НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ПОЛТАВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА»

Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи

Збірник матеріалівV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю

14 листопада 2019 року

м. Полтава, 2019

Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Українська медична стоматологічна академія
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту
Львівський національний університет імені Івана Франка
Криворізький національний педагогічний університет
Гомельський державний університет імені Ф. Скоріни
Академія фізичного виховання імені Юзефа Пілсудського
Литовськийуніверситет спорту

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

Збірник матеріалівVВсеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю

14 листопада 2019 року

PHYSICAL REHABILITATION AND HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES: REALITIES AND PERSPECTIVES

Collection of materials of the V All-Ukrainian Scientific and Practicalconferences with international participation

November 14, 2019

Полтава, 2019

УДК 796.012.62
ББК 75.110

Рекомендовано до друку вченою радою факультету фізичної культури та спорту Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
(протокол № 4 від 21листопада 2019 року).

Головний редактор – *Рибалко Ліна Миколаївна*, доктор педагогічних наук, старший науковий співробітник, завідувач кафедри фізичної культури та спорту Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка».

Рецензенти:

Самодрин Анатолій Петрович, доктор педагогічних наук, професор, професор ВНЗ «Міжнародний гуманітарно-педагогічний інститут «Бейт-Хана»;

*Бугаєвський Костянтин Анатоліївич***,** кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації Чорноморського національного університету імені Петра Могили.

Члени редакційної колегії:

Беседа Наталія Анатоліївна, кандидат педагогічних наук, доцент, декан факультету фізичної культури та спорту Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»;

Бойко Дмитро Миколайович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини Української медичної стоматологічної академії;

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

Волошко Лариса Борисівна, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапіїНаціонального університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»;

Жалій Руслан Васильович, завідувач кафедри фізичного виховання Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка».

Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи : збірник матеріалів V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 14 листопада 2019 р. [гол. ред. Л. М. Рибалко]. Полтава : Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2019. 374 с.

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

©Національний університет
імені Юрія Кондратюка», 2019

РОЗДІЛ 1
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

О.Б. Андреєва, аспірант педагогічного факультету
Рівненський державний гуманітарний університет

ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

Одним із основних напрямів виховної роботи зі студентами у вищій школі є моральне виховання. Особливо це стосується медичних закладів та закладів вищої освіти, де студенти здобувають кваліфікацію фізичного терапевта, ерготерапевта. В майбутньому такі фахівці повинні вміти кваліфіковано надати допомогу пацієнтам, проводити реабілітаційні заходи, відновлювати здоров'я пацієнтів після різних хвороб (інсульти, інфаркти та ін.), пошкодження опорно-рухового апарату, травм різного походження.

Тобто їх майбутній професіоналізм буде залежати від тих моральних цінностей, норм та правил (людини, особистості, фахівця), які будуть закладені, виховані, «прищеплені» під час вивчення фахових дисциплін у закладах вищої освіти. Під час проведення виховних заходів викладачі повинні враховувати вікові, статеві, релігійні та індивідуальні особливості студентів та визначити мету, зміст та організацію морального виховання.

Дослідженням формування моральної спрямованості особистості, соціальної активності займались З. Васильєва, М. Казакіна, Т. Коннікова, Т. Мальковська. Інтегральну характеристику морального розвитку вивчали М. Видиш, Г. Мусаелян, Ю. Шаров та ін. Загальними питаннями вимірювання моральності займались у своїх дослідженнях Л. Бурдейна, Л. Євграфова, Л. Москальова, П. Щербань, І. Яворська та ін. Теоретико-методологічні основи формування особистості майбутнього фахівця в процесі навчання у ЗВО розкрито в працях О. Абдуліної, С. Архангельського, В. Загвязинського, В. Ільїна, В. Краєвського, Б. Лихачова та ін. Майбутній бакалавр фізичної терапії, ерготерапії має бути готовим до спілкування з пацієнтами, на що звертали особливу увагу філософи і медики М. Амосов, А. Білібін, М. Блохін, С. Вайль, В. Вересаєв, М. Петров, Б. Петровський та ін. Медичну деонтологію та медичну етику аналізували та вивчали А. Грандо, С. Грандо, С. Гурвич, О. Іванюшкін, В. Матвєєв, Б. Петровський, Г. Царегородцев.

Як показав аналіз наукових джерел, окремо проблема формування моральних потреб студентів в умовах освітнього процесу в закладах вищої освіти ще недостатньо досліджена.

Мета статті – визначити особливості морального виховання бакалаврів фізичної терапії, ерготерапії під час вивчення фахових дисциплін.

Здійснення теоретичної і практичної діяльності вимагає від майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії, крім спеціальних знань і досвіду, сформованості таких моральних якостей, як душевність і чуйність, доброта, уважність і комунікабельність, тактовність і ввічливість, чесність і правдивість, щедрість і великодушність, моральна чистота, взаємодопомога і взаємоповага, терплячість і наполегливість, рішучість і витримка, а також співчуття і співпереживання, субординацію.

Проблему формування моральних потреб потрібно починати вирішувати з усвідомлення студентами простої біблійної істини: «полюби ближнього свого, як самого себе». Кожен повинен усвідомити, що необхідно поважати усіх навколишніх людей і ставитись до них так, як би вони хотіли, щоб ставились до них. Кожна особистість має свої бажання, свою незалежність, унікальність, індивідуальність, і в кожного своя правда.

Лише під час моральної самореалізації студенти можуть досягнути моральної зрілості. А в процесі морального розвитку зароджується моральна відповідальність за свої дії та вчинки перед колегами, пацієнтами, викладачами, батьками, друзями.

Під час викладання фахових дисциплін викладачі повинні демонструвати перед студентами свій високий рівень морального виховання, тому що вони є взірцями для студентів, з них студенти беруть приклад, наслідують їхні моральні та етичні цінності. Упродовж навчання студенти не лише повинні засвоїти основні положення моралі, культури, норм і правил поведінки, а й формувати високі моральні переконання, мотиви поведінки, вчинків.

У процесі формування моральної культури в студентів формується моральна свідомість і самосвідомість особистості під час її взаємодії з оточенням. Під самосвідомістю студента можна розуміти усвідомлення та оцінювання своїх дій та їх наслідків, думок, потреб, мотивів поведінки, оцінювання своїх професійних та життєвих цілей.

Також, у формуванні студентів як високоморальних особистостей є моральне усвідомлення їхньої відповідальності перед майбутніми пацієнтами. Основним завданням під час навчання є навчальна дисципліна (за денною формою навчання): обов’язкова присутність на усіх видах занять; засвоєння, вдосконалення та відтворення знань, вмінь та навичок на лабораторних, практичних заняттях та під час проходження виробничих практик. Лише усвідомлення студентами сумлінного ставлення до навчання призведе до формування з них високопрофесійних фахівців. А розвиток глибоко усвідомленого почуття професійного обов’язку є одним із основних завдань морального виховання студентів.

Високій моральній культурі студентів сприяють бесіди на тему «Етика та мораль», зустрічі з відомими діячами культури, участь в гуртках, студентських організаціях, клубах.

Отже, викладачі ЗВО, виховуючи та формуючи в студентів моральні цінності під час вивчення фахових дисциплін, повинні сформувати розуміння в студентів рівня їхньої вихованості, що дасть змогу визначити їхні можливості, обов’язки та права; розвинути в них високий рівень чесності, обов’язку, відповідальності, доброзичливості; сформувати

моральну культуру; розширити в молодого покоління гуманістичні погляди, переконання, світогляд.

Виховання високоморальної особистості, яка виконує свої професійні обов'язки на високому рівні, – це одне з основних завдань закладів вищої освіти. Саме тут формується і зростає нове покоління, яке потім буде закладати зерна культури, виховання, моралі наступним поколінням. Саме послугами високоморальних фахівців будуть користуватися пацієнти в процесі реабілітаційних заходів та лікування.

Виховання в студентів вищевказаних рис забезпечить становлення їх як високультурних людей, тому велика роль в цьому належить педагогічному персоналу закладів вищої освіти.

А.Є. Айвазян, магістр
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ТЕХНІКИ ПЕРЕМІЩЕННЯ ТА НАВИЧКАМ САМООБСЛУГОВУВАННЯ ОСІБ З ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Пошкодження хребта та спинного мозку займає третє місце після травм трубчастих кісток, черепно-мозкової травми і складає до 2-3% від усіх травм. При переломах хребта кожний третій – із пошкодженням спинного мозку. Так, за даними В. М. Угрюмова і Є. І. Бабіченка, пошкодження хребта та спинного мозку складає від 1 до 4% від загальної кількості усіх травм, а по відношенню до пошкодження кісток скелету – 6-9%. В мирний час спинальна травма носить переважно закритий характер і виникає в автокатастрофах (60%), при падіннях з висоти (25%) і заняттях спортом (12%). Особливо характерна травма шийного відділу хребта при пірнанні у воду з висоти.

Вибір методів та засобів фізичної реабілітації залежав від загального стану хворого, наявності супутніх захворювань та ускладнень, а також після консультації з лікуючим лікарем щодо наявних протипоказів та застережень. Якнайшвидший початок процесу реабілітації (вже у відділені інтенсивної терапії) сприяв покращенню загального стану пацієнта та суттєво знизив ризик появи вторинних ускладнень (відлежини, контрактури, дихальні ускладнення тощо). Фізична реабілітація проводилась після стабілізації стану пацієнта.

