загальнонаціональних чинників формування гастрономічних традицій на певних територіях і певних етносів. Серед основних можна визначити: географічне розташування та кліматичні умови; релігійні особливості населення; компактність проживання чи наявність на одній території різних етносів, національностей, релігій; інші чинники.

Українська кухня є такою ж культурною спадщиною українського народу, як писемність, мова, мистецтво, що складалася протягом віків та з давніх часів відрізнялася різноманітністю страв, високими смаковими і поживними якостями.

Українська національна кухня склалася досить пізно, в основному до початку — середині XVIII ст., а остаточно — до початку XIX ст., що обумовлено тривалістю і складністю процесу формування української нації й української держави.

На початковому періоді формування української національної кухні крім продуктів переробки зерна і різних овочів, активно використовувалось м'ясо свійських тварин (свиней, овець, кіз, корів, телят) і птиці (курей, гусей, качок, голубів, тетеревів і рябчиків). З диких звірів найчастіше вживали для харчування диких свиней (вепрів), зайців. З городніх овочів використовували свіжу й квашену капусту, буряки, редьку, моркву, огірки, гарбузи. Такі висновки про багатство і

різноманітність їжі, яку споживало населення, можна зробити з аналізу літописів та інших писемних пам'яток, а також - археологічних розкопів Середньої Наддніпрянщини в період Київської Русі.

Наступний період відрізняється урізноманітнення асортименту. Деякі страви (наприклад, борщ) стають традиційними, характерним є **вживання крові** забитих тварин і виготовлення з кров'яних ковбас – кров'янки.

Для українців було типовим нарізне вживання овочів, а не їхніх подрібнених сумішей у вигляді салатів, вінегретів. Салати — пізнє запозичення в XIX ст. із Західної Європи.

Є багато спільних рис польської і білоруської кухонь, однак у національну українську кухню не ввійшли традиції давньоруської кухні, зв'язок з який була втрачена після монголо-татарської навали. **Це відрізняє українську кухню від російської і білоруської**, де древні традиції, хоча і видозмінювалися, але, проте, зберігалися протягом багатьох століть.

Протягом формування українська кухня запозичила деякі технологічні прийоми не тільки німецької й угорської кухні, але і **татарської і турецької**, видозмінивши їх. Так, обсмажування продуктів у перегрітій олії, властива тюркським кухням, було перетворено в українське "смаження" (тобто пасерування овочів, що йдуть у борщ і в другі блюда), що, наприклад, зовсім не властиворосіянським кухням.

Пельменевидне блюдо турецької кухні дюшвара перетворилося в українські вареники, а потім у вареники з характерними національними наповнювачами — вишнями, сиром, цибулею, шкварками. З німецької кухні було сприйняте дроблення продуктів, виражене в різних українських "січениках" — котлетоовидних блюдах з фаршів (січених, дроблених м'яса, яєць, моркви, капусти, грибів і т.п.).

Тривалий час разом з українцями проживали євреї, з одного боку дотримуючись своїх національних уподобань, а з іншого асимілюючи в смакових перевагах в життя українців. І сьогодні ми в дієтичних рекомендаціях здорового харчування згадуємо принципи саме єврейської кухні — не змішування деяких продуктів або їх нарізне вживання — м'ясних і молочних білків, риби, тощо. А також вміння приготувати з одного набору продуктів декілька блюд, наприклад бульйон з птиці, фаршировані шийки, паштет з печінки тощо.

Деяке формування традицій пішло по контрасту зі східними кухнями. Так, наприклад, стало культивуватись в XVI-XVIII ст. уживання свинячого сала. Разом з тим, уживання яловичини, розповсюджене серед російського населення, було порівняно незначним в українців, тому що воли на Україні являли собою тягло вуху добу, і їхнє м'ясо було не тільки менш смачним і більш твердим у порівнянні із свинячим, але у відомій мірі вважалося і не цілком чистим.

Сало вживають як самостійну їжу, головним чином, в сирому, запеченому вигляді, у вигляді шкварок, або у вигляді різної приправи і жирової основи різних страв. Таке відношення до свинини порівнює українську кухню з кухнями західних слов'ян, особливо угорців та білорусів. Сало їдять не тільки сире, солоне, варене, копчене і смажене, на

ньому не тільки готують, але ним шпигують інше м'ясо, де сало відсутнє. Його використовують навіть у солодких стравах, поєднуючи з цукром або патокою.

Українська національна кухня має свої характерні риси, які істотно відрізняють її від інших, в чому значну роль відігравала піч. основний спосіб термічної обробки харчових продуктів залежить від конструкції домашнього вогнища. В Україні це було вогнище закритого типу — вариста піч. Тому тут переважно готували варену, тушковану і печену їжу, сформувалися відповідні смакові стереотипи й звички. Навіть чумаки, які возили сіль із Криму й Приазов'я, тазапрожців походах робили в землі тимчасову пічечку-кабицю і готували в ній традиційні страви: куліш, кашу, лемішку, галушки. Навіть з дичини переважно варили юшку, а не смажили її на рожні, як це робили європейці та інші. **Для нашої кухні є характерним переважання варіння і тушкування над смаженням, соління — над коптінням.**

Хлібна, борошняна їжа урізноманітнювалася переважно рибою, грибами, лісовими ягодами, овочами, молоком і значно рідше — м'ясом. До минулого століття м'ясні страви українців вважалися святковими і не вживали їх щодня.

Щоденне вживання рідких гарячих перших страв було в давнину звичною справою: спочатку - вариво із зіллям, пізніше - борщі, супи, розсольники, кулеші та інші страви, що готуються переважно з рослинних продуктів. Столові буряки - основа українського борщу. Крім того, їх використовують для приготування різних салатів та складову різних гарнірів. Особливо цінуються столові буряки, які мають інтенсивний червоний колір.

Перші страви, в тому числі і борщ, відрізняються великим складом компонентів, смакових приправ та способом повільного приготування томлінням у печі протягом тривалого часу. При цьому, наявність великої кількості жирного бульйону забезпечується ефективним травленням за допомогою додавання природних кислих доданків – квасу, сметани, тощо.

Важливу роль відіграють місцеві смакові приправи – часник, цибуля, хрін, кріп, петрушка та інші, які одночасно відіграють профілактичну антисептичну функцію. Навіть часто родина вживала колодязну воду з відра, в який попередньо було додано чищеного хрону. Такими засобами намагались уникнути страшних епідемій у давні часи. Перець, кардамон, гвоздика, кориця – пізні запозичення з XVI-XVII ст.

Кльоцки (клюски) — страва, що готувалася аналогічно *галушкам*, але з доповнювачами картоплею, яблуками, сиром. Сьогодні це – ліниві вареники.

Вареники — одна з найпоширеніших страв з вареного тіста з начинкою, пісною чи скоромною — залежно від християнського календаря. Як начинку використовували сир, смажену капусту, варену товчену картоплю, мак, калину, вишні та інші ягоди, яблука, варені й товчені сухофрукти (сушину), варену квасолю, горохове пюре, пшоняну чи гречану кашу й навіть борошно. Борошняна начинка була типовою для Полтавщини.

Найважливішим продуктом є мед та виготовлення з нього безалкогольних та хмільних напоїв. Терапевтичні властивості меду в чистому вигляді, в тому числі і в складі інших страв, ні в кого не викликають сумнівів. Це природне джерело вітамінів, мікроелементів, антисептик та антиоксидант, висловлюючись сучасною мовою.

Горілка увійшла в українське життя у XV ст., до цього переважали пиво, питні меди, наливки та вина з місцевого рослинного матеріалу – тернівка, вишнівка, слив'янка та інші... Серед безалкогольних напоїв були поширені квас, узвар, компот, сік, молочні та кисломолочні напої тощо.

Отже, народна гастрономія – це цілий всесвіт, який оточує людину починаючи від народження своїми ритуальними, оздоровчими, терапевтичними традиціями, входячи в наше життя на рівні генетичної пам'яті та емоційного забарвлення. Короваями зустрічають дорогих гостей, вареники несуть до нареченої як символ родючості, коливом поминають пращурів, сало беруть у подорож. І головний принцип українського харчування – готувати й уживати страви потрібно тільки з гарними думками та приємними розмовами.

Е.В. Осипенко, к.пед.н., доцент

УО «Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины»

МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЗКУЛЬТУРНЫХ И СПОРТИВНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ГОРОДЕ ГОМЕЛЬ

Удовлетворение потребностей человека в физическом развитии ради укрепления его здоровья – задача государственного масштаба, которая будет оставаться актуальной всегда. В связи с этим возникает объективная необходимость эффективного развития физической культуры и спорта на благо всего человечества: осознание значимости участия большей части населения в физкультурно-оздоровительных программах, закрепление норм и правил здорового образа жизни в современном обществе.

В настоящее время происходит трансформация образовательной сферы на основе развития модульной системы формирования компетенций, переход от «парадигмы запоминания» к умениям генерировать новые идеи и ставить оригинальные проблемы, находить нестандартные варианты решений, работать в динамично меняющейся среде, создавать и внедрять инновации в производство и социальную сферу.

Необходимо отметить, что на протяжении последних 20-ти лет сохраняется тенденция к росту заболеваемости по обращаемости на 2-4 % в год, увеличивается распространенность хронической патологии, снижается количество практически здоровых детей во всех возрастно-половых группах, что подтверждается данными официальной статистики и результатами выборочных научных исследований [2, с. 167].

Одним из наиболее значимых компонентов здорового образа жизни является оптимальный двигательный режим человека, достаточный

уровень его двигательной активности. Сегодня он не соответствует оптимальным показателям ни у детей, ни у подростков, учащейся молодёжи, задействованных в регламентированных занятиях физическими упражнениями, ни у взрослого населения. Существует необходимость в использовании потенциала свободного времени для увеличения доли двигательной активности граждан в режиме дня, недели и т.д. [3, с. 35].

Физкультурно-оздоровительные услуги относятся к социокультурным услугам и являются важным фактором здорового образа жизни, определяющим продолжительность активной жизни, социального, биологического и психического благополучия граждан, а также фактором профилактики заболеваний, организации содержательного досуга, предотвращения антиобщественных проявлений, формирования гуманистических ценностей [1, с. 42].

Исследования посвящены изучению спроса различных слоёв населения г. Гомеля на физкультурно-оздоровительные услуги через выявление потребительских предпочтений в физкультурных занятиях.

Нами проводилось интервьюирование в 2018 году, в котором приняли участие около 500 человек, проживающих в разных районах г. Гомеля (жители старше 18 лет).

В качестве основных изучаемых показателей выступали количественные и качественные характеристики предпочтений населения: частота занятий физической культурой и спортом; способы улучшения собственного здоровья; цели занятий физической культурой и спортом; наличие опыта занятий физкультурой и спортом в детстве; перечень наиболее востребованных видов занятий физкультурой и спортом; состав личного окружения для посещения занятий по физкультуре и спорту; причины, сдерживающие интерес к занятиям физкультурой и спортом; предпочтения в форме получения физкультурных услуг (в платной/бесплатной); предпочтения в уровне оплаты за физкультурные услуги; предпочтения в посещении спортивных событий; предпочтения в посещении физкультурно-спортивных сооружений для личных занятий; предпочтения в строительстве новых видов ФСС по месту жительства; определение потребительских сегментов рынка физкультурных услуг г. Гомеля.

Необходимо отметить, что большинство опрошенных жителей г. Гомеля (98%), исходя из результатов нашего исследований, заботятся о своём здоровье. Забота о здоровье постепенно становится одной из важнейших ценностных установок человека. Но не смотря на возрастающий интерес к своему самочувствию и физическому совершенствованию, не все жители города активно занимаются физкультурой и спортом. Так, лишь 34% от общего числа опрошенных указали, что практикуют регулярные тренировки (таблица 1).

Таблица 1
Частота занятий физической культурой и спортом

Частота занятий	Занятия физкультурой, %	Занятия спортом, %
Ежедневно	5	6
Несколько раз в неделю	38	47
1 раз в неделю	29	26
1 раз в месяц	10	10
Только зимой	6	4
Только летом	10	5
Другое	2	2

Массовый опрос населения г. Гомеля позволил определить основной состав потребностей потенциальных потребителей физкультурно-оздоровительных услуг через выявление целей занятий физкультурой и спортом (таблица 2).

Таблица 2.
Основные цели занятий физической культурой и спортом

Цель занятий физической культурой и спортом	%
Иметь красивое телосложение	32
Хорошее самочувствие и настроение	8
Соответствовать современному образу жизни и моде	4
Избавиться от избыточного веса	26
Укрепить здоровье	12
Желание уйти от повседневного однообразия	10
Составить компанию и пообщаться с друзьями	4
Просто отдохнуть	3
Другое	1

Нами констатируется, что физкультурно-оздоровительные услуги выполняют важную роль в практической реализации многообразия социальных функций физической культуры, которые удовлетворяют не только потребность личности в улучшении здоровья, но удовлетворяют эмоциональные, рекреационные, коммуникативные потребности, потребности в улучшении телосложения, создании красивой внешности, потребности соответствия модным тенденциям и другое.

Анализ результатов исследования показал, что 58% респондентов в детстве занимались в физкультурно-спортивных секциях, клубах, детских спортивных школах и т.п. достаточно продолжительное время (более одного года). 28% опрошенных также имели опыт регулярных занятий физкультурой и спортом в детстве, но кратковременный период (менее года). Из наиболее востребованных видов спорта респондентами были отмечены: легкая атлетика, плавание и баскетбол. Также следует обратить особое внимание на то, что 18% опрошенных вообще регулярно не занимались физкультурой и спортом в детстве, и 14% имели освобождение от занятий физической культурой и спортом по состоянию здоровья.

Анализ результатов, полученных в ходе опроса населения г. Гомеля по структуре предпочтений к видам занятий физической активностью, выявил особенности, заключающиеся в дифференциации потребления физкультурно-оздоровительных услуг по сезонам. Так, в зимнее время года наиболее востребованы: катание на коньках (42%), катание на лыжах, санках (8%), катание на горных лыжах (5%), игра в футбол (9%). Летом наиболее популярными являются: плавание в водоемах (26%), оздоровительный бег (28%), игровые виды спорта (футбол – 16%; волейбол – 7%), катание на велосипеде (20%), посещение фитнес – центров (12%). В течение всего года наиболее популярны: посещение тренажерных залов (32%), плавание в бассейне и природных водоемах (19%).

Структура потребления физкультурно-оздоровительных услуг населением г. Гомеля свидетельствует о приоритетном выборе в пользу бесплатных физкультурных услуг: им отдали предпочтение 77% респондентов, в то время как платным лишь 23%. Необходимо отметить, что при постепенном повышении благосостояния населения количество платных занятий будет возрастать (при условии своевременного повышения качества и разнообразия предоставляемых услуг).

Фактические ежемесячные расходы жителей города на занятия массовой физкультурой и спортом различны. Возможность тратить на физкультурно-оздоровительные услуги 3–5\$ в месяц есть у 3% опрошенных респондентов, 6–7\$ в месяц у 42 %, 8–10\$ в месяц у 22 %, 12–13\$ в месяц у 24 %, 15–20\$ в месяц всего лишь у 5 %, а возможность тратить свыше 25\$ в месяц на занятия есть у 4 % опрошенных.

Основными факторами, ограничивающими возможность занятий физкультурой и спортом, являются: недостаток свободного времени (34%); лень (23%); недостаток денежных средств (28%); неудобное месторасположение мест для занятий (8%). Среди наиболее популярных и часто посещаемых зрелищно-спортивных мероприятий респондентами были отмечены: матчи по хоккею (42%); соревнования по легкой атлетике (21%).

Таким образом, на основе социологического опроса населения г. Гомеля выявлен недостаток предложения физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений: отсутствие спортивных детских площадок (отметило 29% респондентов), открытых спортивных

площадок для спортивных игр (11%), бассейнов (14%). Результаты проведенного социологического опроса населения г. Гомеля окажут содействие в разработке мероприятий культурно-развлекательного досуга граждан, разработке и развитии концепции физкультурно-спортивного воспитания различных слоёв населения по месту жительства.

Литература

1. Зуев, В.Н. Региональные исследования качества физкультурно-оздоровительных услуг, предоставляемых физкультурно-спортивными организациями / В.Н. Зуев, Н.Г. Милованова, Д.В. Грамотин // Теория и практика физической культуры. – №4, 2015. – С. 42–45.
2. Осипенко, Е.В. Самооценка здоровья и образа жизни школьниками Гомельского региона / Е.В. Осипенко // Вестник Томского государственного университета. – 2018. – №431. Июнь. – С. 166–169.
3. Хакунов, Н.Х. Формирование базовой физической культуры личности в учебных заведениях / Н.Х. Хакунов; Адыгейский гос. ун-т, Институт физической культуры и дзюдо. – Майкоп: Изд-во АГУ, 2007. – 150 с.

Л. М. Павлишина

ОКНЗ «Лозуватська ЗОШ І-ІІІ ст. ім. Т. Г. Шевченка»

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗБЕРЕЖЕННЯ Й ЗМІЦНЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ НА УРОКАХ УКРАЇНСЬКОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Тривалий час поняття «здоров'я» виводилося із протиставлення із хворобою й стан здоров'я фіксувався як відсутність хвороби. Проте, поняття «здоров'я» постійно розвивається і може мати кілька трактувань. Досліджуючи показники психічного здоров'я найчастіше розглядають стан психіки відносно так званої «ідеальної» або «середньостатистичної» норми. При цьому провідним критерієм психічного здоров'я є ступінь соціальної адаптації особи, тобто відповідності її поведінки вимогам навколишнього соціуму [3, с. 125].

Показники офіційної медичної статистики останніх десятиліть віддзеркалюють стійку тенденцію зростання психічних розладів серед усіх вікових груп населення загалом, і серед підлітків зокрема. За даними ВОЗ у світі біля 20 % дітей і підлітків мають різні порушення психічного здоров'я [1]. І це не є випадковим, оскільки поряд із впливом несприятливих екологічних факторів відбуваються суттєві зміни як в суспільстві, так і безпосередньо в родині. Старі норми й життєві цінності, що панували раніше в суспільній свідомості й підтримувалися різними державними інститутами, багато в чому не відповідають реаліям життя, які формуються ринковою економікою, демократизацією суспільних відносин.

На очах дітей руйнується система традиційних відносин у родині, відбувається соціальне розшарування, розподіл на багатих і бідних, успішних

та нереалізованих. Змінюється статус батьків, зменшується їх роль у формування ціннісної свідомості учнів, що позначається на атмосфері в родині й у дитячому середовищі. Розшарування родин приводить до розмаїтості підходів у формуванні ціннісної системи підлітків. У одних випадках родини прагнуть виховувати дітей, прищеплювати їм загальнолюдські цінності; у інших – існує серйозне обмеження в розвитку дитини, заохочується робота підлітків замість одержання освіти, прищеплюється орієнтація на досягнення матеріального статку в будь-який спосіб, споживацьке ставлення до людей та довкілля. Є ще й третій шлях. У окремих родинах дітьми засвоюються установки на презирство до багатства, власності, формується вкрай обмежене коло суспільних потреб, відсутній інтерес до суспільного, культурного життя, культивується «відхід» від дійсності «в себе», або в різного роду вірування [5, с.3].

Школа часто перебуває осторонь від процесу формування ідеалів і цінностей у підлітків, натомість ЗМІ демонструють високі стандарти життя еліти й формують у підлітків орієнтації на обов'язковий кар'єрний успіх та високу матеріальну забезпеченість. Невідповідність надуманому стандарту породжує психічні розлади, виснажує організм підлітка, гальмує формування його загальної культури [5].

Вважаємо, що збереження психічного здоров'я учнів має перебувати в центрі уваги школи й кожного вчителя. Потребують переорієнтації зміст освітніх технологій, дидактичних і виховних концепцій, які повинні націлюватися на забезпечення умов для самореалізації, самовизначення особистості учня в просторі сучасної культури, створення на уроках особливої духовно-моральної атмосфери, що сприяє формуванню ціннісних орієнтацій і моральних якостей з наступною їхньою актуалізацією у розв'язанні навчальних та життєвих проблем.

Підлітковий вік є періодом інтенсивного формування системи ціннісних орієнтацій, що чинить вплив на становлення характеру й особистості загалом. Це пов'язане з появою на даному віковому етапі необхідних для формування ціннісних орієнтацій передумов: оволодінням понятійним мисленням, нагромадженням достатнього морального досвіду, соціальним становленням. Процес формування системи ціннісних орієнтацій стимулюється значним розширенням спілкування, зіткненням з різноманітними форм поведінки, поглядів, ідеалів [3].

Важливою умовою є включення учнів у соціально значущі відносини, в яких школярі здобувають конкретні ціннісні знання, засвоюють ціннісні норми, досвід гуманістичного ставлення.

Психологами доведено, що необхідною базою формування ідейних переконань та ціннісних орієнтацій є естетичні почуття, що виростають на ґрунті знань. Отже, учнів треба ставити в такі ситуації, у яких виявилася б їхня особистісна позиція. А завдання вчителя літератури – зробити вивчення кожного твору чимось близьким для них, таким, що викликає роздуми, почуття (радості, болю, жалю, суму, гніву, обурення тощо).

Емоційна забарвленість проблемної інформації знімає втому дітей,

створює належний тонус у навчанні. «Можна з упевненістю сказати – стверджує Г. Щукіна, – що емоційні переживання особистості у пізнавальному процесі є важливішим фактором, який підкріплює пізнавальний інтерес» [6, с. 45]. Емоції не тільки відображають характер діяльності, а й тісно пов'язані з потребами людини. Власне емоційне переживання є особливою формою виявлення учнями ставлення до художніх цінностей.

Почуття, емоції – це пусковий механізм не тільки сприйняття твору, але й розвитку творчої уяви, мислення, волі. Дефіцит емоцій, сухий раціоналізм на уроках літератури породжує в дітей душевну глухоту, хибну ієрархію цінностей. Тому так важливо, щоб кожен урок відзначався не лише високим інтелектуальним, але й емоційним тлом.

Емоційне тло уроку літератури створюється не тільки естетичними, а й інтелектуальним емоціями: радістю пізнання, вдалого вирішення проблеми, аналізу «красивої» драматургії. Емоційні стани збуджуються почуттями радості, здогадки, задоволенням, сумніву, засмучення, здивування, захоплення, впевненості. Із одного боку вони регулюють пізнавальний процес, а з іншого – стимулюють його [6].

Існують різноманітні шляхи стимулювання емоційно-пізнавальної активності учнів: застосування музичного супроводу, драматизації, виразного читання, римування, художнього оформлення тощо. Все це додає емоційної піднесеності процесу навчання, дозволяє зачепити найважливіші «струни» в душі учня, формувати цілісну, духовно багату особистість.

Психофізичний розвиток учнів спричиняє появу нових акцентів у сприйнятті літератури підлітками і нових методичних підходів до її вивчення. В учнів великою популярністю користуються ті художні твори, в яких ставляться важливі моральні проблеми людського буття, психологічно осмислюються стосунки людини з суспільством, порушуються питання про моральні норми тощо. У художній літературі учні 9-11 класів шукають відповіді на ті проблеми, які їх найбільше хвилюють, осмислюючи і своє місце в житті. Улюблені твори підлітків – поезія і проза високого громадянського звучання. Серед пісень – передусім твори про кохання [4].

Причому підлітки наслідують не суто конкретний образ героя твору, його дії і вчинки, а скоріше моральний ідеал узагальненого характеру. А наслідування ідеалів – вищий прояв моральної зрілості людини – відзнака цього вікового періоду. «Необхідно особливу увагу зосереджувати на вихованні цінностей національного характеру, прищеплювати стійкий інтерес до історії народу. Література покликана сприяти відродженню національних традицій, усвідомленню українського народного характеру, його менталітету» – вважає Є. Пасічник [4, с. 120].

Отже, важливими педагогічними умовами збереження й зміцнення психічного здоров'я учнів на уроках української літератури є гуманізація навчально-виховного процесу, створення атмосфери взаєморозуміння та

співробітництва, урахування індивідуальних та вікових особливостей підлітків, стимулювання їх емоційно-пізнавальної активності.

Література

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – Женева: ВОЗ, 2001. – 2 с.
2. Дмитриева Н. В. Индивидуальное здоровье и полипараметрическая диагностика функциональных состояний организма / Н. В. Дмитриева, О. С. Глазачев. – М. : Здоровье, 2000. – 214 с.
3. Кирилова Н. А. Ценностные ориентации в структуре интегральной индивидуальности старшеклассников / Н. А. Кирилова // Вопросы психологии. – 2009. – № 6. – С.29–35.
4. Пасічник Є. А. Методика викладання української літератури в середніх навчальних закладах : Навчальний посібник для студентів вищих закладів освіти / Є. А. Пасічник. – К.: Ленвіт, 2000. – 384 с.
5. Ценностные ориентации современной молодежи: Обзор социологических исследований / В. П. Вдовиченко. – М. : РГШБ, 2005. – 18 с.
6. Щукина Г.И. Педагогические проблемы формирования познавательных интересов учащихся / Г. И. Щукина. – М. : Педагогика, 1978. – 160 с.

О.С. Пустильник, викладач
Криворізький державний педагогічний університет

ТЕХНОЛОГІЇ ОЗДОРОВЧОГО СПРЯМУВАННЯ У ЗМІСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЛОЛОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Статистика рівня сучасної фізичної підготовки майбутніх фахівців неспеціальних факультетів засвідчує негативну динаміку фізичної підготовки. Зокрема, статистика засвідчує, що близько 50 % майбутніх фахівців як під час навчання, так і після закінчення вищого навчального закладу не мають достатнього рівня розвитку загальних і професійно-прикладних фізичних здібностей, які б забезпечували достатній рівень вияву здоров'я, у тому числі з урахуванням специфіки педагогічної діяльності. Окрім того, через відсутність спеціальних знань щодо фізичної культури й ведення здорового способу життя, майбутні учителі мають достатньо низьку мотивацію й несприйняття аксіологічності цінностей фізичної культури як важливого ресурсу здоров'язбереження. Викладені вище чинники загалом кумулятивно призводять до негативної динаміки працездатності педагогічного працівника.

Викладене вище дозволяє зробити висновок про те, що сучасний стан організації професійно-прикладної фізичної підготовки потребує модернізації з урахуванням міжнародних і вітчизняних стандартів якості професійної освіти, що змінює пріоритети традиційного викладання дисципліни «Фізична культура», натомість набувають ваги змістовні

складники варіативних / факультативних курсів із загальної фізичної підготовки, які спрямовані на всебічний розвиток фізичних здібностей і вітальної витривалості майбутніх учителів філологічних спеціальностей.

Мета тез – описати технології оздоровчого спрямування у змісті підготовки майбутніх учителів філологічних спеціальностей.

Наукове обґрунтування створенню сучасних оздоровчих систем у змісті професійної підготовки, а також основи валеологічної ерудиції майбутніх педагогів відтворюють праці зарубіжних і вітчизняних науковців (Л. Ващенко, М. Гончаренко, Л. Горяна, О. Дубогай, С. Лапаєнко, Є. Неведомська та інші). Загальновідомо, що дотримання здорового способу життя, а також заняття оздоровлювальними технологіями сприяють підвищенню рівня здоров'я; естетичному самовдосконаленню через пропорційність і симетрію м'язів і загальний гармонійний розвиток всіх м'язових груп; підвищенню працездатності. Одним із головних завдань професійно-прикладної фізичної підготовки студентів філологічних спеціальностей є формування нових підходів з використанням сучасних видів спорту, а також оздоровлювальних технік.

Актуальність порушеного питання пояснюємо також стратегічним значенням: знання вчителями основ валеологічних знань, а також ведення здорового способу життя сприятиме в подальшому успішній реалізації виховного напрямку молодого покоління, зокрема – формування усвідомленого ставлення до ведення здорового способу життя.

Відповідно до Концепції неперервної валеологічної освіти в Україні (Т. Бойченко, Н. Вадзюк, С. Волкова, В. Горащук, В. Мовчанюк, В. Муратова, Т. Усатенко, А. Царенко, М. Шабатура) [1, с. 8–9] валеологічна підготовка майбутніх учителів філологічних спеціальностей рекомендовано за такими валеологічними принципами: 1) науковості й доступності змісту валеологічної освіти (з урахуванням народних традицій – наприклад, щодо збалансованості національної кухні; оздоровлюваного ефекту лікувальних рослин тощо); 2) системності в розгляді проблем здоров'я; 3) гуманізації (сприйняття людини в гармонійному поєднанні з довкіллям та спрямування на усвідомлення вагомості людиноцентристського принципу; 4) інтегративності (на рівні управління освітньою структурою, що передбачає охоплення здоров'язбережувальною діяльністю всіх підрозділів навчального закладу; на рівні тематичного об'єднання інформації щодо різновиду, змісту й технології застосування здоров'язбережувальної технології).

Практика популяризації й подальшого упровадження технологій оздоровчого спрямування у змісті фізичної підготовки (у її варіативному напрямі реалізації) майбутніх учителів філологічних спеціальностей передбачає: 1) формування мотивації і ціннісних настанов до здорового способу життя шляхом рефлексії й відповідного самоконтролю; 2) оптимізація рухової активності шляхом залучення студентів до видів спорту (теніс, дзю-до) / оздоровлювальних технік (елементи хатха-йога; фізичні вправи, спрямовані на загальне укріплення м'язів організму; піші екскурсії містом тощо); 3) раціональне харчування (ознайомлення з

традиціями національної кухні; організація свята національної кухні «Сорочинський ярмарок»); 4) особиста гігієна; 4) відсутність шкідливих звичок; 5) поглиблення наявних базових знань про анатомію та фізіологію організму людини, а також про методи та прийоми збереження і зміцнення здоров'я власного й навколишніх.

На рівні методичного супроводу у змісті фізичної підготовки майбутніх учителів філологічних спеціальностей розроблено й впроваджено такі види технологій оздоровчого спрямування: 1) здоров'язбережувальні технології (організація оптимального рухового режиму, забезпечення раціонального харчування, профілактика інфекційних захворювань (у тому числі з урахуванням світових проблем здоров'язбереження – поширення СНІДу й туберкульозу; венеричних захворювань); дотримання санітарно-гігієнічних норм); 2) оздоровчі технології (фізіотерапевтичні (фрагменти хатха-йоги, зокрема, методика використання дихальної гімнастики за Бутейком), загартовування, гімнастика (степ-гімнастика; акробатична гімнастика)); 3) технології навчання здоров'я (поглиблення знань щодо типів залежності, які мають місце в інформаційній цивілізації – інтернет-залежність); 3) технології забезпечення безпеки життєдіяльності (дотримання правил пожежної безпеки, охорони праці, цивільної оборони тощо); 4) екологічні здоров'язбережувальні технології (підвищення рівня духовно-етичного здоров'я майбутніх учителів, формування у них екологічної свідомості та прагнення до збереження навколишнього середовища (у тому числі з урахуванням специфіки промислового регіону)).

Література

1. Концепція навчання здорового способу життя на засадах розвитку навичок : інформ. зб. з життєвих навичок / [авт.-упоряд. М. Бело]. – К. : Генеза, 2005. – 77 с.

А.П. Самодрин, д. пед. н., професор,
ВНЗ «Міжнародний гуманітарно-педагогічний
інститут «Бейт-Хана», м. Дніпро

ЦІННІСНО-СМИСЛОВІ ОРІЄНТИРИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ: РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Нині в біосфері стрімко зростає ноосфера П. Тейяра де Шардена – Е. Ле Руа – В.І. Вернадського [1; 2; 8; 9]. Людський фактор при цьому – найбільша загроза Землі й несвідомій людині. Недоосвічена людина і її споживацька поведінка призводить не лише до сліпого зростання біомаси людства й формування відходів «господарювання», а й до дистрофії мислительного начала, формуючи по суті *некросферу* (за В.П. Казначєєвим [2]).

Повільно реагує на ці процеси педагогічна освіта та і університетська в цілому мало прагне втілення *космізму*... А в цей час

стрімко відбуваються освітньо-суспільні розшарування і як демонстрація занепаду освіти – видова диференціація методу...Надалі утриматися в житті індивід зможе лише «ухопившись освітою» особистісно за космос як світопорядок, пізнаючи його як всесвітній дух... Людині Землі неминуче належить зрозуміти *вічну ноосферу життя* і відобразити її своєю свідомістю – збудувати ноосферу в собі й біосфері планети.

М.Г. Холодний вважав, що розум людини зростає і розвивається на основі неперервного і активного пристосування його до явищ природи, «він не може створювати нічого, що заперечувало би закономірність структури космосу або закономірний хід його еволюції, так як сам він є породженням того ж космосу, еволюціонуючої матерії» [5, с. 145]. Проте, говорячи про систему освіти України, ми скрізь натикаємося на «ті ж самі граблі» – *що таке нова школа*. На часі – фундаменталізація загальної освіти збагаченням творчої енергії поряд з модернізацією педагогічної освіти їїнауковим поглядом на ноосферну перспективу, еластичність освітнього каналу. Настає час активного педагогічного супроводу людини протягом всього її життя і усіх вікових сегментів її життєвої траєкторії. Через невідповідність освіти, ми живемо в час завищеної самооцінки масової людини, живемо в борг за рахунок ненароджених поколінь. А поряд елімінує людський геном і при цьому декларативно й цинічно вимагає для людини більш гідного життя і свобод[4].

Для прориву такої близькодії, щоб уникнути хиби розвитку на майбутнє, слід формувати освітні системи як генератори мислі, що продукуватимуть «великі особистості» (слідомза В.І. Вернадським [1; 9]), що зможуть організовувати самоорганізацію в суспільстві за космічним правилом, генерувати енергію творчості як синтез віри і розуму, опираючись на принципи розвитку особистості в світлі геології інтелекту.

Це бачення змусило нас сформулювати принцип додатковості-доповнювальності для педагогіки (2005 р.): «будь-яка «нова педагогіка», що претендує на більш глибоке описання педагогічної реальності й на більш широке коло застосування, ніж «стара», повинна вмішувати «попередню» як граничний випадок» [5]. Маємо проблему – у широкому (спектрі) освіченості (суспільно-індивідуального наближення до мети – по новому усвідомити космізм знань, еволюціонізм, науково-технічний прогрес, екологізм біосфери, розвиток людства в напрямі громадянськості його членів на засадах соціальної держави, життєдіяльність особистості, профільність, творчий потенціал особистості щодо гармонізації людини і природи) віднайти для особистості певний *промінь* її духовності – профільний канал особистісної творчої еволюції – особистісно-профільно-професійно-суспільно-космічно-орієнтований. Освітня реформа – це своєчасне охоплення рухів самоорганізації освітнього древа, що пнеться до нових смислів з низу, від початків, до верху як спроектованого продукту, зовнішнім поглядом садівника – з верху, з позиції виплеканої віри, до низу – з думкою, що буде далі з цим насадженням. Сад освіти твориться як засади, що культурно зрошують як самозрощування для

користі. Освіту педагогу як сад садівнику слід по-особливому любити і вирощувати в собі як ідею, де, поряд з омріяним образом, діють любов до життя і надія на краще в ньому, піддаючи упевненості Розуму випробуваннями сумнівами. Освіта для педагога – це той сад добра, котрий тобі, як садівнику, можливо й не дочекається в якості омріяних плодів. Це – краса самого процесу мріяння, шлях до недосяжної зорі – плекання «надії крізь тернії». А полем цього саду є людські душі, що живуть у цьому Світі, упорядкованому небесним законом – космосом. Щодо суспільства людей мусить наступити час демократії – кооперації всіх його членів цілеспрямовано, посередництвом відповідної освіти – ноосферної, розвиватися в науково простежених лоціях еволюції природи і людської думки як синтез віри і науки.

Якщо життя невпинно вносить асиметрію в симетрію мінерального світу, то профільність – в найкращий спосіб (шлях) дозволить людині посередництвом науково оформленого розуму намагатися відновлювати цю симетрію, побудувавши свідомість як простір-час, що передбачає «сорт дії» в напрямі «освітня мета – світова ноосфера». Відомий принцип А. Ле Шательє гласить: зовнішні впливи, що виводять систему із термодинамічної рівноваги, викликають в ній процеси, які намагаються ослабити результати цих впливів, або ж – система, виведена з рівноваги, прагне повернутися до неї, ми додамо: *діючи сортаментно, профільно* [6, с. 705]. Явище регіоналізації – процес розгортання, становлення структури антропосфери в епоху глобалізації [3] – має носити характер *антропологізації*. Профільно-професійною освітою регіон (не адміністративний, а суто природний) із соціально-виробничої сфери перетворюється на соціоприродну організацію як профільно-антропологізовану систему. Посилення ролі когнітивізації є генеральним напрямом еволюції природи взагалі – і регіон не може бути випадком... Тому на черзі дня української системи освіти:

- проектування майбутнього в складі триєдиної освітньої *мети-ідеалу* «соціальна держава – громадянське суспільство – екологічне мислення» має розпочинатися в умовах *системи освіти регіону* як суто природної території, де діє державний, регіональний і шкільний компоненти змісту освіти (академічна і прикладна складові);

- система освіти України повинна керуватися рамковим законом про освіту та регіональними освітніми конституціями, а шкільний компонент змісту освіти розробляється на засадах нормативних документів освітнього закладу;

- шлях освіти розпочинається як психолого-педагогічна проблема в нетрях особистості, протікає як поліморфізм інтересів (аморфні – широкі – стержньові) в напрямі можливостей їх реалізації в суспільній праці як профільність;

- початки пізнання зрощуються правильним зануренням особистості в природу, в життя – умовами екологічної стежини регіону з точками споглядання і вивчення довкілля (мають тенденцію поглиблення

навчального матеріалу, реалізують декомпозицію проблеми вдосконалення якості життя на засадах наукового вивчення методу);

- освітянське середовище розвивається за демократичним принципом, де діє дух законів, збалансованість усіх гілок влади на всіх рівнях організації, повага до особистості;

- ноосферна освіта реалізує синтез природного та історичного процесу, враховує темпи формування глобальних демократичних суспільних відносин як синтез праці, розуму і наукової думки в інтересах цивілізації.

Література

1. Вернадский В. И. Начало и вечность жизни. М. : Сов. Россия, 1989. 704 с.
2. Казначеев В. П. Феномен человека: космические и земные истоки. Новосибирск: Кн. изд-во, 1991. 128 с.
3. Ковалев А. П. Регионализация на современном этапе: элементы прошлого, настоящее, будущее // Регіональні перспективи. 2002. С. 6–11.
4. Кордюм В. А. Биоэтика – ее прошлое, настоящее и будущее // Практична філософія. 2001. № 3. С. 4–20.
5. Самодрин А. П. Формування навчально-освітнього простору регіону : [монографія]. Кременчук : ПП Щербатих, 2006. 456 с.
6. Советский энциклопедический словарь (3-е изд.; гл. ред. А. М. Прохоров; ред. кол. М. С. Гиляров, А. А. Гусев, И. Л. Кнунянц, М. И. Кузнецов и др.). М. : Сов. энциклопедия, 1984. 1600 с., ил.
7. Холодный Н. Г. Избранные труды. К.: Наукова думка, 1982. 444 с.
8. Шарден П. Тейяр де. Феномен человека/ Пьер Тейяр де Шарден. М. : Наука, 1987. 240 с.
9. Я верю в силу свободной мысли... : письма В. И. Вернадского И. И. Петрункевичу; вступ. слово акад. В. С. Соколова // Новый мир. 1989. №12. С. 204–221.

Р.Р. Сіренко, к. наук з фізвих. і спорту, доцент
*Львівський національний університет
імені Івана Франка*

ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІСТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ У СТУДЕНТСТВА ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Постановка проблеми. Тенденція уповільнення розвитку свідомості молоді в Україні може отримати позитивне вирішення на основі всебічного розвитку особистості студента: не просто вдосконалення його підготовленості, а всебічний і гармонійний його розвиток, що забезпечує високу ступінь активності, мобільності та адаптації до швидко мінливих умов ринку. Для цього необхідно розвивати у студентів уміння поповнювати свої знання, вчитися думати, робити самостійні висновки на базі конкретних знань, формувати навички перетворювального інтелекту, який дозволить їм стати конкурентоспроможною особистістю.