Заняття розпочинались лише після бесіди з пацієнтом на тему усвідомлення необхідності навчання новим руховим діям. Свідома та активна участь пацієнта, його власна мотивація та розуміння потреби до навчання в рази сприяли досягненню ефективного результату та самостійності пацієнта. Основний принцип запропонованої програми фізичної реабілітації - виконання рухових дій спочатку в полегшених умовах, потім - в умовах стаціонарної палати чи кімнати, та розвиток тих фізичних якостей, які необхідні для виконання специфічних рухових дій. Поступове навчання правильним (простим і складним) рухам призводить

до їх нейрорефлекторного закріплення у вигляді вмінь та навичок. Всі цілі фізичної терапії щодо навичок переміщення та елементів самообслуговування були сформовані спільно з пацієнтом та/або родичами згідно з принципом МКФ: Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я (2001).

Методика роботи з пацієнтами після ХСМТ полягала в оволодінні основними руховими навичками: перевертання на правий/лівий бік в ліжку; сідання; рівновага в положенні сидячи; переміщення на рівновисоких поверхнях; ходьба.

Окрім вищенаведених завдань, методика фізичної терапії була спрямована на формування навичок самообслуговування, тобто тих вмінь, які необхідні особі для самостійного харчування, справляння потреб, користування ванною кімнатою та одяганням/роздяганням [12].

Перевертання на правий/лівий бік. Формування навички перевертання розпочиналось якомога раніше. Самостійна здатність пацієнта переходити в положення на бік сприяла профілактиці ускладнень, а також зменшила навантаження на родичів та супроводжуючих осіб стосовно догляду за хворим. Вміння перевертатись на бік було важливим компонентом у розучуванні наступної рухової дії - перехід в сидяче положення.

Процес навчання розпочинався з бесідиз пацієнтом. Насамперед була обговорена важливість вміння переходити в положення на бік. Переконавшись, що пацієнт вмотивований та готовий до навчання, наступним кроком було проведення словесного опису та інструкції правильного виконання перевертання. Для створення візуального образу даної рухової дії, фізичний терапевт продемонстрував виконання повороту на бік в цілісному варіанті. Для пацієнтів з травмою шийного відділу хребта, яким дану рухову дію засвоїти складніше, було застосовано показ рухової дії по частинах.

Для осіб з травмою спинного мозку на рівні шийних хребців використовувався метод цілісної вправи, проте початкове навчання відбувалось в спрощених умовах. Положення верхніх кінцівок - руки випрямлені перед собою, складені у "замок".В більшості випадків особи з тетраплегією потребували використання еластичних пов'язок для фіксації долонь. Пацієнт виконує декілька коливальних рухів руками в сторони, щоразу збільшуючи амплітуду, намагаючись перевернути на бік верхній плечовий пояс, а за ним тулуб, таз та кінцівки. При перших спробах виконати перевертання фізичний терапевт страхував пацієнта та, при необхідності, допомагав виконати рух. Важлива методична особливість при виконанні даного руху: голова пацієнта повинна згинатись підборіддям до грудей. Для виконання рухової дії застосовувались наступні спрощені умови:

— під спину і таз підкладався валик для полегшення перевертання;

— при повороті на лівий бік різнойменна нога була зігнута в колінному суглобі, стопа знаходилась на поверхні кушетки (і навпаки);

— при повороті на лівий бік різнойменна нога була схрещена поверх однойменної (і навпаки).

Перехід в положення сидячи. Умовою для тренування навички сідання була здатність пацієнта переносити вертикальне положення не менше 4-5хв. з поступовим збільшенням часу сидіння для усунення наслідків ортостатичного колапсу. На цьому етапі навчання завданням пацієнтів було навчитись переходити в положення сидячи та збереження цього положення з опорою на верхні кінцівки.

Для пацієнтів з шийною травмою важливо диференціювати рівень ушкодження. Сприятливий прогноз на засвоєння навички сідання був в осіб зі збереженою рухової функцією триголового м'язу плеча на оцінку 3 по ММТ. Використовувався метод розчленованої вправи, тобто рухова дія розділялась на декілька поступових частин. Порядок виконання дій наступний: перехід в положення опори на ліктях; розгойдування тулуба в сторони в положенні опори на ліктях; випрямлення спочатку сильнішої руки, а потім слабшої.

Лише після засвоєння кожної окремої ланки, ці частини об'єднувались в цілісну рухову дію. При переході в сидяче положення фізичний терапевт забезпечував страхування та надавав допомогу. В міру засвоєння навички допомога реабілітолога зменшувалась, обмежуючись лише страхуванням та словесними інструкціями. В окремих випадках застосовувались підготовчі вправи з метою розвитку сили м'язів верхніх кінцівок.

Для пацієнтів основної групи в програму фізичної реабілітації додатково були включені заняття, спрямовані на розвиток сили м'язів верхнього плечового поясу. Вправи були спрямовані на зміцнення наступних м'язів: триголовий м'яз плеча, двоголовий м'яз плеча та дельтоподібний м'яз, оскільки сила зазначених м'язів є вирішальною для швидкого досягнення навички сідання. Заняття силового характеру проводились 3 рази на тиждень. Використовувався метод повторного виконання вправи. Застосовувались вправи з вагою власного тіла, різноманітні обтяжувачі та еспандери. Для пацієнтів порівняльної групи окремі заняття для збільшення сили ключових м'язів не вводились. Формування навички сідання відбувалось по частинах згідно з методом розчленованої вправи.

Варто зазначити, що тренування рівноваги відбувалось лише у пацієнтів основної групи. Методика тренування навичок в пацієнтів порівняльної групи не передбачала окремих занять, спрямований на розвиток рівноваги сидячи.Спочатку тренування навички здійснювалось у вихідному положенні сидячи з прямими ногами, таким чином ми збільшили площу опори. В міру розвитку рівноваги всі пацієнти поступово переходили в положення сидячи з опущеними ногами, тому що така позиція тіла є більш функціональною та складнішою в плані тренування. Основний принцип розвитку рівноваги полягав у виведенні корпусу пацієнта за межі площі опори та здатність повертати тіло в стійке положення.

Підвідні вправи для розвитку рівноваги в сидячому положенні (у вихідному положенні сидячи на краю ліжка, руки не торкаються до опори, стопи на підлозі):

1. Рухи верхніми кінцівками: руки перед собою; руки розведені в сторони; схрещені на грудях; хлопок долонями перед грудьми, над головою, за спиною;

2. Фізичний терапевт легкими поштовхами виводить пацієнта за межі площі опори. Завдання хворого - утримувати сидяче положення;

3. Прийом та передача пацієнтом різноманітних предметів (гантелі, маленькі м'ячі, пляшка з водою тощо). Завдання ускладнювалось зміною положення предметів та збільшенням швидкості передачі;

4. Пацієнт своїми руками торкається до рук реабілітолога. Положення рук фізичного терапевта змінюється, збільшується відстань досягання та темп виконання завдання;

5. Прийом та передача баскетбольного м'яча. Протягом завдання терапевт змінює відстань та положення відносно пацієнта, корегує силу кидка та швидкість виконання завдання;

6. Пацієнт одягає боксерські рукавиці та наносить удари по боксерських лапах реабілітолога. Тривалість - 1хв.

Основним завдання було досягнути максимально можливої незалежності пацієнта у цих навичках самообслуговування. Заняття відбувались 2-3 рази в тиждень в максимально реалістичних умовах (в палаті чи кімнаті) під супервізією або з допомогою реабілітолога.

Література

1. Віцько С. Загальні положення та принципи фізичної реабілітації інвалідів з травматичним ураженням хребта та спинного мозку // Молода спортивна наука України: Зб. наук. статей з галузі фіз.. Культури та спорту – Львів. 2003 р. – С. 298-302.

2. Антонов И.П., Лупьян Я.А. Справочник по диагностике и прогнозированиюнервныхболезней . – Минск, 2009. 200 с.

3. Башкин И.Н. Мухин В.Н., Сорокин В.А., Слежинськи Я. / Современныеподходы к развитиюфизическойреабилитации. // IX Міжнародний науковий конгрес «Олімпійський спорт і спорт для всіх». 20 – 23 вересня, 2005. – Київ.: Олімпійська література, 2005. – С. 763.

4. Башкин И.Н. Мухин В.Н., Сорокин В.А., Слежинськи Я. / Современныеподходы к развитиюфизическойреабилитации. // IX Міжнародний науковий конгрес «Олімпійський спорт і спорт для всіх». 20 – 23 вересня, 2005. – Київ.: Олімпійська література, 2005. – С. 763.

5. Добровольский В. К. Лечебнаяфизкультура в реабилитациибольныхтравматическойболезнью спинного мозга. - М.: Медицина, 1986. - 312 с.

О.М. Антропова, магістр
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЕРГОТЕРАПІЯ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНОЮ ЗАТРИМКОЮ

Актуальність данної роботи полягає в тому, що діяльністьспеціальнихдошкільнихзакладів у сучаснихумовахє неможливою без заснованої на результатах комплексноїдіагностикикваліфікованої і взаємопов'язаноїкорекційно-реабілітаційноїдопомогидітямиззатримкоюпсихічногорозвитку з урахуваннямїхсоматичних та психофізичнихособливостей і можливостей.