Вирішення цих завдань можливе лише за умови культури утворюючого характеру змісту освіти, в якому повинні бути цілісно і гармонійно представлені цінності матеріальної та духовної культури,

науки, провідні сфери мистецтва, економічна культура і культура праці, політична, правова, комунікативна культура. Найважливіше значення має фізична культура, як історично детермінована галузь загальної культури та історії людства.

Виклад основного матеріалу. Процес формування фізичної культури особистості з позицій гуманістичної та соціальної спрямованості розрахований на створення нової системи уявлень про цей процес і реалізацію в контексті цілей демократизації і гуманізації суспільства та особистісних потреб студентів у галузі фізичної культури. Подолати відчуження фізичного виховання від особистості можна тільки шляхом гуманізації, повороту всієї системи виховання до людини, до поваги її особистості, гідності та довірі до неї, прийняття і розуміння її інтересів, особистісних цілей і мотивів її діяльності.

Фізична культура вносить свій внесок у формування цілісної особистості з достатньо розвиненою гуманістичною орієнтацією, здатної адекватно діяти в різноманітному соціокультурному світі. Вона ініціює людину на різні форми соціальної активності, в числі яких громадянськість, гуманізм, творча спрямованість, працьовитість, високий рівень моральності. Формування соціально-гуманістичних якостей особистості студента - це цілеспрямований, багатогранний і водночас цілісний процес, обумовлений сукупністю факторів, які складають причину і рушійну силу її розвитку і становлення.

Суб'єктивні чинники, що визначають рівень соціально-гуманістичної культури студента є сукупністю якостей і властивостей особистості, які самостійно формуються, регулюються, змінюються і визначають спрямованість і схильність. Їх можна, так само як і об'єктивні чинники, розділити на загальні індивідуально-неспецифічні, притаманні всій соціальній групі студентів, і індивідуально-специфічні, які відображають виражену індивідуальність, її специфіку якостей і властивостей.

У сукупності факторів, що підвищують активність студентів, певна роль належить фізкультурно-спортивним традиціям, за допомогою яких успішно вирішуються завдання з формування у майбутніх фахівців активної соціальної і професійної позиції, залучення їх до фізкультурно-спортивної діяльності та формування позитивного ставлення до неї, виховання любові до свого фаху, навчального закладу.

Характерною особливістю процесу формування фізичної культури студента є вплив викладачів на розвиток молодого покоління. Удосконалення системи контролю та корекції, оцінки рівня фізичної культури студентів, облік їхніх соціально-демографічних характеристик, індивідуальних особливостей та інтересів дозволяють удосконалювати навчальну діяльність, зробити її більш керованою і ефективною. Таким чином, об'єктивні і суб'єктивні чинники процесу формування соціально-гуманістичних цінностей студентської молоді взаємопов'язані, взаємообумовлені і утворюють цілісну структуру.

Фізична культура загалом є специфічною формою прояву таких фізичних якостей як спритність, швидкість, сила, витривалість та інші. Вони надають специфічний вплив на розвиток здібностей до рухової творчості, а, отже, мають тісний зв'язок з рівнем розвитку інтелекту і духовних якостей особистості. В процесі систематичних занять фізичною культурою і спортом здійснюється глибокий зв'язок фізичного виховання з моральним, розумовим і естетичним, оскільки духовні якості людини, її моральні принципи розкриваються повніше.

Здібності, що формуються у процесі занять фізичною культурою, соціального спілкування та наукового пізнання, стають необхідними компонентами та найважливішою умовою розвитку молодшої людини і різних видів її суспільної діяльності. Сутність процесу виховання тісно пов'язана з соціально-гуманістичними цінностями фізичної культури особистості й полягає в планомірному і систематичному розвитку позитивних якостей у молодих людей, особливо студентства.

Висновки. Формування особистості молодшої людини в сучасному світі – це створення цілісного підходу до власного життя і визначення напрямку своєї діяльності. Молодь сьогодні переживає процес соціалізації та виховання в умовах постійних змін, коли вибір орієнтацій пов'язаний з набуттям нових життєвих поглядів та досвіду. Сучасна фізична культура багата за змістом і складна за своєю структурою, в ній закладені величезні можливості для соціально-гуманістичного виховання молодшої людини.

Література

1. Данилко М. Тенденції розвитку вищої освіти у галузі фізичного виховання і спорту / М. Данилко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2002. – № 2-3. – С. 49–52.
2. Пономарева Т.А. Физическая культура и спорт в системе ценностных ориентаций учащейся молодежи / Т.А. Пономарева // Теория и практика физической культуры. – 2007. – № 5. – С. 68–69.
3. Сущенко Л.П. Професійна підготовка майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту: (теоретико-методологічний аспект) : [монографія] / Л.П. Сущенко. – Запоріжжя : ЗДУ, 2003. – 442 с.

С.П. Яланська, д. психолог. н., професор
*Полтавський національний педагогічний університет
імені В. Г. Короленка*

ЕКОПСИХОЛОГІЧНА ПОВЕДІНКА МОЛОДІ ЯК УМОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

В умовах сучасних суспільних змін беззаперечним є завдання виховання морально, соціально, духовно, фізично здорової людини, формування особистості з екологічною свідомістю, екопсихологічною поведінкою. Повноцінний здоровий спосіб життя людини, психологічне,

психічне, фізичне здоров'я не можна розглядати поза зв'язком з навколишнім інформаційним, сімейним, громадським середовищем, без відчуття гармонії з природою. На основі психологічного аналізу проблеми екопсихологічної поведінки молоді як умови здорового способу життя людини визначено дослідження різних науковців.

С. Дерябо та В. Ясвін відзначають, що особистість з екологізованим мисленням, екологічною свідомістю, характеризує непрагматична взаємодія з оточуючим, природним середовищем [1].

В. Пантюк на основі розгляду питання формування екологічної свідомості у студентів гуманітарного профілю в процесі навчання у вищій школі (Білорусія) описує результати дослідження суб'єктивного ставлення студентів до природи на різних курсах навчання. Отримані результати свідчать про переважання когнітивного і естетичного типів мотивації взаємодії з природними об'єктами і низькодомінантне суб'єктивне ставлення до природи [3]. Д. Дубиніною здійснено емпіричне дослідження вікового аспекту екологічної свідомості (Україна). Результати емпіричного дослідження свідчать про домінування колаборативної екодиспозиції у досліджуваних. Було виявлено, що у підлітків домінують я-цінності, у юнаків – екологічні цінності, у дорослих та людей похилого віку – моральні та соціальні цінності [2]. У дослідженні взяли участь 96 студентів І-х курсів Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, які вивчають природничі дисципліни. Виявлення мотивації екопсихологічної поведінки студентів було здійснено за допомогою методики «Альтернатива» за В. Ясвіним, С. Дерябо.

Отримані результати представлено у табл. 1. З табл. 1 зрозуміло, що за типом мотивації респондентів: когнітивний тип переважає у 36,2 %; естетичний тип переважає у 21,6%; прагматичний тип мотивації у 17,6%; практичний – у 13,0%; прагматично-практичний, прагматично-естетичний і прагматично-когнітивний тип мотивації характерний для 5,2%; естетично-когнітивний тип мотивації у 6,4% респондентів.

Таблиця 1

Результати дослідження мотивації екопсихологічної поведінки студентів за методикою «Альтернатива» В. Ясвіна, С. Дерябо

Тип мотивації (m)	Когнітивний	Естетичний	Прагматичний	Практичний	Прагматично-практичний	Прагматично-естетичний	Прагматично-когнітивний	Естетично-когнітивний
Кількість респондентів у % (x)	36,2	21,6	17,6	13,0	5,2			6,4

Отже, на основі діагностики провідного типу мотивації взаємодії з природними об'єктами переважає когнітивний та естетичний тип у

респондентів, коли для них природні об'єкти є суб'єктами, що володіють власною самоцінністю [4].

За результатами теоретичного аналізу проблеми, проведеної методики «Альтернатива» за В. Ясвіним, С. Дерябо (у дослідженні взяли участь 96 студентів I-х курсів Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, які вивчають природничі дисципліни) з'ясовано, що провідними типами мотивації взаємодії з природними об'єктами є когнітивний та естетичний тип у респондентів, коли для них природні об'єкти є суб'єктами, що володіють власною самоцінністю.

Таким чином, екопсихологічна поведінка молоді є умовою здорового способу життя, а, отже, є запорукою відчуття гармонії з природнім, навколишнім середовищем.

Література

1. Дерябо С. Д. Экологическая педагогика и психология. – Ростов-на-Дону / С. Д. Дерябо, В. А. Ясвин: Феникс, 1996. – 480 с.
2. Дубиніна Д. Е. Емпіричне дослідження екологічної свідомості / Дубиніна // Актуальні проблеми психології. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць. Т. 7. Екологічна психологія. Вип. 20 ; Ч. 1 / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України ; [редкол.: Максименко С. Д., Чепелева Н. В., Балл Г.О. та ін.] ; за ред.: С. Д. Максименка. - Київ : [б. в.], 2009. – С. 114-117.
3. Пантюк И. В. Типы мотивации взаимодействия с природными объектами студентов гуманитарного профиля / И. В. Пантюк // Экология субъективной сферы личности: Коллективная монография /отв.редактор Т. Н. Разуваева. – Белгород:ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2016. - С.259-265.
4. Yalanska S. Psychodidactics of Ecopsychological Educational Environment Design /Svitlana Yalanska, Olena Ilchenko// Science and Education. – 2018. – Issue 5-6. – P. 96-101.

РОЗДІЛ 3. ОЗДОРОВЧИ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, СПОРТУ ТА РЕКРЕАЦІЇ

Antanas Skarbalius, dr. Habilitatus, professor
Lithuanian Sports University

MONITORING SPORT PERFORMANCE IN SEMI-PROFESSIONAL FEMALE TEAM HANDBALL

Monitoring of individual fitness and playing performance by semi-professional female team handball players (S-PFTHP) ACME-ŽALGIRIS KAUNAS (A-ŽK), winner five times in the years 2013–2018 of Lithuanian championship and winner seven times in row (2012–2018) of Lithuanian Cup was done during nine sport seasons (2009–2018).

Findings revealed relationship of age (23.1 ± 3.7) and experience (4.3 ± 3.4) for achievement sports results ($r=0.891$, $p<0.001$). Ability of the team to use fast break, besides tactics combinations, depends ($r=0.768$, $p<0.01$) on players' aerobic endurance ($VO_{2max} - 48.6 \pm 5. \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$; Yo-YoIE1 – $27477 \pm 785\text{m}$). Vertical jump ($41.5 \pm 3.7\text{m}$) is a key indicator to assess players' acute fatigue from previous loads and long-term accumulated fatigue. S-PFTHP performed the highest ball throwing velocity in standing shot (76.0 ± 2.5).

Match-play demanding the highest internal loads (IL) by S-PFTHP: $HR_{mean} 155.3 \pm 5.9$; $\%HR_{max} - 80.8 \pm 2.1$; total heart beats per workload – 16089 ± 829 ; RPE – 8.64 ± 0.50 . Overall training programme of entire season was made in such a way: warming-up 22.2%, recovery 11.3%, integral training 25.1%, physical 15.8%, technical 12.5%, tactical 9.8%, theoretical 3.3%. S-PFTHP in the season 2017–2018 during 43 weeks spent 26902 minutes, had 276 workloads and trained 263 days, played 57 matches and had 219 trainings sessions.

Н. А. Барановська, студентка 6 курсу
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ФІЗКУЛЬТУРНО-РЕКРЕАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО-НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

Актуальність дослідження. За сучасними науковими відомостями, фізична рекреація – органічна частина фізичної культури, специфічним змістом якої є рухова діяльність, спрямована на задоволення потреби людини активно відпочивати для адаптації, відновлення, зміни діяльності, а також удосконалення особистої конституції як фізичної, так і духовної [1, с. 97-99].

У той-же час, сучасне суспільство характеризується кризовими явищами, що обумовлюють виникнення та розповсюдження в підлітковому середовищі такого соціального феномену, як негативні

форми поведінки (І. М. Богданова, 2008; С.С. Пальчевський, 2009 та ін.). За статистичними відомостями, кількість підлітків із негативними формами поведінки має тенденцію до зростання. Саме тому сучасні дослідники розглядають проблему поширення негативних форм поведінки серед підлітків як загрозу для особистісних ресурсів української держави. На думку видатних психологів, підлітковий вік є кризовою стадією розвитку особистості (З. Фрейд, А. Адлер, А. Рубінштейн, І. Кон).

Фізична нестабільність, риси характеру, що ускладнюють спілкування, емоційна незрілість, несприятливі мікро- й макросоціальні відносини – усі означені фактори вчені розглядають як ризики, що ускладнюють особистісний розвиток і соціальне формування підлітка [2, с. 12-17]. Відтак, актуальним вбачається здійснення наукових розвідок, присвячених пошуку сучасних і дієвих шляхів профілактики соціально-негативних форм поведінки підлітків, зокрема, вивчення можливостей їхнього залучення до фізкультурно-рекреаційної діяльності з метою формування психологічно та фізично здорової особистості підлітка, зорієнтованої на дотримання філософії здорового способу життя.

Мета дослідження: на засадах теоретичного аналізу причинно-наслідкових факторів соціально-негативних форм поведінки підлітків, а також сучасних підходів до її профілактики створити технологію використання фізкультурно-рекреаційних заходів аеробної спрямованості для профілактики соціально-негативних форм поведінки підлітків.

У дослідженні комплексно вивчено питання щодо сучасних педагогічних технологій використання фізкультурно-рекреаційних заходів для профілактики соціально-негативних форм поведінки підлітків, що дозволило зробити такі основні висновки.

Встановлено, що погіршення соціальної ситуації в Україні останніми роками призвело до збільшення кількості дітей, що живуть у винятково складних соціальних умовах. У той-же час, визначено, що складності підліткового віку становлять суттєву педагогічну та соціальну проблему – саме в цьому віці формуються стійкі форми поведінки, риси характеру, способи емоційного реагування; це пора досягнень, становлення власного «Я», нової соціальної позиції. Найбільш важливим моментом психофізіологічного розвитку підлітка є статевий розвиток, статеві ідентифікація, що складають дві лінії єдиного процесу психосексуального розвитку. На психофізіологічному рівні дискомфорт підлітків вчені пояснюють різними причинами: нестійкістю емоційної сфери; особливостями вищої нервової діяльності; високим рівнем ситуативної тривожності; невротичними розладами.

За результатами аналізу сучасних наукових відомостей визначено, що зміст психічного та особистісного розвитку підлітка становить формування його самоусвідомлення. Однією з найважливіших рис, що характеризують особистість підлітка, є поява стійкості самооцінки та образу «Я», формування «Я-концепції». Важливим змістом самосвідомості підлітка є образ його «Я-фізичного». Суттєвою основою складності підліткового віку є накопичення дефектів виховання, у тому числі, пов'язаних зі складною соціально-економічною та політичною ситуацією в Україні, що раніше не мали проявів унаслідок недостатньої самостійності

дитини, відносно неширокої сфери її діяльності й спілкування. Діяльність підлітка оцінюється оточуючими суворіше, ніж діяльність дитини. Тут і виявляються різні дефекти виховання, дефекти розвитку особистості, зокрема, пов'язані з соціально-негативними поведінковими проявами. Встановлено, що ситуація розвитку підлітка (фізіологічне, психічне, особистісно-характерологічні особливості підлітка) передбачає кризи, конфлікти, труднощі адаптації до соціального середовища. У цей період підліток потребує допомоги дорослих, особливо кваліфікованої підтримки психологів та педагогів, пошуку сучасних підходів до профілактики соціально-негативних форм поведінки підлітків. Водночас підвищеним попитом користується система фізкультурно-рекреаційних послуг, які не пов'язані зі шкільною програмою з фізичної культури. Визначено, що розробка та обґрунтування технології фізкультурно-рекреаційних заходів у системі фізичного виховання підлітків має включати:

- оцінку факторів, що впливають на охоплення школярів фізкультурно-рекреаційними заняттями;
- оцінку умов організації процесу навчання (за паспортом закладу);
- оцінку вихідного рівня фізичного стану школярів;
- розробку фізкультурно-рекреаційних програм;
- проведення фізкультурно-рекреаційних заходів;
- визначення ефективності впливу застосованих фізкультурно-рекреаційних впливів (за показниками психофізичного стану підлітків).

Методологічним підґрунтям запропонованої фізкультурно-рекреаційної технології стали: ключові принципи розробки педагогічних технологій та їх класифікаційні параметри; відповідні положення педагогіки та психології щодо корекційно-розвивальної спрямованості змісту навчання та виховання підлітків; організаційно-методичні, педагогічні та психологічні аспекти організації фізкультурно-рекреаційної діяльності школярів; результати досліджень соціальної перцепції в процесі взаємодії людини з людиною.

Експериментальне впровадження технології реалізовувалось на формуальному етапі педагогічного експерименту, а її ефективність визначалась згідно обґрунтованих критеріїв, до яких віднесено: показники, що відображають структуру мотивації підлітків до фізкультурно-рекреаційних занять, побудованих на застосуванні аеробіки; показники, що відображають рівень тривожності підлітків; показників самооцінки здатності підлітків до саморегуляції психічних станів, адекватних поведінкових реакцій, зорієнтованості на дотримання філософії здорового способу життя; показники, що відображають рівень фізичної працездатності підлітків. Умовами реалізації експериментальної технології передбачено здійснення поточного коригування форм, методів і засобів впливу з метою забезпечення достатньої ефективності впливів, передбачених експериментальною технологією використання фізкультурно-рекреаційних заходів аеробної спрямованості для профілактики соціально-негативних форм поведінки підлітків, що обумовило здійснення проміжної та підсумкової оцінки застосованих впливів згідно з обраними критеріями ефективності. Проміжна оцінка ефективності здійснювалась для визначення повноти вирішення завдань на кожному з трьох етапів впровадження технології.

Висновки. Ефективність запропонованої технології профілактики соціально-негативних форм поведінки підлітків підтверджена статистично достовірними змінами досліджуваних показників основної групи підлітків, на відміну від контрольної. Зокрема: підвищився рівень мотивації до занять фізкультурно-рекреаційною діяльністю, до здорового способу життя ($p < 0,05$); підвищився рівень теоретичної підготовленості підлітків із питань саморегуляції психічних станів і поведінкових проявів, довільної релаксації та самонавіювання. Систематичне відвідування фізкультурно-рекреаційних занять аеробікою забезпечило статистично достовірні позитивні зміни у профілях настрою підлітків, обумовивши суттєве зменшення тривожно-агресивних груп і збільшення енергійності й активності ($p < 0,05$). Застосовані методи й засоби профілактики соціально-негативних форм поведінки підлітків, передбачених технологією, сприяли зниженню рівня агресивності та конфліктності у підлітків основної групи, на відміну від контрольної. Достовірно покращились і показники фізичної працездатності підлітків ОГ. Так, індекс Гарвардського степ-тесту у хлопців основної групи збільшився на 5,2 % ($p < 0,05$), натомість у контрольній – на 1,3 % ($p > 0,05$). У дівчат ОГ приріст становив 3,21 % ($p < 0,05$), відповідно у контрольній – 0,9 % ($p > 0,05$). Отже, проведений педагогічний експеримент підтверджує переваги експериментальної технології використання фізкультурно-рекреаційних заходів для профілактики соціально-негативних форм поведінки підлітків, а результати порівняльного аналізу показників, отриманих на констатувальному та формувальному етапах педагогічного експерименту, дозволили статистично довести її ефективність.

Література

1. Бойко Г. М. Рекреаційна діяльність як складова філософії здорового способу життя / Г. М. Бойко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка. Серія: Педагогічні науки, фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2013. – Вип. 112. – Т. 3. – С. 97-99.
2. Бойко Г.М. Види оздоровчо-рекреаційної рухової активності: навчальний посібник / Г. М. Бойко. – К. : Талком, 2014. – 165 с.

Р. Бельська, студентка групи 201 ГЗ\$

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент

*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ОСОБЛИВОСТІ ЗАГАРТОВУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Роль загартовування в дошкільному віці вивчали науковці різних галузей: медичної (Г. Апанасенко, В. Волков, Д. Давиденко, П. Половников), біомедичної (Ю. Лисицин, О. Щетинин), психологічної (В. Ананьєв, В. Климова, С. Шапіро), соціальної (О. Вакуленко, Л. Жалило, В. Климова, В. Скумин, О. Яременко).

Доведено, що загартовування зміцнює організм, поліпшує кровообіг, нормалізує обмін речовин підвищує тонус центральної нервової системи,

зміцнює імунітет. Загартована дитина не боїться переохолодження, перепадів температури, холодного вітру; загартовані діти дуже рідко хворіють. Можна без перебільшення сказати, що науково обґрунтовані методи загартовування є невичерпними джерелами зміцнення здоров'я дітей дошкільного віку.

Види загартовування. Загартування повітряними ваннами слід поєднувати з виконанням рухів (ранковою гімнастикою, іграми, ходьбою на лижах тощо), перебуваючи на свіжому повітрі (чи в кімнаті з відчиненою кватиркою) в шортах та футболці або в легкому костюмі у прохолодну чи холодну пору року. Загартування повітрям слід починати за температури повітря $+20^{\circ}\text{C}$... $+22^{\circ}\text{C}$, поступово знижуючи її, щоб організм при звичаївся.

Загартування водою – це вологі обтирання, полоскання горла та миття ніг холодною водою, обливання, душ, плавання. Починати загартування водою слід з вологого обтирання. Температура води має бути не нижчою за $+25^{\circ}\text{C}$... $+26^{\circ}\text{C}$, через кожні два дні її знижують приблизно на 1°C і доводять до $+22^{\circ}\text{C}$. Після 30-40 днів щоденного вологого обтирання переходять до обливання. Починають з температури води $+30^{\circ}\text{C}$ і поступово її знижують до $+20^{\circ}\text{C}$. Обтирання й обливання найкраще робити після ранкової зарядки. Це бадьорить, активізує всі сили організму.

Контрастний душ – один з ефективних засобів загартування, у процесі використання якого потоки теплої або гарячої води змінюють потоки прохолодної або холодної води. Так відбувається пристосування нервово-судинного апарату шкіри й підшкірної клітковини до змін температури. Цю процедуру використовують після проведення сеансів повітряних ванн, обтирань.

Прийняття ван найкраще починати за температури води $+20^{\circ}\text{C}$... $+22^{\circ}\text{C}$, а повітря - $+24^{\circ}\text{C}$... $+25^{\circ}\text{C}$. Спершу перебувають у воді протягом 3-5 хв, поступово збільшуючи тривалість процедури до 15 хв. Розтирання снігом серед ефективних прийомів загартування посідає особливе місце. Його починають дуже обережно після відвідування сауни. Час перебування в сауні необхідно чергувати із прохолодним душем або плаванням у басейні. Сонячні ванни корисно приймати вранці з 8 до 11 години і з 16 години до кінця денної сонячної активності. Починати слід із 5 хв перебування на сонці й збільшувати тривалість процедури поступово до 40 хв. Щоб уникнути опіків, необхідно час від часу змінювати положення тіла. Сонячні ванни приймають поблизу відкритих водойм або в затінку, одягнувши на голову білу шапочку з тканини, яка не парить. Ходіння по землі босоніж, особливо після дощу, по росі, є також дуже ефективним засобом загартування.

Отже, для забезпечення повноцінного розвитку дитини дошкільного віку доцільно забезпечити оптимальний руховий режим у поєднанні із оптимально підібраними загартовувальними процедурами.

Література

1. Загартовування: корисне і шкідливе. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://megasite.in.ua/45400-zagartovuvannya-korisne-i-shkidlive.html>.

ЗАСТОСУВАННЯ ІГРОВОГО МЕТОДУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У РОЗВИТКУ ПСИХОМОТОРНИХ ЗДІБНОСТЕЙ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Актуальність дослідження. За статистичними даними в Україні кількість дітей молодшого шкільного віку з вадами фізичного та психічного розвитку становить майже 24 тис. (Л. П. Сергієнко, 2001; Р. В. Чудна, 2002.) Загалом в Україні зафіксовано біля 61,6 тис. осіб із розумовими вадами. У зв'язку з цим створення умов для забезпечення рухової активності, фізичної реабілітації та фізичного виховання дітей із вадами розумового розвитку є одним із актуальних завдань нашого суспільства (М. О. Козленко, 2000; Н. Є. Михайлова, 2004 та ін.).

Вдосконалення навчально-виховного процесу розумово відсталих дітей є досить важливою та актуальною проблемою, зокрема підчас проведення занять фізичної культури. Специфіка побудови процесу фізичного виховання розумово відсталих дітей зумовлена затримкою фізичного розвитку таких учнів, що пов'язане з органічним ураженням центральної нервової системи (Е. М. Мастюкова, 1992; Л. Л. Харченко, 2004 та ін.).

Удосконаленню методики проведення уроку з фізичної культури у допоміжних школах присвячено багато досліджень. Аналіз науково-методичної літератури дозволив з'ясувати, що на сьогоднішній день розглянуто специфічні особливості процесу фізичного виховання дітей із вадами розумового розвитку (М. О. Козленко, Т. Ю. Круцевич, Р. В. Чудна, 2003); апробовано методику адаптивної фізичної культури для дітей цієї нозології (С. П. Євсєєв, 2002–2005); визначено причини порушень міжособистісних стосунків у сім'ях, де виховуються діти з вадами розумового розвитку (В. В. Ткачева, 2004); встановлено позитивну динаміку корекції психічних порушень у дітей із вадами розумового розвитку під час використання корекційно-педагогічних заходів у сім'ях і спеціальних закладах [1, с. 5-6].

Наявність у розумово відсталих дітей вторинних рухових недоліків, що пов'язані з вадами психічного розвитку зумовлюють необхідність проведення занять із фізичного виховання таким чином, щоб поряд із розвитком фізичних якостей обов'язково відбувався й розвиток психічної сфери учнів. Аналіз праць В. С. Язловецького (1991), А. М. Тучак (1993), Т. Білоус (1999), Л. А. Таран (2001) т. ін. дозволив виявити, що адекватно підібрані засоби та методи фізичного виховання є необхідною передумовою досягнення позитивних змін у розвитку психомоторики розумово відсталих дітей молодшого шкільного віку. Дані наукових досліджень (А. Я. Вольчинський (1998), А. А. Демчишин (1998) т. ін.) свідчать про те, що перспективним напрямком під час роботи з розумово відсталими дітьми є використання ігрової діяльності для вирішення завдань корекції порушених функцій, покращення загального фізичного

стану та адаптації до навколишнього середовища (В. М. Синьов (1990), В. Л. Страковська (1994) т. ін.). Розмаїття ігрових дій, миттєві зміни характеру рухів, необхідність установлення взаємодії з товаришами, прояву спритності, швидкості, витривалості, сили в грі мають велике значення не тільки для фізичного, але й для психічного розвитку таких дітей. Виконуючи ігрові дії дитина розв'язує складні рухові завдання, що сприяє розвитку інтелекту. Варто зазначити, що більшість досліджень присвячені особливостям застосування ігрового методу в роботі зі здоровими дітьми. Водночас, питання впливу ігрового методу на розвиток психомоторики розумово відсталих дітей у процесі фізичного виховання у науковій літературі висвітлені недостатньо, що й зумовило вибір теми дослідження.

Мета дослідження: визначити характер та ступінь психомоторних порушень в учнів допоміжної школи 8-12 років із легким ступенем розумової відсталості та розробити методику розвитку та корекції психомоторних здібностей молодших школярів з переважним застосуванням ігрового методу фізичного виховання.

На підставі вивчення наукової літератури, присвяченої етіології, патогенезу та проява розумової відсталості було визначено, що для розумово відсталих дітей характерною особливістю є недорозвиток не тільки пізнавальної сфери, а й емоційно-вольової, психомоторної, мовленевої та всієї особистості в цілому, що зумовлено органічним ураженням головного мозку. Науковці виявляють наявність значних розладів як в моториці, так і в психологічному розвитку, тому виділяють чотири специфічних рівня вираженості розумової відсталості: легкий, помірний, тяжкий і глибокий. Тому, фізичне виховання в допоміжних школах є потужним стимулятором розвитку рухової сфери та психіки розумово відсталої дитини [2, с. 44-48].

Серед методів фізичного виховання розумово відсталих дітей виділяють: методи формування знань; методи навчання руховим діям; методи розвитку фізичних здібностей; методи виховання особистості; методи організації взаємодії викладача та дітей; методи регулювання психічного стану дитини. Рухливі ігри під час занять фізичним вихованням із розумово відсталими дітьми використовувались із метою засвоєння техніки й тактики спортивних ігор, для вдосконалення техніки інших розділів навчальної програми, а також для корекції психофізичних недоліків.

На основі аналізу спеціальної науково-методичної літератури, методу спостережень та результатів констатувального експерименту нами була розроблена та впроваджена експериментальна методика розвитку та корекції психомоторних здібностей молодших школярів із легким ступенем розумової відсталості з переважним застосуванням ігрового методу фізичного виховання, в основу якої було покладене комплексне використання наступних засобів фізичного виховання: корекційно-розвиваючих рухових ігор, вправ на розвиток і корекцію дрібної моторики рук та вправ із використанням природних видів рухової діяльності.

Висновки. Порівняльний аналіз результатів вивчення статичної рівноваги в основній та контрольній групах на етапі формування

експерименту засвідчує покращення стану досліджуваних показників. А саме, в основній групі зменшилась кількість досліджуваних із низькими часовими показниками під час виконання тесту на безперервне обертання голови в одну сторону до моменту втрати рівноваги: на 12,5% (2 особи) (з 18,75% до 6,25%) з мінімальним рівнем статичної рівноваги (1 бал); на 18,75% (3 особи) (з 31,25% до 12,5%) кількість дітей із задовільним рівнем (2 бали) та на 6,25% (1 особа) (з 25% до 18,75%) кількість дітей із добрим рівнем статичної рівноваги (3 бали). При цьому збільшилась на 6,25% (1 особу) кількість дітей із балом 4 (дуже добрий рівень) (з 18,75% до 25%) та із балом 6 (значний рівень) (з 0% до 6,25%); на 25% (4 особи) (з 6,25% до 31,25%) кількість дітей із високим рівнем статичної рівноваги (5 балів) ($\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$; $\chi^2_{\text{емп.}} = 452$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 11,1$). Жодній дитині контрольної групи не вдалося виконувати тестове завдання більше хвилини, що відповідає значному рівню статичної рівноваги ($\chi^2_{\text{емп.}} = 7,28$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 11,1$).

Результати визначення динамічної рівноваги дозволили виявити збільшення в основній групі кількості дітей із наступними балами: 3 бали (середній рівень) – на 31,25 % (5 осіб) (з 12,5 % до 43,75 %) та 4 бали (вищий від середнього рівень) – на 25 % (4 особи) (з 0 % до 25 %). Зменшилась кількість дітей, які виконали тестове завдання на 1 бал (низький рівень) на 50 % (8 осіб) (з 62,5 % до 12,5%) та на 2 бали (нижчий від середнього рівень) – на 6,25 % (1 особу) (з 25% до 18,75%) ($\chi^2_{\text{емп.}} = 127$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 9,5$). Ніхто з учасників експерименту контрольної групи не виконали завдання на високий (5 балів) та вищий від середнього рівень (4 бали) динамічної рівноваги ($\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$; $\chi^2_{\text{емп.}} = 5,8$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 9,5$).

Література

1. Грицюк В. І. Активізація корекційно-виховної роботи в допоміжній школі засобами рухливих ігор : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 „Теорія і методика професійної освіти” / В. І. Грицюк. – Кіровоград, 2007. – 17 с.
2. Самыличев А. С. Об изменениях в физическом воспитании учащихся вспомогательных школ / А. С. Самыличев // Дефектология. – 2010. – №1. – С. 44-48.

Ю.П.Божинський, студент 6 курсу
Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка

КОРЕКЦІЯ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ГЛУХИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Актуальність дослідження. Важливим напрямком фізкультурно-оздоровчої роботи серед дітей є покращення їхнього фізичного розвитку і здоров'я, профілактика та корекція порушень у процесі їхнього розвитку (Дубогай А. Д., Шаповалова В. А.; Сермеєв Б. В., 2003; Завацька Л. А., 2004). Особливо актуальним це питання є для глухих дітей, кількість яких не зменшується. Приблизно одна дитина на тисячу народжується глухою, а

вроджений характер порушення слуху зафіксовано у 25% глухих дітей[2, с. 1-3]

Вплив засобів фізичного виховання на стан організму дітей вивчали багато дослідників: Волков Л. В., Цьось А. В., Вільчковський Е., Шиян Б. М., та ін. Науковцями обґрунтовано застосування різних засобів фізичного виховання для дітей з відхиленнями у розвитку: комплексів вправ для покращення вестибулярної функції – Грибовська І. Б., 1998; засобів гімнастики, лижної підготовки, плавання, баскетболу – Карабанов А. Г., 2000; музично-ритмічних занять – Ляхова І. М., 2002; спортивних єдиноборств – Мут'єв А. В., 2003; українських народних, рухливих та спортивних ігор – Чеханюк Л. О., 1993; Байкіна Н. Г., Крет Я. В., 2002; Ковінько М.С., Куц О. С., 2002; Лесько О. М., 2004; засобів дефектології – Виготський Л. С., Засенко Н. Ф., Т.А. Власова.

Проте вчені лише фрагментарно згадують про зміни у системах організму глухих дітей, недостатньо висвітлюють зрушення в їхньому фізичному розвитку під впливом засобів фізичного виховання.

Тому доцільно визначити фізичний стан глухих дітей молодшого шкільного віку і на цій основі підібрати найоптимальніші засоби для його корекції у процесі фізичного виховання.

Мета дослідження: вивчити фізичний стан глухих дітей молодшого шкільного віку та розробити програму його корекції засобами фізичного виховання.

Аналіз науково-методичної літератури показав, що фізичний стан глухих школярів і його корекція є важливою науковою проблемою. Фізичне виховання глухих дітей ґрунтується на використанні збережених аналізаторів, урахуванні показників фізичного здоров'я, пам'яті, уваги, мислення, можливостей рухового апарату та розвитку рухових якостей глухих дітей. Воно спрямоване на забезпечення необхідного фізичного розвитку, підвищення працездатності, формування життєво важливих побутових та професійних навичок [1, с. 2-3] У школах-інтернатах для глухих дітей фізичне виховання відбувається за Програмою з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів 1-11 класів. Концепцією державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами така практика визнана за недоцільну. Фахівці наголошують на необхідності розробки комплексних програм з фізичного виховання для глухих школярів[1, с. 2-4]. Актуальним завданням є розробка програми корекції фізичного стану глухих дітей молодшого шкільного віку засобами фізичного виховання. Наукових досліджень, які б вивчали фізичний стан глухих дітей молодшого шкільного віку, що характеризується фізичним розвитком, тілобудовою, функціональними можливостями організму, фізичною працездатністю, є недостатньо.

Висновки. Аналіз науково-методичної літератури показав, що фізичний стан глухих школярів і його корекція є важливою науковою проблемою. Фізичне виховання глухих дітей ґрунтується на використанні збережених аналізаторів, урахуванні показників фізичного здоров'я, пам'яті, уваги, мислення, можливостей рухового апарату та розвитку рухових якостей глухих дітей. Воно спрямоване на забезпечення необхідного фізичного розвитку, підвищення працездатності, формування

життєво важливих побутових та професійних навичок. У школах-інтернатах для глухих дітей фізичне виховання відбувається за Програмою з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів 1-11 класів. Концепцією державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами така практика визнана за недоцільну. Фахівці наголошують на необхідності розробки комплексних програм з фізичного виховання для глухих школярів. Актуальним завданням є розробка програми корекції фізичного стану глухих дітей молодшого шкільного віку засобами фізичного виховання. Наукових досліджень, які б вивчали фізичний стан глухих дітей молодшого шкільного віку, що характеризується фізичним розвитком, тілобудовою, функціональними можливостями організму, фізичною працездатністю, є недостатньо.

Доведено, що порушення слуху негативно впливає на фізичний розвиток, що відображається на показниках зросту, маси тіла та обводу грудної клітки. Зріст глухих дітей є меншим, ніж у їхніх здорових однолітків ($p > 0,05$). Маса тіла та обвід грудної клітки глухих дітей достовірно відрізняються від показників здорових ($p < 0,05$). Однією з причин недостатнього фізичного розвитку є порушення постави дітей молодшого шкільного віку. У глухих дітей частіше, ніж у здорових, зустрічаються сколіотична (асиметрична) постава, плоска спина, сутулість та плоскостопість. У глухих дітей молодшого шкільного віку встановлено вірогідне зниження показників фізичної працездатності ($p < 0,05$) порівняно зі здоровими однолітками за результатами функціональної проби PWC_{150} .

Недорозвинутий мовний апарат у глухих дітей спричинює відставання розвитку дихальних шляхів та легень внаслідок відсутності нормального мовного дихання. Виявлено вірогідне зниження функціональних резервів системи зовнішнього дихання у глухих дітей порівняно зі здоровими за результатами вимірювання життєвої ємності легень: у віці 6-7 років серед глухих дівчаток – на 125 мл, серед глухих хлопчиків – на 175 мл ($p < 0,05$); у віці 8-10 років життєва ємність легень менша відповідно на 161,9 та 188,59 мл ($p < 0,05$).

У глухих дітей спостерігається тенденція до збільшення частоти серцевих скорочень ($p > 0,05$) порівняно з їхніми здоровими однолітками. Величина артеріального тиску, як систолічного, так і діастолічного у глухих дітей є вірогідно нижчою порівняно зі здоровими ($p < 0,05$).

Розроблено авторську програму корекції фізичного стану глухих дітей молодшого шкільного віку засобами фізичного виховання, яка включає рухливі ігри, комплекси фізкультурних хвилинок, фізкультурних пауз, вправи для профілактики та зменшення порушень постави і плоскостопості.

Застосування авторської програми корекції фізичного стану глухих дітей молодшого шкільного віку засобами фізичного виховання в режимі дня спеціальних шкіл-інтернатів дало змогу виявити тенденцію до покращення показників фізичного розвитку: вони наближаються до показників здорових дітей. Встановлено збільшення фізичної працездатності у глухих дівчаток 6-7 років на 21,17 кгм/хв ($p < 0,05$), у глухих хлопчиків – на 12,36 кгм/хв ($p < 0,05$). Серед глухих дітей 8-10 років фізична працездатність збільшилася відповідно на 7,93 кгм/хв ($p < 0,05$) та

33,58 кгм/хв ($p < 0,05$). Фізична працездатність глухих дітей 6-7 років досягає рівня здорових, а у віці 8-10 років лише наближається до них.

Авторська програма засвідчила позитивні зміни фізіологічних механізмів дії фізичних вправ на стан дихальної, серцево-судинної систем глухих дітей молодшого шкільного віку.

Достовірні зміни відбулися за величиною життєвої ємності легень у глухих дітей ($p < 0,05$) – вона досягає рівня здорових. Це свідчить про збільшення резервних можливостей дихальної системи глухих дітей.

Отримані результати дослідження дозволяють корегувати фізичний стан та ефективніше використовувати засоби фізичного виховання, зокрема рухливі ігри, для глухих дітей молодшого шкільного віку у спеціальних школах-інтернатах.

Література

1. Волков Л. Фізична підготовка школярів: особливості розвитку фізичних здібностей дітей молодшого шкільного віку / Л. Волков, С. Сембрат. – К. : Знання України, 2003. – 32 с.