У зв'язку з цимважливиметапомудосконаленнякорекційно-реабілітаційногопроцесу в спеціальнихдошкільних закладах для дітейданоїкатегорії є використання в практиціроботизасобівфізіотерапії, зокремаерготерапії [1].

Діяльність в ерготерапіїпідрозділяється на повсякденнуактивність(особистагігієна, прийомїжі, одягання,спілкування, мобільність), продуктивнудіяльність (домашніобов'язки, отриманняосвіти, професії), дозвілля (гра, хобі,відпочинок) [5].

Впроцесіерготерапії у дітейдошкільного віку із ЗПР задопомогоюсамостійноговиконаннядійполіпшуютьсяфункціональніможливості (рухові, емоційні, когнітивні іпсихічні) [2].

Ерготерапія у дітей із затримкою психічного розвитку має бути спрямована на: подоланнярухового гозанепокоєння; порушеннягрубої і тонкої моторики, координаціїрухів; порушенняздатності до навчання;порушеннямовлення [3].

Методи: Функціональні ігри, мобілізація суглобів, захист суглобів (консультації та навчання), тренування функції м'язів, регулювання тонусу м'язів, тренування координації, навчання малим правильним рухам, тренування чутливості, тренування сприйняття, тренування написання текстів.

Ціль: Метою роботибуло проаналізуватиособливості заходів ерготерапії та перевірити їх ефективність у лікуванні дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку.

Результати дослідження:Після впровадження комплексних ерготерапевтичних заходів було досягнуто певних результатів, які ми визначали шляхом зіставлення досліджуваних показників у дітей до експерименту і після нього. Для цього використовувався комплекс спеціальних методик, що був застосований під час констатуючого етапу дослідження з метою забезпечення об'єктивної оцінки результатів формуючого етапу експерименту і можливості відстеження динаміки розвитку дітей. Для отримання більш точної інформації про ефективність розробленої нами програми фізіотерапії дошкільники із затримкою психічного розвитку були поділені на дві групи (контрольну і експериментальну). У контрольну і експериментальну групу увійшло по 13 дітей із ЗПР дошкільного віку.

Висновки:Порівняльний аналіз вихідних даних з кінцевими засвідчив ефективність розроблених ерготерапевтичних заходів для дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку. Позитивний результат реабілітаційно-корекційної роботи був досягнутий завдяки комплексної діагностики стану здоров'я та рівня психофізичного розвитку дошкільників із ЗПР, відповідно виявленим порушенням поставлені загальні та корекційні завдання та підібрані, з урахуванням специфічних особливостей і можливостей дітей із затримкою психічного розвитку віком до 7 років, ефективні засоби корекції і реабілітації

Література

1.Долбишева, Н. Фізичне здоров`я, компоненти і критерії оцінки / Н. Долбишева // Молода спортивна наука України: зб. наук. Праць з галузі фізичної культури та спорту. – 2001, –. № 5. – Т.ІІ. – с. 21 – 24.

2.Дробинская, А.О., Фишман М.Н. Дети с трудностями в обучении (к вопросу об этиопатогенезе) / А. О. Дробинсая // Дефектология. – 1996. – №5. – с. 22 – 28.

3. Ільяшенко, Т.Д. Дітиіззатримкоюпсихічногорозвитку та їхнавчання. Навчальнийпосібник для педагогів і шкільнихпсихологів / Т. Д. Ільяшенко // – К.-ІЗМН, 1997.– с. 46 – 48

4 .Таран, І. В. Ерготерапія, як сучаснийнапрямокфізіотерапіїхворихіз травмами й захворюванняминервовоїсистеми / І. В. Таран, Ю. Валюшко // Теоретичні та методичніпроблемифізіотерапії : матеріали VI Всеукр. наук.-метод. конф. – Херсон, 2016. – с. 292–298.

5. Шмонин, А. А. Эрготерапия в реабилитацииневрологических пациентов / А. А. Шмонин,Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова, М. Н. Мальцева // ConsiliumMedicum. – 2016. – №02 –с. 59-60.

Є. В. Бадун, студентка

Національний університет фізичного виховання та спорту України

СУЧАСНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

Актуальність. Значна поширеність захворювань і травм кульшового суглоба, стійкість порушень функцій суглоба супроводжуються тривалою втратою працездатності, перетворює фізичну терапію при цій патології в найважливішу проблему охорони здоров'я.

Згідно з проведеними епідеміологічними дослідженнями, деструктивно дистрофічні зміни у суглобах, у тому числі кульшовому, мають місце в 50% випадків у людей, старших 40 років, а у віці 70 років це захворювання має місце і діагностується у 90% населення. В останні десятиріччя спостерігається тенденція до виникнення вторинних артрозів у людей віком від 32 до 42 років [2].

Перелом шийки стегна характерний для осіб похилого віку. До 60 років дані переломи становлять 3-4%, а після 60 років 60-62% від кількості всіх переломів довгих кісток. До 50 років кількість переломів, як серед чоловіків, так і серед жінок однаково, після 50-60 років у жінок вони зустрічаються в 2-3 рази частіше [3].

Таким чином, одним з найефективніших методів хірургічного лікування таких патологій є ендопротезування [4].Проте, проблема відновлення пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу залишається однією з актуальних в медицині [1].Пошук оптимальної комплексної програми фізичної терапії осіб після ендопротезуваннята її вдосконалення визначає актуальність і необхідність даної роботи.

Мета роботи - вдосконалення методики фізичної терапії для осіб після ендопротезування кульшового суглобу.

Методи дослідження. В дослідженні приймало участь 8 пацієнтів, яким було проведено ендопротезування кульшового суглоба, віком від 48 до 72 років. Дослідження проводились на базі ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України». Рандомізовано пацієнти були поділені на 2

групи: основна група (ОГ) n=4 людини, контрольна група (КГ) n=4 людини.Програма фізичної терапії була представлена 3-х тижневим курсом. Кожному хворому була підібрана індивідуальна програма, виходячи із загального стану, віку, статі та фізичної підготовки. Контрольна група отримувала стандартні методи та засоби фізичної терапії, які включали кінезотерапію та масаж. Основна група проходила додаткові процедури за вдосконаленою програмою, що містила у собі проведення спеціальних реабілітаційних вправ, лімфодренажного масажу та механотерапії. В комплекс входили загальнорозвиваючі, ізометричні, ідеомоторні, дихальні статичні та динамічні вправи. Лімфодренажний масаж застосувався для покращення кровообігу в прооперованій ділянці та зменшення больових відчуттів, зменшення гіпотрофії м'язів, а також сприяння відновленню обсягу рухів у зоні пошкодженого суглобу. Процедури механотерапії були спрямовані на покращення біомеханіки кульшового суглоба. Раннє застосування рухів в оперованому суглобі, при пізньому навантаженні на нього, є особливістю запропонованого комплексу, вправи якого орієнтовані на поступове підвищення амплітуди рухів в оперованому суглобі і підвищення м'язової сили.

Результати дослідження. Зарезультатами проведення фізичної терапії після ендопротезування у пацієнтів ОГ було відмічено кращі результати біомеханічних показників кульшового суглобу, значно покращився стан та зменшився вияв таких симптомів, як біль та набряк прооперованої кінцівки, відносно КГ.

Висновки. Досвід проведеного дослідження дає змогу оцінити ефективність запропонованого комплексу фізичної терапії осіб, що перенесли ендопротезування кульшового суглобу. Результати дослідження дали можливість зробити висновок, що послідовне та упорядковане застосування запропонованих методів та засобів фізичної терапії сприяло покращенню стану пацієнтів основної групи. В контрольній групі були відмічені значно гірші показники.

Література

1. Гайко Г.В., Рой И.В., Баяндина Е.И., Бабова И.К. Поэтапнаяреабилитациябольныхпосле тотального эндопротезированиятазобедренногосустава / //Doctor. – 2005. – No3. – С. 47-48)
2. Героева И.Б.Реабилитациябольныхпосле тотального эндопротезированиятазобедренногосустава// Актуальныевопросымедицинскойреабилитациибольных с патологией опорно-двигательной и нервной систем: Тез. 4-й науч. практ. конф. - М.: МЦМР, 1999, с. 89-90.
3. Рыбачук О.И. Искусственныйтазобедренныйсустав / О.И. 7. Рыбачук, А.В. Калашников – К.: 2000. – 88 с.
4. DumresaC. UntersuchungenzurKreislaufwirkungderBindegeweb-smassage. Diss. Dr med. Hamburg,.2008- 39 p.

К. П. Безугла, студентка 4 курсу
спеціальності 227 «Фізична реабілітація»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХСЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

У сучасний період в Україні значна увага приділяється з'ясуванню нових підходів до визначення пріоритетних напрямів фізичної реабілітації, які б забезпечили найбільш ефективні шляхи підтримання та покращення здоров'я людини.

Здоров'я людини формується в дитячому віці на основі генетичних факторів, способу життя та екологічних умов. На нинішньому етапі, як зазначається в Цільовій комплексній програмі "Фізичне виховання – здоров'я нації", в Україні склалася критична ситуація зі станом здоров'я населення, у тому числі дітей і підлітків. Ситуація погіршення стану здоров'я серед дітей та молоді в Україні має низку причин, однією з них є обмежена рухова активність, спричинена нераціональним розпорядком дня та перевантаженням.

Обмеження рухової активності призводить до зниження функціональних можливостей м'язової системи, що, зі свого боку, спричиняє детренованість серцево-судинної системи, збільшення частоти серцевих скорочень у спокої. Більшість розладів, які виникли через недостатню м'язову діяльність, зворотні. Для лікування гіподинамії використовують індивідуальний руховий режим із поступовим збільшенням навантаження на опорно-руховий апарат і серцево-судинну систему, комплекси лікувальної гімнастики, а також водні процедури, що сприяють зміцненню нервової системи й м'язів серця[2].

Основними напрямами фізичної реабілітації під час захворювань серцево-судинної системи є підготовка організму до функціональних та фізичних навантажень згідно з можливостями організму й потребами в стимуляції м'язової діяльності; відновлення потенціалу ослабленого організму; поступовість, безперервність та індивідуальний підхід у застосуванні фізичних навантажень; рухова активність у вигляді різних форм м'язової діяльності (праця, фізичні вправи: гімнастичні, спортивно-прикладні, ігрові тощо); систематичне повторення термінової адаптації у вигляді виконання одноразового фізичного навантаження; використання довгочасної, відносно стабільної адаптації тренувального характеру, за якої зростає об'єм серця, кількість функціональних капілярів у м'язовій тканині, зберігається кількість й активність аеробних ферментів; використання різноманітних методів навчання та показу (метод повторної вправи, метод інтервальної вправи, колового тренування, ігровий, демонстрації тощо); періодичне проведення лікарського контролю.

Дозовані фізичні навантаження під наглядом лікаря дають помітний позитивний вплив на самопочуття людей із патологіями серцево-судинної системи й підвищують функціональний стан та резерви серцево-судинної системи, швидкість відновлення показників кардіораспіраторної системи [1].

У профілактиці й лікуванні хвороб органів кровообігу велике значення мають лікувальні заходи,зокрема, лікувальна фізична культура. Фізичні вправи є засобом боротьби із застійними явищами. Вони полегшують діяльність апарату кровообігу, знижують навантаження на м'яз серця, поліпшують обмін речовин і вентиляцію легень та газообміну. Під час фізичних вправ працюють м'язова, дихальна, серцево-судинна, нервова, ендокринна й травна системи. Лікувальна фізична культура має

широке коло показань, але за умови правильного підбору засобів, методів, методики та індивідуального дозування фізичних навантажень дає позитивні результати й сприяє швидшому видужуванню.

Література

1. Аронов Д. М. Методика оценкикачестважизнибольных сердечно-сосудистымизаболеваниями / Д. М. Аронов, В. П. Зайцев // Кардиология, 2002.

2. Прыткова Е. Г. Физическаяработоспособностькакведущаясоставляющаяздоровьячеловека /Е. Г. Прыткова, И. М. Сазонова // Спортивная медицина, 2005.

І.Ю. Безгодова, магістрантка
Національний університет фізичного виховання і спорту України

КОРЕКЦІЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ У ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМИ ПАРАЛІЧАМИ ЗАХОДАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Згідно з висновками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, в світі спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з обмеженнями фізичних можливостей [3]. За інформацією Центру медичної статистики України вони становлять приблизно 2% дитячого населення. Причому відносна більшість - це діти, які втратили функцію пересування внаслідок вроджених і набутих захворювань і травм центральної та периферичної нервової систем [3].

Діти з порушеннями постурального балансу, функції опори і ходьби внаслідок неврологічного дефіциту є тяжкими інвалідами з вираженим обмеженням критеріїв соціалізації та якості життя [3,4].

Постуральний баланс являється одним з головних тестів для оцінки стану рухових функцій у дітей з церебральними паралічами, а корекція рухової функції в кінцевому варіанті направлена на створення умов для максимально стійкого положення тіла та втримування рівноваги підчас пересування. Рівень виконання цього завдання визначає ступінь соціальної адаптації дитини у суспільному житті [1,3,4].

У наш час в арсеналі фахівців великий вибір методик фізичної терапії, яких об’єднує одна мета, відновлення (корекція) постурального балансу і функції ходьби у дітей з наслідками церебрального параліча [1,7].

К. А. Семеновою розроблена методика для дітей перших двох років життя й старше з важкими формами захворювання. Дана методика заснована на використанні закономірностей рухового розвитку й механізмів формування рухової патології в дітей зі ЦП. Велика увага приділяється залученню в процесі занять мовної, зорової й слухової функцій [7] .

Методика В.І. Козявкіна заснована на біомеханічній корекції хребта й великих суглобів – система нейрофізіологічної реабілітації (СІНФР). СІНФР структурно й функціонально підрозділяється на дві підсистеми: інтенсивної корекції, стабілізації й потенціювання. СІНФР сприяє

зменшенню інтенсивності патологічних тонічних рефлексів, нормалізації тонусу м'язів, збільшує амплітуду рухів у суглобах і рівновагу тіла [1]. Результатом впливу СІНФР є зменшення прояву синусової тахікардії й синусової аритмії, хронічної гіпоксії й слабкості міокарда [1].

С.В. Власенко й співавт. (2010) з метою підвищення ефективності реабілітації дітей із церебральним паралічем пропонують використання занять на спеціалізованому велотренажері для поліпшення розвитку просторових уявлень, міжпівкульної взаємодії, стимулювання потиличних і лобових відділів мозку [7,8].

В.П. Польських (2011) з метою поліпшення координаційних здатностей пропонує використання занять кінезотерапії із надувними предметами (м'ячами і т.д.)

В останнє десятиліття одержав поширення метод динамічної пропріоцептивної корекції (ДПК із застосуванням рефлекторно-навантажувального обладнання «Гравістат» і «Аделі» [1,7]. Лікувальний костюм (ЛК) «Аделі» - оригінальна система фіксаторів і амортизаторів, прикріплених до спеціального одягу, що складається із шапочки, курточки, шортів, наколінників і черевиків. Натяг амортизаторів дозволяє усунути хибні положення частин тіла, нормалізувати м'язовий тонус за рахунок розтягання спастичних м'язів і створення полегшених умов для їхніх антагоністів. Створюючи правильні взаємини між частинами тіла, і усуваючи хибні установки, костюм сприяє формуванню правильної схеми взаємознаходження частин тіла й схеми рухів, що є основою для формування рівноваги і моторики.

С.А. Холодов рекомендує виконання терапевтичних вправ на тренажерах з урахуванням основних етапів формування рухового розвитку дитини – його «еволюційної послідовності», від «лежачого» основного рухового режиму до «стрибкового». Він запропонував використовувати тренажерні конструкції відповідно до трьох ступенів важкості рухових порушень: легкого, середнього і важкого, при цьому враховувати застосування тренажерів за горизонтальним, горизонтально-вертикальним і вертикальним методичними рівнями. Його методика також передбачає використання конструкцій від мікрорівня (розв’язання локальних рухових завдань) до розвитку фізичних здібностей [8].-

Н.І. Іонатамішвілі й співавт. (2013) рекомендують використання верхової їзди у зв'язку з тим, що для втримання рівноваги відбувається перерозподіл м'язового тонусу й пристосування тулуба до нового положення, яке спрямованеубік протидії сили ваги. Тривимірні коливання зі спини коня при різних алюрах сприяють розвитку реакцій випрямлення й рівноваги, тим самим забезпечуючи правильний контроль положення голови у просторі стосовно тулуба. У свою чергу, реакції випрямлення й рівноваги гальмують у дитини прийняття неправильних поз і здійснення невірних рухів [1,3].

За результативністю серед сучасних програм корекції постурального контролю і ходьби у дітей з церебральним паралічем хотілось би виділити високотехнологічні роботизовані апарати «Gait trainer», «Еріго» і «Локомат» [4].

Електромеханічний пристрій тренування ходьби «Gait trainer» дає можливість пацієнтам при неможливості незалежної ходьби практикувати рухи, які подібні ходьбі з мінімальною сторонньою допомогою [4].

Комплекс «Еріго» являє собою кушетку, що несе функції керованої вертикалізації і моделювання ходьби для пацієнта. Кут вертикального положення може становити 125 градусів, імітація ходьби досягається спеціально створеним програмним забезпеченням, яке управляє швидкістю переміщення і кутами згинання колінних суглобів пацієнта [4].

Екзоскелетний комплекс робототехніки «Локомат» складається з підвісної системи, що дозволяє регулювати вагу опори пацієнта від 0 до 100%, механічного блоку моделювання ходьби з можливістю БОС і рухомої доріжки. Цей комплекс, в першу чергу, призначений для відновлення навичок ходьби. Можливість дозованого зниження тяжкості хворого дозволяє оптимально відновлювати стереотип ходьби. Корекція вироблених рухів здійснюється за допомогою системи БОС, заснованої на сенсорному сприйнятті пацієнтом імітації ходьби, відображеної на спеціальному дисплеї [4].