2. Грибовська І. Б. Комплексна оцінка функціонального стану вестибулярної сенсорної системи глухих дітей та його корекція в процесі фізичного виховання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фізичного виховання і спорту : 24.00.02 / Волинський ДУ ім. Л. Українки. – Луцьк, 1998. – 17 с.

Бойко Г.М., д.пед.н., професор

Полтавський інститут економіки і права

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ ВИСОКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ У ПАРАОЛІМПІЙСЬКОМУ СПОРТІ

Здатність спортсменів досягати найвищого рівня майстерності, зокрема, у спорті інвалідів, детерміновано змістом, методами, методичними прийомами, засобами та особливостями системи підготовки спортсменів високої кваліфікації різних нозологій, специфічними вимогами щодо супроводу їхньої участі у змаганнях [4, 5 т.ін.].

Мета дослідження полягає у визначенні теоретичних підходів та особливостей практичної реалізації системи психолого-педагогічного супроводу підготовки спортсменів високої кваліфікації у спорті інвалідів.

Розроблена система психолого-педагогічного супроводу спортивної діяльності висококваліфікованих спортсменів спорті [2, 3] дозволила з'ясувати, що *методологічним підґрунтям* запропонованої технології психолого-педагогічного супроводу є: 1) ключові принципи розробки педагогічних технологій та їх класифікаційні параметри (В.П. Беспалько, 2001; В.І. Бондар, 1994; Г.К. Селевко, 1999 т. ін.); 2) організаційно-методичні та психологічні аспекти підготовки плавців високої кваліфікації (Л.П. Матвеев, 1999; В.М. Платонов, С.М. Вайцеховський, 1985; К.П. Сахновський, 1997; Яроцький Г.В., Волков І.П., 2002 т.ін.); 3) результати досліджень соціальної перцепції у процесі взаємодії людини з людиною (Н.В. Бордовська, А.А. Реан, 2001; С.О. Дружилов, 2004;

Я.Л. Коломенський, 1976 т.ін.); 4) основні положення психологічного супроводу спортсменів високої кваліфікації (М. Ванек, В. Гошек, 1982; Г.Д. Горбунов, 1986, І.П. Волков, 1998, 2002; В.М. Мельников, В.М. Непопалов, Є.В. Романіна, 1998; А.В. Родіонов, 1982, J.J. Martin, 1999, 2002 т.ін.); 5) соціально-психологічні, психолого-педагогічні закономірності функціонування групового суб'єкта спортивної діяльності у паралімпійському спорті (Г.М. Бойко, 2006, 2008). *Ключовими характеристиками* технології є процесуальність, пролонгованість, недирективність, відповідність реальним умовам тренувальної та змагальної діяльності плавців високої кваліфікації у паралімпійському спорті, а також встановлення особливих відносин між суб'єктами спортивної діяльності.

Основними принципами психолого-педагогічного супроводу спортивної діяльності плавців із вадами зору, порушеннями опорно-рухового апарату, розумового та фізичного розвитку є гуманне ставлення до особистості, віра в її сили, кваліфікована допомога та підтримка спортсменів. За *домінуючими організаційними формами* представлена технологія є груповою, оскільки вирішення всіх поточних завдань психолого-педагогічного супроводу підготовки плавців у паралімпійському спорті забезпечується професійними діями специфічного групового суб'єкта, об'єднаного спільною метою та мотивацією. Груповий суб'єкт функціонує в умовах відносин відповідальної взаємозалежності та забезпечує: створення сприятливих умов для ефективної тренувальної та змагальної діяльності плавців; контроль за динамікою готовності плавців до ефективної самореалізації у спортивній діяльності з боку суб'єктів, які беруть участь у їхній підготовці; врахування поточної самооцінки спортсменами ефективності тренувальної та змагальної діяльності й досягнутого рівня готовності до самореалізації у спортивній діяльності.

За *стилем взаємодії* пропонується технологія є співробітництвом, що ґрунтується на засадах оптимізації взаємовідносин усіх суб'єктів, задіяних у системі підготовки плавців у паралімпійському спорті, які утворюють специфічний груповий суб'єкт спортивної діяльності.

За *напрямом модернізації* технологія являє собою організаційно-методичну реконструкцію системи психолого-педагогічного супроводу спортивної діяльності плавців високої кваліфікації, задіяних у паралімпійському спорті.

Метою презентованої технології є створення оптимальних умов для формування високого рівня готовності плавців до змагальної діяльності та найвищого рівня його реалізації під час виступів у відповідальних змаганнях.

Презентована технологія, як система найбільш раціональних способів, прийомів і методів професійної взаємодії суб'єктів спортивної діяльності, використання яких сприяє створенню умов для формування високого рівня готовності плавців із вадами зору, порушеннями опорно-рухового апарату, розумового та фізичного розвитку до участі у спортивній діяльності та прогнозованої реалізації досягнутого рівня під час змагань найвищого рангу побудована на дотриманні таких *психолого-педагогічних умов*:

1) *дослідницько-аналітичної* – вивчення особливостей психічного, особистісного та соціального розвитку плавців як основних суб'єктів супроводу та спостереження за динамікою досліджуваних показників в усіх періодах підготовки; визначення характеру, ступеня та незворотності функціональних (фізичних) обмежень плавців із вадами зору, порушеннями опорно-рухового апарату, розумового та фізичного розвитку;

2) *організаційної* – визначення особливостей організації супроводу, адекватного індивідуально-психологічним і функціональним можливостям спортсменів, що спрямовується на забезпечення високої ефективності тренувальної та змагальної діяльності, зокрема, встановлення обсягу та характеру необхідного супроводу спортивної діяльності в залежності від специфіки та важкості ураження, вимог правил змагань; утворення відповідного групового суб'єкта та його пролонгована взаємоузгоджена діяльність у тренувальному процесі та участі спортсменів у змаганнях;

3) *корекційної* – розробки базового змісту психолого-педагогічного супроводу спортивної діяльності плавців із вадами зору, порушеннями опорно-рухового апарату, розумового та фізичного розвитку; здійснення індивідуалізації та конкретизації базового змісту психолого-педагогічного супроводу спортивної діяльності для кожного з плавців щодо визначення поточних завдань супроводу, вибору методів і засобів психологічного впливу, спрямованих на реалізацію заходів із психологічної підготовки та психологічної допомоги спортсменам, забезпечення корекційного змісту їхньої тренувальної діяльності, що передбачає здійснення опори на більш збережені психічні та психомоторні функції плавців;

4) *аксіологічної* – орієнтація спортсменів на проміжну та підсумкову самооцінку досягнутого рівня готовності до тренувальної та змагальної діяльності, створення умов для їхньої усвідомленої участі у вирішенні поточних завдань підготовки.

Висновки. Педагогічну технологію реалізації системи розглянуто як специфічний сценарій функціонування групового суб'єкта спортивної діяльності в системі підготовки плавців із вадами зору, порушеннями опорно-рухового апарату, розумового та фізичного розвитку. Технологією передбачено створення оптимальних умов для ефективної тренувальної та змагальної діяльності спортсменів високої кваліфікації, поновлення їхнього психологічного здоров'я, оволодіння ключовими соціальними та спеціальними компетенціями, що забезпечують формування оптимального рівня готовності до високоефективної тренувальної та змагальної діяльності. Визначено методичні особливості реалізації системи, дотримання яких створює умови для ефективної тренувальної та змагальної діяльності спортсменів високої кваліфікації у спорті інвалідів.

Література

1. Беспалько В. П. Слагаемые педагогической технологии / В. П. Беспалько. – М. : Педагогика, 1989. – 177 с.

2. Бойко Г. М. Концептуальні засади системи супроводу підготовки спортсменів-інвалідів високої кваліфікації / Г. М. Бойко // Молода спортивна наука України :

збірник наук. праць у галузі фізичної культури та спорту. – Вип. 11. – Т. 2. – Львів : НВФ „Українські технології”, 2007. – С. 67-68.

3.Бойко Г. М. Особливості психолого-педагогічного супроводу підготовки плавців у паралімпійському спорті / Г. М. Бойко. – Київ : НУФВСУ, 2008. – № 3. – С. 44-50.

4.Волков И. П. Очерки спортивной акмеологии : актуальные проблемы достижения вершин в спорте / И. П. Волков. – СПб. : БПА, 1998. – 126 с.

5.Крылов А. А. Некоторые проблемы психологии спорта в современном мире / А. А. Крылов // Спортивная психология в трудах отечественных специалистов / сост. и общ. ред. И. П. Волкова. – СПб. : Питер, 2002. – С. 37-42.

К. А. Бугаевский, к. мед. н., доцент
Классический частный университет, г. Запорожье

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАЧАЛА ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ С НАСТУПЛЕНИЕМ МЕНАРХЕ И ДИНАМИКОЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Постоянно актуальными в спортивной медицине являются вопросы медико-биологических особенностей женского организма при занятиях физической культурой и спортом. Среди вопросов, касающихся привлечения в спорт высших достижений, спортсменок препубертатного, пубертатного и юношеского возрастов, наиболее остро стоит вопрос о взаимосвязи сроков менархе (Ме) – первой менструации, и началом интенсивных занятий избранным видом спорта [1-9]. Для уточнения вопроса взаимосвязи между временем наступления Ме у спортсменок пубертатного и юношеского возрастов, и влияния на становление овариально-менструального цикла (ОМЦ) и его динамики, начала занятий спортом, было проведено исследование, с привлечением спортсменок разных видов спорта. В исследовании приняло участие 256 спортсменок: пубертатного возраста – 106, юношеского возраста – 150. Динамики ОМЦ (при $p \leq 0,05$) у спортсменок-подростков, дана в табл. 1.

Таблица 1
Динамика ОМЦ в группе пубертатного возраста

Наступление Ме	Срок установления ОМЦ	Длительность ОМЦ	Срок менструал. кровотечения
Женский бокс (n=17)			
13,86±0,67 лет	1,78±0,54 года	38,83±1,85 дней	2,39±0,74 дня
Кикбоксинг (n=23)			
12,46±0,56 лет	1,88±0,74 года	29,77±0,54дня	3,13±0,33 дня
Танцевальный спорт (n=15)			
13,62±0,23 лет	1,4±0,47 года	37,26±1,12 дней	2,44±0,34 дня
Гребля на байдарках и каноэ (n=19)			
13,62±0,23 лет	1,4±0,47 года	37,26±1,12 дней	2,44±0,34 дня
Киокушинкай – каратэ (n=18)			

13,92±0,47 лет	1,93±0,47 года	49,14±0,75 дней	2,77±0,53 дня
Панкратион (n=14)			
13,83±0,87 лет	1,87±0,86 года	39,43±1,75 дней	2,47±0,63 дня

Установлено, что у спортсменок группы пубертатного возраста, занимающихся женским боксом, танцевальным спортом, греблей на байдарках и каноэ, киокушинкай каратэ и панкратионом, срок наступления менархе выше, чем у девочек-неспорсменок в популяции в Украине, который составляет 12,56±0,87 лет, на 1-1,5 года [1, 2]. Сроки установления Ме, составляющие в норме 1-1,5 года, превышены у спортсменок-подростков во всех видах спорта, кроме гребли на байдарках и каноэ. У всех спортсменок, кроме девушек, занимающихся кикбоксингом, имеются патологические изменения ОМЦ, по типу гипоменструального синдрома, с явлениями олиго-опсоменореи [2, 3, 5, 7]. Данные ОМЦ возраста (при $p \leq 0,05$) у спортсменок юношеского возраста, даны в табл. 2.

Таблица 2

Динамика ОМЦ у спортсменок юношеского возраста

Наступление Ме	Срок установления ОМЦ	Длительность ОМЦ	Срок менструал. кровотечения
Теннис (n=12)			
13,94±0,66 лет	2,14±0,47 года	43,47±0,8 3дня	2,21±0,25 дня
Кикбоксинг (n=24)			
12,96±0,47 лет	2,25±0,19 года	37,82±0,63 дня	2,24±0,19 дня
Танцевальный спорт (n=15)			
12,17±0,57 лет	1,6±0,35 года	27,14±0,53 дня	5,36±0,14 дня
Женский бокс (n=13)			
13,92±0,65 лет	1,87±0,23 года	40,33±0,46 дней	2,47±0,53 дня
Тяжёлая атлетика (n=11)			
12,26±0,63 лет	1,76±0,53 года	38,14±0,53 дня	2,21±0,24 дня
Пауэрлифтинг (n=16)			
12,13±0,17 лет	1,71±0,42 года	37,34±0,52 дня	2,23±0,14 дня
Гребля на байдарках и каноэ (n=21)			
13,89±0,77 лет	1,89±0,54 года	48,46±0,67 дней	2,07±0,23 дня
Киокушинкай – каратэ (n=19)			
13,75±0,78 лет	1,78±0,56 года	47,04±0,22 дней	2,67±0,39 дня
Триатлон (n=7)			
12,65±1,34 лет	1,77±0,74 года	43,56±0,37 дней	2,72±0,47 дня
Панкратион (n=12)			
13,77±0,56 лет	1,74±0,51 года	41,21±0,38 дней	2,35±0,72 дня

При анализе полученных результатов становления и динамики ОМЦ у юных спортсменок, нами было установлено, что сроки наступления менархе, выше, чем в популяции у несportsменок, в таких видах спорта, как: теннис, кикбоксинг, женский бокс, гребля на байдарках и каноэ, киокушинкай-каратэ, триатлоном и в панкратионе, более чем 0,2-1,3 года. При этом, у юных спортсменок, занимающихся танцевальным спортом и

тяжёлой атлетикой, сроки наступления Ме меньше, чем в популяции в Украине, на 3 месяца – полгода [1, 2]. Во всех видах спорта, у исследуемых спортсменок, кроме танцевального спорта, увеличены сроки установления ОМЦ, выше нормативных на 1-1,4 года. Это относится и к длительности ОМЦ и числу дней менструального кровотечения (МК). У всех спортсменок, кроме девушек, в танцевальном спорте, частота ОМЦ является редкой, с явлениями олиго-опсоменореи и альгодисменореи. Сроки занятий спортом и их взаимосвязь с наступлением Ме, в группе пубертатного возраста, даны в табл. 3.

Таблица 3

Связь Ме с началом занятий спортом – группа пубертата

Наименование показателя	До наступления Ме	После наступления Ме
Женский бокс (n=17)	14 (82,35%)	3 (17,65%)
Кикбоксинг (n=23)	14 (60,87%)	9 (39,13%)
Танцевальный спорт (n=15)	15 (100,00%)	–
Гребля на байдарках и каноэ (n=19)	15 (78,95%)	4 (21,05%)
Киокушинкай – каратэ (n=18)	13 (72,22%)	5 (27,78%)
Панкратион (n=14)	8 (51,74%)	6 (42,86%)
Всего спортсменок (n=106)	71 (77,17%)	21 (22,83%)

При анализе полученных данных было установлено, что у 69 (97,18%) спортсменок пубертатного возраста, начавших занятия спортом до наступления Ме и у 14 (66,67%) спортсменок, начавших занятия в течение первого года –1,5-2 лет после Ме, определены различные, зачастую комбинированные нарушения ОМЦ, в основном в виде гипоменструального синдрома, с явлениями олиго-опсоменореи, альгодисменореи и проявлениями предменструального синдрома (ПМС) [2, 3, 5, 7]. В группе юных спортсменок, было установлено, что нарушения ОМЦ, доминирует у спортсменок, начавших свои занятия спортом до наступления Ме. Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4 **Связь менархе с началом занятий спортом у спортсменок юношеского возраста**

Наименование показателя	До наступления Ме	После наступления Ме
Женский бокс (n=13)	10 (76,92%)	3 (23,08%)
Кикбоксинг (n=24)	18 (75,00%)	6 (25,0%)
Танцевальный спорт (n=15)	11 (73,33%)	4 (26,67%)
Гребля на байдарках и каноэ (n=21)	18 (85,71%)	3 (14,29%)
Киокушинкай – каратэ (n=19)	15 (78,95%)	4 (21,05%)
Теннис (n=12)	12 (100,00%)	–
Тяжёлая атлетика (n=11)	3 (27,27%)	8 (72,73%)
Пауэрлифтинг (n=16)	6 (37,50%)	10 (62,50%)
Триатлон (n=7)	2 (28,57%)	5 (71,43%)
Панкратион (n=12)	5 (41,67%)	7 (58,33%)
Всего спортсменок (n=150)	100 (66,67%)	50 (33,33%)

Анализ полученных данных показал, что практически в каждом виде спорта (исключение – тяжёлая атлетика, пауэрлифтинг, триатлон) [6, 8], доминируют спортсменки, начавшие свои занятия спортом до наступления у них Ме. В данной группе у всех спортсменок, начавших свои занятия спортом до Ме также были зафиксированы явления гипоменструального синдрома, с явлениями олиго-опсоменореи, альго-дисменореи и проявлениями предменструального синдрома (ПМС) – у 89 (89,00%) спортсменок. У 50 (33,33%) спортсменок, начавших заниматься спортом течение 1-2 лет после Ме, также определены разнообразные нарушения ОМЦ, как и в группе спортсменок пубертатного возраста. У 43 (86,00%) спортсменок выражены соматические и психологические проявления ПМС. Кроме того, в данной группе уже присутствует 14 (28,00%) с явлениями вторичной аменореи. С учётом вышеизложенного можно сделать следующие **выводы**:

1. По нашему мнению, существует прямая взаимосвязь между сроками появления менархе и временем начала занятий спортом.

2. Считаем, что начало занятий спортом, в период до появления у девочек менархе, в совокупности с другими (объективными и субъективными) факторами, является одной из основной причин нарушений в репродуктивной системе спортсменок, в т.ч. и в нарушении становления и динамики ОМЦ.

Литература

1. Бугаевский К. А. Менструальный цикл, половой диморфизм и их изменения у юных теннисисток / К. А. Бугаевский, Е. А. Олейник // Молодой ученый. – 2018. – № 3. – С. 421-425.
2. Бугаевский К. А. Особенности менструального цикла и ряда репродуктивных показателей у спортсменок, занимающихся тхэквондо / К. А. Бугаевский, М. В. Михальченко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2017. – № 2 (58). – С. 18–22.
3. Васин С. Г. Особенности тренировочного процесса женщин с учетом протекания овариально-менструального цикла / С. Г. Васин // Инновационная наука. – 2016. – № 8-3. – С. 114-116.
4. Влияние нагрузок в современном спорте на организм юных спортсменок / В. Абрамов, Л. Дукач, Е. Смирнова, С. Абрамов // Наука в олимпийском спорте. – 2004. – № 2. – С. 15-19.
5. Коновалова Е.А. Субъективная характеристика работоспособности колумбийских спортсменок на протяжении менструального цикла / Е.А. Коновалова // Спортивная медицина. – 2012. – № 1. – С. 76-83.
6. Корнеева Е. С. Становление и протекание менструальной функции у женщин, занимающихся пауэрлифтингом / Е. С. Корнеева, Т. П. Замчий // Известия Тульского государственного университета. Физическая культура и спорт. – 2015. – № 3 – С. 131-135.
7. Лихачев В. К. Практическая гинекология / Лихачев В. К. – М.: Медицинское информационное агенство, 2007. – 664 с.
8. Масалкін М. Г. Вплив занять пауерліфтингом на жіночий організм / М. Г. Масалкін, Ю. А. Мартинов // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2016. Випуск 11 (81). – С. 72-75.
9. Никитюк Б. А. Состояние специфических функций женского организма при занятиях спортом // Н. А. Никитюк // Теория и практика физ. культуры. – 1984. – № 3. – С. 19-21.

ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ІМІДЖУ УСПІШНОГО ТРЕНЕРА З БАСКЕТБОЛУ

Баскетболісти, звичайно, тренуються командою. Але сучасний рівень розвитку гри потребує такої фізичної, технічної і тактичної підготовки, що одних тільки командних тренувань недостатньо. Як початківці, так і висококваліфіковані баскетболісти повинні тренуватись не тільки під керівництвом викладача, тренера, а й самостійно. Тільки за допомогою систематичних самостійних занять можна досягнути високої майстерності, якнайширше розвинути свої індивідуальні якості. Жодному викладачеві не вдасться підготувати кваліфікованого баскетболіста, якщо сам гравець не буде кожного дня прагнути до цього.

Майстерність баскетболістів, що займаються самостійно, зростає швидше тому, що гравці тренуються більше часу, удосконалюють індивідуальний стиль виконання тих чи інших прийомів і ті прийоми, які більш відповідають їх особливостям.

Під час самостійних занять розвивається творча ініціатива гравців: баскетболісти знаходять нові нюанси виконання технічних елементів, вивчають і вдосконалюють нові технічні прийоми. Також у підсумку самостійного заняття розвивається тактичне мислення. Гравець, вивчаючи той чи інший прийом думає, як краще його виконати, як і коли застосувати. Підвищується індивідуальна тактична майстерність.

Баскетболіст, що займається самостійно, свідомо думає про підвищення своєї майстерності, про свою спортивну форму, команду. Він цікавиться всім, що стосується баскетболу. А це - обов'язкова умова для досягнення високої майстерності.

Для досягнення якості викладач-тренер спочатку повинен допомогти юному баскетболісту проводити самостійне заняття. Для цього необхідно:

- скласти нескладний індивідуальний план самостійного тренування, вказавши в ньому конкретні вправи, дозування і т. д. Періодично потрібно перевіряти план;
- дати завдання самостійно кожного дня виконати певну кількість штрафних кидків, кидків з визначених точок та ін., вести таблицю результатів;
- дати завдання удосконалити відстаючий технічний прийом.

Самостійні тренування баскетболіста повинні включати підготовку: фізичну; технічну; тактичну; психологічну.

Баскетболіст повинен бути всебічно розвиненим атлетом. Щоб стати таким, необхідно розвивати швидкість, силу, витривалість, спритність, стрибучість. Основні фізичні якості - сила, швидкість і витривалість (інші дуже важливі якості, такі як стрибучість, спритність, залежать від розвитку основних) - в кожному виді спорту мають свою специфіку, тому, вдосконалюючи їх, треба про це пам'ятати.

Швидкість у баскетболі - це не тільки здатність гравця швидко пробігати встановлені відрізки. Баскетболісту необхідні і велика стартова

швидкість на відрізках 5-6 м з різних часто складних вихідних положень, і вміння швидко виконати технічний прийом. Для вдосконалення швидкості необхідно застосовувати відповідні вправи: біг на короткі відрізки з максимальною швидкістю, чергування бігу в середньому темпі з бігом з максимальною швидкістю, пробігання коротких відрізків з максимальною швидкістю з різних вихідних положень та з подоланням перешкод, виконання технічних прийомів з швидким бігом на коротких відрізках. Сила баскетболіста визначає швидкість руху, стрибучість, якість передач м'яча і кидків у кошик, а також успіх у боротьбі за м'яч. Основними засобами для сили баскетболіста вважаються вправи з обтяженням (набивні м'ячі, мішки з піском, пояси з піском, гантелі, штанга), вправи з подоланням власної ваги (згинання рук, присідання, підтягування) і ваги партнера (вправи з опором партнера), різні стрибкові вправи.

Витривалий той баскетболіст, який гарно переносить навантаження під час всього матчу або декількох матчів (якщо змагання проходять декількома матчами).

Витривалість баскетболіста розвивається за допомогою спеціальних вправ, в яких порівняно довго виконуються вправи в швидкому темпі: швидка передача м'яча (якщо тренується один - біля стінки), швидка передача м'яча в русі (швидкість бігу максимальна), швидке ведення м'яча, подолання коротких відрізків з м'ячем і без нього з максимальною швидкістю та ін. удосконалювати витривалість краще за все в самостійному тренуванні 1, 2, 3 гравці, в грі 1х1.

Для вдосконалення стрибучості необхідно зміцнювати силу м'язів, покращувати швидкість рухів і координацію. В баскетболі стрибучість проявляється в дуже специфічних умовах: стрибати потрібно в постійному дотику з партнером і суперниками, часто в дуже складних ситуаціях. Тому й розвивати стрибучість потрібно в умовах, наближених до ігрових.

Крім вправ з обтяженнями та стрибкових, рекомендуються такі, як боротьба за дитячу повітряну кулю (хто більше разів її торкнеться) в парах, трійках. Виконується велика кількість стрибків в контакт з партнером, в боротьбі з ним. Рекомендується також така вправа: кидок м'яча в зачинене згори кільце та ін.

Засвоєння індивідуальної тактики - дуже важливий розділ під час підготовки баскетболіста. Навчання індивідуальній тактиці потрібно починати з першого заняття, на якому вивчається техніка баскетболіста. Баскетболісту необхідно пояснити, як, коли і який прийом доцільно виконати, коли і як діяти і т. д. Це потрібно робити, вивчаючи кожен прийом техніки. Психологічна підготовка під час самостійних занять відіграє важливу роль. Бо, як показує практика, під час протистоянь майже рівних за класом гравців і команд на перше місце виходить психологія. Одна секундна нестриманість і команда може залишитись без сильного гравця, а суперник отримати перевагу. Або хтось з гравців не витримав психологічного тиску трибун і здавалося б виграний матч перетворюється на болючу поразку. Тому тільки постійне поєднання технічного вдосконалення з психологічною підготовкою на самостійних заняттях допоможе молодій людині прогресувати.

Л.Б. Волошко, к.пед.н., доцент
П. К. Клименко, студент магістратури групи 601 ГС
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

За даними наукових досліджень, кількість студентів із артеріальною гіпертензією за останні 10 років збільшилась у 2-3 рази. Часто внаслідок недостатньої рухової активності молоді люди переносять захворювання, які набувають хронічних форм. Відповідно кількість студентів, які займаються в спеціальних медичних групах (СМГ), збільшується щорічно і зросла в 2 рази за останні 10 років.

Фізична культура і спорт є важливим засобом у системі освіти та виховання студентської молоді, формування в них основ здорового способу життя, організації активного відпочинку, розвитку та відновлення фізичних та духовних сил, позитивних моральних і вольових якостей, реабілітації та корекції здоров'я [1]. Практика показує, що багато викладачів ЗВО з фізичного виховання не володіють достатньою мірою необхідним рівнем знань про особливості організації та методики роботи спеціальних медичних груп, виявляють пасивність та інертність у цій важливій роботі, помилково вважаючи її лише додатковим навантаженням. Сучасні вимоги вимагають поновлення форм і методів цієї роботи, у тому числі для студентів, в яких діагностовано артеріальну гіпертензію, тому обрана тема є актуальною.

Мета дослідження – розробити, теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність методики фізичного виховання для студентів спеціальної медичної групи з первинною артеріальною гіпертензією.

Методом сліпого рандомізованого відбору студентів, які були віднесені у СМГ, було сформовано дві групи: контролю (КГ) та основна (ЕГ) група. При розподілі студентів на групи враховувались вік, стать і рівень фізичного стану. Всього було задіяно 36 студентів віком 17-18 років, у яких діагностована первинна артеріальна гіпертензія, та які перебували під диспансерним наглядом за місцем проживання. КГ займалася за традиційною програмою спеціальної медичної групи (18 студентів), в ЕГ – впроваджувалася розроблена нами методики фізичного виховання для студентів спеціальної медичної групи з первинною артеріальною гіпертензією (18 студентів). Нами розроблено методику проведення занять із фізичного виховання для студентів з первинною артеріальною гіпертензією у спеціальній медичній групі, в якій враховано принцип поетапного підвищення рівня фізичних навантажень для студентів на основі актуального рівня фізичного та функціонального стану.

Методика базується на принципах: оздоровчого, лікувально-профілактичного спрямування, диференційованого підходу. В експерименті проведено такі етапи: перший – методичні заняття і фізичні вправи ЛФК; другий – лікувально-оздоровчі фізичні вправи; третій –

фізкультурно-оздоровчі вправи; четвертий – фізичні вправи для розвитку та вдосконалення фізичних якостей студентів.

З оздоровчою метою на всіх етапах застосовувались фізичні вправи, спрямовані на розвиток витривалості, спритності, гнучкості, динамічної сили, вправи на тренажерах. Використані фізичні вправи були об'єднані у групи: загальнорозвиваючі вправи, для розвитку витривалості, для розвитку спритності, на розслаблення м'язів та відновлення дихання.

Загально-розвиваючі вправи і вправи для розвитку витривалості та гнучкості в ЕГ складала 90% тривалості академічного заняття, у КГ – 50%. В ЕГ підготовча частина займала 50% академічного заняття, у КГ – 30%, основна частина складала відповідно 35 і 55% академічного заняття. У методику включено вправи помірної інтенсивності (аеробної спрямованості), а саме оздоровчу ходьбу.

Ефективність впровадження методики у навчально-виховний процес з фізичного виховання спецмедгруп підтверджена позитивною динамікою досліджуваних показників. Наприкінці навчального року у студентів ЕГ зафіксовано достовірну позитивну динаміку соматичного здоров'я, рухової підготовленості та покращення фізіологічних показників ($p \leq 0,05$): середній показник систолічного тиску в основній групі знизився з $166 \pm 2,3$ до $136 \pm 2,5$ мм рт. ст., діастолічного тиску – з $97 \pm 1,8$ до $79 \pm 2,4$ мм рт. ст.; частота серцевих скорочень з $93,4 \pm 0,9$ до $78 \pm 0,8$ ударів за хвилину ($p < 0,05$).

Адаптаційний потенціал студентів ЕГ змінився з $2,9 \pm 0,3$ балів до $2,2 \pm 0,3$ балів, а в контрольній групі з $2,9 \pm 0,4$ балів до $2,5 \pm 0,5$ балів, що свідчить про достовірне покращення початково порушеного адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи у студентів ЕГ.

Аналіз показників здоров'я студентів з первинною артеріальною гіпертензією наприкінці навчального року показав позитивну динаміку: у юнаків та дівчат ЕГ показники соматичного здоров'я покращилися на 25,8% та 27,1% відповідно, у дівчат КГ приріст показників соматичного здоров'я складає лише 8,8%.

Отже, запропонована методика сприяє зміцненню здоров'я студентів, стабілізує позитивну динаміку показників артеріального тиску та є ефективною для проведення занять у спеціальних медичних групах.

Література

1. Ходінов В. Влияние занятий физическим воспитанием студентов на возможность практического использования полученных знаний и навыков для укрепления здоровья / В. Ходінов // Збірник наукових праць Волинського державного університету ім. Л. Українки. – Луцьк, 2005. – С. 382-384.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
В. О. Ломоносов, студент магістратури групи 601 ГС
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДОШКІЛЬНИКІВ

Дошкільний вік – найбільш відповідальний етап розвитку організму та один із найважливіших у становленні особистості людини. У цей період

зкладаються основи здоров'я, повноцінного фізичного розвитку, фізичної підготовленості, відбувається стабілізація біологічних передумов особистісного розвитку, формування психічних процесів, а найкращі умови для цього створюються в процесі фізичного виховання.

Найвразливішим і найяскравішим етапом життя людини, як правило, вважається дошкільний вік (молодший дошкільний (3 – 4 роки), середній (4 – 5 років) і старший (5 – 6 (7) років). Для дітей цього віку загальна стратегія соціального формування повинна базуватись на гуманістичних уявленнях про дитину як самоцінну особистість, що має свою волю, характер і світосприймання [1].

Умовами, що забезпечують успішність такого виховного процесу в сім'ї насамперед виступають: виховання і розвиток ціннісного ставлення до життя, до кожної конкретної особистості; формування потреби в розумінні іншої людини, повазі її гідності й самоповазі; включення батьків і дітей у стосунки, сутністю яких є піклування одне про одного, про інших; наповнення життя добрими справами; нагромадження досвіду гуманних взаємин і поведінки в емоційно насичених ситуаціях, які вимагають співчуття, співпереживання і збереження власної гідності; використання кращих традицій національної етнопедагогіки, народної мудрості виховання.

Провідні вчені головним чинником зміцнення і збереження здоров'я дітей дошкільного віку вважають систематичну рухову активність, яка формується у процесі фізичного виховання. Саме фізичне виховання у дошкільних навчальних закладах повинно формувати у дитини правильне і усвідомлене ставлення до себе і до свого здоров'я.

Відомо, що у дошкільному віці біологічна потреба в русі є провідною і здійснює мобілізуючий вплив не тільки на фізичний розвиток, але і на інтелектуальну, моральну та емоційну сфери дитини, її звички та поведінку.

О.Г.Швецов [2] пропонує нову концепцію системного підходу до охорони здоров'я дітей у дошкільних закладах. Він надає наступне визначення поняттю «здоров'я дитини». Здоров'я – це здатність протидіяти впливам інфекції, фізичних, хімічних і психічних факторів навколишнього середовища. Автор наголошує на тому, що здоров'я дитини містить п'ять ознак: 1) адаптованість – пристосування до навколишнього середовища; 2) рівновага – здатність організму функціонувати у зовнішньому середовищі, зберігаючи гомеостаз (константа внутрішнього середовища); 3) благополуччя – стан психічного і фізичного спокою, який обумовлений сприятливим протіканням всіх життєвих процесів дитини; 4) гармонійність – врівноваженість всіх функцій, які забезпечують найбільш успішне зростання і розвиток організму; 5) здатність функціонувати – головна складова практичного розуміння здоров'я, яка визначає ступінь узгодженості всіх вищевикладених ознак, що забезпечують високий рівень біологічної та соціальної активності і роботоздатності людини.

У якості провідних факторів впливу на здоров'я дошкільників О. Г. Швецов називає наступні фактори:

1) середовище життя, у тому числі психологічний мікроклімат у дошкільному закладі і в сім'ї;

2) харчування у дитячому дошкільному закладі, яке забезпечує 90% добової потреби дитини в їжі і визначається повноцінністю, збалансованістю добового раціону, оптимальним розподілом їжі протягом дня, яке забезпечує її засвоєння;

3) руховий режим, з яким пов'язані гіподинамія і гіпокінезія, які можуть мати місце у дошкільних закладах внаслідок перебування великої кількості дітей в обмежених приміщеннях;

4) специфічний імунітет дитини, який формується в результаті планової імунопрофілактичної роботи у дитячому дошкільному закладі;

5) рівень неспецифічної резистентності (опору захворюванням) організму дитини. У цей фактор входять: порушення обміну речовин, дефіцит окремих харчових речовин (білків, вітамінів, мікроелементів), надлишкове харчування, гіподинамія і гіпокінезія, порушення нормального протікання психічних і фізіологічних процесів;

6) рівень санітарної культури дітей, батьків і обслуговуючого персоналу дитячого дошкільного закладу, який визначає стереотип «здорової» поведінки у побуті та у дошкільному закладі;

7) рівень медичного обслуговування дітей у дошкільному закладі залежить від якості спеціальної медичної підготовки персоналу;

8) біологічні (спадкові) фактори, головним чином пов'язані зі шкідливими звичками батьків, інфекційними захворюваннями т. ін.

Таким чином, зовнішнє середовище, яке впливає на дитину в умовах дошкільного закладу, впливає на її фізичний стан і здоров'я. Провідним фактором у підвищенні рівня фізичного стану дітей дошкільного віку є рухова активність, яка повинна перебувати у межах оптимальних величин.

Література

1. Фізичний розвиток дітей в умовах дошкільного навчального закладу: Методичні рекомендації Міністерства освіти і науки України (Додаток до листа від 16.08.2010 №1/9-563).

2. Швецов А. Г. Формирование здоровья детей в дошкольных учреждениях: в помощь врачам, мед. и пед. работникам дошк. учреждений / А. Г. Швецов. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2009. – 174 с.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
В. С. Рябченко, студент магістратури групи 602 ГС
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

РОЗРОБКА РАЦІОНАЛЬНОГО РУХОВОГО РЕЖИМУ ДЛЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Серед пріоритетних завдань дошкільної освіти, визначених державними документами, є збереження та зміцнення фізичного, психічного, духовного здоров'я дитини, підвищення опірності й захисних

сил дитячого організму. У зв'язку з цим набуває актуальності проблема впровадження в дошкільних навчальних закладах здоров'язберігаючих технологій та оптимізації рухового режиму дітей [1]. Особливо важливими є цілеспрямовані педагогічні впливи щодо активізації рухової активності молодших дошкільнят, оскільки цей вік є періодом соматичного формування й психічного становлення, отже, тема дослідження є актуальною.

Мета дослідження: розробити та експериментально перевірити організаційно-методичні підходи до побудови моделі раціонального режиму рухової активності дітей в умовах дошкільних освітніх закладів.

Формувальний педагогічний експеримент тривав чотири місяці. З цією метою були створені контрольна та експериментальна групи (по 8 дітей у кожній, із них 4 дівчини та 4 хлопчика). В експериментальній групі процес фізичного виховання був побудований згідно розроблених режимів рухової активності. У контрольній групі всі організаційні форми занять проводились згідно змісту і методичним рекомендаціям програми навчання і виховання дітей дошкільного віку «Я у світі» [2].

У процесі дослідження обґрунтована та розроблена модель організації раціонального рухового режиму дітей 3-4 років у дошкільних навчальних закладах, яка забезпечила комплексний підхід до розв'язання поставленої проблеми. Вона включає мету, завдання, процесуальне і змістове забезпечення, педагогічні умови оптимізації рухової активності в режимі дня дошкільного навчального закладу, а також контроль та оцінку змісту, організації рухової активності дітей у дошкільних навчальних закладах.

Процесуальне забезпечення рухової активності дошкільнят включає в себе супровід та організацію процесу рухової активності дітей у режимі дня дошкільного навчального закладу. Організація процесу рухової активності дітей в умовах дошкільної установи передбачає такі компоненти: організовані форми рухової активності дітей; комплексний підхід до методів регулювання рухової активності; різноманітність рухів в організованих формах рухової діяльності; самостійна рухова активність, міжвікова ігрова взаємодія.

Компонентами змістового забезпечення запропонованої моделі є: зміст рухової активності; програмне забезпечення процесу фізичного виховання у дошкільному закладі; адекватність змісту програм методам їх реалізації; удосконалення змісту рухової активності дітей; ступінь їх рухливості і руховий досвід; базові мотиви і потреби дітей у рухах; відповідність рухових завдань індивідуальним особливостям дітей.

Оптимізація рухового режиму дітей 3-4 років у дошкільних навчальних закладах різного типу передбачає дотримання організаційно-педагогічних умов роботи, до складу яких увійшли: спрямованість педагогічних дій; професійна компетентність педагога; організація предметно-розвивального середовища; опора на дидактичні та специфічні принципи навчання рухових дій і розвитку фізичних здібностей; врахування закономірностей розвитку рухової активності молодших дошкільнят.

Було включено елементи інноваційних оздоровчих технологій до всіх організаційних форм роботи з фізичного виховання: сюжетно-ігрове фізкультурне заняття проводилось не менше двох разів на тиждень; елементами дитячої фітнес-програми «Са-Фі-Дансе». Фізкультурно-оздоровчі заходи (ранкова гімнастика, рухливі ігри на прогулянці, гімнастика після денного сну та ін.) включали елементи психогімнастики, коригувальної гімнастики (вправи на розвиток дрібної моторики), оздоровчий біг, загартувальні заходи не менше трьох разів на тиждень. Активний відпочинок передбачав проведення фізкультурних свят, днів здоров'я, фізкультурних розваг, прогулянок-походів до лісу або прилеглого парку.

Отримані результати формувального експерименту дозволяють стверджувати про позитивний вплив розроблених рухових режимів на рівень рухової активності дітей 3-4 років ДНЗ за усіма її параметрами.

Література

1. Полякова А. Сучасні підходи щодо організації системи фізичного виховання в дошкільних закладах різного типу / А. Полякова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2012. – №1. – С.105-109.
2. Рунова М. О. Рухова активність дитини в дитячому садку: посіб. для працівників дошк. закл., викл. і студ. педвузів і коледжів: пер. з рос. мови. – Х.: Ранок, 2007. – 192 с. – («Програма розвитку»).