Таким чином, арсенал методів відновного лікування ДЦП невпинно зростає, як по кількості, так і по якості. Найбільш ефективне те лікування, яке враховує клінічні прояви, анатомо-фізіологічні особливості хворого і, звісно природний шлях розвитку рухових функцій. Для фахівця фізичної терапії не слід зупинятися на одному із методів, а конструктивно підбирати програму засобів фізичної терапії з врахуванням всіх позитивних і негативних сторін, які є в інтегральних моделях відновного лікування ДЦП.

Література

1. Козявкін В.І. Метод професора В. Козявкіна. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. Блок кінезотерапії. Міжнародна клініка відновного лікування /Козявкін В.І., Волошин БД. —Трускавець, 2014. - 128 с.
2. Коренбергг В.Б. Проблема анализа сохранения устойчивости тела человека // Международный конгресс «Человек в мире спорта». – Москва: Физкультураи спорт, 2013.-Т.1. – С.54-55.
3. Мартинюк В.Ю. Актуальные вопросы лечения заболеваний опорно – двигательного аппарата /Мартинюк В.Ю., Бурлакова А.Т., Чепига А.С. - Євпаторія, 2018. – С.69-80
4. Новые технологии в реаблитации церебрального паралича //Матер. Международного конгреса [под ред. проф. С.К. Евтушенко] – Донецк, 2018. - 320 с.
5. Польской В.В. О некоторых предпосылках нарушений статики и локомоции у детей первых двух лет жизни, страдающих детским церебральным параличом. – М.: ВНИИФК, 2014. – 36 с.
6. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. — М.: Просвещение, 2012. – 320 с.
7. Холодов С.А. Формирование навыков ходьбы у детей дошкольного возраста со спастическими формами детского церебрального паралича: автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. пед. наук.: спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / С.А. Холодов. – Одесса, 2009. – 20 с.

Н.А. Беседа, к. пед. н., доцент,
декан факультету фізичної культури та спорту
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ МАЙБУТНІХ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ

У розрізі сучасних соціальних, медичних і педагогічних проблем особливої актуальності набуває проблема формування і розвитку професійної компетентності майбутніх ерготерапевтів. Це зумовлює доцільність підвищення якості підготовки цих фахівців до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій.

Узагальнення низки наукових розвідок [1; 2; 3] указує на те, що професійна компетентність – це інтегроване особистісне утворення, що визначається рівнем сформованості в фахівця професійно важливих знань, умінь, навичок та здатність доцільно їх застосовувати в процесі професійної діяльності, прогнозувати можливі наслідки й результат своєї праці. З огляду на це, виникає необхідність пошуку інноваційних фізкультурно-оздоровчих технологій і включення їх в процес професійної підготовки майбутніх ерготерапевтів.

Серед означених технологій наразі набуває популярності фітбол-гімнастика, що є унікальною за механізмом дії на організм людини. Оздоровчий вплив вправ на фітболах підтверджено досвідом роботи спеціалізованих корекційних та реабілітаційних медичних центрів Європи.

Фітнес як система фізичних вправ фізкультурно-оздоровчої спрямованості. Серед сучасних фітнес-програм варті уваги кардіопрограми, програми силової спрямованості, "Mindbody" та функціональні тренування. Зазначимо, що кардіопрограми спрямовані на поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи, що виявляється в зниженні ЧСС, артеріального тиску в стані спокою та підвищенні максимального споживання кисню. Програми силової спрямованості базуються на застосуванні силових навантажень задля корекції постави й профілактики захворювань опорно-рухового апарату. "Mindbody", або інтелектуальний фітнес включає компоненти східних систем фізичного виховання, що допомагають зосередитися на відчуттях власного тіла та розвивають координацію, гнучкість і рівновагу.

Метою різноманітних видів аквафітнесу є розвиток гнучкості й рухливості суглобів, зміцнення м'язів, стимулювання терморегуляції, м'язова релаксація. Суттєвою перевагою аквафітнесу є те, що водними вправами можуть займатися люди з різним рівнем підготовки, а також після перенесених травм, з варикозним розширенням вен, надлишковою масою тіла та вагітні.

Йога-аеробіка – це поєднання статичних і динамічних асан, дихальних вправ, релаксації й стретчингу. Ці вправи підходять для осіб

різних вікових груп. Рекомендовано з профілактичною і лікувальною метою при патології внутрішніх органів, нервової системи, опорно-рухового апарату тощо.

Вищевикладене дає підстави вважати, що застосування фізкультурно-оздоровчих технологій значно сприяє корекції функцій організму; оптимізації рухової активності; покращенню фізичних якостей та функціональних можливостей організму; загальному лікувально-оздоровчому впливу на організм людини. Це, своєю чергою, забезпечує підвищення ефективності реабілітаційних заходів та скорочує тривалість відновного періоду.

Підсумовуючи вищевикладене, маємо підстави для висновку, що вектор підготовки майбутніх ерготерапевтів до здоров'язбережувальної діяльності повинен спрямовуватися на удосконалення змісту, форм і методів професійної підготовки фахівців та активізацію прагнення до саморозвитку й професійного зростання.

Література

1. Беседа Н. А., Воробйов О. В. Організація самостійної роботи майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика (Серія: Педагогічні науки)*. 2016. Вип. 3-4 (48-49). С. 138 – 141.

2. Беседа Н. А. Інтерактивні методи навчання майбутніх фахівців з фізичної терапії й ерготерапії. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: зб. матеріалів доп. учасн. Міжнар. наук.-практ. конф. Полтава : ПІЕП, 2018. С. 300-301.

3. Мордвінова І. Підготовка студентів спеціальності «фізична терапія» та «ерготерапія» у країнах Європи. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2018. Вип. 1 (75). С. 152 – 161.

О. Ю. Бортнік, студент магістратури;
А. С. Лук'янов, студент магістратури;
Н. С. Зотова, студент магістратури
Національний університет фізичного виховання и спорту України

ЕЛЕМЕНТИ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ У КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДОРСАЛГІЯХ

Постановка проблеми. Біль у спині (дорсалгія) знайомий майже кожній людині, найчастіше пов'язаний з ураженням попереково-крижового відділу хребта. Під терміном "біль в нижній частині спини" (БНС) розуміють біль, локалізований між XII ребром і нижніми сідничними складками з іррадіацією або без іррадіації в ногу [2].

Цей синдром зустрічається приблизно однаково часто в різних етнічних популяціях, його поширеність не залежить від демографічних або культурних особливостей країни. У міжнародній класифікації хвороб БНС віднесений до рубрики "Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини".

У ряді зарубіжних клінічних рекомендацій пропонується всіх пацієнтів з БНС, які первинно звернулися, розділяти на три категорії [3]:

1) пацієнти з потенційно серйозною патологією, що дебютує з болем у спині;

2) пацієнти з корінцевим болем (радикулопатією);

3) пацієнти з неспецифічним БНС.

Розвитку хронічного вертебрального, в тому числі поперекового болю, сприяють великі фізичні навантаження і навпаки - відсутність адекватних навантажень, несприятливі метеорологічні чинники (особливо перманентні, пов'язані з незадовільними умовами праці та побуту), вроджена чи набута патологія опорно-рухового апарату і хребетного стовпа, а також наявність надмірної ваги і остеопорозу. За своєю поширеністю в нашій країні хронічний вертебральний біль відноситься до числа масових проблем здоров'я населення [1].

Закордонні дослідники відзначають ефективність застосування комбінації засобів і методів фізичної терапії та функціонального тренінгу для інтенсифікації реабілітаційного процесу і якнайшвидшого повернення до трудової діяльності. Проте у нашій країні відсутня система відновлення фізичного здоров’я даного контингенту хворих на базі фітнес-клубів, що базується на застосуванні засобів фізичної терапії і різних, адаптованих для даних пацієнтів, фітнеспрограм.

Мета дослідження. Обґрунтувати, розробити та визначити ефективність програми фізичної терапії з елементами оздоровчого фітнесу для осіб, які страждають на біль у нижній частині спини.

Методи та організація дослідження. Дослідження проводилося на базі фітнес клубу «Подільский», місто Київ. Контингент дослідження склали 67 осіб у віці 36-45 років, що страждають на біль у нижній частині спини. З метою вивчення ефективності програми фізичної терапії хворі із БНС були поділені на 2 групи: основну групу (ОГ) (n=33) і контрольну групу (КГ) (n=34). Обидві групи були однорідними за віком і клінічними проявами захворювання. Давність захворювання в середньому в основній групі склала 5,3±1,5 років, у контрольній – 5,2±1,4 років. Представники основної групи займалися за розробленою програмою фізичної терапії. Основою розробленої програми фізичної терапії з елементами оздоровчого фітнесу при БНС стали заняття лікувальною гімнастикою із застосуванням елементів пілатесу, заняття у воді, функціональний тренінг із підбором вправ базової та варіативної частин заняття, а також масаж із елементами мануальної терапії.

Враховуючи періоди клінічного перебігу захворювання, особливості хребта у досліджуваного контингенту, були виділені періоди відновного лікування: адаптаційний, тренувально-щадний та стабілізаційний.

В 1-му періоді використовувалися лікувальна гімнастика, лікувальний масаж і гідрокінезотерапія з елементами аквафітнесу.