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент;
С. М. Черкашин, студент магістратури групи 602 ГС
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ІСТОРІЯ СКАНДИНАВСЬКОЇ ХОДЬБИ

Скандинавська ходьба ще має декілька назв: північна, норвезька, нордична (nordic walking). Появу ходьби з палицями відносять до стародавніх часів, коли чабани та віруючі використовували палиці в якості підмоги у складному рельєфі. У лікувально-оздоровчих закладах палиці також давно використовуються в лікувальній фізкультурі. Більш близька до втілення у сучасність версія, що пов'язана зі спортивною діяльністю лижників Фінляндії, які намагались підтримувати себе у спортивній формі не в зимовий час (1940 рік). Вони здогадалися тренуватися без лиж, замість займатись бігом з лижними палицями [1].

Історія скандинавської ходьби своїм корінням сягає в Фінляндії в 30-і роки минулого століття. Вважається, що ходьбу з палками перші придумали використовувати фінські лижники, які використовували цю вправу як засіб імітації лижного ходу в міжсезоння. Це дозволяло зберігати відмінну фізичну форму і формувати руховий переніс рухів рук з палками. Ходьбу з лижними палицями в міжсезоння фінські лижники використовували для отримання схожого навантаження, як від ходьби на

лижах. Дійсно, на сьогоднішній день доведено, що ходьба з палицями дозволяє активно включати в роботу м'язи верхнього плечового пояса [2].

Дослівно з фінської мови саме поняття цього виду фізичської активності перекладається як ходьба з палицями. В окремий вид Nordic Walking (від англ. nordic - «північна», walking - «ходьба») перетворилася досить недавно, в 90-х роках XX століття.

Скандинавська ходьба як вид оздоровчого фітнесу оформилася ближче до 90-их років минулого століття. Завдяки кільком факторам вона в короткий термін набула значної популярності. Вплив на організм при заняттях скандинавської ходьбою більш інтенсивно, ніж при звичайній ходьбі, але при цьому навантаження не таке інтенсивне, як при бігу. Величезною перевагою є те, що ходьба з палицями практично не має протипоказань, тому вона рекомендована людям будь-якої вікової групи. В даний час скандинавська ходьба визначається як вискоєфективний вид фізичної активності, в якому використовується певна методика заняття і техніка ходьби за допомогою спеціально розроблених палиць [2].

Значну роль в історії розвитку скандинавської ходьби зіграв Маурі Репо (Mauri Repo, 1945-2002) - тренер з лижних гонок. У його роботі 1979 року "Hiihdon lajiosa» були описані особливості методики тренувань у міжсезоння з використанням лижних палиць для спортсменів - лижників. Роботи Репо мають особливу цінність, так як вперше було дано наукове обґрунтування анатомічних і фізіологічних причин ефективності застосування ходьби з палицями. Робота мала багато спільного з концепціями сучасної скандинавської ходьби і активно використовувалася при тренуваннях професійних спортсменів.

У 1988 році Том Рутлін придумав методику, подібну скандинавської, яка називалася Exerstrider. Відмінність була в конструкції палиць, вони були без кріплень для рук і обтяжені, ними могли займатися тільки люди, які мають хорошу фізичну підготовку. Ця ходьба більше нагадувала трекінгову. Цей вид занять став найбільш популярним в США і мав певну цільову аудиторію. Так як цим видом могли займатися тільки підготовлені фізично люди, то цей напрям воліли спортсмени в якості додаткових тренувань загальної витривалості. У той час як скандинавська ходьба розвивається напрямок як один з видів оздоровчого фітнесу.

Фін Марко Кантанева вперше розробив інструкції з техніки скандинавської ходьби. Його праця побачила світ у 1997 році. Саме він розробив оптимальну конструкцію палок і запатентував назву «оригінальна скандинавська ходьба» (англ. – original nordic walking). Палки для скандинавської ходьби (Nordic Pole) є двох видів – телескопічні та з фіксованою довжиною. Вони повинні відповідати росту, навантаженням, стану здоров'я користувача. Виготовляється вони зі спеціального матеріалу – карбонопластику. Палки повинні мати спеціальний темляк – рукавичку, за допомогою якої палка кріпиться до кисті рук.

Перший публічний захід по ходьбі з палицями в цілях популяризації цього виду фізичної активності було проведено в 1988 році Туомо Янтунен (Tuomo Jantunen), директором Центральної Асоціації Спорту і Відпочинку на Свіжому Повітрі. У 1996 році Центральною Асоціацією Спорту і

Відпочинку на Свіжому Повітрі спільно з тестовою лабораторією Інституту спорту Вісрумякі і фірмою «Ехер» були створено спеціальні палиці Sauvakavely.

Завдяки активній комерційній діяльності фірми «Ехер», яка розробляла освітні програми з скандинавської ходьби, проводила підготовку інструкторів, скандинавська ходьба поступово почала розвиватися за межами Фінляндії і стрімко розійшлася по всьому світу. У 2000 році віце-президент «Ехер» заснував INWA (Міжнародну Асоціацію Скандинавської Ходьби), метою якої була популяризація і поширення скандинавської ходьби в світі [1].

Скандинавською ходьбою займаються десятки мільйонів людей в усьому світі. Найбільшого поширення цей вид фізичної активності знайшов в країнах Європи, таких як Фінляндія, Швеція, Німеччина, Італія, Нідерланди, Великобританія. За межами Європи цей вид знайшов популярність в США і Японії. На сьогоднішній день скандинавська ходьба входить в програми реабілітації медичних центрів, санаторно-курортних комплексів, в програми по зниженню ваги й підвищення рівня фізичної підготовленості фітнес-центрів.

Література

1. Заняття скандинавської ходьбою: новомодні прогулянки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://diagnoz.net.ua/narodne-lykyvanja/25374-zanyattyaskandinavskoyi-hodboyu-novomodn-progulyanki.html>
2. Лопуга В. Ф. Нордическая ходьба как средство сбережения здоровья учащихся специальной медицинской группы / В. Ф. Лопуга // Среднее профессиональное образование. – 2015. – № 2. – С. 60–62.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
С. В. Ярош, студент магістратури групи 601 ГС
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІЗ МІОПІЄЮ

Міопія є важливою проблемою для сучасного студентства. Сучасне дозвілля студентів не можливо уявити без комп'ютерів та різних мобільних засобів комунікації, екрани яких створюють складні умови сприйняття для зорової системи, що пов'язано зі способом формування зображення і його характером. Читання інформації викликає напруження очних м'язів, тому що відстань від екрану до очей постійно залишається стало малою і акомодацийні м'язи перебувають у постійній напрузі. Міопія у студентському періоді навчання – одна з найактуальніших проблем офтальмології, оскільки є основною передумовою зорових розладів у молодих людей [1]. Отже, розробка програм профілактики міопії та програм адаптивного фізичного виховання студентів ЗВО із міопією досить актуальна.

Мета дослідження: розробити програму організації самостійних занять з адаптивного фізичного виховання для студентів із міопією.

Розроблено програму організації самостійних занять з адаптивного фізичного виховання для студентів із міопією, яка носить оздоровчу спрямованість. Визначальними рисами запропонованої програми є те, що фізичне виховання було спрямовано на оволодіння навиками самостійного застосування засобів фізичного виховання, у тому числі для корекції стану зорового аналізатора; свідомого розуміння його позитивного впливу на весь організм, вміння самостійно організовувати заняття з фізичного виховання та спрямування його на всебічний розвиток, підвищення фізичної працездатності та оздоровлення організму.

У структурі програми виділено три модулі: освітній (теоретична підготовка), тренувальний (включення занять видом спорту з оздоровчою спрямованістю, ранкова гігієнічна гімнастика, гімнастика для очей, коригуюча гімнастика, фізкультурні паузи під час навчання, масаж і самомасаж, загартовування), контролюючий (виявлення рівня готовності застосовувати засоби фізичної культури в режимі індивідуального стилю здорового способу життя).

Однією з основних завдань у розробленій програмі є збереження функції зору шляхом поліпшення кровообігу очного яблука, зміцнення його м'язово-зв'язкового апарату і склери. Доведено, що фізичні вправи загально-розвиваючого характеру опосередковано покращують функціональні можливості ока, однак цього недостатньо. В тренувальні заняття необхідно включати спеціальні вправи для зовнішніх і внутрішніх м'язів очей.

У процесі реалізації програми організації самостійних занять фізичним вихованням для студентів із міопією визначено прийоми регулювання навантаження: кількість повторень вправи; амплітуда виконання вправ, умови виконання вправ; опір партнера і самоопір; швидкість виконання вправ; час виконання вправ; тривалість перерв і зміна їхнього характеру перед виконанням наступного завдання; ускладнення вправ шляхом їхнього поєднання з іншими вправами (у різних варіантах); темп виконання вправ. Регулюючи навантаження, одночасно користувалися двома-трьома прийомами.

Визначено, що по завершенню експерименту у студентів основної групи не спостерігається прогресування короткозорості ($p < 0,05$), отже, застосування вправ зорового тренінгу у поєднанні з раціонально організованою руховою активністю сприяє покращенню фізичного стану та запобігає прогресуванню міопії.

Література

1.Куделя І. Засоби і методи корекції фізичного стану студентів спеціального відділення вищих навчальних закладів // Молода спортивна наука України: Збірник наукових праць в галузі фізичної культури та спорту. – Львів: Українські технології, 2004. – Т. 3. – С. 175-179.

2.Шиллер С. И. Медико-социальные аспекты профилактики миопии среди школьников, обучающихся по инновационным программам : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. И. Шиллер. – Казань, 2012. – 17 с.

АДАПТИВНА РУХОВА РЕКРЕАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Адаптивна рухова рекреація (далі – АРР) – це складова адаптивної фізичної культури, що дозволяє задовольнити потреби людини з порушеннями у стані здоров'я (включаючи людей з інвалідністю) у відпочинку, розвагах, цікавому проведенні дозвілля, зміні виду діяльності, отриманні задоволення, в спілкуванні тощо.

Центральним у понятті «адаптивна рухова рекреація» є термін «рекреація», який пояснюємо як процес, спрямований на відновлення, підкріплення, зміцнення, відпочинок.

Поняття «фізична рекреація» означає, що в процесі відновлення, одужання, відпочинку використовуються фізичні вправи, тобто переважає рухова активність. Адже основу змісту фізичної рекреації складає діяльність з використанням фізичних вправ і інших видів рухової діяльності для задоволення біологічних і соціальних потреб кожної людини або групи осіб. Біологічні потреби переважно пов'язані із задоволенням природної потреби в русі, відновлення тимчасово знижених чи порушених функцій організму та їх активізацією. Соціальні-спрямовані потреби людей полягають у отриманні задоволення, перемикання з одного виду діяльності на інший, профілактиці несприятливих впливів соціального середовища [1, с. 49].

Саме тому нерідко вчені (Круцевич Т. Ю. [2], Товт В. А. [3] та інші) вживають поняття «адаптивна фізична рекреація», тотожне поняттю «адаптивна рухова рекреація».

Так, Круцевич Ю. Т. пише: «Адаптивна фізична рекреація, як і всі інші види адаптивної фізичної культури, покликана за допомогою раціонально організованої рухової активності як природного стимулу життєдіяльності, використовуючи збережені функції, залишкове здоров'я, природні ресурси і духовні сили, максимально реалізувати повноцінне життя через задоволення можливостей організму і особистості [2, с. 116-117].

Загальною метою фізичної рекреації є зміцнення фізичного та психічного здоров'я, створення бази для плідної розумової та фізичної праці. Сам по собі термін "рекреація" ще не являє особливих зв'язків з фізичною культурою, доповнення цього поняття терміном "фізична" (рухова) звужує поняття і висуває на перше місце фізична дія, як головний її елемент. Більшість дослідників (Бабюк С. С., Дубогай О. А., Товт В. А. та інші) зазначають, що АРР спрямована на активізацію, підтримку або відновлення витрачених під час будь-якого виду діяльності (навчання, спорту та ін.) фізичних сил людини з певними вадами або порушеннями діяльності органів або частин тіла. Адже

для профілактики втоми застосовують розваги, цікаве проведення дозвілля, різні технології оздоровлення, що сприяють поліпшенню фізичного стану здоров'я людини, підвищенню рівня життєстійкості через задоволення або виконання рухів із задоволенням [3; 16]. Всі ці прийоми є засобами АРР.

Основи АРР зводяться до перевірених історичною практикою світоглядних поглядів Епікура, який проповідував філософію (принципи) гедонізму в освоєнні інвалідом основних прийомів і способів рекреації. Саме тому вчений визначає характерними рисами АРР: свободу вибору засобів фізичної, або рухової активності, партнерів для проведення дозвілля, відволікання та вибір інших видів діяльності, широту контактів, самоврядування, ігрову діяльність, задоволення від руху тощо.

Зміст АРР спрямований на активізацію, підтримку або відновлення фізичних сил, витрачених інвалідом під час будь-якого виду діяльності (праці, навчання, спорту), на профілактику втомлення та гіподинамії тощо.

Найбільший ефект від АРР, основна ідея якої полягає в забезпеченні психологічного комфорту і зацікавленості, досягається за рахунок повної свободи вибору засобів, методів і форм занять фізичною культурою. Особливо, якщо її доповнювати оздоровчими технологіями профілактичної медицини. Для людей з інвалідністю АРР є не лише біологічно підтвердженою саморегульованою руховою активністю, яка покращує емоційний стан, фізичне здоров'я і працездатність, а й спосіб подолання замкнутого простору, психічний захист, можливість спілкування, задоволення особистих інтересів, смаків, бажань у виборі видів і форм занять фізичною культурою. У разі набутої інвалідності або важкого перебігу хвороби адаптивна рухова рекреація має стати першим етапом або кроком в напрямі зняття (подолання) стресу і залучення до адаптивної фізичної культури (адаптивного фізичного виховання або адаптивного спорту).

Отже, основне призначення АРР полягає у активізації, підтримці та відновленні у людей з порушеннями діяльності певних органів та людей з інвалідністю витрачених сил під час будь-якого виду діяльності, формуванні адекватних психічних реакцій, орієнтацію їх на використання природних засобів і фізичних вправ, що стимулюють швидке відновлення сил і витривалості організму; в навчанні – сприяє формуванню вмінь використовувати необхідні комплекси фізичних вправ, що загартовують організм, знімають напругу та поліпшують емоційний стан тощо.

Література

7. Деделюк Н.А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури : навч.-метод. посібник для студентів / Н. А. Деделюк. – Луцьк : Вежа-Друк, 2014. – 68 с.
12. Круцевич Т. Понятійно-категоріальний апарат адаптивного фізичного виховання / Т. Круцевич, Р. Чудна // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2005. – №2-3. – С. 48-51.
16. Товт В.А., Теорія і технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності : Навчальний посібник для викладачів і студентів / В. А. Товт, І. І. Маріонда, Е. М. Сивохоп, В. Я. Сусла. – Ужгород, ДВНЗ «УжНУ», «Говерла», 2015. – 88 с.

ОСНОВИ РОЗВИТКУ СИЛИ НА ЗАНЯТТЯХ З ФУТБОЛУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Розвиток рухових (фізичних) якостей полягає в тому, щоб у процесі занять фізкультурою розвивати в учнів швидкість, силу, спритність, витривалість. Цей процес тісно пов'язаний з формуванням рухових навичок і зумовлений обсягом і характером рухової активності дитини. Від рівня розвитку рухових якостей залежать результати виконання таких природних рухів як: біг, стрибки, метання, плавання та ін.

Виконання будь-якого руху або збереження якої-небудь пози тіла людини обумовлено роботою м'язів. Величину зусилля, що розвивається при цьому, прийнято називати силою м'язів.

Сила – це здатність переборювати зовнішній опір або протидіяти йому за допомогою м'язових зусиль. В якості опору можуть виступати, наприклад, маса обтяжень предметів, спортивного знаряддя; опір партнера; опір навколишнього середовища; реакція опори при взаємодії з нею; сили земного тяжіння, які дорівнюють масі тіла людини, тощо. Чим більший опір, тим більше потрібно сили для його подолання.

Вправи для розвитку сили – це комплекс вправ, характер яких та форма проведення різноманітні й залежать від мети занять.

Якщо розглядати ці вправи як засіб підняти функціональних можливостей організму, то достатньо виконувати їх протягом 10-15 хв., застосовуючи комплекс простих вправ, які не викликають відчуття втоми.

Загальний принцип побудови комплексу полягає в тому, щоб забезпечити участь основних м'язових груп в русі, що в свою чергу активно впливає на роботу внутрішніх органів. У комплекс потрібно також включати вправи як на дихання, так і на гнучкість. Потрібно уникати виконання вправ статичного характеру, із значним обтяженням, на витривалість (наприклад тривалий біг до втоми).

Футбол є однією з найпопулярніших ігор в світі. Сьогодні він перетворився на суспільний і соціальний вплив, з кожним роком зберігаючи і посилюючи свій вплив на мільйони людей.

Футбол (від англ. foot – нога, ball – м'яч) – командна гра з м'ячем. Історичні джерела футболу загубилися в глибині віків, оскільки командні змагання відомі ще в стародавньому світі.

Футбол дуже популярний серед дітей і слугує прекрасним засобом виховання, прилучення їх до занять фізичною культурою та здорового способу життя. Гра у футбол найбільшою мірою сприяє різнобічному фізичному розвитку дітей. Пред'являючи високі вимоги його серцево-судинній системі, нервово-м'язового апарату до усіх сторін психіки[4].

Велика привілеція футболу з точки зору педагогіки полягає в його командному характері, що розвиває у футболістів дух колективізму, а також прояви творчості. Гравцям надають незліченні можливості для використання власних ідей в інтересах всієї команди.

Все це можливо при правильно організованих, систематичних заняттях футболістом, сприяючих розвитку сили.

Тренувальні завдання виконують переважно методами інтервальної та комбінованої вправи. Для емоційної стимуляції учнів доцільно також періодичне застосування методів ігрової і змагальної вправи.

Гра у футбол вимагає прояву насамперед швидко-силових здібностей: гравці повинні проявляти силові здібності (при виконанні рухів з м'ячем і без м'яча ударів, стартів, стрибків, поштовхів та ін.) в дуже короткі відрізки часу[6].

Сила і швидко-силові якості необхідні футболістові у спортивній та трудовій діяльності. Для виховання їх. слід забезпечити гармонійний розвиток всіх м'язових груп, удосконалювати здібності гравця, використовувати силу в різній ігровій діяльності.

При підборі засобів треба увагу зосередити на вправах, що сприяють вихованню і швидко-силових якостей, необхідних футболістові для ведення гри.

Як засіб виховання силових здібностей рекомендуються вправи з підвищеним опором. Вони поділяються на вправи із зовнішнім опором і вправи, обтяжені вагою тіла.

Систематичне зростання сили у футболістів можна забезпечити лише за умови прояву ними значних м'язових напруг. Вибір величини опору і темпу виконання вправ для розвитку силових здібностей повинен бути індивідуалізований, і визначатися морфологічними особливостями кожного хто займається. При цьому стає необхідним включати в урок вправи силового характеру, які є визначені Державними нормативами і таким чином, стають обов'язковими для виконання. Для підготовки дітей до виконання цих вправ краще використовувати метод швидкісного виконання вправи а не «до відмови».

Методичні рекомендації з виховання сили передбачають застосування таких вправ, які забезпечували б поступові і постійні наростання опору. Темп виконання вправ повинен залишатися оптимальним (приблизно середнім).

Доцільно в підготовці юних футболістів використовувати переважно одне із загальноприйнятих методичних напрямків розвитку сили - подолання неграничних обтяжень (опорів) з граничним числом повторень. Цей напрямок відповідає особливостям підлітків і юнаків, а також завданням підготовки майбутніх майстрів Шкіряного м'яча. Виконання вправ викликає підвищений обмін речовин і активізує трофічні процеси, що створює можливості для посилення пластичного обміну, позитивного позначається на зростанні м'язів. Вправи з неграничними силовими напруженнями дозволяють контролювати техніку виконання рухів займаються, отже, виконувати рухи більш координовано.

Важлива особливість методики застосування вправ полягає в тому, що вона дозволяє ефективно розвивати силові здібності, не вимагаючи визначення оптимальної величини опору, яка зазвичай перевищує певний мінімум (приблизно 30-40%).

Підготовка юних футболістів будується з урахуванням сучасних тенденцій розвитку футболу. У футболі підвищилося значення колективного початку гри, що базується як на розширенні універсальних можливостей гравців, так і на успішному сполученні їх високих індивідуальних якостей у грі. При цьому універсальним вважається спортсмен, що вміє бездоганно зіграти на своєму місці, а за потреби - добре на будь-якій ділянці і в обороні, і в атаці.

Зазначимо, що в науково-методичній літературі питання, що стосуються фізичної підготовки кваліфікованих футболістів, розглянуті достатньо повно. Щодо підготовки юних футболістів, то тут поки що є багато незрозумілого і спірного[5].

Футболіст має справу з постійною власною вагою і постійною вагою м'яча.

Отже, йому потрібна раціональна сила, яка відповідала б вимогам ігрової діяльності футболіста; футболістові потрібна так звана "динамічна" або "вибухова сила", яка проявляється в умовах швидких рухів за короткий проміжок часу. При цьому необхідно враховувати, що силові вправи позитивно позначаються на швидкості лише тоді, коли сила збільшується у тому самому русі, в якому хочуть показати найвищу швидкість.

Щоб досягти органічного поєднання сили і швидкості і при цьому не погіршити координаційних можливостей, необхідно застосовувати такі засоби тренування, які б відповідали за руховою структурою ігрової діяльності. Найбільш раціональним засобом розвитку сили і швидкості юних футболістів є різні види стрибкових вправ.

Підсумовуючи вище викладене можна сказати щоб досягти органічного поєднання сили і швидкості і при цьому не погіршити координаційних можливостей, необхідно застосовувати такі засоби тренування, які б відповідали за руховою структурою ігрової діяльності.

Найбільш раціональним засобом розвитку сили і швидкості юних футболістів є різні види стрибкових вправ.

Література

1. Голомазов, С.В. Теоретичні основи і методика контролю технічного майстерності / С.В. Голомазов, Б.Г. Чирва. - М.: ТВТ Дивізіон, 2006. - 187 с.
2. Ільїн, Є.П. Психологія спорту / Є.П. Ільїна. - СПб: Питер, 2008. - 128 с.
3. Ільїн, Є.П. Психологія фізичного виховання / Є.П. Ільїн. - СПб: Питер, 200. - 176 с.
4. Монаков, Г.В. Підготовка футболістів / Г.В. Монаков. - М.: Радянський спорт, 2005. - 285 с.
5. Мукіан, М. Все про тренуванні юного футболіста / М. Мукіан, Д. Дьюрст. - М.: Астрель, 2007. - 234 с.
6. Швигов, І.А. Спорт в школі. Футбол / І.А. Швигов. - М.: Терра спорт, 2002. - 141 с.

ІННОВАЦІЙНІ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ

Здоров'я – один із основних чинників повноцінного життя, благополуччя та культурного рівня країни. Згідно з Державними національними програмами «Освіта України ХХІ століття» і «Фізичне виховання – здоров'я нації», головними завданнями національної освіти є формування творчої особистості, забезпечення становлення її фізичного та морального здоров'я. Потреба в розробці та впровадженні в практику означених програм обумовлена тим, що в Україні останнім часом чітко визначилась негативна тенденція погіршення здоров'я дітей та молоді.

Аналіз чинників, що зумовлюють виникнення в учнів різних патологічних станів, свідчить про неефективне застосування засобів фізичної культури в школі, низький рівень теоретичних знань учнів у галузі фізичної культури й оздоровчих технологій, наявність негативної мотивації до систематичних занять фізичною культурою та ведення здорового способу життя. На думку провідних вчених основною причиною недостатньої кількості впровадження інноваційних програм та реформ у сферу фізичної культури в навчальних закладах, стала загальна для сучасної педагогіки невирішеність проблеми оптимального сполучення масової освіти з сучасними ефективними фізкультурно-оздоровчими програмами.

Про актуальність проблеми оптимізації фізичної культури в загальноосвітніх навчальних закладах України свідчить низка спеціальних державних програм: «Фізичне виховання – здоров'я нації», «Обдаровані діти», «Школи сприяння здоров'ю», «Діти України», «Допоможи собі сам». Зміст означених програм складає основу стратегії науково-методичної роботи в галузі фізичної культури.

Численні педагоги, психологи, фізіологи указують на те, що сучасні програми, до яких відносяться і фітнес-програми як форми рухової активності, спеціально організованої в рамках групових або індивідуальних занять, мають оздоровчу та корекційну спрямованість, при цьому вдосконалюють традиційні форми фізичного виховання. Вони є доступними фінансово, побудовані на природних рухах і не потребують спеціальній фізичній підготовленості, мають високу ефективність у збереженні й покращенні здоров'я дітей та молоді. В Україні розробкою фізкультурно-оздоровчих програм займаються такі фахівці як Т. Круцевич, І. Мурахов, С. Операйло, однак науково-методичних механізмів інтеграції різноманітних фітнес-програм у структуру фізичної культури школярів практично немає.

Тому, ми можемо зробити висновок, що впровадження інноваційних фізкультурно-оздоровчих технологій у процес фізичного виховання школярів є досить актуальним.

При цьому використанням під час учбових занять вправ аеробного спрямування зумовлена необхідністю подолання суттєвих протиріч між можливостями ефективного збереження, зміцнення здоров'я школярів шляхом створення відповідного соціального й фізкультурно-оздоровчого середовища та відсутністю дидактичних й інформаційних моделей такої педагогічної діяльності в закладах освіти; необхідністю забезпечення сприятливих умов для фізичного розвитку школярів і недостатньо розробленими науковими засадами використання у фізичному вихованні школярів сучасних, вискоелективних спортивних і фізкультурно-оздоровчих технологій.

Література

1. Булич Э. Г. Здоровье человека: Биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э. Г. Булич, И. В. Муравов. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 424 с.
2. Волков Л. В. Теорія і методика дитячого та юнацького спорту / Л. В. Волков. – К.: Олімпійська література, 2002. – 296 с.
3. Воробьев М. И. Контроль в физическом воспитании детей, подростков и юношей: учебн. пособие / М. Воробьев, Т. Круцевич. – К.: 2005. – 195 с.

Л.А. Єракова, к.фізвих.н., доцент

Національний університет фізичного виховання і спорту України

М.В. Лобунець, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

І.В. Лобунець, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЗАЛУЧЕННЯ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЧОЛОВІКІВ ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ОЗДОРОВЧО- РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

Спосіб життя сучасної людини характеризується урбанізацією, технологізацією, інтенсифікацією праці, гіподинамією, інформаційною завантаженістю, психоемоційною напругою, переїданням, зловживанням лікарськими препаратами, цілим рядом шкідливих звичок. В той час за рахунок корекції способу життя є можливість значно знизити ризик розвитку хронічних неінфекційних захворювань. Рухова активність не випадково посідає першу позицію серед найважливіших чинників способу життя [1, 2].

Так, в осіб, які починають активно займатися руховою активністю, поступово спостерігається зниження інших екзогенних чинників ризику, таких як: куріння, нераціональне харчування, нервові перенавантаження тощо [3]. Дослідження цього феномену безперечно є актуальним.

Мета дослідження - вивчити ефективність залучення до здорового способу життя чоловіків другого періоду зрілого віку з використанням оздоровчо-рекреаційної рухової активності на основі футболу.

Методи досліджень включали вивчення спеціальної літератури, соціологічні, педагогічні, антропометричні та інші представлені на слайді.

Дослідження проводилися на базі "Навчально-Тренувального Комплексу ФФУ імені Віктора Баннікова". Нами було проаналізовано відповіді 40 чоловіків вікового діапазоні від 36 до 60 років.

В результаті соціологічного опитування була виявлена наступна інформація про особливості способу життя та значення факторів здорового способу життя сучасних молодих чоловіків. Більшість чоловіків, які взяли участь у дослідженні вважають, що здоров'я залежить саме від матеріального благополуччя (30%) та власного стилю поведінки (25%). Розглядаючи питання, що стосуються харчування, можна відмітити те, що 42,5% респондентів мають надлишкове харчування, 80% респондентів постійно або час від часу вживають шкідливі продукти. Проаналізувавши результати індексу маси тіла, ми бачимо, що лише у 35% досліджуваних маса тіла знаходиться у межах норми по відношенню до довжини тіла. Також встановлено, що всього 15% респондентів не палять цигарки з метою зняття стресу - 25%, 25% палять в зв'язку з розповсюдженістю цієї шкідливої звички у мікросереді, 5% - завзяті курці.

Внаслідок низької рухової активності, побутова рухова активність у чоловіків практично мінімальна, усі пересування у 100% здійснюються на автомобілі, не практично відчують матеріальних проблем, середній вік склав – 43,6 роки. Нами були визначені пріоритети до рухової активності оздоровчо-рекреаційної спрямованості. Результати свідчать, що більшість чоловіків обрали ігрові заняття, силовий фітнес, плавання.

Протягом чотирьох місяців чоловіки 36-60 років регулярно займалися руховою активністю оздоровчої спрямованості 3 рази на тиждень. Вони займалися із кваліфікованими інструкторами з оздоровчого фітнесу, які враховували особливості фізичного стану чоловіків та вікові показники.

Після реалізації цієї оздоровчої програми усі 100% чоловіків продовжили свої тренування, а нами було визначено чи відбулися зміни в реалізації факторів здорового способу таких як: відмова від шкідливих звичок, раціональне харчування, боротьба зі стресом. Позитивним результатом є те, що збільшилась кількість осіб, що покинули паління – 25% та 30% чоловіків намагаються покинути.

50% чоловіків намагаються змінити свій раціон харчування у бік більш правильного. Негативно те, що 20% не можуть знайти можливості правильно харчуватися, можливо пройшло недостатньо часу для зміни пріоритетів у харчуванні. В той час у 20% чоловіків залишилось надмірне та неконтрольоване харчування.

Нами було проаналізовано, як система оздоровчо-рекреаційної рухової активності впливає на фізичний стан чоловіків другого періоду зрілого віку. Динаміка рівнів фізичного стану осіб, які брали участь у дослідженнях полягає у наступному: 15% чоловіків перейшли із низького

рівня фізичного стану на нижче за середній рівень; - 17,5% досягли рівень фізичного стану вище за середній; 52,5% осіб показали середній рівень.

На останнє ми визначали, чи пройшли зміни у мотивації до рухової активності в процесі занять. Значно підвищився мотив зміцнення здоров'я на 25%. Такий перерозподіл мотивів ми також пояснюємо інформацією щодо ризиків стану здоров'я, яку чоловіки отримали протягом дослідження у тому числі стосовно захворювань серцево-судинної системи. Збільшилась кількість чоловіків із мінімальним та наявним розвитком ризику серцево-судинних захворювань після закінчення експерименту, але нажаль досить значна кількість осіб – 22,5% (9 чоловік) залишилися із вираженим ризиком розвитку захворювань серцево-судинної системи.

Отримані результати досліджень дозволяють стверджувати, що до початку занять оздоровчо-рекреаційної рухової активністю чоловіки не приділяли необхідної уваги власному здоров'ю та способу життя. І тільки після циклу регулярних оздоровчих занять чоловіки почали пов'язувати свій руховий режим та спосіб життя із оптимальним фізичним та емоційним станом, відчуттям своєї фізичної та психоемоційної привабливості, комунікабельністю, хорошим самопочуттям, відсутністю депресій, можливістю брати участь у різних соціальних заходах, високими адаптивними можливостями, працездатністю, відсутністю захворюваності й хворобливих відчуттів, швидким і повноцінним перебігом процесів відновлення після розумової діяльності

Література

1. Апайчев А.В. Мотивационные предпочтения в выборе видов двигательной активности мужчин второго зрелого возраста / А.В. Апайчев // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2015. – № 3. – С.35–42.
2. Благій О. Управління фізичним станом чоловіків першого періоду зрілого віку в процесі занять outdoor фітнесом / Благій О., Андреева О. Матеріали X ювілейній Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення», Львів. – ЛДУФК. – 2016. – 265-268.
3. Основы персональной тренировки: книга для фитнес-тренера / ред. Р.В. Эрл, Т.Р. Бехль; спец. ред. М. Дутчак, В. Левицкий; пер. с англ. И. Андреев; Национальная ассоциация силовой и кондиционной тренировки. – Киев: Олимпийская литература, 2012. – 724 с.

Жамардій В.О., к.пед.н., викладач

Українська медична стоматологічна академія

ФІТНЕС-ПРОГРАМИ АЕРОБНОЇ СПРЯМОВАНOSTI

Найбільшого застосування в освітньому процесі з фізичного виховання отримали фітнес-програми, засновані на використанні видів рухової активності аеробного напрямку. Це найбільш розроблені фітнес-програми, із чітко регламентованою системою, змістом якої є загальнорозвиваючі та гімнастичні вправи, спеціальні елементи аеробіки

та їх модифікацій. Основним їх призначенням є розвиток витривалості, підвищення можливостей кардіореспіраторної системи.

Аеробіка – це система вправ, яка спрямована на розвиток аеробних можливостей енергозабезпечення рухової активності. В якості засобів впливу застосовуються ходьба, біг, плавання, танці, заняття на кардіотренажерах. Враховуючи, що рівень аеробної працездатності в основному характеризується діяльністю серцево-судинної та дихальної системи організму, які визначають стан здоров'я людини, використання терміну «аеробіка» відповідає цільовій спрямованості оздоровчої фізичної культури [2].

Аеробіка К. Купера. Однією з найбільш популярних і науково обґрунтованих оздоровчих систем тренування є фітнес-програма, розроблена в Інституті аеробних досліджень К. Купера (США). В основі підвищення функціональної підготовки тих, хто займається лежить поступове збільшення кількості набраних очок (балів) у тому чи іншому виді рухової активності – ходьбі, бігу, плаванні.

Виконання аеробних вправ на кардіотренажерах називається *кардіоаеробікою*. До таких кардіотренажерів належать бігові доріжки, велотренажери, лижні, веслувальні тренажери, степери, слайди. Доріжки бувають механічні, що приводяться у рух силою ніг того, хто біжить і електричні, на яких можна регулювати навантаження, змінювати швидкість і кут нахилу доріжки. Сьогодні бігові доріжки – найпоширеніші кардіотренажери.

Кросробіка. Заняття циклічною аеробікою на бігових доріжках. Залежно від рівня фізичної підготовленості тих, хто займається можна індивідуально підбирати програму занять, яку вносять у пам'ять комп'ютера кардіо-тренажера.

Аеробіка зі скакалкою. Високоінтенсивний вид циклічної аеробіки з використанням скакалки. Передбачає виконання вправ переважно стрибкового характеру, сприяє розвитку координації рухів, покращує стан серцево-судинної та дихальної системи.

Спінбайк-аеробіка (сайклінг і спінінг, RPM). Вид циклічної аеробіки на спеціальному стаціонарному велотренажері. За характером навантаження їзда на велосипеді (вертикальні зусилля) нагадує підйом сходами та забезпечує тренування органів кровообігу, дихання, стимулює обмін речовин, покращує рухливість суглобів і зміцнює м'язи нижніх кінцівок. Заняття сайклінгом і спінінгом проводяться з використанням спеціального велотренажера, який імітує основні елементи рухової діяльності спортсмена-шосейника. Сайклінг і спінінг дозволяють одночасно з головним видом тренувальної роботи – педалюванням виконувати різні вправи за участю м'язів плечового поясу та тулуба, що сприяє розвитку витривалості, динамічної та статичної сили, швидкісних якостей, здатності швидко переходити з одного режиму тренувальної роботи на інший. Популярність цих видів фітнес-програм зумовлена тим, що вони спрямовані на стимулювання діяльності серцево-судинної та дихальної системи, оптимізацію функцій опорно-рухового апарату, прискорення рівня енергетичного обміну [1].

Слайд-аеробіка. Вид оздоровчої аеробіки із застосуванням спеціального обладнання – полімерної дошки та спеціального взуття (шкарпеток). Заняття слайд-аеробіки проводять за двома напрямками: атлетичний (спрямований на спортивні тренування), ритмічний (спрямований на виконання комбінацій з танцювальною стилізацією рухів). Вправи виконуються з імітуванням рухів на ковзанах, лижах, або роliках. Основним типом цих рухів є переміщення тіла за рахунок ковзання вперед, назад і боком. Ці заняття є ефективним засобом покращання роботи серцево-судинної системи, розвитку витривалості, спритності, рівноваги та координації рухів, а також зміцнення м'язів ніг.

Собкор (кор-аеробіка, кор-борд). Вид оздоровчої аеробіки із застосуванням пластикової платформи (дошки), яка балансує у всі боки та обертається довкола своєї осі. Цей вид аеробіки розвиває відчуття рівноваги та координації, сприяє розвитку й укріпленню різних за величиною груп м'язів тулуба, особливо ніг.

Степер. Тренажер, який імітує ходьбу сходами та зміцнює нижню частину тіла. На електричних степерах можливо встановлювати програми різного ступеня складності. Ходьбу на степері можна поєднувати з вправами загального фізичного розвитку та дихальними. Виконання вправ на степерах вимагає утримання правильної постави.

Босу. Вид оздоровчої аеробіки із застосуванням спеціального пристрою – напівсфери, яка має стійку, плоску, круглої форми опору та випуклу силіконову поверхню. Вправи ідентичні до тих, що застосовують у степ-аеробіці та собкорі, але мають свою специфіку, пов'язану з нестійкою поверхнею предмета (балансу). Заняття розвивають витривалість і спритність, покращують відчуття рівноваги, зміцнюють м'язи нижніх кінцівок.

Кенгуру-аеробіка (кенгуробіка, кенгу-джампс). Вид оздоровчої аеробіки з використанням спеціального взуття на пружинах (ХО-Lopers). Ці заняття є високоінтенсивними за рахунок підвищеної тонізації тулуба, особливо ніг і зменшують ударне навантаження на суглоби за рахунок амортизації. Кенгуру-аеробіка розвиває координацію, спритність, відчуття рівноваги, вносить елементи гри.

Кросфіт. Інтервальне високоінтенсивне колове тренування, сутність якого полягає у виконанні певного комплексу вправ за мінімальний час. Воно має принципові відмінності від звичайних занять, оскільки використовуються навантаження, які спрямовані на розвиток декількох фізичних якостей, зокрема сили, витривалості та спритності. Заняття за системою кросфіт поділяють на три частини: важка атлетика, гімнастика та кардіо, що сприяє розвитку загальної фізичної підготовки та сили. У комплексі поєднуються різні вправи, мета яких полягає у досягненні високого рівня фізичної підготовленості в поєднанні з гармонійним розвитком всього тіла. На заняттях не використовують ізольованих вправ як на тренажерах, так із вільною вагою. Кросфіт-тренування складаються із загальної розминки, розвиваючого блоку спеціальних навичок і 10–20 хв високоінтенсивного тренінгу.

Степ-аеробіка. Вид оздоровчої аеробіки, який вирізняється використанням спеціальної степ-платформи з регульованою висотою (10 – 15 – 20 – 25 см), що дозволяє виконувати різноманітні кроки, підскоки на ній і

через неї у різних напрямках. Цей вид аеробіки відзначається збалансованим, помірно ударним, але високоінтенсивним навантаженням, що дозволяє досягти гарної фізичної форми без сильної ударної дії на опорно-руховий апарат. Степ-аеробіка розвиває рухові якості, координацію рухів, тренує кардіореспіраторну систему. В основі степ-аеробіки лежить хореографія класичної (базової) аеробіки, однак це не виключає можливості застосування деякої танцювальної стилізації рухів, елементів силових аеробіки та поєднання з іншими комбінованими видами [3].

Скіппінг, роуп-скіппінг. Заняття, що складається з комбінації різних стрибків, акробатичних і танцювальних елементів з однією, або двома скакалками, виконуються індивідуально та в групах. Незважаючи на зовнішню складність виконання стрибків і супутніх інтенсивних рухів, роуп-скіппінг є одним із найдоступніших видів фізичної активності, який дозволяє ефективно зміцнювати серцево-судинну та дихальну системи, коригувати масу тіла, розвивати загальну та швидкісну витривалість, силові якості, спритність і координацію. Техніка рухів роуп-скіппінгу заснована на виконанні елементів стрибків: на двох ногах; повертаючи стопи праворуч, ліворуч (твіст); згинаючи коліна праворуч, ліворуч (слалом); ноги разом, ноги нарізно; поперемінно спереду права, ліва (степ); на двох, права уперед на п'ятку, на двох, права назад на носок; ноги схресно (поперемінно); з подвійним обертанням скакалки; з пересуванням; обертаючи скакалку назад; з поворотом на 180° та 360°.

Література

1. Качан О. А. Упровадження інноваційних технологій у фізкультурно-оздоровчу та спортивну діяльність закладів освіти : навчально-методичний посібник / О. А. Качан. – Слов'янськ : Витоки, 2017. – 138 с.
2. Синиця С. В. Оздоровча аеробіка. Спортивно-педагогічне вдосконалення : навч. посіб. / С. В. Синиця, Л. В. Шестерова. – Полтава : ПНПУ. – 2010. – 244 с.
3. Теоретико-методичні основи оздоровчого фітнесу : навч. посіб. / Юлія Беляк, Ірина Грибовська, Федір Музика, Вікторія Іваночко, Любов Чеховська. – Львів : ЛДУФК, 2018. – 208 с.

М.М. Желавський, студент групи 502-ГС;

Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.

*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ УЧНІВ 1-4 КЛАСІВ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ ТА СПЕЦИФІКА ЇХ РОЗВИТКУ

Дітям з порушенням зору притаманний астеничний стан, який характеризується небажанням гратися, нервовою напругою, підвищеною втомлюваністю. Такі діти частіше потрапляють в стресову ситуацію, ніж діти з нормальною зоровою функцією. Постійна висока емоційна напруга, відчуття дискомфорту можуть викликати емоційні розлади, порушення

балансу між процесами збудження і гальмування в корі головного мозку. У дітей з зоровою патологією спостерігаються такі прояви темпераменту, як: імпульсивність поведінки, навіюваність, впертість, негативізм.

Завдяки порушенню зору спостерігається недостатня мимовільна увага (вузький запас знань і уявлень). Зниження вольової уваги обумовлено порушенням емоційно-вольової сфери і веде до розгальмованості – низькому об'єму уваги, хаотичності, тобто недостатньої цілеспрямованості, переходу одного виду діяльності до іншого, і навпаки, до загальмованості дітей, інертності, низькому рівню переключення уваги. Неуважність дітей пояснюється перевагою завдяки тривалій дії слухових подразників. Тому у слабо зрячих дітей втома настає швидше, ніж у нормально зрячих однолітків.

Розглядаючи особливості пам'яті слабо зрячих відмітим, що порушуючи співвідношення основних процесів збудження і гальмування, негативним чином впливає на процеси запам'ятовування. Виявлена слабка збереженість зорових образів і зниження об'єму довготривалої пам'яті. Утворення і запам'ятовування у незрячих точних і простих рухів потребує 8-10 повторів, тоді як у нормально зрячих достатньо 6-8 повторів [12].

В залежності від ступеню ураження зорових функцій порушена цілісність сприйняття. У слабо зрячих домінує зорово-рухове-слухове сприйняття. Об'єм уваги у молодших школярів малий. У сліпих дітей і у дітей з залишковим зором основні форми сприйняття – тактильна-рухова і зорово-рухова-слухова. Порушення зору ускладнює: просторове орієнтування; затримує формування рухових навичок; призводить до зниження рухової і пізнавальної активності; порушується правильна поза при ходьбі, бігу, в рухливих іграх, природніх рухах; порушується координація і точність рухів; високий рівень плоскостопості до 53,8%, порушення постави до 59,2%, простудних захворювань.

Одним з основних завдань реабілітаційної роботи з метою розвитку компенсаторних можливостей є кваліфікована допомога дитині. Вчителю фізкультури слід знати, що при втраті зору підвищується компенсаторна функція вібраційної чутливості, незрячі здатні на відстані відчувати наявність нерухомого, беззвучного предмету. У незрячих дітей при формуванні основних рухових дій на перший план виходить розвиток навички просторового орієнтування. При тотальній сліпоті значно збільшується роль вестибулярного апарату для збереження рівноваги і просторового орієнтування. Дослідження ряду авторів (В. А. Кручинін, Л. О. Семенов, Л. І. Солнцева, В. А. Феоктистова та ін) доводять, що в результаті комплексної реабілітаційної роботи з інвалідами по зору відновлюється соціальний і психологічний статус особистості, здатної утвердити себе в суспільстві серед людей, які нормально бачать. Уроки АФВ у школах для дітей з порушенням зору варіюються залежно від стану зору, рівня фізичної підготовленості і віку. Наприклад, в 1-2-х класах тривалість підготовчої та заключної частин за часом більше, ніж у 3-4-х класах, потім в міру набуття рухового та сенсорного досвіду і адаптації організму до фізичного

навантаження, тривалість основної частини уроку збільшується, що дозволяє більше часу приділяти основним завданням уроку.

Адаптивне фізичне виховання будується з урахуванням індивідуального та диференційованого підходу до регулювання фізичного навантаження, фізичної підготовленості і сенсорних можливостей дітей, а також з урахуванням емоційної насиченості. Емоційність занять залежить від різноманітності вправ, від загального тону проведення занять, інтонації і команди викладача. Змінюється тембр звуку (голосно, тихо, м'яко, суворо) з урахуванням психічного стану учнів, їх швидкої стомлюваності, специфічних особливостей розвитку та сприйняття навчального матеріалу.

*О. С. Завальнюк, аспірант
Криворізький державний педагогічний університет*

ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ЯК ФАКТОР ЯКОСТІ ЇХ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Студентська молодь є особливою й достатньо чисельною групою населення країни, яка має власну субкультуру, спосіб життя та еталони поведінки. Проте, великі розумові навантаження й гіподинамія в стінах закладу вищої освіти, недостатня додаткова рухова активність, нераціональне харчування та інші подібні фактори приводять до значних порушень стану здоров'я студентів, причому як фізичного, так і психічного.

Тож, з урахуванням того, що студентська молодь є соціальним і культурним потенціалом держави, який зумовлює її економіко-соціальний розвиток, збереження й зміцнення здоров'я цієї групи населення перебуває в центрі уваги багатьох дослідників галузей педагогіки, психології, фізіології праці, соціальної політики, медицини. Не викликає сумніву той факт, що тільки інтеграція зусиль в цьому напрямі науковців, соціальних інституцій, громадських організацій дозволить змінити ситуацію на кращу.

Отже, розглядаючи систему науково-дослідницької діяльності студентів як складник їх професійної підготовки в закладах вищої освіти, доцільним є введення такого параметра якості результатів освітнього процесу, як рівень здоров'я студентів. У цьому контексті оцінювання потребують такі чинники, як-от: стан здоров'я студентів загалом, спосіб організації освітнього процесу з точки зору здоров'язбереження (інфраструктура закладу, розклад, рівномірність навантаження, темп, ритм і режим організації занять тощо), система заходів щодо збереження й зміцнення стану здоров'я студентів, у тому числі цілі, завдання, методи, форми й технології, які застосовуються задля цього [1].

Здоров'язберезувальні програми мають включати методичні рекомендації, лекторії, семінари-практикуми, тренінг-сесії для викладачів і студентів з даної проблематики, в яких розглядається зміст ключових понять, насамперед поняття «здоров'я» в усіх його аспектах, а також «здоровий спосіб життя», «якість життя», «ціннісні орієнтації на здоровий

спосіб життя», де такі поняття співвідносяться з професійним успіхом, добробутом, професійним довголіттям, самоактуалізацією й самореалізацією особистості. Зміст програм повинен бути зорієнтований на практичну діяльність із формування в студентів і викладачів здатностей до здоров'язбереження й зміцнення здоров'я, профілактику розумового перевантаження, охоплювати питання теорії і практики фізичної реабілітації [1; 3; 4].

І якщо загальні питання здоров'язбереження в межах діяльності закладу вищої освіти є більш-менш розробленими, то такий аспект як профілактика й фізична реабілітація в процесі організації науково-дослідницької діяльності студентів є недостатньо висвітленим у сучасних наукових публікаціях. Головною проблемою є те, що наукова й навчальна праця студентів є, переважно, розумовою, найважливішими негативними наслідками їх неправильної організації є зменшення обсягу насиченої фізичної м'язової діяльності, розумове виснаження й перевтомлення. Це призводить до того, що з року в рік неухильно зростає кількість студентів, які перебувають на диспансерному обліку з такими захворюваннями, як анемія, цукровий діабет, бронхіальна астма, хвороби сечовивідних шляхів, росте кількість студентів з підвищеною масою тіла, атрофією м'язів, недостатньою фізичною розвиненістю [3]. При цьому, на жаль, відсутня статистика захворювань студентів, викликані стресами й розумовою перевтомою.

А. Козин визначає два головні вектори в роботі закладу вищої освіти щодо здоров'язбереження, а саме:

- формування в студентів мотивації й сприйняття здоров'я як цінності, необхідної для професійної й творчої самореалізації майбутніх фахівців на рівні професійно значущих, особистісно й соціально бажаних стандартів. Така діяльність передбачає вдосконалення й посилення позитивних якостей в студентів, розкриття й зміцнення їх внутрішніх життєвих ресурсів, плекання почуття благополуччя, радості здорового життя;

- формування відкритого, гнучкого й співзвучного потребам студентів і викладачів здоров'язбережувального освітньо-виховного середовища закладу, як сукупності різних умов і можливостей, що втримуються в просторово-предметному й соціальному оточенні [2, с. 62-63].

У процесі організації науко-дослідницької діяльності доцільним є введення комплексу заходів ознайомлювального, рекомендаційного, підтримуючого характеру, спрямованих на досягнення мети зі здоров'язбереження й профілактики розумової перевтоми студентів. За допомогою такої стратегії можуть бути застосовані засоби педагогічної підтримки студентів на кшталт «знайомити», «звертати увагу», «спрямовувати на позитивне», «гальмувати негативне», «допомагати», «підтримувати успіх», «сприяти», «активізувати потенціальні ресурси», «адекватно оцінювати». Урешті-решт відбувається усвідомлений вибір студентом ціннісних орієнтацій, продуктивних напрямів становлення особистості, її самореалізації в усіх аспектах житті й науково-дослідницькій роботі [4].

Доцільним є організація такої діяльності в системі. Конкретна тактика

дій передбачає чотири послідовні етапи: формування в студентів системи знань із профілактики й здоров'язбереження та фізичної реабілітації; становлення в них переконань як трансформації в свідомість знань, їх привласнення; формування вмінь зі здоров'язбереження; забезпечення їх автоматизації та перехід у навички фізичної культури як вироблення динамічного стереотипу у виконанні комплексу оздоровчих заходів [1].

Цій діяльності має передувати діагностика як рівня сформованості ціннісних орієнтацій студентів, так і оцінка реального стану їх фізичного й психічного здоров'я, зокрема опірність і адаптованість організму до навантажень, відновлюваність, мобілізованість, ступінь розвиненості здоров'я. Із огляду на ці критерії можуть бути виокремлені типологічні групи студентів, що розрізняються станом здоров'я, рівнем реагування на розумові навантаження, часом відновлення інтелектуальної активності [4].

Отже, організація науково-дослідницької діяльності студентів має здійснюватися на здоров'язбережувальній основі, враховувати логіку формування ціннісних орієнтацій студентів на здоровий спосіб життя, включати заходи з профілактики й фізичної реабілітації від розумового перевтомлення й відновлення інтелектуальної працездатності.

Література

1. Волкова М. А. Нормализация учебной нагрузки студентов вуза как процессуальный ресурс здоровьесбережения / М. А. Волкова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование. Педагогические науки». – 2009. – Вып. 2. – № 4(137). – С. 29-38.
2. Козин А. М. Интерпретация системообразующих детерминант в здоровьесберегающем образовательном пространстве / А. М. Козин // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование. Педагогические науки». – 2009. – Вып. 6. – № 38 (171). – С. 57-64.
3. Кочиева Э. Р. Адаптационные реакции организма студентов к учебной деятельности в современном вузе / Э. Р. Кочиева // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 25-30.
4. Красноперова, Н.А. Ориентирование студента на здоровый образ жизни в процессе профессионального становления : автореф. дис ... канд. пед. наук / Н. А. Красноперова. – Красноярск, 2004. – 20 с.

М. І. Лисенко, студент групи 602-ГС;
Н.А. Беседа, к. пед. н., доцент кафедри
фізичного виховання, спорту та здоров'я людини
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ВПЛИВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НА СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ СТУДЕНТІВ

Узагальнення теоретичних розвідок і практичного досвіду вказує на те, що проблема впливу фізичних навантажень на соціально-психологічну адаптацію студентів є однією з центральних проблем у системі фізичного виховання. Адже відомо, що в юнацькому віці переживаються втрати і досягнення зі значними психологічними, енергетичними та фізичними затратами [1, 2].

Проблему соціально-психологічної адаптації студентів до нових умов навчання дослідив І. Бех; педагогічні аспекти адаптації студентської молоді охарактеризовано в дослідженнях В. Штифурак, В. Сорочинської та ін. Проблему адаптації особистості до умов освітнього процесу розглядали Г. Кумаріна, С. Лупаніна, М. Алієв, Н. Максимова та ін.

Зазначимо, що соціально-психологічна адаптація особистості ускладнюється впливом різних чинників. Вважаємо, що застосування різноманітних фізичних вправ сприятиме підвищенню загальної працездатності та полегшенню перебігу адаптаційного етапу студентів. Отже, подальшого наукового обґрунтування потребує питання впливу кількості фізичних навантажень різного спрямування, кількості повторів, інтервалів відпочинку та їх взаємодії на соціально-психологічну адаптацію студентів закладу вищої освіти.

З огляду на це, метою нашого дослідження є обґрунтування доцільності вдосконалення соціально-психологічної адаптації студентів на основі застосування фізичних навантажень різного спрямування.

Юнацький вік охоплює період розвитку від 15 – 17 до 23 років. Це час професійного самовизначення особистості, коли з'являються нові інтереси, цінності, настанови, змінюється світо- і самосприйняття. У юнацькому віці відбувається інтенсивне вивчення самого себе, самоствердження в соціумі [3, 4].

Узагальнення наукових розвідок вказує на те, що цей віковий етап є сприятливим для розвитку швидкості, сили та швидкісно-силових якостей. Для розвитку сили використовують фізичні вправи, виконання яких потребує більших зусиль, ніж в звичайних умовах. Засобами силової підготовки юнаків є вправи, обтяжені масою власного тіла (підтягування) або зовнішнім опором (гантелі тощо). М'язову силу доцільно розвивати, застосовуючи вправи зі штангою невеликого розміру. Дані вправи можуть бути включені в зміст основної частини заняття з фізичного виховання. Вважається, що доцільно для підвищення м'язової сили не частіше, ніж 1 раз на тиждень застосовувати близькі до граничних і граничні величини обтяжень.

Визначальною рисою методики розвитку витривалості у юнаків і дівчат є поступовий перехід від вправ, спрямованих на збільшення аеробних можливостей організму (розвиток загальної витривалості) до розвитку спеціальної витривалості під час виконання вправ різного характеру, в тому числі субмаксимальної і максимальної потужності. До видів спеціальної витривалості належить силова витривалість, яка враховується при складанні нормативу з підтягування.

При виконанні вправ на гнучкість дуже важливим є правильне дозування навантажень. Рухливість у суглобах дівчат більша, ніж у суглобах юнаків. Відповідно обсяг та інтенсивність навантажень, спрямованих на досягнення відповідних зрушень у розвитку гнучкості в юнаків, повинні бути значнішими.

Аналіз відповідей студентів на питання «Яким видами спорту Ви хотіли б займатися?» вказує на те, що дівчатам не властива одностайність у виборі, хоча помітно, що 17 % з них віддає перевагу легкій атлетиці (рис. 1).

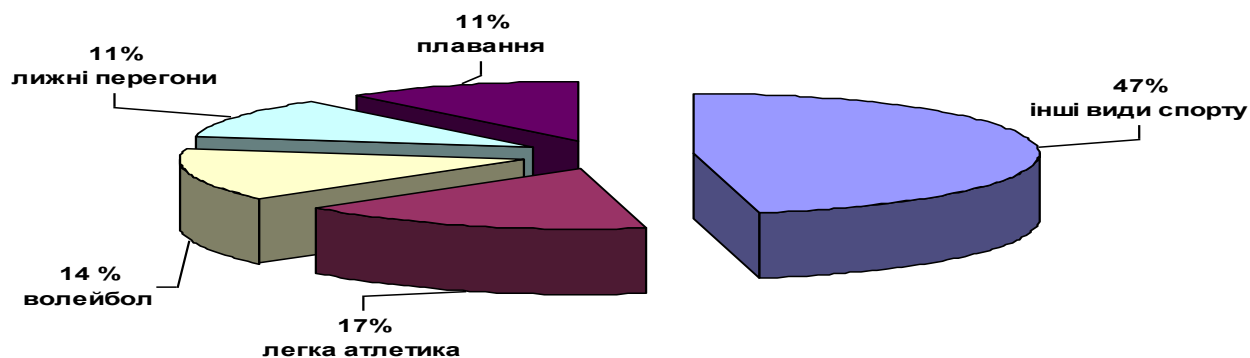


Рис. 1. Популярні види спорту серед студенток 17-19 років.

Аналіз відповідей юнаків на те ж саме запитання дає підстави вважати, що вподобання юнаків теж різноманітні, хоча 26 % опитаних демонструють своє захоплення футболом (рис. 2).

Дані опитування та результати складання нормативів юнаками і дівчатами було враховано під час розроблення комплексу організаційно-методичних заходів щодо оптимізації рухової активності студентів. У результаті його впровадження встановлено, що систематичні заняття легкою атлетикою, спортивними іграми, плаванням тощо на заняттях із фізичного виховання та під час самостійних занять позитивно впливають на фізичну підготовленість та соціально-психологічну адаптацію студентів.

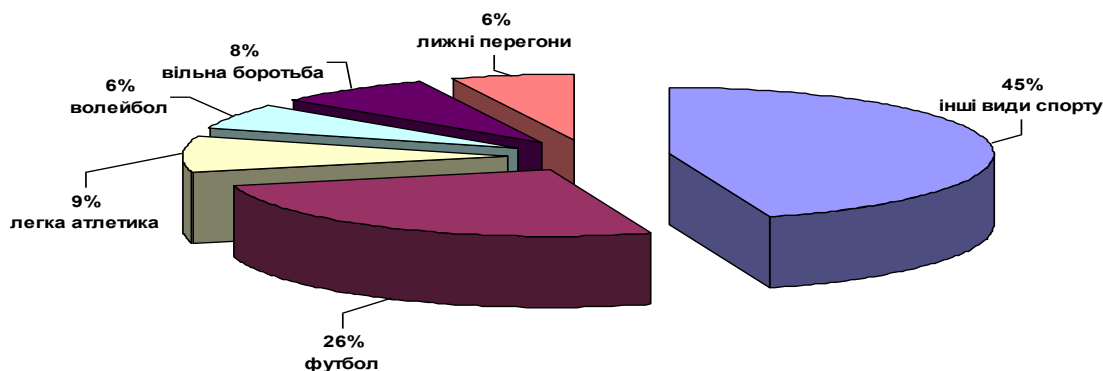


Рис. 3.2. Популярні види спорту серед юнаків 17-19 років.

Підсумовуючи вищевикладене, маємо підстави для висновку, що урізноманітнення рухової активності студентів закладу вищої освіти має позитивний вплив на формування системи цінностей, мотивацій, настанов що, своє чергою, полегшує перебіг соціально-психологічної адаптації юнаків і дівчат.

Література

1. Анікєєв Д.М. Рухова активність у способі життя студентської молоді : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02 / Д.М. Анікєєв. Нац. ун-т фізичного виховання і спорту України. –К., 2012. –19 с.
2. Савчин М.В., Василенко М.В. Вікова психологія: навч. посіб. / М.В. Савчин, Л.П. Василенко. – К.: Академ. видав., 2005. – 360 с.

3. Сорочинська В. Соціально-педагогічні умови успішної адаптації студентів вищих навчальних закладів / В. Сорочинська // Соціальна педагогіка і соціальна робота. – 2006. – №16. – С. 133 – 147.

4. Фомін Н. А., Філін В. П. Вікові основи фізичного виховання. – М.: Фізкультура і спорт, 2002. –176 с.

О.В. Медведєва, магістр
*Національний університет фізичного виховання
і спорту України*

ПОКРАЩЕННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Вступ. Хвороба Паркінсона - хронічний і прогресуючий дегенеративний розлад центральної нервової системи. Це захворювання найчастіше зустрічається у людей похилого віку, але може виявлятися і в пацієнтів інших вікових груп.

Хвороба Паркінсона характеризується м'язовою ригідністю, брадикінезією, постуральними змінами і тремором спокою. порушення ходи і постуральної стійкості виявляються практично у всіх пацієнтів на певному етапі. Постуральні зміни включають в себе порушення здатності підтримувати рівновагу при ходьбі або зміні положення тіла [1].

Постуральна нестабільність є серйозною проблемою при хворобі Паркінсона, враховуючи частоту епізодів падіння і їх наслідки, такі як виникнення переломів, збільшення функціональної залежності хворих, зниження якості життя. У зв'язку з цим, тренування стійкості, покращення постурального контролю є актуальним завданням фізичної реабілітації пацієнтів з руховими порушеннями. Незважаючи на те, що в світі ведуться інтенсивні розробки в цьому напрямку, багато питань, пов'язаних з методами корекції постурального контролю залишаються недостатньо вивченими.

Мета дослідження: проаналізувати і обґрунтувати застосування фізичних вправ для покращення постурального контролю у пацієнтів з хворобою Паркінсона.

Згідно сучасним визначенням постуральний контроль - це регуляція положення тіла в просторі. Це поняття включає в себе дві складові: постуральну орієнтацію (здатність підтримувати взаємозв'язок між сегментами тіла і між тілом і навколишнім простором) і постуральну стійкість (здатність підтримувати центр тиску тіла всередині площі опори). Постуральна орієнтація і стійкість тісно взаємопов'язані, так як зміна орієнтації неминуче тягне за собою зсув центру ваги [4].

Вплинути на ці процеси за допомогою медичних препаратів вкрай складно. Саме тому так важливо підібрати адекватне фізичне навантаження для пацієнтів з хворобою Паркінсона.

Фізична активність повинна включати аеробні вправи середньої інтенсивності 3 рази в тиждень (це може бути ходьба на біговій доріжці або велоергометр). Час тренування повинно бути не менше 60 хв. (Допускається кілька підходів по 20-30 хв.) [2, 3].

Також в програму тренувань повинні бути включені вправи на опір для всіх основних м'язових груп, переважно 2 рази в тиждень.

Крім того, 1-2 рази в тиждень потрібно присвячувати вправам на розтягування і зміцнення постуральних м'язів. Особлива увага повинна бути приділена плечовому поясу і хребту, так як ці частини тіла зазнають змін вже на ранніх стадіях захворювання, що може значно обмежувати рухливість.

Більшість дослідників рекомендує в якості основних вправ використовувати ходіння на біговій доріжці, елементи тай-чи, статичні вправи на підтримку балансу, а також використання звукових і зорових орієнтирів для поліпшення швидкості ходи.

Висновки. На сьогоднішній день поки ще немає єдиного рекомендованого оптимального підходу для покращання балансу при хворобі Паркінсона. Але вже чітко встановлено взаємозв'язок між фізичною активністю і поліпшенням стану пацієнтів з хворобою Паркінсона в порівнянні з тими, хто не отримує ніякого фізичного навантаження [5].

Дослідження щодо впливу фізичних вправ на відновлення постурального контролю повинні бути продовжені, так як це дозволить значно поліпшити якість життя пацієнтів з хворобою Паркінсона.

Література

1. NCPAD. Parkinson's Disease and Exercise. Режим доступу: http://www.ncpad.org/disability/fact_sheet.php?sheet=59§ion=444.
2. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 9th Ed. 2014. Linda S Pescatello, Ross Arena, Deborah Riebe, Paul D Thompson Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA. 456 pp.
3. Oliveira de Carvalho, A., Filho, A., Murillo-Rodriguez, E., Rocha, N. B., Carta, M. G., & Machado, S. (2018). Physical Exercise For Parkinson's Disease: Clinical And Experimental Evidence. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 14, 89-98. Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5897963/>.
4. Santamato, A., Ranieri, M., Cinone, N., Stuppiello, L. A., Valeno, G., De Sanctis, J. L., Fortunato, F., Solfrizzi, V., Greco, A., Seripa, D., Panza, F. (2015). Postural and Balance Disorders in Patients with Parkinson's Disease: A Prospective Open-Label Feasibility Study with Two Months of Action Observation Treatment. Parkinson's disease, 2015, 902738. Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700184/>.
5. The European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease: Implications for Neurologists. Domingos J, Keus SHJ, Dean J, de Vries NM, Ferreira JJ, Bloem BR. J Parkinsons Dis. 2018; 8 (4):499-502.

Ю.В. Москвич, студентка групи 601-ГС;
Ю.В. Гордієнко, кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка

ПАУЕРЛІФТИНГ У СИСТЕМІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ

Завдяки зростанню популярності пауерліфтингу серед дітей та молоді в цілому світі та в Україні зокрема, цим силовим видом спорту починає займатися все більше людей. Популярність пауерліфтингу пояснюється простотою, доступністю цього виду спорту для різних вікових груп, єдиною проблемою впровадження в навчальний процес в закладах освіти є недостатня матеріально-технічна база.

Треба зазначити, що заняття пауерліфтингом сприяють збільшенню м'язової сили, зміцнюють зв'язки та суглоби, допомагають розвивати витривалість, гнучкість та інші корисні якості, виховують волю, упевненість у своїх силах, підвищують працездатність усього організму людини.

Проблема вибору методики навчальних та навчально-тренувальних занять учнів закладів освіти пов'язана з їхньою невеликою кількістю, а також у більшій мірі неповним науковим обґрунтуванням. Тому в своїй науковій роботі ми впровадили в навчальний процес варіативний модуль «Пауерліфтинг» для загальноосвітніх навчальних закладів та обґрунтувати доцільність його використання.

Варіативний модуль «Пауерліфтинг» складається з таких розділів: зміст навчального матеріалу, державні вимоги до рівня загальноосвітньої підготовки учнів, орієнтовні навчальні нормативи та перелік обладнання, яке потрібне для вивчення цього модуля та додатку (правила проведення змагань у пауерліфтингу, техніка виконання змагальних вправ). Модуль адаптований до занять з учнями різної підготовленості, передбачає загальноосвітню, а не спортивну спрямованість і містить найпростіші елементи техніки виконання допоміжних та спеціальних вправ, теоретичні відомості, а також змагальних вправи для розвитку фізичних якостей. Навчальні нормативи, включені до змісту модуля, є орієнтовними, і оцінка за їх виконання не є домінуючою під час тематичного, семестрового чи річного оцінювання.

Під час побудови навчального процесу варто використовувати різноманітні дидактичні методи, враховуючи вікові та статеві особливості учнів, матеріалу, що вивчається, а також наявні матеріальні можливості школи.

Під час написання наукової роботи ми дійшли висновку, що варіативний модуль «Пауерліфтинг» для загальноосвітніх навчальних закладів з фізичної культури побудований за загальними принципами програмування учбового процесу та за принципами силової підготовки, спираючись на чітко сформовані цілі і завдання, та враховувала інтереси та мотиви школярів. В учні, які наймалися за запропонованою нами методикою підвищилась мотивація до занять, зросли показники з фізичної

підготовленості та загалом покращилась успішність в порівнянні з минулим навчальним роком.

Література

1. Гордієнко Ю. В. Спортивно орієнтоване фізичне виховання в системі ВНЗ / Ю. В. Гордієнко // Фізичне виховання студентів у контексті Болонського процесу: досвід, проблеми та перспективи ; за ред. А. В. Гети : І Регіональний метод семінар (Полтава, 26 жовтня 2012 р.) : тези доп. – Полтава : ПолтНТУ, 2012. – С. 73-76.
2. Літус Р. І. Проведення уроків фізичної культури засобами силової спрямованості в профільних класах / Р. І. Літус // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : Наукова монографія / За редакцією проф. С.С. Єрмакова. – Харків, 2009. – № 8. – С.95-98.
3. Навчальна програма з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів 5-9 класи. / упор. та гол. ред. Т. Ю. Круцевич. – К. : Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України вид-во, 2012. – 294 с.

Омельяненко О.В., викладач
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ФОРМУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ ЗАСОБАМИ ЛЕГКОЇ АТЛЕТИКИ

У руховій діяльності важливу роль відіграють фізичні якості: сила, швидкість, спритність, витривалість, гнучкість, а легка атлетика об'єднує природні для людини фізичні вправи: біг, ходьбу, стрибки та метання та розвиває ці фізичні якості.

Сила – це здатність переборювати зовнішній опір за допомогою напруження м'язів. Сила проявляється у більшому чи меншому ступені у будь-яких рухах. Швидкість – це здатність людини виконувати рухи з якомога більшою швидкістю. Спритність – це здатність координувати рухи, оволодівати новими, уміти швидко переключатися від одних рухів до інших залежно від вимог обставин, що швидко змінюються. Витривалість – це здатність організму протистояти втомлюваності при будь-якій діяльності. Вирізняють загальну витривалість та спеціальну. Загальна витривалість – це здатність до безперервної рухової діяльності з помірним напруженням протягом тривалого часу. Спеціальна витривалість – це витривалість у певних умовах певної діяльності. Гнучкість – властивість організму людини, що характеризує рухливість вузлів опорно-рухового апарату. Одним із показників гнучкості є амплітуда рухів. Амплітуда рухів впливає на проявлення швидкості, спритності й інших фізичних якостей.

Ходьба є природною і прикладною вправою. Під час ходьби в роботі беруть участь великі м'язові групи, завдяки чому підсилюється діяльність дихальної і кровоносної систем. Ходьба організує та дисциплінує учнів. Навчання ходьбі проводиться як при проходженні елементів строю, так і гімнастичних перешикувань. Правильна ходьба характеризується наступним: положення тіла повинне бути вільним, природним, без будь-якої

якої напруги; голова і тулуб тримаються прямо; плечі розгорнуті та відведені назад; рухи ніг і рук вільні, перехресні (з рухом уперед правої ноги виноситься вперед ліва рука).

Біг сприяє розвитку м'язів, позитивно впливає на серцево-судинну систему, підвищує обмін речовин. Газообмін при бігові в середньому темпі збільшується у вісім – дев'ять разів порівняно зі станом спокою. При заняттях бігом розвиваються швидкість, витривалість, координація рухів, виховується наполегливість, витримка.

У процесі навчання бігу вчитель-викладач повинен забезпечити виконання двох задач: навчити дітей правильно бігати та використовувати біг як засіб гігієнічного впливу на організм.

На занятті учні повинні навчитися бігати м'яко, у чергуванні з ходьбою, друг за другом і назустріч один одному, з гарною поставою, змінюючи темп, з подоланням найпростіших перешкод, з різною довжиною кроків, прямолінійно, з високого старту, і при цьому ритмічно дихати. При навчанні бігу дітей варто ознайомити з загальноприйнятими в легкій атлетиці визначеннями «поштовхова нога», «махова нога». Це потрібно для того, щоб під час занять можна було давати необхідні вказівки, користуючись відповідними термінами. Поштовховою ногою називається та, що торкається землі, махова – та, котра уже відштовхнулася від землі.

Високий старт розучується в такій послідовності: спочатку вчитель демонструє старт і пояснює його значення, далі показує за елементами і розповідає, яке положення потрібно приймати по кожній команді, потім пропонує 2 – 3-м учням показати старт усім і нарешті приступає до розучування старту з усіма учнями.

По команді «На старт!» учні стають перед стартовою лінією, одна нога у самої лінії, інша на півкроки позаду, стопи рівнобіжні, вага тіла рівномірно розподілена на обидві ноги, руки опущені. По команді «Увага!» тулуб злегка нахилиється вперед, руки зігнуті в ліктьових суглобах, одна рука попереду, інша позаду, ноги трох зігнуті в колінах, вага тіла на поштовховій нозі. По команді «Марш!» починається біг. Відштовхнувшись вперед ногою, різко винести стегно нагору з одночасним рухом рук. Кроки збільшуються з наростанням швидкості.

Послідовність навчання: вільний невимушений біг під час ігор; перебіжки невеликими групами по прямій на відстань 25 – 30 м; біг у чергуванні з ходьбою до 100 м; біг з високим підйманням стегна; біг зі стрибками через набивні м'ячі.

Стрибки, будучи природним рухом, мають велике прикладне значення. Вони зміцнюють і розвивають м'язи ніг, черевного преса, спини і рук, виховують сміливість і рішучість, сприяють розвитку швидкості, спритності. Програмою для початківців передбачені наступні стрибки: зі скакалкою, з висоти, у довжину з місця і з розбігу, стрибки у висоту з розбігу. У навчанні зі студентами головні зусилля необхідно спрямовувати на розвиток спритності, уміння м'яко приземлятися. М'якому, еластичному приземленню необхідно приділяти особливу увагу. Чим менше підготовлений студент, тим глибше він повинен присідати після стрибка, зм'якшуючи поштовх і струси, а потім випрямляти ноги.

Техніка стрибка. Розбіг 15 – 20 м із прискоренням. Прискорення збільшується за 3 – 4 кроки до поштовху. Під час поштовху махова нога, сильно зігнута в коліні, енергійно рухається нагору, сприяючи відштовхуванню. У цей момент починається політ. У польоті обидві ноги, зігнуті в колінах, підтягуються до грудей, а перед приземленням випрямляються вперед. Тулуб до моменту приземлення нахилиється вперед. Ноги після приземлення сильно згинаються, щоб не було падіння назад.

При навчанні техніки стрибка у довжину увага приділяється: а) поштовху однією ногою і приземленню на обидві ноги; б) руху маховою ногою, зігнутою в коліні, уперед; в) винесенню рук під час злету вгору; г) підтягуванню поштовхової ноги до махової під час польоту; д) обмеженню місця відштовхування; е) прискоренню розбігу; є) групуванню у польоті.

Послідовність навчання:

1. Довільні стрибки в довжину з розбігу без позначення місць відштовхування із приземленням на обидві ноги.
2. Стрибки через мотузок, натягнутий на висоті 20 – 25 см (на початку місця приземлення).
3. Стрибки «у кроці» через смуги шириною 60 – 70 см із приземленням на махову ногу.
4. Стрибки з завданням на приєднання поштовхової ноги до махової під час польоту.
5. Стрибки з діставанням рукою підвішених предметів.
6. Стрибки в довжину з розбігу на результат.

Метання – прикладний вид фізичних вправ, сприяє зміцненню і розвитку м'язів плечового поясу, рук, удосконалюють координацію рухів, розвивають окомір і влучність.

Метання проводиться правою і лівою рукою з місця, з кроку, з розбігу, з різних положень, з поступовим збільшенням відстані.

Задачі навчання – навчити метання легких предметів на дальність. До навчання приступають після того, як учні оволодіють деякими навичками володіння м'ячем.

Метання м'яча способом «через спину – через плече»: стати обличчям до напрямку метання, ліва нога попереду (при метанні правою рукою) на всій ступні, права – на крок позаду на пучку, права рука з м'ячем на рівні голови, ліва рука довільно. З цього положення праву ногу опустити на всю ступню (носок вправо) і зігнути в коліні, праву руку в сторону, тулуб повернути і нахилити вправо, ліву руку підняти вперед. Потім, повертаючи носок правої ноги і праве коліно вліво, швидко випрямитися і повернути тулуб уліво по напрямку метання, обидві ноги випрямити, права позаду на носку. Одночасно з цим рука швидко рухається над плечем вгору. М'яч випускається під кутом 45°.

Отже, всі найпростіші рухові вправи, які ми перерахували, є в легкій атлетиці (ходьба, біг, стрибки, метання). Вони і складають основу цього виду спорту. Студенти, навчаючись цим руховим вправам, закладають основу розвитку фізичних якостей, які потрібні для розвитку всіх фізичних якостей і тому вони є засобом рухової активності для студентів-початківців.

Література:

- 1.Агледин В.Г. Лёгкая атлетика / В.Г. Агледин, М.П. Кривоносов. – М.: Физкультура и спорт, 1976. – 145 с.
- 2.Волков Л.В. Физические способности детей и подростков / Л.В. Волков. – К.: Здоровье, 1981. – 120с.
- 3.Деминський О.У. Наукові основи конструювання дидактичних моделей тренера-викладача до роботи в системі освіти / О.У. Деминський // Монографія. 13.00.04. – Кіровоград: ДЛАУ, 1998. – 304 с.
- 4.Каймазов Е.Н. Лёгкая атлетика за рубежом. На старте женщины / Е.Н. Каймазов, В.П. Тенков. – М: Физкультура и спорт, 1978. – 98 с.
- 5.Тарасенко М.Н. Физическое воспитание студентов вузов в специальном учебном отделении / М.Н. Тарасенко, В.В. Пономарева. – М: Высшая школа, 1976. – 46 с.

А.В. Остапов, ст. викладач;

А. М. Гук, студентка

*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ЗДОРОВ ' ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ

Найбільша цінність суспільства - людина , її життя та здоров'я. Шкільні роки головне в житті дитини . Під час навчання в школі учні не лише отримують знання , вони " втрачають " своє здоров'я . Загальноосвітні школи розробляють свої стратегії , які спрямовані на створення умов для збереження фізичного здоров'я учасників освітнього процесу . Здорове молоде покоління - це запорука стабільного розвитку держави , один із чинників її позитивного міжнародного іміджу.

Здоров'язберігаючі технології - це технології , що створюють безпечні умови для перебування , навчання та праці в школі та ті , що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу.

На сучасному етапі розвиток суспільства все більше актуальності набуває теза "Не освіта на все життя , а освіта в процесі всього життя " . У зв'язку з цим необхідність зміцнення здоров'я формує системи для підростаючого покоління і здоров'язберігаючі системи для дорослого населення.

Фактори , що впливають на здоров'я школярів : гіподинамія , втома , перевантаження , стреси , дискомфорт .Головні причини виникнення цих факторів є низька рухова активність , недостатні умови навчання , нерациональна організація навчального процесу.

Основним фактором , що сприяє ефективності виховання фізичної культури , є надання учням свободи вибору виду спорту .Самостійна активність і усвідомлення добровільність пізнання , є провідним принципом занять і тренувань .

За напрямом діяльності серед окремих здоров'язбережувальних технологій розрізняють такі :

- медичні (технології профілактики захворювань; корекції і реабілітації фізичного здоров'я; санітарно-гігієнічні освітні, що сприяють здоров'ю.)

соціальні (технології організації ЗСЖ; профілактики

-корекції девіантної поведінки.)

- психологічні (технології профілактики і психокорекції психічних відхилень особистісного та інтелектуального розвитку.)

Для досягнення мети здоров'язберігаючих освітніх технологій застосовуються такі групи засобів: рухової спрямованості (фізичні вправи, фізкультхвилинки, динамічні перерви, лікувальна фізкультура, рухливі ігри.); оздоровчі сили природи (сонячні та повітряні ванни, водні процедури, фітотерапія, інгаляція, вітамінотерапія.); гігієнічні (виконання санітарно-гігієнічних вимог; особиста та загальна гігієна, дотримання режиму дня та режиму рухової активності, режиму харчування та сну.)