У 2-му періоді використовувалися функціональний тренінг і коригуюча гімнастика за методикою Джозефа Пілатеса.

У 3-му періоді використовувалися функціональний тренінг і заняття в тренажерному залі на вантажноблочних тренажерах, які дозволити сформувати і зміцнити м’язовий корсет.

Результати дослідження. Ефективність програми оцінювалася через 4 тижні після початку лікування. Отримані результати свідчили про

статистично достовірні зміни усіх досліджуваних параметрів**.** Шляхом застосування комбінації засобів і методів фізичної терапії та функціонального тренінгу з урахуванням їх індивідуальної спрямованості вдалося зменшити больові відчуття та поліпшити функціональний стан хребта до стану норми (в середньому на 62-64 %, часткового відновлення – на 22-28 %) у представників основної групи. В контрольній групі також відзначалась позитивна динаміка, але менш виражена.

Висновки. Застосування розробленої програми фізичної терапії з використанням методів оздоровчого фітнесу сприяє покрашенню функціонального стану хребта, зменшенню больових відчуттів, поліпшенню якості життя осіб з вертеброгеннимидорсалгіями.

Перспективи подальших досліджень полягають в вивченні впливу елементів оздоровчого фітнесу в комплексі заходів фізичної терапії на функціональний стан осіб з невертеброгеннимидорсалгіями.

Література

1. Колосова Т.В., Головченко Ю.І., Асауленко Є.І., Насонова Т.І. Вертеброгенний і суглобовий больовий синдром. Сучасна проблематика з позиції доказової медицини. Біль. Суглоби. Хребет. 2015. №1 (17). с. 33-38

2. Поворознюк В.В., Шинкаренко Т.Є. Сучасний погляд на діагностику болю у нижній частині спини. Проблеми остеології. 2017. Том 20. №1. с.31-44

3. Baron R., Binder A. Neuropathiclowbackpaininclinicalpractice. Eur J Pain. 2016. N 20 (6). P. 861-873.

М. А. Божук, студентка;
С.С. Ткаченко, студент
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ОСІБ З КОКСАРТРОЗОМ

Актуальність досліджень, присвячених питанням коксартрозу у дорослих хворих зумовлена багатьма причинами: високою частотою ураження кульшового суглоба, швидким прогресуванням захворювання з ранньою інвалідизацією, «омолодженням» патології, складністю подальшої соціальної і психологічної реабілітації [1, 2].

Остеоартроз кульшового суглоба (коксартроз) найбільш важка форма остеоартрозу. Вона складає біля 25 % всіх варіантів ОА і, зазвичай, закінчується прогресуючим і вираженим порушенням функцій цього суглоба, аж до повної її втрати, викликаючи інвалідність хворого [3].

Значна поширеність дисплазії кульшового суглоба у дорослих, яка спричиняє розвиток дегенеративно-дистрофічного захворювання майже у 100 % випадків, несвоєчасність та недосконалість діагностики дисплазії, високий відсоток тактичних та технічних помилок і, як їх наслідок, ускладнень хірургічного лікування коксартрозу, зумовлює актуальність проблеми та необхідність вдосконалення системи застосування

фізіотерапевтичних засобів та засобів профілактики коксартрозу у дорослих.

Мета дослідження - провести мета-аналіз досліджень, присвячених застосуванню фізіотерапевтичних вправ та інших засобів в відновному лікуванні пацієнтів з диспластичним коксартрозом.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань використано такі методи дослідження, як аналіз науково-методичної літератури та документальних матеріалів.

Результати та обговорення. На сьогодні в реабілітації пацієнтів з остеоартрозом використовують природні та преформовані фізичні фактори й такі методики: рефлексотерапію, бальнео- та грязелікування, електро-, магніто- та лазеротерапію, а також ортопедичне лікування та фізіотерапевтичні вправи. Останні є важливим функціональним методом відновлювального лікування остеоартрозу кульшового суглоба, оскільки даний метод сприяє розвитку компенсаторно-пристосувальних механізмів, направлених на відновлення та покращення функції суглоба.

Необхідно окремо відзначити, що найбільший позитивний ефект приносить комплексне лікування коксартрозу, яке поєднує в собі заходи, спрямовані на зниження надмірної ваги, в першу чергу завдяки застосуванню фізіотерапевтичних вправ, дієтотерапію та ортезування. Так за даними дослідження, проведеного Messier, S.P і співавторами, зниження больового синдрому і збільшення функції ураженого суглоба було відзначено в групі пацієнтів, які дотримувалися комбінованої дієти в поєднанні з заняттями лікувальною гімнастикою, спрямованою на зниження надмірної ваги, ніж у тих, які вважали за краще той чи інший варіант окремо (Messier, S.P і співавтори, 2005) [5].

За рекомендаціями Santaguida P.L. застосування фізіотерапевтичних вправ на санаторно-курортному етапі лікування пацієнтів з коксартрозом включає щоденну лікувальну та ранкову гімнастику, прогулянки. Фізичні вправи призначають за щадною методикою в режимі розвантаження суглобів з диференційованою розробкою ослаблених м’язів, чергуванням активних рухів з ізометричним скороченням м’язів, навчанням хворого розслабленню м’язів [6].

Як зазначає Шищук В.Д., лікувальний масаж при коксартрозі призначають на реґіонарні м’язи уражених суглобів і на рефлекторно-сегментарні зони хребта. Масаж при деформуючому артрозі кульшового суглоба застосовують для зниження тонусу напружених м'язів і з метою збільшення скорочувальної здатності ослаблених м’язів [3].

Висновки. Лікування остеоартрозу сьогодні залишається актуальною проблемою незважаючи на значні успіхи у розкритті численних аспектів етіології та патогенезу даного захворювання. Це пов’язано з багатофакторністю розвитку остеоартрозу з одного боку, а з іншого – з симптоматичною дією більшості лікарських засобів, що застосовуються для лікування даної патології. Сучасна реабілітація остеоартрозу базується на принципах поетапності, безперервності та наступності. Вона передбачає індивідуальний та комплексний підхід до хворого.

Література

1. *Григус І. М., TruijenS.* редактор. Актуальні проблеми медичної та фізичної реабілітації: європейський контекст: українсько-бельгійська наукова монографія: Рівне; 2011. –296 с.
2. *Коваленко В.М., Борткевич О.П.* Остеоартроз: Практична настанова. Київ: Маріон, 2010.– 608 с.
3. *Шищук В.Д., Щербак Б. І., Шищук А.А.* Теорія і практика реабілітації хворих з ураженнями м' яких тканин і суглобів нижньої кінцівки на етапі консервативного лікування: навчальний посібник. Суми: Фабрика друку, 2014. – 96 с.
4. *Aldridge J.M.* Free vascularized fibular grafting for the treatment of postcollapse osteonecrosis of the femoral head. Surgical technique//J Bone Joint Surg Am. 2004 Mar; 86-A Suppl 1. – P. 87-101.
5. *Meizer R., Radda C., Stolz G., Kotsaris S., Petje G., Krasny C., et al.* MRI controlled analysis of 104 patients with painful bone marrow edema in different joint localizations treated with the prostacyclin analogue iloprost. WienKlinWochenschr. 2005.–V. 117. – P. 278 – 86.
6. *Santaguida P.L., Hawker G.A.* Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review. Can J Surg. 2008. – Dec;51(6). – P. 428-36.

Г.М. Бойко, д.пед.н., професор
Полтавський інститут економіки і права
Університет «Україна»

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИЗАСТОСУВАННЯФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ НАСЛІДКАМИ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ

Актуальність теми. Ішемічний інсульт посідає одне з провідних місць серед причин смертності і перше по інвалідизації населення. За даними ВООЗ, смертність від інсульту в економічно розвинених країнах досягає майже 12%, поступаючись лише летальності від захворювань серця і онкологічної патології, що частіше спостерігаються в старших вікових групах [1, с. 63]. Профілактика, рання діагностика, лікування та реабілітація судинних захворювань головного мозку є однією з найактуальніших проблем в сучасній неврології. На думку дослідників, серед захворювань, що призводять до розвитку цереброваскулярної патології, на першому місці стоять артеріальна гіпертензія і атеросклероз [3, с. 287]. Саме тому особлива увага дослідників спрямована на розв’язання питань ранньої профілактики та превентивної реабілітації таких хворих. За даними літератури, суттєвий інтерес неврологів і психіатрів зумовила проблема важких рухових порушень і деменції, що часто виникають унаслідок перенесеного інсульту. Застосування різних проб і нейропсихологічних тестів дозволяє виявити особливості патологічних станів і пов’язаних із ними порушень[6, с. 64-65].

Отже, потребують подальшого пошуку шляхи оптимізації змісту та поліпшення ефективності процесу реабілітації хворих із наслідками перенесеного інсульту головного мозку. За сучасними науковими даними відомо, що метоюфізичної терапії постінсультних хворих є їх повернення до побутової й трудової діяльності, створення оптимальних умов для

особистісної реалізації та активної участі в житті суспільства. На думку дослідників, при проведенні відновного лікування хворих, які перенесли інсульт, важливо враховувати теоретичні уявлення про організацію фізіологічних і патологічних рухів, про формування компенсаторних процесів пошкоджених структур і порушених функцій, про функціональні системах організму. Вчені вказують на вплив сенсорних і мовних симуляцій наефективність виконання фізичних вправ такими хворими. Вченими також встановлено, що на формування компенсаторних механізмів дуже впливає так званий зворотний зв'язок, що виявляється в сигналізації з зовнішньої і внутрішньої середовищ організму [1, с.17-18].