Здоров'язберігаючі технології: повноцінний та раціонально організований руховий режим ; сприятливі умови навчання дитини в школі; оптимальна організація навчального процесу.

Для покращення морально - психологічного здоров'я можна виконувати рухливі ігри на перервах, створити затишні кабінети , музичний супровід на уроках.

Література:

1.Бойченко Т . Валеологія - мистецтво бути здоровим .2. Ващенко О. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі / О. Ващенко, С. Свириденко // Здоров'я та фізична культура. – 2006. – № 8. – С. 1–6..

3. Носко М. О. Здоров'язбережувальні технології у фізичному вихованні. Монографія / М. О. Носко, С. В. Гаркуша О. М. Воеділова. – К. : СПД Чалчинська Н. В., 2014. – 300 с.

4.Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. – М. : АПК и ПРО, 2002. – 121 с.

І.В. Рассоха, к. ф.-м. н., доцент;

І. М. Шапорда, студентка групи 601 - ТІ

ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка

РОЗРАХУНОК ТА АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ (ЗА CMS WORDPRESS)

В даній публікації розкривається поняття «Здоровий спосіб життя». Висвітлено результати опитування по п'яти складових здоров'я: рухова активність, збалансоване та повноцінне харчування, відсутність шкідливих звичок, загартування та активний відпочинок (поведінка у статевих відносинах, особиста гігієна).

Опитування щодо здорового способу життя проводилися серед студентів Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка, Охтирського коледжу Сумського національного аграрного університету, а також учнів Котелевської школи-гімназії №1 ім. С.А.Ковпака та Котелевської загальноосвітньої школи №4. Всього в ньому

взяли участь 156 людей (69,1 % – дівчата, 30,9 % – хлопці) у віці від 10 до 25 років, більшість з яких віком 16, 17 та 18 років (12,3; 37,4%; 16% відповідно).

Зробивши опитування щодо першої складової, тобто *рухової активності*, було зроблено висновки, що опитувані ознайомлені з правилами ЗСЖ, розуміють важливість рухової активності та приділяють увагу зміцненню імунітету, здоров'я. Звідси видно, що молодь прямує вірним шляхом.

Друга складова здоров'я – це *збалансоване та повноцінне харчування*. Зібрані дані говорять про те, що опитувані не обізнані про правильний режим харчування, суть якого полягає в споживанні їжі 5 разів на день, що, в свою чергу, дає контроль над почуттям голоду і перешкоджає ожирелості, але розуміють важливість прийому фруктів, овочів, адже в них багато клітковини, майже не містять калорій та дають відчуття ситості, знижують рівень холестерину, який потрапляє до організму з тваринною їжею та виробляється печінкою. Тобто, опитувані намагаються повноцінно харчуватись, так як розуміють важливість збалансованого прийому їжі.

Відносно відповідей третьої складової – відсутність *шкідливих звичок*. 59% відповіли, що мають шкідливі звички, а 41%, що не мають.

Четвертою складовою є *загартовування*. Вона включає в себе систему процедур, виконуючи які людина підвищує стійкість до несприятливих температурних і метеорологічних умов зовнішнього середовища. При впливі низьких температур в загартованому організмі спрацьовують рефлекси терморегуляції, що і рятує організм і не дає можливості запуску патологічного процесу, збільшується вироблення тепла, швидко виникає затримання тепла за рахунок короткочасного скорочення і розширення капілярів шкіри, збільшується кровообіг і обмін речовин. Людина в цей момент відчуває прилив крові і тепло. В незагартованому організмі ці процеси не спрацьовують, час теплопродукції затягується, судини шкіри не встигають пристосуватися до зміни навколишньої температури, судини, навпаки, розслабляються, що ще більше збільшує тепловіддачу, обмін речовин знижується, імунітет не спрацьовує і патологічний процес навпаки запускається.

Необхідно додати, що механізм загартовування сприяє зміцненню судин всього організму, що в свою чергу відіграє величезну роль у профілактиці не тільки простудних, але і серцево-судинних захворювань. Зроблено висновок щодо загартовування – молодь розуміє важливість процедури, але лінь переборює її.

Та останнє опитування останньої складової *активного відпочинку/поведінки в статевих відносинах/особистій гігієні*. Учні та студенти відповіли, що вони достатньо ознайомлені з принципами здорового способу життя, а більшість з них його веде. Також в результаті анкетування, що особливо важливо, вдалося спонукнути велику кількість молодих людей до проведення якісних змін в житті, заняття спортом, загартовування, правильного режиму дня і т. п.

Література

1. Амосов, Н. М. 1997. *Моя система здоров'я*. Київ: Здоров'я, 56 с.
2. Загартування [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://yaktotak.in.ua/navishho-potribno-zagartovuvatysya.html>
3. *Здорове та збалансоване харчування*. 2015. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://xvatit.com.ua/pravilne-xarchuvannya/2897-yak-pravilno-xarchuvatisya-5-raziv-na-den-vtrata-vagi-na-5-kg-za-tizhden.html>
4. Брэгг, П. 2009. *Как дожить до 120 лет по системе Поля Брэгга*. Издательство: Вектор, 160 с.
5. Мезенцев, С. А. Как оздоровить человека, медицину и общество (Стратегия выживания и система особой заботы о жизни и здоровье человека и общества) // MedBookAide – путеводитель в мире медицинской литературы. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.medbookaide.ru/books/fold1002/book1511/p4.php>
6. Толкачев, Б. С. 1988. *Физкультурный зaslон ОРЗ: научно-популярная литература*. Москва: Физкультура и спорт, 159 с.
7. *Фрукти та овочі. Їхні корисні властивості*. 2013. [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://znayka.org.ua/navischo-nam-potribni-frukty-i-ovochi-osnovy-zdorovoho-harchuvannya.html>

Т.В.Сахно, д. х. н., професор
Полтавський інститут економіки і права;
А.О.Семенов, к.ф.-м.н., доцент
Полтавський університет економіки і торгівлі

МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ НА СПОРТИВНЕ ОБЛАДНАННЯ ТА ІНВЕНТАР

В зв'язку з початком реалізації Державної цільової соціальної Програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року [1] почався новий виток розвитку спортивної галузі. Однією з цілей Програми є створення умов, що забезпечують можливість громадянам систематично займатися фізичною культурою і спортом. Для досягнення цілей, поставлених в Програмі, необхідна сучасна спортивна інфраструктура, в тому числі спортивне обладнання та інвентар. Розробка та впровадження національних стандартів дозволяє встановити і зафіксувати єдиний рівень вимог до спортивного обладнання та інвентарю, що застосовуються на території України. Виконання Програми дасть можливість забезпечити збереження та створення розгалуженої мережі сучасних спортивних споруд (спортивні зали, плавальні басейни, спортивні майданчики тощо), які відповідають національним та міжнародним стандартам, зокрема із залученням коштів інвесторів [2].

Метою роботи є аналіз існуючих міжнародних стандартів на спортивне обладнання та інвентар. Область дослідження обмежена такими тематиками: спортивне обладнання та інвентар для лижних гонок,

спортивне обладнання та інвентар для хокею, спортивне обладнання та інвентар для спортивної гімнастики, силові тренажери для відкритих майданчиків.

Згідно Українського класифікатора нормативних документів ДК 004:2008 Спортивне устаткування, інвентар і споруди мають код 97.220.01, під яким вони входять і до каталогу міжнародних стандартів ISO – як найбільшого світового розробника добровільних технічних стандартів. Організація була заснована в 1947 році як неурядова організація і на сьогоднішній день до її складу входить 165 країн своїми національними організаціями по стандартизації. Станом на 2014 рік Україну в ISO представляє Міністерство економічного розвитку і торгівлі. Міжнародні стандарти розробляються технічними комітетами ISO (TC) і підкомітетами (SC) у шість етапів: пропозиція, підготовчий, комітетний, узгоджувальний, затверджувальний, публікаційний [3]. Технічний комітет ISO/TC 83 Спорт та спортивне обладнання створений в 1955 році має сферу застосування: стандартизація термінів, розмірів, допусків, функціональних, експлуатаційних та вимог безпеки, а також їх тестування на спортивних та оздоровчих об'єктах та тестування обладнання (напр., канатні дороги, ігрові майданчики, надувні гірки, водні гірки, кемпінгові намети, предмети плавучого відпочинку, спальні мішки, зимовий спортивний інвентар, обладнання для хокею та інше ігрове обладнання).

Технічний комітет ISO/TC 83 має наступні робочі групи: ISO/TC 83/WG 2 Намети для кемпінгу; ISO/TC 83/WG 4 Системи комп'ютерного зору для виявлення аварій в басейнах; ISO/TK 83/WG 5 Кайтсерфінг; ISO/TC 83/WG 6 Визначення небезпеки та оцінка ризиків; ISO/TC 83/WG 7 Спальні мішки; ISO/TC 83/WG8 Обладнання для ігрових майданчиків; та підкомітети: ISO/TC 83/SC 4 Обладнання для підводного спорту; ISO/TC 83/SC 5 Обладнання та засоби для хокею; ISO/TC 83/SC 6 Підкомітет з бойових мистецтв.

Зроблено аналіз існуючої нормативної бази, яка встановлює вимоги до спортивного обладнання та інвентарю для лижних гонок, хокею, спортивної гімнастики, а також на тренажери силові для відкритих майданчиків. Були розглянуті міжнародні, європейські регіональні, міждержавні, стандарти спортивної підготовки з видів спорту, а також національні стандарти провідних зарубіжних країн - Німеччини, Франції, Великобританії і США.

Кількість стандартів національного рівня дещо перевищує кількість стандартів міжнародного і регіонального рівнів. Безумовно, це пов'язано з ареалом поширення дії стандартів, а, отже, і з забезпеченням досягнення консенсусу при проведенні робіт зі стандартизації. Забезпечити узгодженість інтересів усіх країн, які є учасниками ISO і CEN, виявляється значно складнішим, ніж різних представників промисловості, науково-дослідних організацій, державного сектора, споживачів і т.д. в рамках національного технічного комітету конкретної країни.

На підставі даних проведеного аналізу, слід відмітити великий внесок Німеччини в роботи по стандартизації в галузі спорту, про що свідчить фонд стандартів і ведення DIN секретаріатів технічних органів ISO і CEN. У роботах по стандартизації на міжнародному та регіональному рівнях беруть участь національні органи по стандартизації, які акумулюють і представляють інтереси своєї країни (інтереси держави, промисловості, споживачів і т.д.) в області стандартизації.

Відповідно до Закону України "Про стандартизацію" та в зв'язку з виконанням плану національної стандартизації було надано чинність в Україні міжнародним стандартам як національним методом "підтвердження" мовою оригіналу з наданням їм відповідного національного позначення, наприклад, ДСТУ EN 748:2008 Устаткування для спортивних ігор. Ворота футбольні. Експлуатаційні вимоги та вимоги безпеки, методи випробування (EN 748:2004, IDT) та ДСТУ ISO 5912:2015 Палатки туристичні.

Література

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 1 березня 2017 р. № 115 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року» [Електронний ресурс].
2. Орленко Н. А., Панченко В. Ф., Коротя В. В. Державний соціальний стандарт у сфері обслуговування закладами фізичної культури і спорту як підґрунтя надання якісних фізкультурно-спортивних послуг в системі вищої освіти Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр. – К. : Національний авіаційний університет, 2017. – Вип. 1(10). – С.108-113.
3. Міжнародне технічне регулювання: навч. посібник / Г. М. Кожушко, Т. В. Сахно, А. О. Семенов, Л. В. Дугніст. – Полтава : ПУЕТ, 2013. – 352 с. –

Синиця Т.О., старший викладач
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ОЗДОРОВЧА АЕРОБІКА ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЛЕННЯ ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ

Епоха аеробіки почалася з 70-х років XIX століття, засновником її є Кеннет Купер – відомий американський спеціаліст з оздоровчої фізичної культури [3]. Аеробіка за К. Купером – це систематичне застосування тривалих, помірних за інтенсивністю фізичних вправ для зміцнення здоров'я [3]. Нині аеробіку поділяють на такі види: танцювальну аеробіку, джаз-гімнастику, диско-гімнастику, степ-аеробіку, слайд-аеробіку, каллонетик, стретчинг, пілатес, бодіформінг та багато інших [4].

Науковці у галузі оздоровчої аеробіки по-різному тлумачать поняття «аеробіка». Так, Ю. С. Журавльова (2007) характеризує термін «аеробіка» як систему гімнастичних, танцювальних та інших вправ, які виконуються під музику поточним або серійно-поточним методом [2]. Є. С. Крючек (2001), Т. А. Ісаєва (2004), О. Л. Смірнова (2006), Ж. А. Білокопитова

(2006), Н. В. Сизова (2007) дотримуються думки, що аеробіка є одним із напрямків масової фізичної культури з регульованим навантаженням. С. С. Просвірніна, П. М. Мішньова (2002) трактують поняття «аеробіка», як систему фізичних вправ, що будується на основі зв'язку рухів з музикою. Г. Горцев (2004), опрацювавши дослідження інших науковців, визначає аеробіку як комплекс вправ, в яких дихальні рухи поєднуються з рухами тіла. Т. Кутек, Л. Погребенник (2004) стисло характеризують поняття «аеробіка» як систему фізичних вправ аеробного характеру. Л. І. Погасій (2003) визначає аеробіку як систему спеціально підібраних фізичних вправ, що виконуються поточним методом з музичним супроводом та спрямовані на зміцнення здоров'я і гармонійний розвиток фізичних якостей людини. М. Charell (1983) вважає, що аеробіка – це поєднання традиційних вправ з елементами йоги, народного танцю, акробатики, диско при дотриманні правильного харчування і здорового способу життя.

На нашу думку, кожне визначення поняття «аеробіка» доповнює та характеризує інше, тому стверджувати про недостовірність одного з наведених вище варіантів некоректно.

Аеробіка як вид оздоровчого тренування впродовж багатьох десятиліть утримує високий рейтинг, що зумовлено великим різноманіттям програм, наявністю музичного супроводу та специфічного коментарю тренера. Її застосування доволі широке і використовується в системі підготовки спортсменів різних спеціалізацій: футболістів, гімнастів, фігуристів тощо. Взагалі така аеробіка називається прикладною і розподіляється на різні напрямки, види та різновиди. Є. Ю. Скачкова (2002), Т. С. Лісіцкая (2004), Л. Туяа (2005), Г. А. Шандригось (2005) розділяють аеробіку за окремими напрямками: спортивна, прикладна та оздоровча.

Оздоровча аеробіка – це один із популярних напрямків масової фізичної культури метою якого є прагнення до оздоровлення населення, фізичної і психічної гармонії засобами фізичних тренувань. Дослідження О. О. Мороз, Л. В. Чернокоза (2000) свідчать про те, що використання даного виду оздоровчої фізичної культури зумовлене значним погіршенням стану здоров'я населення розвинених країн.

Це стосується жінок та чоловіків різних вікових груп. Виходячи з цього О. Б. Деревльова, Н. Г. Михайлов, Е. І. Михайлова (2008) стверджують, що оздоровчою аеробікою слід займатися впродовж всього життя людини і виокремлюють віковий ценз занять аеробікою для дошкільнят, школярів, підлітків та дорослих [1].

На думку багатьох спеціалістів оздоровча аеробіка є окремим напрямком в системі оздоровчої фізичної культури, мета якого оздоровлення або залучення до активної фізичної діяльності широких верств населення. Характерною рисою аеробіки є наявність аеробної частини заняття, протягом якої підтримується на певному рівні робота кардіо-респіраторної та м'язової систем.

Сучасна оздоровча аеробіка – це дуже динамічне явище, яке постійно змінюється. Поновлюється арсенал засобів, що

використовуються, з'являються нові напрямки та види аеробіки із застосуванням різноманітного знаряддя.

В оздоровчій аеробіці можна виділити досить велику кількість напрямків, які відрізняються за змістом та характером застосування, однак єдиної їх класифікації на сьогодні не існує. Ведучі фахівці з оздоровчої аеробіки Т. С. Лісіцкая, Л. В. Сіднева (2002) пропонують різні класифікації: за цільовою направленістю; за організаційно-методичною формою проведення занять та заходів; за змістом засобів; за функціональною спрямованістю, в тому числі, за фізичними якостями; за ступенем навантаження; за анатомічною ознакою; за віковим та статевим складом тих, хто займається; за рівнем підготовленості; за місцем проведення занять; за кількісним складом; за взаємодією з опорою; за технічною забезпеченістю.

Таким чином, оздоровча аеробіка посіла вагоме місце у системі фізичного виховання людей різного віку, статі, і особливо жінок першого зрілого віку.

Література

1. Деревлева Е. Б. Технологии преподавания аэробики студентам педагогических вузов / Е. Б. Деревлева, Э. И. Михайлова // Теория и практика физической культуры. – 2009. – № 6. – С. 74.

2. Журавлева Ю. С. Исследование эффективности оздоровительной аэробики в различные сезоны года : диссертация кандидата биологических наук : 03.00.13 / Журавлева Юлия Сергеевна ; [Место защиты: ГОУВПО «Российский университет дружбы народов»]. – Москва, 2008. – 160 с.

3. Купер К. Аэробика для хорошего самочувствия / Кеннет Купер ; пер. с англ. С. В. Шенкмана, В. С. Шенкмана, В. Н. Фоминых. – 2-е изд., доп., перераб. – М. : Физкультура и спорт, 1989. – 224 с.

4. Синиця С. В. Оздоровча аеробіка. Спортивно-педагогічне вдосконалення : навч. посіб. / С. В. Синиця, Л. Є. Шестерова ; Полтав. нац. пед. ун-т імені В. Г. Короленка. – Полтава : ПНПУ, 2011. – 236 с.

Сікаленко А. В., студентка групи 601-ГС
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ЙОГА-АЕРОБІКИ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ

На сьогодні за даними Міністерства охорони здоров'я України близько 90% дітей мають відхилення в стані здоров'я, понад 59% – незадовільну фізичну підготовленість. Дані ряду авторів свідчать про те, що діти вже в молодшому шкільному віці (учні 1-4 класів віком 6-11 років) характеризуються низьким рівнем фізичного здоров'я та високим рівнем захворюваності [1;3].

Більшість фахівців пов'язують стрімке погіршення стану здоров'я, збільшення кількості хронічних неінфекційних захворювань та зниження рівня фізичної підготовленості дітей з дефіцитом рухової активності та

неефективною організацією процесу фізичного виховання. Це свідчить про необхідність удосконалення навчального-виховного процесу у молодшій школі, пошук та впровадження інноваційних фізкультурно-оздоровчих технологій [3;4].

Науковці за декілька останніх років розробили велику кількість різноманітних фізкультурно-оздоровчих технологій. Одними з таких є фітнес- програми, розроблені на основі хатха-йоги, зокрема, йога-аеробіка.

Йога-аеробіка – це поєднання статичних і динамічних асан, дихальних вправ, релаксації й стретчингу. Складовими йога-аеробіки є елементи хатха-йоги (статичні та динамічні асани, дихальні вправи, релаксація) та стретчинг [2].

Як зазначає Михно Л. заняття йога-аеробікою мають значний потенціал щодо покращення фізичного та психологічного станів дитини, не вимагають спеціальної матеріально-технічної бази школи, наявності додаткового обладнання та інвентарю [4].

Теоретичні основи застосування засобів йога-аеробіки на уроках початкової школи ґрунтувалися на базових положеннях теорії та методики фізичного виховання, представлених у роботах Круцевич Т. Ю., Москаленко Н. В., Шияна Б. М. та інших, а також на працях вітчизняних та зарубіжних науковців, які вивчали ефективність використання засобів йога-аеробіки в процесі фізичного виховання [3].

Розроблений нами зміст урочних форм занять передбачав застосування визначених засобів йога-аеробіки в усіх частинах уроку. Структура уроку була побудована за класичною схемою, яка включала підготовчу, основну та заключну частини уроку. Завданнями підготовчої частини уроку були: організація учнів і забезпечення їхньої загальної функціональної готовності для вирішення завдань основної частини уроку. В якості засобів вирішення цих завдань застосовували стройові й порядкові вправи, ходьбу та повільний біг, комплекси загальнорозвиваючих вправ та вправ стретчингу, рухливі ігри помірної інтенсивності. У підготовчій частині уроку після попередньої аеробної роботи передбачалося виконання комплексів вправ стретчингу – 4-5 хвилин. Вправи стретчингу виконували використовуючи музичний супровід, ігровий метод. Основна частина була спрямована на формування рухових умінь і навичок, розвиток фізичних якостей, засвоєння учнями знань у галузі фізичної культури.

На початку основної частини було передбачене виконання вправ йога- аеробіки, які сприяли розвитку здатності утримувати рівновагу – 1-2 хвилини, після цього 10-15 хвилин учні виконували роботу відповідно до вимог навчальної програми з фізичної культури (вправи для опанування навичками володіння м'ячем, вправи для формування культури рухів з елементами гімнастики, стрибкові вправи тощо), 7-8 хвилин відводили на виконання статичних і динамічних асан йога-аеробіки для формування постави і профілактики плоскостопості.

У заключній частині використовували вправи для організованого завершення уроку, а також вправи, які сприяють зниженню психічного та фізичного напруження окремих органів і систем організму і допомагають учням досягти оптимального рівня готовності для діяльності на наступному уроці. Засобами, які використовували в заключній частині були: підведення підсумків уроку, вправи на увагу. На дихальні вправи йога-аеробіки, релаксацію та елементи ароматотерапії відводилося 2-3 хвилини.

Під час розробки плану уроку перевагу було надано травмобезпечним вправам, які виконуються із вихідних положень: лежачи на спині та животі, в упорі лежачи та упорі лежачи позаду, в упорі на колінах. Ці вихідні положення дозволяють задіяти в роботі потрібні м'язові групи та при цьому не перевантажують хребет.

Для того, щоб спростити вправи та зробити доступними їх для виконання учнями 1–4 класів, ми змінили деталі техніки більшості асан. При цьому основа техніки та сутність вправи, а також її спрямованість не змінилися. З метою підвищення інтересу до виконання асан для кожної з вправ нами були складені невеличкі, нескладні для запам'ятовування вірші, які допомогли дітям швидко запам'ятати послідовність дій і надали вправам емоційного забарвлення. Оскільки на заняттях із дітьми недоцільно використовувати індійські назви асан, називали вправи, застосовуючи переклад: «коник», «кіт», «черепаха».

Із усіх дихальних технік ми вибрали найбільш ефективні для оздоровлення та прості у виконанні, а саме: заспокійливе, абдомінальне та повне дихання. Необхідність утримувати деякий час статичне положення тіла пояснювали дітям казковими чарами.

Отже, можна стверджувати, що застосування засобів йога-аеробіки на уроках фізичної культури в початковій школі мають достатньо переваг у порівнянні з іншими фізкультурно-оздоровчими технологіями. Виконання асан відрізняється простотою та можливістю їх спрощення у відповідності до рівня фізичного стану дітей. Проте варто зазначити, що впровадження йога-аеробіки у навчально-виховний процес є досить актуальною темою та потребує подальшого дослідження.

Література

1. Айдаркин Е. К. Возрастные особенности здоровья и здоровьесберегающие образовательные технологии : учебное пособие / Е. К. Айдаркин, Л. Н. Иваницкая. – Ростов на Дону : Изд-во Юфу, 2008. – 176 с.
2. Бернард Т. Хатха-йога / Т. Бернард. – М. : Проспект, 2005. – 110 с.
3. Васьков Ю. В. Сучасні педагогічні інновації на уроках фізичної культури в загальноосвітніх навчальних закладах / Ю. В. Васьков // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2010. – № 3. – 142-145 с.
4. Михно Л. Здоров'яформуюча технологія фізичного виховання молодших школярів з використанням засобів йога-аеробіки / Людмила Михно // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2014. – № 2. – С. 102–107.

М.С. Спинжар, студентка групи 601-ГС;
Ю.В. Гордієнко, кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка

ФОРМУВАННЯ ЦІННОСТЕЙ СТУДЕНТІВ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ ТА СПОРТОМ

Головною передумовою залучення молоді до занять фізичними вправами, на думку фахівців, виступає формування серед студентів ціннісного ставлення до фізичної культури, установки на здоровий спосіб

життя й фізичне самовдосконалення, потреби в регулярних заняттях фізичними вправами та спортом, участі в змаганнях.

Аналізуючи наукову та навчально-методичну літературу, вчені виявили основні цінності з яких формуються мотиви до занять фізичною культурою у студентів. Вивчаючи мотивацію студентів ПолтНТУ до занять фізичною культурою і спортом, ми дійшли висновку, що головними мотивами молоді до занять руховою активністю є: поліпшення форми тіла, зміцнення особистого здоров'я, активний відпочинок і розваги, зменшення зайвої маси тіла та участь в спортивних заходах. Також дослідження провідних учених свідчать, що до вступу у ВНЗ у молоді сформувались стійкі інтереси до окремих пріоритетних видів фізично-спортивної діяльності таких як: футбол, волейбол, теніс, фітнес, атлетизм та пауерліфтинг. Наші дослідження підтвердили думку провідних науковців про те що можливість обирати під час навчання вид спортивної діяльності за бажанням, дає змогу студентам розкрити в собі нові, закладені в генотипі, якості та вдосконалювати ті, котрі вже виявилися.

Треба зазначити, що для створення оптимальних умов організації навчально-виховного процесу фізичного виховання у ВНЗ доцільно використаний підхід уникнення обтяжувальних факторів, які негативно впливають на ставлення студентів до цього процесу, базується на свободі вибору мети занять, видів педагогічного контролю і самоконтролю. Виявлено, що у студентів, які обрали спортивну спеціалізацію покращились цінності та мотиви до занять руховою активністю, молодь відчуває задоволення від занять фізичним вихованням та спортом, в них посилилась думка про позитивний вплив занять на загальну культуру.

Не можна не погодитися з думкою фахівців, які стверджує, що успішні й довгострокові заняття спортом найтісніше пов'язані з бажанням людини брати участь у змагальній діяльності та прагненні досягнення успіху. Заняття з фізичного виховання за спортивною спеціалізацією несуть молодій людині щастя боротьби і перемоги, високої самооцінки і задоволення, спортивної слави й життєвого успіху, виконаного обов'язку перед собою й людьми. При цьому, для молодих людей найбільш характерними мотивами є „самовдосконалення” (для студентів, які не мають спортивних розрядів) і „процес” (для студентів рівня КМС та вище).

Отже, навчальний процес з використанням спортивно-орієнтованого фізичного виховання у ВНЗ необхідно коригувати згідно з індивідуальними мотивами й інтересами студентів. Для підвищення ефективності занять необхідно приділяти велику увагу формуванню мотиваційних установок студентів, сприяти реалізації індивідуальних потенціалів особистості в процесі занять.

Література

1. Акинин Л. А. Атлетизм в системе занятий по физическому воспитанию в высших учебных заведениях / Л. А. Акинин, В. А. Темченко // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: сб. научн. тр. под ред. проф. Ермакова С.С. – Харьков: ХГАДИ (ХХПИ). – 2008. – №6. – С. 3-10.

2. Гордієнко Ю. В. Мотивація студентів до занять з фізичного виховання в технічному ВУЗі / Ю. В. Гордієнко // Збірник матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми фізичного виховання, реабілітації,

спорту та туризму» (Запоріжжя, 10-11 жовтня 2013 р.) / за ред. В. М. Огаренка та ін. – Запоріжжя : Видавництво КПУ, 2013. – С. 71-72.

3. Марченко О. Ю. Відношення студентів, які займаються та не займаються спортом до занять фізичним виховання / О. Ю. Марченко // Педагогіка, психологія та методико-біологічні проблеми фіз. виховання та спорту : Збірник наукових праць за ред. С. С. Єрмакова. – Х. : ХІП. – 2009. – № 9. – С. 88-91.

4. Химич И. Ю. Физкультурно-спортивная активность студенческой молодежи и определяющие ее факторы / И. Ю. Химич // Проблемы физического виховання і спорту. – № 3. – 2010 – С. 127-129.

Р.В. Стратій, студент групи 601 ГС
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.,
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП

Фізична культура є важливим засобом становлення особистості студентів у системі вищої освіти. Вона сприяє формуванню в них фізичних якостей і сили, основ здорового способу життя, організації активного відпочинку, реабілітації та корекції здоров'я, розвитку позитивних моральних і вольових якостей, а основне – становленню та укоріненню культури здоров'я.

Здоров'я є інтегральною якісною характеристикою особистості та суспільства, яка поєднує соціальний, духовний, психічний, фізичний компоненти і дає людині відчуття внутрішньої гармонії, благополуччя і задоволення життям. Тому найважливіше завдання педагога – це турбота про здоров'я молодого покоління, адже воно є запорукою життєрадісності, бадьорості, повноцінного розумового та фізичного розвитку.

Не менш важливою є диференціація фізичного виховання для студентів різних медичних груп. Як показує практика, фізичне виховання у ВНЗ не достатньо відповідає потребам часу, коли майже кожен студент належить до спеціальної медичної групи. Деякі викладачі фізичного виховання не достатньо володіють необхідним рівнем знань про особливості організації та методик фізичного виховання спеціальних медичних груп, іноді виявляють пасивність та інертність у застосуванні спеціальних методик чи програм для роботи з студентами спеціальних медичних груп, помилково рахуючи їх лише додатковим навантаженням.

Основним критерієм зарахування студентів до спеціальної медичної групи є визначення діагнозу з обов'язковим урахуванням ступеня порушення функції організму. Необхідно мати на увазі, що цілий ряд захворювань які характеризуються локальним порушенням функцій, супроводжується загальним розладом, в певній мірі послаблюючи стан всього організму. Але для більшої ефективності добору інтенсивності фізичних навантажень для конкретного студента потрібно, крім діагнозу, під час обстеження визначити ступінь фізичної підготовленості та особливість пристосування організму до фізичних навантажень. Отримані

ним дані поряд із дозованими фізичними навантаженнями, з показниками функціональних проб, які проводить лікар, дають змогу правильно оцінити стан здоров'я студентів.

До спеціальної медичної групи відносяться студентів зі значними відхиленнями постійного чи тимчасового характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в ВУЗі, але протипоказані для занять фізичною культурою за навчальною програмою і потребують суттєвого обмеження фізичного навантаження. Рівень їх функціонально-резервних можливостей низький або нижче середнього. Такі студенти навчаються за окремою програмою фізичного виховання для спеціальних медичних груп.

Більшість науковців вважає, що студенти спеціальної медичної групи повинні обов'язково займатися фізичною культурою у відповідному одязі і взутті. Вони беруть участь у підготовчій та заключній частинах занять фізичним вихованням, закріплюють матеріал вивчений на заняттях в групі, а при стійкому покращенні стану здоров'я виконують елементи рухів основної частини зі значним зниженням фізичних навантажень, без затримки дихання, виключаючи стрибки, психоемоційне навантаження (елементи змагань) [2; 4; 5].

У навчальній програмі з фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи не повинні бути вправи на силу, швидкість, витривалість, значно зменшені дистанції ходьби та бігу, бігу на лижах та ковзанах, стрибки пов'язані зі значним напруженням та вібрацією тулуба. Слід враховувати стадію та динаміку патогенезу захворювань студентів даної групи.

Тільки такий підхід, навіть при довготривалих дисфункціях організму студентів, дає можливість набути основних рухових умінь для формування професійних навичок в майбутньому.

Основною формою організації навчальної діяльності з фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи є індивідуальний підхід паралельно з груповим. Це завдання вирішується за рахунок диференціації методики (різні вихідні положення, ступені напруження, амплітуди рухів, дозування і та інше).

Основними завданнями які ставляться перед заняттями студентів фізичним вихованням у спеціальній медичній групі є: зміцнення здоров'я, загартовування організму і підвищення рівня працездатності; оволодіння руховими уміньми та навичками; відновлення порушень функцій організму, компенсація окремих втрачених функцій; набуття студентами навичок в організації і проведенні ранкової гігієнічної гімнастики, інструкторських навичок в організації і проведенні ЛФК, інструкторських навичок при розучуванні нових фізичних вправ; набуття умінь і навичок професійно-прикладної фізичної підготовки та виконання самостійних занять фізичними вправами [3, с. 46].

Задля зміцнення здоров'я та розвитку фізичних якостей студентів спеціальних медичних груп необхідно, по суті, забезпечити кожному повноцінний в кількісному та якісному відношенні руховий режим. Вирішення цього завдання залежить від правильного вибору медичної групи для кожного студента. Як стверджують С.Ф. Цвек і В.С. Язловецький, відсутність єдиного підходу у лікарів до визначення

спеціальної медичної групи, або визначення групи для занять фізичним вихованням лише на основі діагнозу перенесеної хвороби без урахування ступеня функціональних порушень, фізичного розвитку та підготовленості призводять до того, що відсоток студентів із відхиленнями у стані здоров'я у ВНЗ часто завищений. Нерідко лікарі та спеціалісти зараховують багатьох дітей з незначними порушеннями опорно-рухового апарату чи серцево-судинної системи до групи спеціальної медичної без достатніх підстав. Перестраховування, як і хибно трактований принцип "перш за все не зашкодити" завдає великої шкоди здоров'ю дітей, які часто потребують повної рухової активності для повноцінного фізичного та психічного розвитку, але позбавлені фізичних навантажень, перебуваючи в спеціальній медичній групі [1].

Небажаними для більшості студентів спеціальної медичної групи, які перенесли хвороби, є заборони (так зване «звільнення» від занять фізичними вправами) або часткове обмеження щодо виконання певних рухових вправ, яке не має достатніх підстав. Необхідно відмітити, що ті фізичні вправи, до яких організм студента погано адаптований, є цінними в умовах обережного, чітко дозованого використання.

Досягненню максимального оздоровчого ефекту в процесі занять фізичною культурою і спортом сприяє використання диференційованих (в залежності від наявних функціональних розладів та адаптаційних можливостей) методів занять [4, с. 15-16].

З. Г. Булич вважає, що неприпустимі об'єднання студентів спеціальної медичної групи з студентами інших медичних груп, як на весь період занять, так і на початковій чи заключній його частині [2].

Отже, педагогу, викладачу фізичного виховання ВНЗ важливо мати на увазі, що організм студентів, що належать за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, потребує рухової активності не менше, а частіше всього більше, ніж організм здорових, причому вони потребують спеціальної адаптивної фізичної культури.

Література

1. Білоус В. І. Спортивно-педагогічне удосконалення : навчальний посібник для студентів факультетів фізичного виховання педагогічних університетів та інститутів / В. І. Білоус. – Кам'янець-Подільський, 1998. – ч. 2. – 243 с.
2. Булич З. Г. Фізичне виховання у спеціальних медичних групах / З. Г. Булич. – К. : Олімпійська література, 1986. – 178 с.
3. Дубогай О. Д. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи : навчальний посібник / О. Д. Дубогай, В. І. Завацький, Ю. О. Короп. – Луцьк : «Надстирря», 1995. – 240 с.
4. Круцевич Т. Ю. Методы исследования индивидуального здоровья подростков в процессе физического воспитания: учебное пособие / Т. Ю. Круцевич. – К. : Олімпійська література, 1999. – 188 с.
5. Мурза В. П. Фізичні вправи та здоров'я / В. П. Мурза. – К. : Здоров'я, 1988. – 84 с.

В.В. Стрюков, аспірант
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара;
В. Москаленко,
Лейденський університет та університет Еразма;
С. М. Жовнір, викладач
НВК №33 Маріїнська гімназія м. Дніпро

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ПІДЛІТКІВНА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Фізичне виховання завжди було однією із невід'ємних складових освітнього процесу в навчальних закладах. Для вітчизняної системи фізичного виховання її основоположники (В.В. Гориневський, П. Ф. Лесгафт, А.Д. Новіков, В.В. Белінович та ін.) сформували три загальних принципи: принцип сприяння всебічному і гармонійному розвитку особистості, принцип зв'язку фізичного виховання з практикою життя, принцип оздоровчої спрямованості [1].

Загальні принципи відображають цільові установки суспільства і держави як самого процесу фізичного виховання, так і його результату. Безумовно, ці принципи актуальні і на сьогоднішній день, їх не можна назвати антигуманними або недосконалими. Однак, як зазначається практично всіма фахівцями, протягом останніх десятиліть вітчизняна система фізичного виховання демонструє свою неефективність.

Система фізичного виховання, що склалася в освітніх установах України в другій половині минулого століття до теперішнього часу, займає домінуюче становище в більшості регіональних систем фізичного виховання учнів.

На думку видатного науковця В.К. Спіріна: «Класно-урочна форма фізичного виховання, що базується на стандартно-нормативному підході, незабезпечує належної відповідності педагогічних впливів закономірностям формування фізичного потенціалу учнів, а вчитель фізичної культури, працюючи в рамках цієї системи, адекватно умовам організовує теоретичну і практичну діяльність учнів, демонструючи зразки неефективної педагогічної діяльності» [2].

По-перше, в рамках традиційної системи фізичного виховання реалізація освітніх завдань на базі класно-урочної форми не дозволяє вчителю фізичної культури побудувати навчання рухових дій відповідно до закономірностей формування рухових умінь і навичок.

Відбувається це в результаті того, що реалізація освітньої програми з фізичного виховання передбачає всього лише до 25 хвилин часу на вирішення одного навчального завдання [3], що, в свою чергу, не дозволяє сформувати координаційні здібності і рухові навички, забезпечувати високий рівень культури рухів, їх розкутість і надійність.

По-друге, традиційна система фізичного виховання, що базується на класно-урочній формі і стандартно-нормативному підході до організації уроків фізичної культури і практично не враховує фізичної індивідуальності, що незабезпечує стимулювання розвитку рухових якостей учнів. Такий підхід відрізняється хорошою організацією,

видається самодостатнім, але не може забезпечити ефективність педагогічних впливів, виховних тренувальних ефектів від занять фізичними вправами, а отже, реалізувати спрямованість фізичного виховання до формування здоров'я [4, 5, 6].

По-третє, система фізичного виховання учнів включає в себе контроль, важливим елементом якого є визначення рівня фізичної підготовленості. Разом з тим необхідно враховувати, що заняття фізичними вправами повинні надавати стимулюючий вплив не тільки на рухові здібності людини, а й на розвиток основних систем і всього організму. Фізичні навантаження, не співвіднесені з індивідуальними і типологічними особливостями учня, можуть привести до перенапруження, зниження адаптивних можливостей і функціональних резервів механізмів вегетативної регуляції системи кровообігу.

Вищевикладене обумовлює необхідність відмови від контрольно-нормативної системи оцінки учнів в процесі фізичного виховання в загальноосвітніх установах або кардинально змінити підхід до оцінки роботи учнів на заняттях з фізичної підготовки.

На прикладі «НВК №33 «Маріїнська багатoproфільна гімназія» (загальноосвітній навчальний заклад 1 ступеня) були розглянуті питання щодо зміни підходу до фізичного виховання. Загальна кількість учнів складає 636, з них в основній групі займаються 482 учня, підготовка – 142, спецгрупа – 5, звільнені від занять з фізичного виховання – 7 осіб.

Основною проблемою в системі контролю виявились жорсткі нормативи фізичної підготовки та уніфіковані вимоги для всіх учнів. При такій системі оцінювання учні, що мають різний базовий рівень підготовки та індивідуальні особливості та здібності знаходяться в дуже нерівних умовах. Як наслідок, переважна більшість не здатна виконувати визначені нормативи, отримують низьку оцінку, що впливає на загальний рівень успішності, але не може бути швидко змінена на кращий результат. Це призводить в ряді випадків до негативного ставлення учнів до фізичного виховання, виступає в якості демотиватора до занять, пригнічує психоемоційний стан та викликає прагнення уникати занять.

На теперішній час можна змінити цю ситуацію на краще, за умови зміни підходу до оцінювання рівня фізичної підготовки учнів. Як вже було зазначене вище, у кожного учня є свій базовий рівень фізичної підготовки. І цей рівень має високу варіативність, що призводить до проблеми уніфікації оцінювання. Тому, було б доцільним під час занять визначати вихідний стан фізичної підготовки та формувати критерії оцінки кожного учня окремо, таким чином підсумкова оцінка роботи буде спиратись не на уніфіковані нормативи, а на власні досягнення, що характеризують його індивідуальні результати. Такий підхід, в свою чергу, є ефективним методом уникання перенапруження учня в умовах фізичних навантажень, та значно знижує рівень ризику соматичних розладів та ускладнень з боку серцево-судинної, дихальної, нервової системи тощо. Ціннісний потенціал фізичної культури через систему фізичного виховання має сприяти формуванню фізичної культури особистості. У зв'язку з цим метою фізичного виховання необхідно вважати не досягнення абстрактного фізичної досконалості, що, по суті, зводиться до фізичної підготовки, а формування фізичної культури особистості.

Література

1. Османов Р.З., Гунажоков И.К. Принципы построения процесса физического воспитания в общеобразовательной школе // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2013. №2 (117). С. 124-129
2. Спирин В.К. Организационно-методические условия неэффективного построения уроков физической культуры в рамках традиционной системы физического воспитания // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2008. № 6. С. 11-14.
3. Ріпак І.М. Теорія і методика фізичного виховання (розділ "Вікові аспекти фізичного виховання"): Навч.-метод. посіб. - Л., 2008.- 116 с
4. Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання. Том 2. – Київ: Видавництво «Олімпійська література», 2008. – 368 с.
5. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Частина 1. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2001. – 272с.
6. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Частина 2. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2002. – 248 с.
7. Педагогіка фізичної культури: Навчальний посібник / Г. П. Ковальчук, В.В. Присакар. – Кам'янець-Подільський: Видавець ПП Зволейко Д.Г., 2012. - 424 с
8. Тарачук С. Рухова активність і збереження здоров'я дітей у процесі фізичного виховання // Теорія і методика фізичного виховання і спорту – 2008. – №1– С. 69-71.

Р. В. Оніщенко, студент групи 501 ГС
*Полтавський національний технічний університет
 імені Юрія Кондратюка*

АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У структурі захворювань нервової системи остеохондроз займає одне з перших. З кожним роком кількість хворих на остеохондроз збільшується. Так 10-15 років тому остеохондроз вважався «супутником» старості, то тепер він зустрічається і в юнацькому віці, і навіть дитячому.

Остеохондроз – складне системне захворювання, в основі якого лежать дегеративно-дистрофічні зміни хребта з наявною дегенерацією міжхребетного диска з наступним залученням тіл суміжних хребців, міжхребетних суглобів і хребетного апарата (Антонов І. П., Баранчиків Г.І.). Шийний остеохондроз за частотою виникнення займає друге місце після попереково-крижового, уражаючи людей, які за видом своєї діяльності змушені тривалий час працювати у фіксованій позі з нахиленою головою.

Науковцями (Антонов І.П., Баранчиків Г.І., Герус А.І., Орлова Е.В.) доведено, що застосування адаптивної фізичної культури при остеохондрозі шийного відділу хребта у післялікарняний період запобігає виникненню різних ускладнень та загострень, сприяє відновленню функцій суглобів, запобігає патологічним деформаціям, хребта стабілізує постійні

компенсації, а також адаптує людину до побутових і виробничих навантажень [1; 2; 3].

Деякі вчені (Осна А.І., Попелянський Я.Ю. та ін.) остеохондроз відносять до групи поліетиологічних, алемонопатогенетичних захворювань, що пояснюється тим, що це хронічне системне враження сполучної (хрящової) тканини, яке розвивається на основі вродженої або набутої функціональної (переважно метаболічної) її недостатності [7; 8].

За даними різних авторів (Осна А.І. [7], Попелянський Я.Ю. [8]) остеохондроз у першу чергу вражає людей, що працюють у незручній статичній позі і страждають уродженими або набутими хворобами кістково-м'язового апарату (незрощування дуг хребців, асиметрія суглобних відростків, відхилення від норми в кількості хребців, лордоз, кіфоз, сколіоз). Тривале перебування в положенні сидючи або зігнувшись, підняття ваги перед собою, мікротравми суглобних поверхонь також сприяють розвитку цього захворювання.

Інші автори (Гречко В. Є. [6], Попелянський Я.Ю. [8], Антонов І.П. [1]) вважають, що причиною виникнення остеохондрозу може бути спадкова схильність, вікові зміни, гостра і хронічна травма міжхребцевих дисків, порушення сегментарного кровообігу.

На думку Горяної Г.А., Щітової В.С. розвитку остеохондрозу сприяє обмеження рухової активності людини. Внаслідок зниження гравітаційного навантаження при гіподинамії з кісток вимивається кальцій, зменшується їхня маса і щільність, змінюється макро- і мікроструктура, знижується інтенсивність обмінних процесів кісткової і прилягаючої хрящової тканини [4; с.17].

Остеохондроз може розвиватися і від надмірних фізичних навантажень на хребет у людей, що займаються важкою фізичною працею, а також у спортсменів, прихильників атлетичної і спортивної гімнастики [9; с. 70-71].

При шийному остеохондрозі хворі звичайно скаржаться на незручності болючого і не болючого характеру в області шиї, плечового поясу, голови, грудної клітини. Болі в області шиї, плеча, передньої грудної клітини частіше бувають ниючі, що іноді тягнуть, а в області голови – що давлять і стискають; вони можуть віддавати в область плечового поясу, голови, по хребті. Відчуття печіння шкірного покриву частіше спостерігається в області голови, шиї і вказує на подразнення симпатичних гангліїв нервового сплетіння хребетної артерії.

На думку Антонова І. П. [1], Горян Г.А. [4], Гречко В. Є. [6] у людей із шийним остеохондрозом спостерігається укорочення і нахил шиї вперед, сплюснення в бічному напрямку за рахунок помірного сколіозу, анталгічної пози, що встановлюється при огляді й уточнюється в процесі лікування. У старечому віці ці зміни частіше мають органічну основу і не усуваються при пасивній корекції або довільному скороченні м'язів шиї.

Особливе значення для відновлення функцій хребта при остеохондрозі має адаптивна фізична культура (далі – АФК), яка включає спеціально підібраний комплекс фізичних вправ і фізичних навантажень.

Лікувальна гімнастика як форма АФК включає в себе фізичні вправи, які дозволяють розслабити м'язи верхніх кінцівок плечового поясу,

набуваючи відмінного м'язового корсету, що сприяє поліпшенню кровообігу, зору, пам'яті, збільшується розумова працездатність. Виконуючи фізичні вправи під час лікувальної гімнастики щодня через кожні 2-3 години, хворий може позбавитися больових відчуттів у шиї.

Лікувальна фізкультура при шийному остеохондрозі використовується тільки після згасання больового синдрому. Гімнастика дозволяє розробити м'язи навколо хребта, збільшити їх пластичність, зміцнити їх. Крім того, вправи допоможуть підсилити кровотік в м'язах, суглобах, зв'язкової-сухожильно і кістковому елементах хребта, запобігаючи подальший розвиток патології. До того ж, підтримуючи м'язи шиї і всієї спини в працездатному стані, можна зовсім уникнути проявів цієї патології. Навіть вікові зміни істотно сповільняться при регулярному проведенні зарядки і гімнастичних вправ на гнучкість. Але, звичайно, перші заняття краще проводити під контролем досвідченого лікаря.

Простими та дієвими вправами при шийному остеохондрозі є такі:

1. Сидячи на стільці з прямою спиною і шиєю, здійснювати плавні повороти голови вправо і вліво до крайнього положення - 5-10 разів. Мета цієї вправи - досягти гарної рухливості шийних хребців, так щоб підборіддя міг доходити до рівня плеча.

2. У положенні сидячи на стільці з прямою спиною, опускати голову вниз до повного торкання підборіддям грудей – 10-12 разів. Вправа допомагає підтримувати шийний відділ хребта в гнучкому стані, а також розтягнути м'язи задньої шийної групи.

3. У вихідній позиції, сидячи на стільці з випрямленою спиною, переміщати шию назад з одночасним втягуванням підборіддя, шию при цьому не розгинати - 10-12 разів. Вправа допомагає боротися з вимушеною позою людини, часто працюючого за письмовим столом. При цьому шия і голова постійно витягнуті вперед.

4. Сидячи за столом з прямою спиною і однією рукою в упорі ліктем на стіл - покласти долоню на скроневу область і нахилити голову в цю сторону, протидіючи їй рукою - 10-12 секунд, 8-10 разів з перервами по 10 секунд, в обидві сторони. Вправа зміцнює бічні шийні м'язи.

5. У положенні сидячи за столом, покласти одну долоню на лоб і натискати на неї головою, при цьому рука опирається тискові – 8-10 разів по 10 секунд з перервами, повторити іншою рукою. Вправа зміцнює передні шийні м'язи і формує правильну позу при сидінні за письмовим столом.

6. Сидячи або стоячи з прямою спиною і витягнувши руки вздовж тіла - максимально підняти плечі вгору і тримати цю позицію 10-12 секунд, потім розслабити плечовий пояс і зробити вдих – 10-12 разів. Вправа допомагає розтягнути і розслабити бічні м'язи шиї.

7. Сидячи або лежачи на плоскій твердій поверхні розім'яти кінчиками пальців м'язи шиї в області потилиці. Рухи повинні бути досить глибокими та інтенсивними – 3-4 хвилини. Можна попросити зробити цю вправу помічника. Воно відмінно допомагає при головних болях, покращуючи приплив крові до головного мозку.

8. У положенні сидячи або лежачи на жорсткій поверхні розтерти руками область вище лопаток і міжлопаткову зону – 5-6 хвилин.

Разминание м'язів може бути болючим спочатку, але незабаром неприємні відчуття зникають. Вправа дозволяє розслабити і поліпшити кровообіг в крупній м'язів е, що піднімає лопатку, чудово допомагає при головному болі.

Усі вправи слід робити плавно, не допускати перевтоми і неприємних відчуттів. Протипоказані різкі повороти голови, нахили вперед і назад, а також обертання. При систематичному повторенні вправи при остеохондрозі шийного відділу хребта забезпечують такі позитивні ефекти: поліпшення кровопостачання шийно-грудного відділу; зміцнення м'язового корсета спини; оліпшення рухливості хребта; відновлення затиснених нервів; зниження больових відчуттів; збільшення амплітуди рухів шиї, плечей, тазу.

Існує ряд правил для виконання лікувальної фізкультури при остеохондрозі шийного відділу хребта. Протягом занять виконуйте такі вимоги: приміщення для виконання фізкультури має бути провітреним; займатися слід на м'якому (несколько) килимку; ЛФК при остеохондрозі шийного відділу проводиться в зручному, вільному одязі; навантаження варто збільшувати поступово; рухи виконуються без ривків, розмірено і плавно; гімнастика для шиї проводиться паралельно з дихальною; при виникненні болю розтяжка або розслаблення змінює силові фізичні вправи; під час ЛФК при шийному остеохондрозі необхідно контролювати власний пульс, тримаючи його в нормі; програма занять підбирається лікарем.

За допомогою спеціальних нескладних фізичних вправ в складі адаптивного фізичного виховання відбувається відновлення рухливості хребців. Тим не менш, однієї лікувальної гімнастики для терапії остеохондрозу шиї іноді недостатньо, тому лікар може призначити паралельний прийом медикаментів та здійснення фізіологічних процедур або навіть операційне втручання. Чим раніше ви почнете робити лікувальну фізкультуру, тим більше шансіввилікувати хворобу без операції.

Особливістю статистичної фізкультури є максимальне напруження м'язів, завдяки чому відбувається вплив на хребці. Запропонований нижче комплекс вправ, рекомендований для виконання людям, що мають остеохондроз шийного відділу хребта. За допомогою фізкультури можна збільшити гнучкість шиї, активізувати кровообіг хребта, відновити пошкоджені нервові тканини. Лікувальна фізкультура при остеохондрозі шийного відділу вимагає регулярного виконання, інакше ви не побачите очікуваного терапевтичного ефекту. Починайте з зарядки для шиї кожен свій день. Гімнастика при остеохондрозі відбувається вранці, щоб протягом дня хворий не відчував дискомфорту, пов'язаного з шиєю. Деякі вправи можна робити, не піднімаючись з ліжка. Рекомендований комплекс вправ для ранкової зарядки:

Профілактика остеохондрозу шийного відділу хребта, виконується за рахунок ізометричних вправ для шиї, полягають у протидії навантаження протягом 4-5 секунд. Всі вправи, які виконують без особливих різких рухів, голова при цьому протидіє тиску долоні руки.

Література

1. Антонов І. П. остеохондроз.//Неврологія, 1989- N8.с. 15-26
2. Баранчиків Г.І. Шийний остеохондроз.//Здоров'я. – 1993 N4/ - с. 10-14.
3. Герус А.І. Остеохондроз, лікування, реабілітація, профілактика засобами і методами фізичної культури. – Мінськ 1993. – 240 с.
4. Горяна Г.А. Позбавлення від остеохондрозу. – Київ, 1991. – с. 42
5. Гречко В.Е. Про шийний остеохондроз. – Знання. – К.: Медицина, 1992. – с. 96
6. Осна А.І. Періодизація шийного остеохондрозу // Шийний остеохондроз. – 2004. – Вип.3. – с. 11-22.
7. Попелянський Я.Ю. Шийний остеохондроз. Компресійний і рефлекторний синдром. – К., 1996. – 284 с.

Ткаченко Т. В., студентка групи 601-ГС;

Беседа Н. А., к. пед. н.

*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ГУМАНІТАРНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ДО ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ПРОЦЕСІ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ

Система фізичного виховання в сучасних закладах вищої освіти не здатна повною мірою забезпечити потребу студентів у русі та підтримці належного рівня здоров'я, що збільшує значення самостійних занять фізичними вправами. Підтвердження цього знаходимо в наукових висновках О. Дубогай, Є. Котова, С. Сичова, А. Цьося та ін. Тому формування в студентів стійких мотивацій до самостійної фізкультурно-оздоровчої діяльності є наразі актуальним і пріоритетним питанням.

Згідно з Положенням про організацію фізичного виховання й масового спорту в закладах вищої освіти (ЗВО), самостійна робота студентів є основним засобом оволодіння навчальним матеріалом у вільний від обов'язкових навчальних занять час. Слід зазначити, що навчальний час, відведений для самостійної роботи студентів з фізичного виховання, чітко регламентується навчальним планом. Цей час повинен складати не менше 1/3 й не більше 2/3 загального обсягу навчального часу студента, відведеного на фізичне виховання [3]. Навчальний матеріал із фізичного виховання, опрацьований студентами в процесі самостійної роботи, також виноситься на підсумковий контроль. Водночас, як показує практичний досвід, у ЗВО не завжди здійснюється контроль за самостійними заняттями фізичними вправами студентів у позанавчальний час і недостатньо приділено уваги питанню підготовки до самостійної фізкультурно-оздоровчої діяльності [1, 2].

Мета дослідження – обґрунтування доцільності формування в студентів гуманітарних спеціальностей умінь та навичок до самостійних занять фізичними вправами.

Студентам було запропоновано такі завдання:

1. Розробити комплекс вправ для фізичного самовдосконалення і продемонструвати його виконання
2. Розробити і провести комплекс ранкової гігієнічної гімнастики.
3. Підготувати план-конспект індивідуального тренувального заняття оздоровчої спрямованості.
4. Підготувати план-конспект індивідуального тренувального заняття професійно-прикладної спрямованості
5. Підібрати комплекс вправ для індивідуальної фізкультурної паузи дозвільної спрямованості.

Внаслідок цього було визначено рівень сформованості практичних умінь і навичок до самостійних занять фізичними вправами студентів гуманітарних спеціальностей.

Поряд із цим було проведено анкетування. Воно дозволило одержати інформацію стосовно різних аспектів життя й навчання студентів гуманітарних спеціальностей Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка. На основі цього вдалося проаналізувати особливості формування мотивацій до самостійних занять фізичними вправами, фізкультурно-спортивних інтересів, а також виявити й дослідити причинно-наслідкові зв'язки посилення рухової активності в позанавчальний час у студентів експериментальної та контрольної групи (табл. 1.).

Таблиця 1

Мотивації студентів гуманітарних спеціальностей до самостійних занять фізичними вправами, %

Мотиви	До експерименту		Після експерименту		Приріст	
	ЕГ (n=64)	КГ (n=62)	ЕГ (n=64)	КГ (n=62)	ЕГ (n=64)	КГ (n=62)
Підвищення рівня навчальних досягнень	46,8	44,7	55,8	46,7	9,0	2,0
Зміцнення здоров'я	48,7	46,9	60,3	49,2	11,3	2,3
Самовдосконалення	24,6	26,3	32,8	27,8	8,2	1,5
Розваги, спілкування з однолітками	10,8	9,8	14,2	11,2	3,4	1,4
Досягнення високих спортивних результатів	12,6	8,4	14,4	9,6	1,8	1,2

Урізноманітнення рухової активності	6,5	7,4	10,8	8,6	4,3	1,2
-------------------------------------	-----	-----	------	-----	-----	-----

Аналіз одержаних експериментальних даних, вказує на те, що провідними мотивами для студентів гуманітарних спеціальностей ЕГ і КГ є такі:

- підвищення рівня навчальних досягнень (соціальні);
- зміцнення здоров'я (оздоровчі);
- самовдосконалення (особистісні).

Слід зазначити, що після формувального експерименту в студентів ЕГ значно підвищився рівень сформованості провідних мотивів, зокрема соціальних – на 9,0 %, оздоровчих – на 11,3 %, особистісних – на 8,2 %. Це свідчить про доцільність формування в студентів гуманітарних спеціальностей умінь та навичок до самостійних занять фізичними вправами.

Узагальнюючи вищевикладене, маємо підстави для висновку, що внаслідок самостійних занять фізичними вправами в студентів гуманітарних спеціальностей спостерігається позитивна динаміка мотивацій та вдосконалюються навички планування й обліку самостійної фізкультурно-оздоровчої діяльності.

Література

1. Андрущенко В. П. Модернізація педагогічної освіти відповідно до викликів ХХІ століття / В. П. Андрущенко, В. І. Бондар // Вища освіта України. – 2009. – №4. – С. 17-23.
2. Благій О. Л. Організаційно-педагогічні умови формування мотивації студентів до рухової активності в процесі фізичного виховання / О. Л. Благій, Є. А. Захарівна // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2009. – №4. – С. 92-95.
3. Вихляев Ю. Планування та контроль самостійної роботи студентів із фізичного виховання / Ю. Вихляев, О. Чеченьова // Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення. – 2012. – № 2 (18). – С. 160-163.

Т. Ю. Ткаченко, магістрант групи ГЗ-502
Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ТЕХНІКО-ТАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ФУТБОЛІСТІВ

Проблема підготовки футболістів на сучасному етапі видається актуальною, зважаючи на велику популярність цієї спортивної гри. Для визначення сприятливих періодів для навчання юних футболістів техніці гри і переважних завдань, які повинні вирішуватися в ці періоди, було з'ясовано «внесок» в рівень майстерності футболістів в різному віці здібностей і умінь виявляти точність і швидкість при виконанні різних рухових дій без м'яча і футбольних дій з м'ячем. Має місце істотний перерозподіл «вкладу» здібностей і умінь виявляти точність і швидкість при виконанні різних рухових дій в рівень майстерності юних футболістів

в різні вікові періоди, що пояснюється нерівномірністю розвитку рухового апарату і неоднаковим «внеском» у рівень майстерності гравців в різному віці умінь швидко і точно виконувати ті чи інші технічні прийоми.

У статті розглянемо особливості техніко-тактичної підготовки футболістів з урахуванням основних проблем, які є на сучасному етапі становлення теоретико-методичних засад цього процесу. Цю проблему висвітлюють у своїх наукових працях Ю. Колосовський, Ю. Кураж, котрі розглядають напрямки вдосконалення техніко-тактичних систем у процесі підготовки футболістів [1-2]. У працях Г. Лисенчук та В. Лях висвітлюються різні форми тренерської діяльності в напрямку підвищення результативності гри у футбол [3-5].

З урахуванням складових технічної майстерності юних футболістів і вікової динаміки розвитку різних здібностей і умінь виявляти швидкість і точність визначені три основні завдання, які необхідно вирішити в ході багаторічної технічної підготовки футболістів в дитячо-юнацькому віці:

- розвинути «почуття м'яча» (навчитивмінням посилати м'ячі в заданому напрямку і диференціювати зусилля при операціях з м'ячем);
- навчитивмінням швидко і точно виконувати різні за формою «ігрові» дії з м'ячем (тренування «техніки епізодів гри»),
- адаптувати освоєні технічні навички до змін рівня розвитку рухових якостей і функціональних можливостей [3].

По-перше, вік до 10-11 років є найбільш сприятливим періодом для навчання умінням точно визначати напрямок посылу м'яча і диференціювати зусилля при торканні м'яча. Пояснюється це наступним. Приблизно до 10-11 років швидкими темпами проходить природний розвиток рухової чутливості. Тому саме в цей час можна отримати сумарний ефект двох факторів, що впливають на «почуття м'яча», якщо на високі темпи природного розвитку рухової чутливості «накласти» цілеспрямоване тренувальний вплив на «почуття м'яча».

По-друге, після 11 років поліпшення умінь диференціювати зусилля при оперуванні м'ячем може бути досягнуто в основному за рахунок вправ, в яких створюються все більш і більш важкі умови з точки зору вимог до прояву «почуття м'яча», так як природний розвиток рухової чутливості до 11 років практично завершується. З 11 до 15 років швидкими темпами відбувається природний розвиток швидкісних здібностей, особливо інтенсивно в 12-14 років. Тому після 11 років від футболістів слід постійно вимагати максимально швидкого та одночасно точного виконання освоєних рухів з м'ячем.

По-третє, після 15 років основним напрямком роботи стає адаптація технічних навичок гравців до їх різко зростаючим під впливом спеціальних тренувань руховим якостям і функціональним можливостям і до умов ігор «дорослого» футболу [2].

Необхідність адаптації техніки до умов ігор «дорослого» футболу яскраво простежується, коли гравцям доводиться діяти з м'ячем в «екстремальних» умовах, властивих цьому футболу з максимальною потужністю, в фізичному контакті з суперником, при дефіциті часу на виконання прийомів [1].

Акценти в тренувальній роботі доцільно зробити на наступному:

- в період до 10-11 років в ході навчання гравців основним технічним навичкам на розвиток «почуття м'яча» за допомогою виконання різних видів переміщень з м'ячем на доступних швидкостях,
- в період після 11 років: вимагати від гравців максимально швидкого і одночасно точного виконання освоєних ними дій з м'ячем, тобто акцентувати увагу на тренуванні «техніки епізодів гри»,
- в період після 15 років навчати футболістів умінням швидко і точно оперувати м'ячем при виконанні дій з максимальною потужністю і в умовах фізичного контакту з суперником [4].

При проведенні контролю ігрової діяльності основними критеріями інформативності є ефективність проведення конкретної атаки в грі, результат окремої гри і змагання в цілому.

Для оцінки техніки володіння м'ячем футболістами при виконанні швидких переміщень пропонується система тестів, які:

- інформативні по відношенню до можливостей гравців виконувати в змагальних іграх з необхідною якістю дії, пов'язані з доставкою м'яча в штрафний майданчик суперника в різних умовах;
- можуть використовуватися в якості тренувальних вправ.

Контроль побудови вправ з м'ячем і якості їх виконання повинен припускати оцінку точності (швидкості і точності в поєднанні) дій гравців з м'ячем, обсягу повторень ними дій з м'ячем, дотримання спеціалізоване™ умов вправ [5].

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури, тенденцій розвитку гри в футбол, даних спостережень за ігровою та тренувальною діяльністю футболістів дитячо-юнацького віку і професійних команд дозволив сформулювати кілька основних проблем, що стосуються базової та професійної технічної і тактичної підготовки футболістів.

У футболі високого рівня головною проблемою є підвищення точності ударів по воротах (відсотка потрапляння м'яча в периметр воріт) і збільшення кількості «епізодів гри» в штрафному майданчику суперника, що пов'язано з технічним і тактичним майстерністю футболістів.

Можливість підвищення кваліфікованими футболістами швидкості і точності дій з м'ячем при інших рівних умовах (природній обдарованості, рухової підготовленості) повністю визначається тренуванням. У зв'язку з цим при побудові технічної підготовки професійних футболістів виникає проблема ефективності тренувальних вправ, а саме визначення, які вправи з точки зору умов їхнього виконання дозволяють кваліфікованим футболістам підвищити технічну майстерність, необхідну для гри в футбол.

Література:

1. Колосовский Ю. Совершенствование взаимодействия игроков линии обороны при зонной игре / Ю. Колосовский // «Футбол-Профи». – Донецк (Украина). 2006. – № 4 (5). – С. 28-37.
2. Кураж В.П. Формирование у школьников техники игры в футбол на основе развития целевой точности движений: автореф. дис. . канд. пед. наук / Кураж Владимир Петрович; ВНИИФК. М., 2006. – 19 с.

3.Лисенчук Г.А. Управление подготовкой футболистов / Г.А. Лисенчук. Киев: Олимпийская литература, 2003. – 271 с.

4.Лисенчук Г.А. Теоретико-методические основы управления подготовкой футболистов: автореф. дис... докт. пед. наук / Лисенчук Геннадий Александрович; Национальный университет физ. воспитания и спорта. Киев, 2004. – 37 с.

5.Лях В.И. Спортивно-двигательные тесты для оценки специфических координационных способностей футболистов / В.И. Лях, З. Витковски, В. Жмуда // Теория и практика физической культуры. 2002. – № 8.–С. 51-54.

Чумак В.О., студент групи 602ГС
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.,
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

АКТУАЛЬНІСТЬ І ДОЦІЛЬНІСТЬ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ В ОСВІТНІХ ЗАКЛАДАХ

Сучасний ритм життя значно змінив характер праці й спосіб життя людини. Недостатня рухова активність дітей – серйозна проблема сьогодення, оскільки вона спричиняє зниження розумової та фізичної працездатності. Як відомо, більшість школярів займаються фізичними вправами лише на уроках фізичної культури, що негативно відображається на їхньому здоров'ї.

Саме тому проблема оптимізації процесу фізичного виховання школярів потребує постійного вдосконалення. Для цього доцільно використовувати найрізноманітніші форми фізкультурно– оздоровчих занять в урочний та позаурочний час, виховувати в дітей потребу в щоденних заняттях фізичними вправами. Різноманітність форм фізкультурно-оздоровчих занять в школі обумовлюється прагненням збільшити рухову активність учнів. Проте потрібно усвідомити, що кожна форма занять вирішує як загальні, так і конкретні завдання. Зокрема, найкращі умови для оздоровчого тренування мають спортивні секції, а для активного відпочинку – фізкультурні хвилини, ігри на перервах. У зв'язку з цим постає необхідність розвивати й використовувати всі форми фізкультурно-оздоровчих занять в школі.

Згідно з “Програмою для загальноосвітніх навчальних закладів” систему обов'язкових форм організації фізичного виховання школярів складають уроки фізичної культури; фізкультурно-оздоровчі заходи в режимі шкільного дня; щомісячні дні здоров'я та спорту; обов'язкові для школи форми позакласної спортивно-масової роботи; позашкільна спортивно-масова робота; самостійні заняття учнів фізичними вправами в сім'ї. Фізкультурно- оздоровчі заняття в школі є невід'ємною складовою частиною педагогічного процесу виховання гармонійно розвинутої особистості. Виконання фізичних вправ із метою підвищення здоров'я дітей повинно підпорядковуватися певним закономірностям і принципам. Для покращення й збереження високого рівня здоров'я потрібне постійне та достатнє фізичне навантаження.

Система фізкультурно-оздоровчих занять в школі здійснюється безпосередньо під керівництвом учителя фізичної культури. Кожен педагог у своїй діяльності використовує відповідні методи. До основних методів фізкультурно-оздоровчих занять в школі належать рівномірний, перемінний, інтервальний, повторний, змагальний та ігровий. Як засвідчує аналіз літературних джерел, основними формами роботи з фізичного виховання в режимі навчального дня є гімнастика до занять, фізкультурні хвилинки, фізкультурні паузи, рухливі ігри й фізичні вправи на перервах. Їх використовують як елементи раціональної організації навчальної праці учнів.

Основними завданнями фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі навчального дня є:

- активізація рухового режиму школярів протягом навчального дня;
- покращення здоров'я учнів та вдосконалення культури рухів;
- забезпечення гігієни розумової праці й підтримання оптимального рівня працездатності в навчальній діяльності;
- формування організованості та свідомості дисципліни.

Игорь Коцан, Александр Бычук о физкультурно-оздоровительной работой с младшими школьниками в режиме учебного дня. В статье отражены основные формы, принципы и методы физкультурно-оздоровительной работы в режиме учебного дня с детьми младшего школьного возраста. Обоснованы и разработаны комплексы физических упражнений для выполнения гимнастики до занятий, физкультурных минуток и физкультурных пауз.

Максимальний педагогічний та оздоровчий ефект заходів у режимі навчального дня забезпечується дотриманням таких вимог [1, с. 73-74]:

- 1) відповідним санітарно-гігієнічним станом місця для занять, особливо в приміщенні;
- 2) залученням усього педагогічного колективу школи й фізкультурного активу;
- 3) урахуванням фізіологічних закономірностей переходу від навчальних занять до виконання вправ із наступним поверненням до навчальної діяльності;
- 4) послідовним виконання вправ відповідно до завдань і методичних правил кожної форми занять;
- 5) зразковим показом фізичних вправ, лаконічністю і чіткістю пояснення з використанням доступної для учнів термінології;
- 6) оптимальною моторною щільністю занять при помірному фізичному й психічному навантаженні, яке забезпечує тонізуючий вплив на організм;
- 7) підтриманням постійного інтересу учнів до занять через новизну та емоційність вправ.

Для розв'язання завдань фізкультурно-оздоровчої роботи в школі застосовують різноманітні засоби. Основними серед них є фізичні вправи, допоміжними – оздоровчі сили природи й гігієнічні фактори. Кожна група засобів вирішує специфічні завдання, проте в комплексі вони дають змогу різнобічно впливати на організм дітей. Фізичні вправи – це спеціально організовані рухи та дії, спрямовані на розв'язання завдань фізичного виховання й підпорядкування його певним закономірностям. Для

вирішення оздоровчих завдань найкращими є аеробні вправи, такі, які примушують працювати великі групи м'язів, особливо коли все тіло перебуває в русі. До цих вправ відносять ходьбу, біг, плавання, їзду на велосипеді, туризм, ходьбу на лижах, веслування.

Гімнастика до занять. Гімнастику до занять проводять щоденно в школах перед початком уроків. Перед нею стоять переважно оздоровчі та виховні завдання. Ці заняття позитивно впливають на організм, сприяють формуванню правильної постави, виховують звичку до систематичних занять фізичними вправами. Гімнастика до занять дає змогу цілеспрямовано почати навчальний день, тому що, закінчивши виконувати вправи, діти не розходяться, а в складі своїх класів організовано йдуть на уроки.

Гімнастику до занять проводять на шкільному спортивному майданчику або на стадіоні, а при несприятливій погоді – у приміщенні. Заняття повинні бути обов'язкові для всіх учнів класу. Зміст вправ гімнастики до занять повинен різноманітно впливати на м'язову систему, а також активізувати серцево-судинну й дихальну системи. Вправи мають бути добре відомі учням і легко засвоюватися з першого показу. Перед початком виконання кожної вправи потрібно пояснити її вихідне положення. Протягом виконання вправи керівник уважно стежить за правильним її виконанням, за необхідності робить зауваження, дає методичні вказівки. Учитель, який проводить гімнастику до занять, повинен звертати увагу на правильність дихання. Закінчується гімнастика спокійною ходьбою, під час якої слід застосовувати вправи на дихання з рухами рук. Після закінчення гімнастики дуже важливо правильно організувати вхід учнів у приміщення школи, дотримуючись наперед розробленого графіка.

Фізкультурні хвилини на уроках. Фізкультурні хвилини – активний відпочинок, який проводиться на загальноосвітніх уроках із метою відновлення працездатності, зняття негативної дії статичного навантаження, підвищення емоційного стану учнів та попередження порушень постави.

Фізкультурні хвилини проводять під керівництвом педагога. Фізичні вправи виконують, сидячи або стоячи біля столу. Амплітуда рухів повинна бути невеликою, щоб учні не заважали один одному. Комплекси фізкультурних хвилин рекомендується підбирати залежно від змісту навчальної роботи на уроці. Фізкультурні хвилини обов'язково мають проводитись у молодших та початкових класах. Їх тривалість не повинна перевищувати 1–2 хвилини. До комплексу підбирають прості, доступні вправи, що не вимагають складної координації рухів. Ці вправи повинні охоплювати великі групи м'язів, які задіяні в підтриманні пози сидіння під час уроку.

Фізкультурні паузи. У дітей шкільного віку довільна рухова активність займає тільки 15–18 % часу доби. Фізкультурні паузи проводять у групах продовженого дня й удома під час приготування домашніх завдань, після 45–60 хвилин навчальної роботи та тривають 5–10 хвилин. Комплекси фізичних пауз будуються за таким самим принципом, як і фізкультурні хвилини, але збільшується кількість фізичних вправ. При складанні комплексів фізкультурних пауз доцільно дотримуватися такої

послідовності: ходьба на місці, вправи на потягування, присідання, вправи для плечового пояса й рук, нахили та повороти тулуба, вправи на координацію рухів.

Рухливі ігри та вправи на продовжених перервах. Ефективність впливу перерв на відпочинок дітей і підготовку до навчання на наступному уроці великою мірою залежить від того, як організовується діяльність дітей на перервах. Найкращим є активний відпочинок, насичений різноманітними іграми та вправами. Рухливі ігри й вправи потрібно підбирати з урахуванням вікових особливостей учнів. Для перерв використовують ігри низької та середньої інтенсивності. Як правило, діти на перервах грають у знайомі ігри. Вони не повинні дублювати урок фізичної культури. Усі фізкультурні заходи закінчуються не пізніше ніж за 3–5 хвилин до дзвінка на урок, щоб учні змогли заспокоїтись і своєчасно підготуватися до уроку.

Висновок. Отже, до основних форм фізкультурно-оздоровчої роботи в режимі навчального дня відносять гімнастику до занять, фізкультурні хвилини, фізкультурні паузи, рухливі ігри та фізичні вправи на перервах. Під час розробки комплексів фізичних вправ потрібно дотримуватися принципу оздоровчої спрямованості, який передбачає профілактичну й розвивальну функції – удосконалення функціональних можливостей організму, підвищення його працездатності й опірності несприятливим впливам; компенсацію нестачі рухової активності, яка виникає в умовах сучасного життя.

Література:

1. Бичук О. І. Фізкультурно-оздоровча робота у школі : навч. посіб. / Бичук О. І. – Луцьк : Надстир'я, 1997. – 144 с.
2. Круцевич Т. Ю. Физическое воспитание как социальное явление / Т. Ю. Круцевич, В. В. Петровский // Наука в олимпийском спорте. – 2001. – № 3. – С. 3–15.
3. Платонов В. Н. Современное состояние массовой физической культуры и спорта высших достижений и направления перестройки физкультурного образования / В. Н. Платонов // Актуальные проблемы теории физической культуры и теории спорта в свете задач перестройки высшего и среднего специального образования : сб. науч. тр. – К. : КГИФК, 1990. – С. 4–46.

І. В. Щербина,
*Центр науково-технічної творчості учнівської молоді
Металургійного району Криворізької міської ради*

ФОРМУВАННЯ В УЧНІВСЬКІЙ МОЛОДІ МОТИВАЦІЇ ДО ЗАНЯТЬ АВТОМОДЕЛЬНИМ СПОРТОМ

Організація занять учнівської молоді модельними видами спорту є важливим завданням системи позашкільної освіти України. Причина зростання популярності занять автотомодельним спортом як в нашій країні, так і за кордоном, полягає в поєднанні елементів технічної творчості із захоплюючою спортивною боротьбою на змаганнях різного рівня, можливості приєднання до процесу машинобудування й розвитку

автотранспортної галузі. Заняття технічним моделюванням дає змогу учневі розширити та вдосконалити отримані в загальноосвітній школі знання з природничо-наукових дисциплін, технічної праці й фізичної культури, використовувати їх на практиці в обраному напрямі моделювання, здійснити свідомий вибір професії, змістовно організувати власне дозвілля [5]. Для багатьох вихованців технічне моделювання стає предметом професійної діяльності, справою та захопленням на все життя.

Автомодельний спорт – технічний вид спорту, у якому спортсмени управляють самохідними моделями автомобілів за допомогою радіозв'язку або інших методів. Тож успіх у цьому виді спорту залежить від ступеня майстерності спортсмена у виготовленні та керуванні технічним засобом, а також від правильної організації ходових випробувань автомоделі [1].

Зауважимо, що автомоделі є дуже складними в технічному плані конструкціями. Для їх створення учневі потрібні навички конструювання й обробки різних матеріалів як ручним інструментом, так і на металорізальних верстатах, уміння користуватися приладами й пристосуваннями, читати, створювати й послуговуватися технічними кресленнями. Учневі також необхідні знання технологій конструкційних матеріалів, основ електротехніки та електроніки, історії та теорії автомобіля, принципів роботи його вузлів та агрегатів. Зі свого боку спортсмен-автомобіліст повинен знати класифікації моделей та особливостей проведення їх випробувань, специфіку змагань залежно від класу моделі, стратегії одиночних стартів і групових перегонів [1].

Систему занять автотранспортним спортом у закладах позашкільної освіти умовно можна представити у вигляді двох складників – тренувального процесу й змагань. Тренувальний процес має дозвілєвий і розвивальний характер та передбачає виготовлення й експлуатацію моделей шляхом індивідуальної та групової роботи. Тому програма занять автотранспортного гуртка має спортивно-технічну спрямованість. Її метою є розвиток особистості спортсмена-моделіста на основі тренувальних занять в умовах атмосфери позитивного міжособистісного спілкування [5].

Загалом, підлітки, які займаються модельним спортом, одночасно залучаються до технічної творчості та водночас реалізують себе в спорті. Специфіка модельних видів спорту полягає в тому, що спортсмен з будь-якими фізичними даними та у будь-якому віці має змогу досягати високих результатів, за умови правильної підготовки та належної мотивації [3].

Підготовка спортсмена-автомобіліста є поетапним процесом. На *початковому етапі* закладаються основи для занять автотранспортним спортом: учні засвоюють базові знання з електротехніки, радіотехніки й механіки, необхідні для усвідомлення принципів дії, конструкції й керування автомоделей; розвивають координацію, окомір, моторику рук; а також пам'ять, мислення, увагу; формують основи наукової організації праці й життєдіяльності. Зазвичай у цей час учні беруть участь у кваліфікаційних змаганнях, що мають відбуватися не рідкіше, ніж 2-3 рази за навчальний рік [5]. На цьому етапі є дуже важливим виховання в гуртківців морально-етичних і вольових якостей, необхідних для занять автотранспортним спортом, зокрема самостійність, акуратність, працьовитість, активність, зосередженість, уміння перемагати й

програвати, аналізувати невдачі й досягнення. Головним результатом цього етапу є сформованість в учнів визначеного рівня компетентності й готовності до занять автомоделльним спортом.

На початку роботи більшість гуртківців ще не мають стійкої мотивації до занять автомоделльним спортом. Тому керівникові варто спиратися на їх інтерес до автомобільної техніки та бажання реалізувати власні здібності. Учням необхідно прищепити ідеали та принципи автомоделльного спорту. Важливим мотивуючим фактором цього етапу є демонстрація керівником гуртка і ознайомлення гуртківців із успіхами автомоделльної галузі, з історією автомобільної техніки, досягненнями й перспективами автомоделльного спорту. Неперебільшене значення має робота з формування усвідомлення в необхідності розвитку тих якостей особистості, що мають вирішальне значення як для спортивних досягнень, так і для особистісних і професійних перемог [4].