Реабілітаційне лікування хворих, які перенесли інсульт, ґрунтується також на концепції про системну організації мозкових функцій, що вказує на резервні можливості головного мозку при реорганізації його структур в умовах патологічного процесу. Вченими встановлено, що така реорганізація викликає рухове перенавчання пацієнта, що, в свою чергу, призводить до відновлення (у важких випадках – компенсації) порушених функцій.

Ґрунтуючись на вказаних психофізіологічних механізмах відновного лікування таких хворих, вченими виділено та конкретизовано такі завдання, що мають бути розв’язані в процесі застосування фізичної терапії (реабілітації) постнінсультних хворих: 1) збереження або збільшення обсягу рухів, досягнення постуральной стабільності; 2) дотримання балансу тіла в положенні стоячи і сидячи; 3)профілактика контрактур; 4) купірування або зменшення больового синдрому [4, с. 49-51].

Для успішного проведення реабілітації хворих, які перенесли інсульт, необхідно оцінити функціональні можливості пацієнта, визначити його проблеми і план ведення, встановити конкретні цілі відновного лікування та терміни розширення рухового режиму [6, с. 7]. Індивідуалізація процесу фізичної терапії (реабілітації) постінсультних хворих має ґрунтуватись на суворому дотриманні таких принципів, як-от: індивідуальний підхід до визначення структури та змісту реабілітаційної програми; ранній початок; достатня тривалість і безперервність реабілітаційних впливів; дотримання етапності реабілітації (стаціонар-реабілітаційний центр-домашні умови); комплексний підхід до реабілітації.

За даними науковців відомо, що активна реабілітація постнінсультних хворих триває перші 12 місяців після інсульту, причому в перші 6 місяців процес йде найбільш швидко. Тому, саме в цей період застосування методів і засобів фізичної терапії (реабілітації) виявляється найбільш ефективним, а результати рухової та психофізичної реабілітації виявляються кращими, ніж у наступних періодах відновного лікування.

У зв’язку з цим виникає питання щодо оптимальних строків початку активної рухової реабілітаціїпостінсультних хворих. За науковими даними, при інфарктах мозку середніх розмірів реабілітаційні заходи необхідно починати з 5-7 дня (при відсутності протипоказань); при крововиливах – терміни переносяться індивідуально на більш пізні строки. Вчені вирізняють такі основні напрямки реабілітації в гострому, підгострому й ранньому відновному періодах після перенесеного інсульту, що мають

реалізовуватись згідно такого алгоритму рухової реабілітації постінсультних хворих:

- лікування положенням – профілактика контрактур;
- пасивні руху кінцівками;
- •дихальна гімнастика;
- боротьба із сінкенезіями в паретичних кінцівках;
- пасивний, напівпасивний та активний перехід хворого із положення лежачи в положення сидячи;
- навчання стоянню;
- навчання ходьбі з чотирилапною тростиною;
- навчання ходьбі зі звичайною палицею;
- навчання ходьбі без додаткової опори.

Протипоказаннями для активізації є ознаки важкого набряку мозку, пригнічення свідомості до сопору або коми.Обмеженнями до виконання активних рухів може виступати серцево-легенева недостатність, зниження серцевого викиду, наявність миготливої аритмії.

Отже, з перших днів після перенесеного інсульту з хворим проводять профілактику ймовірних контрактур шляхом укладання паралізованих кінцівок в природнє положення, пасивних рухів в уражених суглобах. Відомо, що в перші 3-4 тижні від моменту розвитку інсульту в паралізованих кінцівках досить швидко наростає м'язовий тонус. За умови його ігнорування та відсутності спеціальних реабілітаційних заходів у пацієнта з’являються контрактури, а потім й анкілози, які можна буде усунути тільки хірургічним шляхом.

Відновлення навичок сидіння та стояння також є важливою часткою реабілітаційного процесу постінсультних хворих. Починають з імітації ходьби в ліжку. Посадити хворого зі спущеними ногами дозволяється тільки на 5-му занятті. Зазвичай активна гімнастика на 15-25 день після інсульту починається з утримання паралізованою (або паретичною) кінцівкою природного положення, що зберігається за рахунок м’язових зусиль реабілітолога.

Важливим етапом реабілітації таких хворих є повернення їхньої здатності до збереження вертикального положення. Перед тим, як хворий встане з ліжка, йому призначають комплекс підготовчих вправ (пасивно-активні вправи типу їзди на велосипеді). Після тривалого лежання хворому необхідно адаптуватися до вертикального положення тіла для уникнення ортостатичного колапсу. На 6 тижні необхідно починати відновлення навички природної ходьби. Необхідно виділити три етапи опанування хворим навичкою ходьби: 1) ходьба з активною підтримкою з обох боків; 2) ходьба з підтримкою з правого (лівого) боку; 3) самостійна ходьба без підтримки. Отже, на ранньому етапі реабілітаціїсуттєву увагу необхідно приділяти відновленню рухів хворого, що є необхідними для самообслуговування під час прийому їжі, туалету, одягання, роздягання тощо.

Література

1. . Суслина, З.А. Інсульт: діагностика, лікування, профілактика. 2-е изд-е /З.А. Суслина, М.А. Пірадов. - М.: МЕДпресс-інформ, 2009. - 288 с.

2. Гусев, Е.И. Проблема инсульта в РоссийскойФедерации // Е.И. Гусев,

В.И. Скворцова, В.В., Киликовский, Л.В. Стаховская, Н.Ю. Айриян. Журнал «Качествожизни. Медицина» / 2006. №2 (13).С. 10-14.

3. Демиденко Т.Д. Основыреабилитацииневрологическихбольных. / Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова. СПБ.: Изд-во «Фолиант» 2004. 300 с.

4. Иванова Г.Е. Принципыорганизацииранней реабилитациибольных с инсультом / Г.Е. Иванова,Сорокоумов В.А. Методическиерекомендации по организацииневрологическойпомощибольным с инсультами в Санкт-Петрбурге / В.А. Скоромец. СПБ. : «Человек», 2002. 48 с.

5. Скоромец А.А. Диагностика и лечениеначальных проявлений недостаточностимозговогокровообращения // А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Е.Р. Баранцевич, В.В. Ковальчук. Журнал «Aqua vitae».2001. №3. С. 6-7.

6. Скворцова В.И. Ишемическийинсульт / В.И. Скворцова, М.А. Евзельман. Орел. 2006. 404 с.

А.В. Бондаренко, студентка 1 курсу
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Науковий керівник: Беседа Н.А., к. пед. н., доцент
Національний університет«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Серед хвороб сучасності виразкова хвороба залишається однією із важливих проблем медицини. Ця патологія охоплює загалом 6,0-10,0% населення розвинених країн, а смертність коливається в межах 6,0-9,7 випадків на 100 тис. населення. В Україні захворюваність на виразкову хворобу залишається високою і становить близько 5 млн. хворих. Щорічно вперше вона діагностується у 70 тис. осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі. Зростає кількість пацієнтів, в тому числі працездатного віку, які потребують профілактики, медичної допомоги та реабілітації (Зарянський М. В., Семенів В. О., 2012).

Насамперед слід визначити, що виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки – це поліетіологічне захворювання. Утворення виразки відбувається в результаті порушення рівноваги між двома механізмами: «агресивними» (шлунковий сік) і захисними (шлунковий слиз, слиз дванадцятипалої кишки, захисна дія деяких кишкових гормонів). Особливе значення має зниження стійкості слизової оболонки, її здатності протистояти шкідливому впливу кислоти. Нині встановлено, що найважливішу роль в посиленні агресивних властивостей шлункового вмісту і ослабленні захисних властивостей слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки відіграють мікроорганізми Helicobacter pylori (HP), виявлені в 1983 р. австралійськими ученими Б. Маршаллом (B.Marshall) і Дж.Уорреном (J.Warren). Ці бактерії синтезують велику кількість агресивних ферментів (уреазу, протеазу, фосфоліпазу) і цитотоксини, які руйнують захисний бар’єр слизової оболонки.

Фізичну реабілітацію можна розділити на 3 етапи: стаціонарний;поліклінічний;санаторний.

На кожному із етапів надається перевага тим чи іншим методам і засобам фізичної терапії. *На першому етапі – стаціонарному* – основним методом лікування є фармакотерапія. З кожним наступним етапом роль цього лікування значно зменшується. Крім медикаментозної терапії на стаціонарному етапі важливим є дотримання лікувально-оздоровчого режиму. Такий режим передбачає створення умов для максимального щадіння органів травної системи, а також захист ЦНС від надмірних зовнішніх подразників. Важливим аспектом стаціонарного етапу реабілітації є дієта. Особливість лікувального харчування при виразковій хворобі полягає в наступному: раціон повинен мати підвищену поживну цінність і включати достатню кількість жирів, білків, вуглеводів, мінеральних солей і вітамінів (обов'язково А, С і вітаміни групи В); їжа не повинна подразнювати слизову оболонку шлунку і дванадцятипалої кишки; харчування має бути частим – приблизно кожні 3-4 год.; забороняється вживати дуже гарячу або холодну їжу, вона має бути кімнатної температури; продукти, що входять в раціон, не повинні мати сильної сокогінної дії; необхідно скоротити щоденне вживання кухонної солі до 10-12 г.