На наступному *навчально-тренувальному етапі* відбувається становлення та розвиток спортивної майстерності гуртківців. Тут проводиться кропітка робота з підвищення рівня технічної та спортивної підготовленості учнів, вдосконалення їх початкових умінь і навичок, розвитку стійкого інтересу до занять модельними видами спорту, виховання особисто-командних спортивних принципів і якостей – цілеспрямованості, взаємодопомоги, колективізму [5].

На цьому етапі для учнів є обов'язковою участь в обласних змаганнях з автомоделізму. Належна мотивація до занять автомоделльним спортом забезпечується за допомогою серії прийомів зі створення *ситуацій успіху* [2].

Етап спортивного вдосконалення передбачає підготовку спортсменів-моделістів середньої ланки, що має на увазі їх готовність до участі у змаганнях всеукраїнського та європейського рівнів. Задля цього гуртківці вивчають на поглибленому рівні технології виготовлення та експлуатації моделей, удосконалюють навички керування ними, засвоюють основи профілактики й налаштування моделей, беруть участь у розробці проектів у галузі автомоделювання. На цьому етапі продовжують формуватися важливі особистісні якості спортсмена-автомобіліста, зокрема індивідуально-командні – взаємодопомога, колективізм, толерантність, повага до суперників, вдячність, захопленість, спортивний азарт [1].

Задля формування необхідної мотивації та самоствердження учнів керівники автомоделльних гуртків широко використовують рольові, ділові та управлінські ігри, широко залучають учнів до аналізу професійних і спортивних ситуацій, проектної діяльності, моделювання варіантів практичних дій. Одним із методів, доцільним на цьому етапі, є самостійна робота гуртківців, що передбачає застосування знань у нових умовах, створення нових знань, їх комбінацій. Творчість як процес супроводжується спалахами емоцій, стимулює гуртківців до розширення знань, розвитку пізнавального й спортивного інтересу [2].

Етап вищої спортивної майстерності характеризується процесом спеціалізації у визначеному класі автомоделізму, підготовкою спортсменів-моделістів вищої ланки, які є активними учасниками змагань

різного рівня, у тому числі світового [1]. На цьому етапі в гуртківців відбувається вдосконалення спортивної майстерності, умінь і навичок з розробки, конструювання, виготовлення та експлуатації моделей, формування професійних навичок в сфері автомоделювання. Доцільним на цьому етапі є спеціальна робота з виховання особистісних якостей учня, що зорієнтовані на успіх – цілеспрямованість, допитливість, відповідальність, активність, самостійність, завзятість у досягненні мети, критичність, уміння гідно вигравати й програвати.

Провідним мотивуючим фактор цього етапу є залучення учнів до проектно-конструкторської діяльності, змагального процесу, суддівської роботи, наставництва [2].

Отже проблема формування мотивації до занять автомоделювальним спортом є однією з найактуальніших. Розвиток глибоких і свідомих мотивів є результатом і необхідною умовою самоактуалізації та самореалізації особистості спортсмена-автомобіліста. Мотивацію не випадково порівнюють із каталізатором, який полегшує й прискорює психічні реакції й викликає продуктивну роботу, з ферментом, що дає змогу учневі досягти особистісного та професійного успіху [4]. У розвитку такої мотивації вирішальне значення має особистість керівника гуртка та рівень його педагогічної та спортивної майстерності.

Література

1. Драгунов Г. Б. Автомоделный кружок / Г. Б. Драгунов. – М. : Изд-во ДОСААФ СССР, 1988. – 250 с.
2. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб : Издательство «Питер», 2000. – 512 с.
3. Карачев А. А. Спортивно-техническое моделирование : учебное пособие / А. А. Карачев, В. Е. Шмелев. – Ростов н/Д. : Феникс, 2007. – 346 с.
4. Маркова А. К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте: Пособие для учителя / А. К. Маркова. – М. : Просвещение, 1983. – 96 с.
5. Рожков В. С. Авиамодельный кружок: Пособие для руководителей кружков / В. С. Рожков. – М. : Просвещение, 1986 – 144 с.

Я. Ю. Денисенко, студент 6 курсу
*Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка*

ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СПОРТСМЕНІВ ВИСОКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ В СПОРТІ ІНВАЛІДІВ

Актуальність теми. За сучасними статистичними відомостями, в теперішній час у світі понад 800 млн. інвалідів, в Україні ж сьогодні нараховується понад 2 млн. інвалідів (близько 6%), половина з них – інваліди I і II груп, які формально не здатні самостійно забезпечити власне існування, бо не можуть повноцінно працювати (Ю.А. Бріскін, В.М. Синьов, А.Г. Шевцов та ін.). В останні десятиріччя особлива увага

фахівців приділяється проблемі соціальної та фізичної реабілітації інвалідів засобами адаптивного фізичного виховання та спорту з метою відновлення їхнього здоров'я, залучення до суспільно-корисної діяльності. Повне відновлення працездатності інвалідів та їхнє повернення до попередньої професійної діяльності спостерігається винятково рідко. У зв'язку з цим проблема фізичної та психологічної реабілітації інвалідів набуває особливої гостроти.

Багаторічна практика роботи українських і закордонних фахівців з інвалідами різних нозологій свідчить, що дійовим методом відновлення осіб із порушеннями психофізичного розвитку є реабілітація засобами спорту (А. Г. Шевцов). Сучасний спорт – закономірний результат пізнавальної діяльності людини. Спорт розглядається дослідниками як багатофункціональне явище культури, як сукупність матеріальних і духовних цінностей суспільства, як вид і результат діяльності. Надзвичайно корисним для людства результатом спортивної діяльності є досягнутий рівень фізичного удосконалення, володіння руховими вміннями та навичками, підвищена працездатність і конкурентоспроможність людини, яка займається спортом [1, с.94-98]. Характерною особливістю, системоутворюючим фактором спорту як виду діяльності є змагання. При цьому необхідно підкреслити характерні тільки для спорту дві риси – це суворе регламентація правил змагальної діяльності спортсменів, а також неантагоністичність змагальної діяльності – своєрідний закон спортивної етики.

Систематичне проведення змагань національного та міжнародного рівнів у спорті інвалідів актуалізує увагу вчених до досліджень нових наукових проблем, пов'язаних із різними аспектами корекційної роботи зі спортсменами із порушеннями психофізичного розвитку в системі їхньої підготовки (І. Волков, Г. Чемерних, Р. Darst, J. Martin та ін.). Проведення таких наукових розвідок є актуальним для корекційної освіти, а також адаптивної фізичної культури та спорту та ґрунтується на фундаментальних дослідженнях українських учених у цій галузі (В. Бондаря, І. Дмитрієвої, та ін.).

Висока напруженість сучасної підготовки спортсменів у спорті інвалідів, значні обсяги тренувальних і змагальних навантажень потребують створення оптимальних педагогічних умов для їхнього ефективного функціонування як основних суб'єктів спортивної діяльності [2, с. 2-4]

Мета дослідження полягає здійсненні аналізу сучасних підходів до управління працездатністю спортсменів високої кваліфікації та експериментальному дослідженні можливостей застосування методів фізичної реабілітації для відновлення працездатності спортсменів із порушеннями психофізичного розвитку в спорті інвалідів.

Висновки. У дослідженні комплексно вивчено проблему відновлення працездатності плавців високої кваліфікації із порушеннями психофізичного розвитку в системі їхньої підготовки у спорті інвалідів із

застосуванням методів фізичної реабілітації. Встановлено, що засоби відновлення, що використовуються в системі підготовки плавців, умовно об'єднані в три основні групи: педагогічні, психологічні та медико-біологічні. Центральне місце відводиться педагогічним засобам, застосування яких передбачає управління працездатністю спортсменів і відновними процесами за допомогою доцільно організованою м'язової діяльності та адекватно підібраних і дозованих методів фізичної реабілітації. Психологічні засоби відновлення працездатності також одержали визнання серед науковців і практиків. З їх допомогою вдається швидко знизити нервово-психічну напруженість, усунути стан психічної пригніченості, швидше відновити витрачену нервову енергію, сформувати чітку установку на ефективне виконання тренувальних і змагальних програм, довести до межі індивідуальної норми напругу функціональних систем, що беруть участь у роботі. Застосування медико-біологічних засобів сприяє прискоренню адаптаційних процесів організму до навантажень, більш швидкому нівелюванню втоми.

Встановлено, що під час планування змісту підготовки та участі спортсменів у змаганнях необхідно враховувати й гігієнічні фактори, що здатні мати як позитивний, так і негативний вплив на працездатність спортсменів і протікання у них відновних процесів після тренувальних і змагальних навантажень. За результатами теоретичного аналізу та констатувального етапу педагогічного експерименту здійснено розробку методики комплексного застосування методів фізичної реабілітації для відновлення працездатності спортсменів із порушеннями психофізичного розвитку високої кваліфікації. Розробка методики передбачала дотримання *принципів*: науковості, гуманізації процесу підготовки, корекційно-розвивальної спрямованості навчально-тренувального процесу та заходів відновлення працездатності; індивідуалізації та діяльнісного підходу, що передбачає вивчення особливостей суб'єктів у процесі діяльності та зумовлює розгляд показників динаміки працездатності як ключових ознак досягнення оптимального рівня готовності до ефективної змагальної діяльності. *Основними суб'єктами впливу* експериментальної методики є спортсмени-інваліди з порушеннями зору, рівень спортивної кваліфікації яких знаходиться на рівні від КМС до МСМК України.

За результатами аналізу та узагальнення сучасної науково-методичної літератури охарактеризовано методи фізичної реабілітації, що можуть бути застосовані для відновлення працездатності спортсменів після тренувальних і змагальних навантажень. До них віднесено лікувальний і спортивний *масаж*, *фізіотерапевтичні методи* (електрофорез із застосуванням фармакологічних препаратів різної спрямованості дії у відповідності до завдань відновлення працездатності; застосування термовпливів (портативна теплова камера, лазня тощо), що стимулює терморегуляційну функцію організму, активізує діяльність серцево-судинної, дихальної та видільної систем, забезпечує поліпшення периферичного кровообігу, сприяє підвищенню проникності шкіряних покривів. Все це активізує відновлювальні процеси після

напружених тренувальних занять, мікроциклів, змагань; контрастний душ; електропроцедури, що надають специфічний вплив на організм спортсмена, є дієвими засобами стимуляції відновних реакцій після м'язової діяльності (методи, засновані на використанні струмів високої частоти (дарсонвалізація, діатермія, індуктотермія, що сприяють зниженню збудження центральної нервової системи, активізують кровопостачання підданих впливу тканин; аероіонізація – вдихання повітря з підвищеною кількістю аероіонів негативної полярності покращує функціональний стан центральної нервової системи, інтенсифікує тканинне дихання, обмін речовин, покращує фізико-хімічні властивості крові, має антигіпоксичну дію. У групі гідропродур найбільшу ефективність в якості засобів відновлення мають складові ванни (газові, з морською сіллю, хлоридно-натрієві, сірководневі тощо). Застосування різних ванн надає як загальний (стимуляція кровопостачання тканин, видалення з них продуктів проміжного обміну), так і специфічний вплив (вуглекислі ванни, кисневі й перлинні ванни, хлоридно-натрієві ванни); методи світлового опромінення; вдихання газових сумішей (гіпероксія) з підвищеним вмістом кисню тощо.

Література

1. Коробейнікова Л. Г. Детермінанта психофізіологічного стану у спортсменів високої кваліфікації з різними емоційними характеристиками / Л. Г. Коробейнікова // Психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків: ХОВНОКУ-ХДАДМ, 2011. – №4. – С.94-98.
2. Телегин А. Ю. Факторы, определяющие успешное выступление пловцов высокой квалификации на главных соревнованиях олимпийского цикла на заключительном этапе спортивной подготовки / А. Ю. Телегин, Л. А. Драгунов // Олімпійський спорт і спорт для всіх: IX міжнар. наук. конгрес, 20-23 вересня 2005 р.: тези допов. – К.: Олімпійська література, 2005. – С. 432.

В.А. Момот, магістр

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

ТЕОРЕТИЧНА ПІДГОТОВКА ЯК ОСНОВА СПОРТИВНОЇ ПІДГОТОВКИ СТІЛЬЦІВ З ЛУКА

Успішність виступу спортсменів-лучників на змаганнях високого рангу, включаючи чемпіонати Європи, світу і Олімпійські ігри, є фактором спортивного престижу країни. Це актуалізує потребу невідкладного вирішення проблеми раціональної організації тренувального процесу з метою підвищення ефективності змагальної діяльності спортсменів.

Водночас сучасна стрільба з лука – складно-технічний вид спорту, що висуває високі вимоги до спортивної підготовки кваліфікованих спортсменів. Сьогодні цим видом спорту в Україні охоплено 1525 осіб з 16 регіонів [6].

В даний час у теорії спорту накопичено значний досвід підготовки висококваліфікованих стрільців з лука, але він, на жаль, залишається надбанням обмеженого кола тренерів і спортсменів. Незважаючи на окремі спроби наукового пошуку в напрямі теоретичної підготовки спортсменів (С. Бєлих, Н. Долбишева, Л. Матвєєв, М. Пітін, В. Платонов та ін.), у масиві науково-методичної інформації галузі фізичної культури та спорту відсутні фундаментальні дослідження щодо концептуальних основ теоретичної підготовки у спорті в цілому з визначенням притаманної їй цілісно орієнтованої системи методів і засобів передачі та формування специфічних знань між учасниками спортивно-педагогічного процесу. Погоджуємося із думкою Л. Вайнштейна [1] про те, що в методичній літературі з стрілецького спорту теоретичну підготовку зазвичай ставлять на останнє місце. Таке ранжування запозичене з атлетичних видів спорту і не відповідає специфіці стрільби з лука, адже дії стрілка програмуються, проходячи «через призму його свідомості», відтак теоретичні знання сприяють цілеспрямованості підготовки, конкретизації тренувальних завдань, методичній грамотності їх вирішення, дозволяють визначити причини невдач, стимулюють зусилля на подолання цих загроз, створюючи переконаність в правильності методів підготовки, розкривають бачення високої спортивної перспективи.

Сучасна система тренування стрільців з лука включає різноманітні види підготовки: фізичну, технічну, тактичну, психологічну та інтелектуальну (Рис. 1). Розглянемо їх більш детально.



Інтелектуальній (теоретичній) підготовці спортсмена цілком неправомірно, на нашу думку, відводиться другорядна роль у практиці спортивної підготовки. У навчальних програмах для дитячо-юнацьких спортивних шкіл, спеціалізованих дитячо-юнацьких шкіл олімпійського резерву, шкіл вищої спортивної майстерності зазначена на її позначення використовується термін «теоретична підготовка». Ураховуючи все вищезазначене інтелектуальна підготовка має два основних аспекти – інтелектуальну освіту та виховання інтелектуальних здібностей [2, с. 141].

Л. Матвєєв [3] зазначає, що інтелектуальна освіта пов'язана з освітньою стороною, що обумовлюється передачею знань, і тому

розглядається як частка по відношенню до теоретичної підготовки, до комплексу якої відносяться:

- знання світоглядного, мотиваційного та спортивно-етичного характеру, що сприяють формуванню погляду на світ в цілому, дозволяють усвідомити загальну сутність спортивної діяльності, її суспільне та особисте значення для спортсмена, формують основи стійких мотивацій до занять спортом та принципів спортивної поведінки;

- знання спортивно-прикладного характеру, які включають конкретні відомості про правила змагань, спортивну техніку та тактику, критерії їх ефективності та шляхи засвоєння, засоби та методи спортивного тренування з вольової та спеціально-психологічної підготовки, правила побудови тренувального процесу, вимоги до організації режиму дня відповідно до умов спортивної діяльності, правила самоконтролю, матеріально-технічних умов в процесі занять спортом і т.п.

Крім вищезазначеного, В. Платонов зазначає, що інтелектуальна підготовка спрямована на забезпечення творчої активності безпосередньої участі спортсмена в навчально-тренувальному процесі та змагальній діяльності, а також творчого аналізу який пов'язаний з пізнавальною діяльністю [5].

Таким чином, можна констатувати, що реалізація інтелектуальної підготовленості спортсменів-лучників проходить через інтелектуальні (теоретичні) знання, уміння та навички:

- інтелектуальні (теоретичні) знання – сукупність теоретичних і практичних даних про загальні та спеціальні основи й закономірності техніки, тактики та стратегії спортивної, а також обсяг інформації щодо їх використання для вирішення поставлених завдань або досягнення певного результату;

- інтелектуальні уміння – це уміння до збереження, переробки, систематизації та узагальнення матеріалу за рахунок мнемічних та імажинитивних процесів, а також мислення та його якостей;

- інтелектуальні навички – з одного боку це автоматизований спосіб вирішення спортивних завдань в нових або неординарних умовах, які виникають насамперед у змагальній діяльності, з іншого – розподілення, переключення, збереження стійкої уваги [2, с. 143].

Як зазначає М. Пітін, теоретична підготовка включає знання з історії, теорії та методики спорту взагалі і даного виду спорту зокрема, фізіології та психології, гігієни, біомеханіки фізичних вправ, лікарського контролю, правила, організація та суддівства спортивних змагань. Теоретична підготовка здійснюється як на навчально-тренувальних заняттях у вигляді лекцій, бесід, вивчення кінограм, перегляду відеозаписів, зустрічей з провідними спортсменами, так і під час самостійного опрацювання відповідної літератури, відвідування музеїв спорту тощо [4, с. 61].

Теоретична підготовка та її передумови стосуються також формування мотивації спортсменів, їх вольової і спеціальної психологічної

підготовки, навчання спортивної техніки і тактики, розвитку фізичних здібностей. Будучи тісно пов'язаною з іншими компонентами спортивної майстерності, вона містить в собі таких два важливих розділи: інтелектуальне (теоретичне) утворення і розвиток інтелектуальних здібностей. Розвиток інтелектуальних здібностей, що відповідають специфічним вимогам обраного виду спорту, здійснюється шляхом виконання спеціальних завдань і способів організації занять, що спонукають спортсмена до творчих проявів при створенні нових варіантів техніки рухів, розробленні оригінальної тактики змагань, вдосконалення засобів і методів підготовки [4, с. 63].

Таким чином, теоретична підготовка – це процес освоєння, набуття спортсменами спеціальних знань, необхідних у спортивній діяльності, з спрямованістю на розширення пізнавального інтересу спортсмена і необхідного запасу знань в галузі загальних і спеціальних основ спортивного тренування, на осмислення суті спортивного тренування, безпосередньо пов'язаних з ним явищ, процесів і на розвиток інтелектуальних здібностей, без яких не можливе досягнення високих спортивних результатів. Отже, досягнення спортивного результату на пряму залежить від реалізації інтелектуальних можливостей спортсмена, тому теоретична підготовка складає основу навчально-тренувального процесу, що обумовлюється інтелектуальною освітою та вихованням інтелектуальних здібностей.

Література

1. Вайнштейн Л. Путь к Олимпу [Электронный ресурс]/ Л. Вайнштейн // Раздел: подготовка стрелка-спортсмена. Теория и практика. – Режим доступа: <http://prof-vlg.ru/news/item/training-theory-and-practics>
2. Долбишева Н. Теоретико-методичні положення інтелектуальної підготовки як основа досягнення спортивного результату в інтелектуальних видах спорту / Ніна Долбишева // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : збірник наукових праць. – Вип. 2. – Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського ; Житомирський державний університет імені Івана Франка ; головний редактор В. М. Костюкевич. – Житомир : Вид-во ФОП Євенок О. О., 2016. – С. 139–145.
3. Матвеев Л. П. Основы спортивной тренировки / Л. П. Матвеев. – М. : ФиС, 1977. – 271 с.
4. Пітин М. П. Теоретична підготовка в спорті: [монографія] / М. П. Пітин. – Львів,: ЛДУФК, 2015. – 372 с.
5. Платонов В. Н. Теория и методика спортивной подготовки / В. Н. Платонов. – К. :Вища школа. Главное изд-во, 1984. – 352 с.
6. Стрільба з лука в Україні : Офіційний сайт Федерації стрільби з лука України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.archery.org.ua/index>

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОКСАРТРОЗІ ТА КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНОМУ СИНДРОМІ

Вступ. Дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів є однією з найбільш поширених патологій опорно-рухового апарату. З них найчастіше зустрічається деформуючий артроз кульшового суглоба – коксартроз (КА), частота якого в різних регіонах світу його коливається в межах 7-25% дорослого населення. В 60% випадків він призводить до зниження працездатності та на 11,5% - до інвалідності [1].

З позиції біомеханіки попереково-крижовий відділ хребта, крижово-клубові зчленування і тазостегнові суглоби є єдиною статико-динамічною системою, що забезпечує рівновагу тазу відносно тулуба та нижніх кінцівок. Виникнення порушення в одній з ланок цього кінематичного ланцюга компенсується зміною в іншому.

Сучасні наукові дослідження свідчать про те, що поєднання дегенеративно-дистрофічних змін в тазостегновому суглобі і в хребті обумовлює істотні труднощі в діагностиці та лікуванні хворих внаслідок синдрому взаємного обтяження. Цей факт дозволив виділити самостійний поліетіологічний симптомокомплекс, який отримав назву коксвертебральний синдром (hipspinesиндром), що є надзвичайно актуальною темою в травматології ортопедії, оскільки одночасне існування проблем в тазостегновому суглобі і хребті зустрічається досить часто, і клінічна картина може носити перехресний характер.

Мета дослідження: На підставі вивчення характеру статодинамічних порушень, що виникають при попереково-крижових болях в поєднанні з коксартрозом розробити комплекс діагностичних і реабілітаційних заходів, що забезпечує поліпшення функціональних результатів лікування даної групи хворих.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури та матеріалів мережі Інтернет, практичного досвіду, клінічні, фізіологічні, рентгенологічні та статистичні методи дослідження, в тому числі, функціональне тестування

Результати досліджень та їх обговорення. Пацієнти, що обстежувались були розподілені на дві групи: консервативне і оперативне (ендопротезування) лікування коксартрозу. У кожній групі були виділені дві підгрупи (основна і контрольна). В основній групі пацієнти отримували медикаментозну терапію, фізіотерапію, лікувальну гімнастику і масаж згідно розроблених методик [3], а в контрольній групі цей комплекс доповнювали остеопатичні методики, міофасціальні техніки [4], постізометрична релаксація, йога-терапія, диференційовані методики масажу тощо [2].

Оскільки при обстежуваних патологіях дуже велике значення має вірне встановлення діагнозу, достатньо уваги було приділено проведенню різних видів тестувань.

Висновки: Інноваційні методи лікування попереково-крижового больового синдрому у хворих на коксартроз, дозволяють значно прискорити процес відновлення статичних і динамічних функцій, усунути больовий синдром. Комплексне застосування остеопатичних, фасціальних методик, масажу, йогатерапії тощо сприяє більш швидкому усуненню функціональних порушень, як хребта, так і ураженого кульшового суглоба.

Грамотно розроблений комплекс діагностичних і реабілітаційних заходів дозволяє відтермінувати необхідне оперативне втручання, а в деяких випадках взагалі відмовитись від нього у найближчому проміжку часу.

Література

1. Гайко Г.В. Остеоартроз – новий підхід до його профілактики / Г.В.Гайко, А.Т.Бруско, Є.В.Лимар // Вісн. ортопед., травматол. та протезув. – 2005. - № 2. – С. 5-11.
2. Лечебная физическая культура: достижения и перспективы развития: материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 1-2 июня 2017 г. // Под общей редакцией Т.В.Новиковой, О.В.Козыревой. – М.: РГУФКСМиТ, 2017. – 222 с.: илл.
3. Пилашевич А.А. и др. Физическая реабилитация больных коксартрозом / А.А.Пилашевич, Халид М.С. Альджамаль, Т.П.Ивановская. – К.: Наук. світ. 2000. – 53с. – Бібліогр.: с.51-52.
4. Фергюсон Л.У. Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство / Люси Уайт Фергюсон, Роберт Гервин ; Пер. с англ. ; Под общ. ред. М.Б.Цыкунова, М.А.Ерёмушкина. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 544 с. : ил.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ Й СПОРТУ

Агейчева А.О.

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ. ЕРГОТЕРАПІЯ» НА ГУМАНІТАРНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ ПолтНТУ.....1

Бондаренко К.К., Пиминёнова А.В.

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПОДВИЖНОСТЬ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА.....6

Бугаевский К. А.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВЕРСИЙ ПОЛОВЫХ СОМАТОТИПОВ И ЯВЛЕНИЙ МАСКУЛИНИЗАЦИИ В ЖЕНСКОМ ТЕННИСЕ.....9

Василенко Ю.Р.

ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ ЯК ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ДЛЯ ВАГІТНИХ.....11

Вітомська М.В.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ПЕРІОДУ ПЕРШОГО ДИТИНСТВА З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА.....13

Voloshko L., Shapekova N.

OCCUPATIONAL THERAPY AS A DIRECTION OF REHABILITATION ACTIVITIES.....16

Ворожбит Н.О.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ.....18

Воронюк Є.А.

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИВИХУ АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СУГЛОБА.....20

Гітун А.А.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ.....23

Гнатенко О.В.

ПІДГОТОВКА ЖІНОК ДО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....25

Гомола А.В.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ЗІ СПИНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ ХРЕБТАНА ПОПЕРЕКОВОМУ РІВНІ.....27

Грушин С.Г.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ОСТЕОПАТИЧНИХ ТЕХНІК У КОМПЛЕКСІ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ З ЦЕРВІКАЛГІЯМИ.....28

Громцева О., Матусовська Т.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СИНДРОМІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ІПОТЕРАПІЇ.....31

Давидов А. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ТРАВМ.....	33
Денисенко С.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ В ОЦІНЦІ КОГНІТИВНОГО РІВНЯ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ.....	35
Дорошенко М.О. ОГЛЯД СУЧАСНИХ УЯВЛЕНЬ ЩОДО ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ МІОПАТІЇ ДЮШЕНА	38
Дузенко В. ТУРИЗМ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ.....	41
Зубрицька Т. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ, ЩО ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗАСОБАМИ ЛФК.....	43
Кашко П.С. ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ ПОПЕРЕКОВОЇ ДІЛЯНКИ ХРЕБТА.....	45
Киричок Ж.М. ДЕЛЬФІНОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	47
Коваль С.П. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ.....	49
Кривиденко Н.В. ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ РУХОВИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	51
Левченко І. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ДЦП ЗАСОБАМИ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ	54
Луговкіна К.К.; Фролов С.В., Вітомський В.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІСЛЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ.....	57
Луковська О.Л., Кудрявцева В.Є., Головачов М.М. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ СПОРТСМЕНІВ-ІНВАЛІДІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	60
Мазнов В.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ.....	62
Макаренко П.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ З ВИКОРИСТАННЯМ БОБАТ-ТЕРАПІЇ.....	63
Марчик В.І., Переверзева С.В., Дроннікова Т.А. ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ ЗА РІЗНИМИ СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ.....	65

Моцар Ю.О. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ЛЮДЕЙ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ.....	67
Нагорна Я.В. КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОНТРАКТУРІ ДЮПЮІТРЕНА.....	71
Обухова Д.М., Пономаренко М.В., Магальяс А.С., Шкуренко О.А. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ПОШКОДЖЕНЬ СТРУКТУР КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	73
Павленко М. ВИКОРИСТАННЯ ПОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ОПОРНО-РУХОВИМ АПАРАТОМ.....	75
Піддубна О.Г. МЕТОДИКА МОНТЕССОРІ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛИЧЕМ.....	78
Половікова Є.П. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЮНАКІВ З ІДІОПАТИЧНИМИ СКОЛЮТИЧНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ.....	81
Рибалко Л.М. НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗМІСТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ.....	83
Сахно К.В. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ОСТЕОПОРОТИЧНИМ ПЕРЕЛОМОМ ШИЙКИ СТЕГНА.....	85
Сибірякін Я.В. ПРОБЛЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СЕНСОМОТОРНОЮ АФАЗІЄЮ ВНАСЛІДОК ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.....	87
Симончук М., Моргун Д., Самусь Я., Шаніязов Х. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ВІДНОВЛЕННІ ХВОРИХ З ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ УРАЖЕННЯМ ХРЕБТА.....	90
Скрипник Л.М. ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ КВАЛІФІКОВАНИХ ФАХІВЦІВ.....	91
Стецяк П.М., Копчинська Ю.В. СИСТЕМА DAVID У КОМПЛЕКСІ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З МІЖХРЕБЦЕВИМИ ГРИЖАМИ ПОПЕРЕКОВОГО.....	93
ВІДДІЛУ ХРЕБТА	
Філатов С.В., Торіна В.М. СУЧАСНА ЕРГОТЕРАПІЯ. МЕХАНОТЕРАПІЯ ТА ПРАЦЕТЕРАПІЯ.....	95
Фісіненко А.М., Іванова Ю.О. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ ІЗ ДОРСАЛГІЯМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	97
Федоряка А.В. ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТИВНИМИ ТАНЦЯМИ ОЗДОРОВЧОЇ СПРЯМОВАНOSTІ НА РОЗВИТОК ГНУЧКОСТІ У ДІВЧАТ 17 – 18 РОКІВ.....	99

Чечер Н.В. РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ КОМПЛЕКС «КІНЕЗІС» В ПРОГРАМАХ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ГРИЖАМИ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА.....	102
Чуйков В.А. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ-АУТИСТІВ 7-9 РОКІВ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО УЧБОВОГО ЗАКЛАДУ	104
Шевчук Ю.В. КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ.....	106
Шум М.І., Зарічний Є.С., Дмитрієв О.О. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	109
Шуманська А.С. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕХАНОТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	111
Щербина Н.М., Шийка О. ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	113
Ющенко О., Григоровський Д., Буньковський Є. ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ПРИ СТАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЯХ ХРЕБТА У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	115

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Атаманчук Н. М. ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕХНОЛОГІЙ У РОБОТІ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ.....	118
Бабенко В.Г. ШУМ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЛЮДИНУ ТА МЕТОДИ ЙОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ.....	120
Балаж М.С., Костенко В.П. ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В УКРАЇНІ.....	122
Безкостна К. Р., Беседа Н.А., ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В СТАРШІЙ ШКОЛІ.....	124
Беседа Н. А. ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ НАРОДНИХ РУХЛИВИХ ІГОР	126
Білан Т.О. ОРГАНІЧНЕ ЗЕМЛЕРОБСТВО ЯК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ.....	127
Бірюкова О. В., Беседа Н. А. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ ТЕХНІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ.....	129

К. А. Бугаевский ЖЕНСКИЙ АТЛЕТИЗМ: ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОГО ТАЗА В ПОЛОВЫХ СОМАТОТИПАХ.....	131
Л. Б. Волошко ПРОБЛЕМА СТАНДАРТИЗАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА УНІФІКАЦІЇ ТРУДОВИХ ФУНКЦІЙ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ.....	133
О.В. Воробйов ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ.....	135
О. О. Воробйова ОСВІТНЄ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНЕ СРЕДОВИЩЕ ЗАКЛАДУ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО.....	137
СПОСОБУ ЖИТТЯ УЧНІВ	
Грицай Н. Б. ОЗДОРОВЧА ОСВІТА ШКОЛЯРІВ У РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА.....	140
Гришко Ю.М., Гришко В.Я. ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ ТА ЇХ КЛАСИФІКАЦІЯ.....	142
Дорогань А.А. ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ СУЧАСНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ.....	144
Дудник В.В. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ.....	146
Дяченко-Богун М.М. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	148
Жалій Р.В. ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ В УМОВАХ СУЧАСНОГО ЗВО: ПОТРЕБИ І ВИМОГИ СЬОГОДЕННЯ.....	150
Іванова Г.І. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РОЗУМОВОЇ ПРАЦІ СТУДЕНТІВ.....	153
Ковнер М. ЗЕЛЕНІ НАСАДЖЕННЯ ЯК ВАЖЛИВІ КОМПОНЕНТИ ЗДОРОВ'Я МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ (на прикладі м. Полтава).....	155
Комарова О.В. ДО ПИТАННЯ ПРО КЛЮЧОВІ ЗМІНИ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ З ПРЕДМЕТУ «ОСНОВИ ЗДОРОВ'Я».....	157
Кравченко К. О., ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ЛЕГКОАТЛЕТІВ ДО ЗМАГАНЬ.....	160

Кравченко Л.М. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА УРОКАХ БІОЛОГІЇ ТА ХІМІЇ З МЕТОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ.....	162
Курінна І. ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ РУХОВИХ ДІЙ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ.....	164
Лаврентьєва О.О. ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ В КОНТЕКСТІ ЗБЕРЕЖЕННЯ Й ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я, ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК БЕЗПЕЧНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	168
Лукова С.В., Жданюк Л.О. ЗДОРОВ'Я В ІЄРАРХІЇ ЦІННОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ-СПОРТСМЕНІВ.....	171
Омельяненко О.В., Олешко К.В. ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	175
Оніщук Л.М. ТРАДИЦІЇ УКРАЇНСЬКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ КУХНІ ТА ЇХ ОЗДОРОВЧИЙ ЕФЕКТ.....	177
Осипенко Е.В. МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЗКУЛЬТУРНЫХ И СПОРТИВНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ГОРОДЕ ГОМЕЛЬ.....	180
Павлишина Л. М. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗБЕРЕЖЕННЯ Й ЗМІЦНЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ НА УРОКАХ УКРАЇНСЬКОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	184
Пустильник О.С. ТЕХНОЛОГІЇ ОЗДОРОВЧОГО СПРЯМУВАННЯ У ЗМІСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЛОЛОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ.....	187
Самодрин А.П. ЦІНІСНО-СМИСЛОВІ ОРІЄНТИРИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ: РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ.....	189
Сіренко Р.Р. ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІСТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ У СТУДЕНТСТВА ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	192
Яланська С.П. ЕКОПСИХОЛОГІЧНА ПОВЕДІНКА МОЛОДІ ЯК УМОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	194

РОЗДІЛ 3. ОЗДОРОВЧІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, СПОРТУ ТА РЕКРЕАЦІЇ

Antanas Skarbalius MONITORING SPORT PERFORMANCE IN SEMI-PROFESSIONAL FEMALE TEAM HANDBALL.....	197
Барановська Н. А. ФІЗКУЛЬТУРНО-РЕКРЕАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО-НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ.....	197
Бельська Р., Волошко Л.Б. ОСОБЛИВОСТІ ЗАГАРТОВУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	200

Богодайко Є.В. ЗАСТОСУВАННЯ ІГРОВОГО МЕТОДУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У РОЗВИТКУ ПСИХОМОТОРНИХ ЗДІБНОСТЕЙ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	202
Божинський Ю.П. КОРЕКЦІЯ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ГЛУХИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....	204
Бойко Г.М. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ ВИСОКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ У ПАРАОЛІМПІЙСЬКОМУ СПОРТІ.....	207
Бугаевский К.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ НАЧАЛА ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ С НАСТУПЛЕНИЕМ МЕНАРХЕ И ДИНАМИКОЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.....	210
Васецький І.А. ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ІМІДЖУ УСПІШНОГО ТРЕНЕРА З БАСКЕТБОЛУ	214
Волошко Л.Б., Клименко П.К. ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	216
Волошко Л.Б., Ломоносов В.О. ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДОШКІЛЬНИКІВ.....	217
Волошко Л.Б., Рябченко В.С. РОЗРОБКА РАЦІОНАЛЬНОГО РУХОВОГО РЕЖИМУ ДЛЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	219
Волошко Л.Б., Черкашин С.М. ІСТОРІЯ СКАНДИНАВСЬКОЇ ХОДЬБИ.....	221
Волошко Л.Б., Ярош С.В. ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІЗ МІОПІЄЮ	223
Гулько Т.Ю. АДАПТИВНА РУХОВА РЕКРЕАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	225
Гуріна А. ОСНОВИ РОЗВИТКУ СИЛИ НА ЗАНЯТТЯХ З ФУТБОЛУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	227
Демеденко О.В., Гордієнко Ю.В. ІННОВАЦІЙНІ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ.....	230
Єракова Л.А., Лобунець М.В., Лобунець І.В. ЗАЛУЧЕННЯ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЧОЛОВІКІВ ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ.....	231
Жамардїй В.О. ФІТНЕС-ПРОГРАМИ АЕРОБНОЇ СПРЯМОВАНOSTІ.....	233
Желавський М.М.	

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ УЧНІВ 1-4 КЛАСІВ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ ТА СПЕЦИФІКА ЇХ РОЗВИТКУ	236
Завальнюк О.С. ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ЯК ФАКТОР ЯКОСТІ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ...238 Лисенко М.І., Беседа Н.А. ВПЛИВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ СТУДЕНТІВ.....	240
Медведєва О.В. ПОКРАЩЕННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА.....	243
Москвич Ю.В., Гордієнко Ю.В. ПАУЕРЛІФТИНГ У СИСТЕМІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ.....	245
Омельяненко О.В. ФОРМУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ ЗАСОБАМИ ЛЕГКОЇ АТЛЕТИКИ.....	246
Остапов А.В., Гук А.М. ЗДОРОВ ' ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ.....	249
Рассоха І.В., Шапорда І.М. РОЗРАХУНОК ТА АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ (ЗА CMS WORDPRESS).....	250
Сахно Т.В., Семенов А.О. МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ НА СПОРТИВНЕ ОБЛАДНАННЯ ТА ІНВЕНТАР....	252
Синиця Т.О. ОЗДОРОВЧА АЕРОБІКА ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЛЕННЯ ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ.....	254
Сікаленко А. В. ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ЙОГА-АЕРОБІКИ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ.....	256
Спинжар М.С., Гордієнко Ю.В. ФОРМУВАННЯ ЦІННОСТЕЙ СТУДЕНТІВ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ ТА СПОРТОМ.....	258
Стратій Р.В. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП.....	260
Стрюков В.В., Москаленко В., Жовнір С.М. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ПІДЛІТКІВНА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	263
Онiщенко Р.В. АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	265
Ткаченко Т. В., Беседа Н.А. ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ГУМАНІТАРНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ДО ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ПРОЦЕСІ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ.....	269

Ткаченко Т.Ю. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ТЕХНІКО-ТАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ФУТБОЛІСТІВ.....	271
Чумак В.О. АКТУАЛЬНІСТЬ І ДОЦІЛЬНІСТЬ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ В ОСВІТНІХ ЗАКЛАДАХ.....	274
Щербина І.В. ФОРМУВАННЯ В УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ МОТИВАЦІЇ ДО ЗАНЯТЬ АВТОМОДЕЛЬНИМ СПОРТОМ	277
Денисенко Я.Ю. ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СПОРТСМЕНІВ ВИСОКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ В СПОРТІ ІНВАЛІДІВ.....	280
Момот В.А. ТЕОРЕТИЧНА ПІДГОТОВКА ЯК ОСНОВА СПОРТИВНОЇ ПІДГОТОВКИ СТРІЛЬЦІВ З ЛУКА.....	283
Нецора Т.Г. КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОКСАРТРОЗІ ТА КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНОМУ СИНДРОМІ.....	287

Наукове видання

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ І
ПЕРСПЕКТИВИ**

матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю

Головний редактор – Рибалко Л.М.

Комп'ютерна верстка
Відповідальний за випуск

Рибалко Л.М.
Мороз Ю.М.

Підп. до друку 14.11.2018 р. Формат 60×84 1/16
Папір офсет. Друк ризограф.
Ум.-друк. арк. – 17,0. Обл.-видав. арк. – 18,0
Тираж 50 прим. Зам. № 50.