Фізичні вправи призначають при загасанні гострих явищ – зникненні або значному зменшенні болю в епігастральній області. Такий стан зазвичай наступає на 5-7-й день після госпіталізації. На перших заняттях привчають хворого до черевного дихання при малій амплітуді коливань черевної стінки. Ці вправи сприяють поліпшенню кровообігу і ніжному масажу органів черевної порожнини, зменшенню спастичних явищ і нормалізації перестальтики. Вплив фізичних вправ визначається їх інтенсивністю і часом застосування. Невелика і помірна м'язова напруга стимулює основні функції шлунково-кишкового тракту, тоді як інтенсивні – пригнічують. Відзначається сприятливий вплив занять ЛФК на кровообіг і дихання, що також розширює функціональні можливості організму і підвищують його реактивність. Протипоказаннями до занять фізичними вправами є свіжа виразка в гострому періоді; виразка, ускладнена кровотечею; преперфоративний стан; виразка, ускладнена стенозом у стадії декомпенсації; свіжі масивні парапроцеси при пенетрації; виражені диспепсичні розлади; сильні болі. Слід зауважити, що вправи для м'язів черевного пресу в підгострому періоді захворювання виключаються.

Значне місце, але в основному як доповнююче, на першому етапі реабілітації відводиться фізіотерапевтичним процедурам. Фізіотерапію призначають з перших днів перебування хворого у лікарні. Застосовують спочатку медикаментозний електрофорез, електросон, солюкс, індуктотермію, ультразвук, а при затуханні процесу – діадинамотерапію, мікрохвильову терапію, магнітотерапію, ультрафіолетове опромінення, парафіново-озокеритні аплікації, ванни хвойні, радонові, циркулярний душ, аероіонотерапію.

Другий етап – поліклінічний. Основним завданням другого етапу є закріплення результатів лікування на стаціонарному етапі, відновлення і нормалізація функцій і ліквідація патологічних змін в органах. На перше

місце виходять фітотерапія, лікувальна фізкультура, фізіотерапія і масаж. Як доповнення використовуються медикаментозні засоби, лікувально-охоронний режим, психотерапія і при необхідності дієтотерапія. Використання фітотерапії виправдано, оскільки тривале використання медикаментозних засобів небезпечне побічними ефектами, чого практично не викликають лікарські рослини. Вживання мінеральних вод на цьому етапі нормалізує функцію слизових оболонок органів травної системи.

При виразковій хворобі шлунку та дванадцятипалої кишки на поліклінічному етапі реабілітації доцільно застосовувати такі форми ЛФК: лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, вправи на тренажерах, теренкур, прогулянки на свіжому повітрі, плавання, катання на велосипеді, ковзанах, прогулянки на лижах, спортивні ігри.

Лікувальний масаж призначають у лікарняний і післялікарняний періоди реабілітації у вигляді сегментарно-рефлекторного, точкового і класичного масажу. Залежно від застосованих прийомів масаж може підсилювати або послаблювати перистальтику шлунку та кишок, діяти спазмолітично або стимулююче і таким чином сприяти нормалізації видільної, рухової та евакуаторної функцій. Масаж активізує крово- і лімфообіг в черевній порожнині, покращує мікроциркуляцію, обмінні і трофічні процеси в стінці шлунку і кишок, що зменшує запалення і позитивно впливає на процес загоєння виразок. ЛФК і масаж проводяться з урахуванням характеру захворювання і за індивідуальним планом [1, 2]. Серед фізіотерапевтичних процедур, що застосовують при лікуванні виразкової хвороби шлунку й дванадцятипалої кишки найбільше часто використовуються індуктотермія, аплікація озокериту на область епігастрію й сегментарно, пелоідотерапія, бальнеотерапія, радонові ванни, лазеротерапія тощо. З урахуванням важливої ролі психоемоційного чинника в етіології і патогенезі виразкової хвороби, особливо дванадцятипалої кишки, ефективне застосування методу електросну і його сучаснішого варіанту – центральної електроаналгезії. Вони забезпечують хороший і довготривалий антистресорний, транквілізуючий ефект, стабілізацію вегетосудинних проявів.

Третій етап – санаторний – має вирішальне значення для нормалізації функцій ушкоджених систем, а також забезпечує ліквідацію патологічних змін, властивих для періоду залишкових явищ. Особлива увага на санаторному етапі реабілітації приділяється відновленню й розширенню фізичної та психічної діяльності. Медикаментозне лікування передбачає використання в основному неспецифічної терапії, а специфічна фармакотерапія на цьому етапі відходить на другий план. Харчування хворого з виразковою хворобою у фазі стійкої ремісії не слід строго обмежувати, воно повинне наближатися до раціонального, збалансованого. У санаторіях є можливість приймати хвойні, перлинні, киснево-натрієві ванни. Після такої ванни проходить втома, зникає безсоння, йдуть тривожні думки і страхи. У більшості сучасних курортних комплексів є кабінети електросну.

В умовах санаторіїв і курортів обсяг та інтенсивність занять ЛФК збільшуються. Тривалість процедури лікувальної гімнастики доводять до 25-30 хв. У заняття включають вправи для всіх м’язових груп і суглобів,

вправи з дозованим навантаженням для м'язів черевного преса, рухливі ігри та елементи деяких спортивних ігор. Слід широко використовувати прогулянки, плавання, катання на велосипеді, ходьбу на лижах, теренкур. Маршрут повинен виключати підйоми і спуски з крутизною понад 15-20°. Вирішення задач реабілітації засобами ЛФК досягається поступовістю, від простого до більш складного, систематичністю і доступністю.

Масаж широко використовується на всіх етапах реабілітації і особливо на третьому. Це зумовлено його впливом практично на всі системи організму. Так, під впливом масажу покращується скоротлива функція м'язів, збільшується еластичність і рухливість в суглобах, змінюється лімфообіг і кровообіг, функціонування нирок, дихальної і нервової системи.

Надзвичайно важлива роль на цьому етапі належить фізіотерапевтичним засобам апаратного (індуктотермія, електросон, дарсонвалізація, УВЧ, гальванізація, електрофорез, магнітотерапія) та неапаратного лікування (аеротерапія, геліотерапія, таласотерапія, грязелікування, водні процедури і ін.).

Підсумовуючи вищевикладене, маємо підстави для **висновку**, що фізична терапія при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки повинна здійснюватися на всі етапах відновлювального періоду, а її ефективність залежить від комплексного застосування реабілітаційних методів і засобів.

Література

1. Калмикова Ю. С. Комплексна фізична реабілітація при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки. Харків: ХДАФК. 2013. С. 35.

2. Калмиков С. А. Фізична реабілітація при захворюваннях органів травлення : навчальний посібник. Харків : Панов А. М., 2016. 222 с.

3. Мухін В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2005. 471с.

О. П. Вдовіна, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ АРТРОПАТІЙ КОЛІНОГО СУГЛОБУ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ

Постановка проблеми: Артропатія - недуга вторинного характеру, який проявляється різними дегенеративно-дистрофічними або запальними проявами в ураженому суглобі. Гемофілічнаартропатія характеризується змінами структури суглобів, сильним хронічним болем. Важливими етіопатогенетичними ланками процесу формування патологічних осередків у зоні суглоба є порушення імунної системи, гіпоксія та недостатня активність реакцій детоксикації. Внаслідок цього у хворих на гемофілію формуються важкі ураження суглобів, так звана гемофілічнаартропатія (ГА). При цьому переважають ураження ліктьових, колінних, гомілковостопних суглобів. Ці суглоби часто є цільовими – такими, які уражуються кровотечами понад 4-6 разів протягом 3-6 місяців.

Фактично, ураження суглобового апарату є основним чинником зниження якості життя у хворих на гемофілію [1,3].

На сьогодні оптимальне лікування артропатійколіного суглобу передбачає комбінацію медикаментозних та не медикаментозних методів, серед яких важливе місце займають заходи фізичної терапії.

Мета роботи:обґрунтувати вплив різних методів та заходів фізичної терапії на показники функціонального стану хворих на гемофілію з артропатіями, та розробити відповідну комплексну програму.

Методи та організація дослідження: Дослідження проводились на базі Київського міського гематологічного центру порушень гемостазу. Контингент дослідження склали чоловік віком 20-45 років, котрі хворіють на гемофілію"А" та "В".

Функціональний стан рухової активності осіб з гемофілією визначали за рядом тестів. Функціональні можливості колінного суглоба (тяжкість клінічних проявлень гемофілічноїартропатії) оцінювали по альгофункціональному індексу Лекена . При цьому тяжкість артрозу оцінювали як слабовиражена при сумі балів 1- 4, середня - 5-7, виражена - 8-10, значно виражена - 11-12, різко виражена - більше 12 балів .

Больовий синдром до і після лікування оцінювали за допомогою Мак - Гілловского больового опитувальника, інтенсивність больового синдрому – за допомогою комбінованої з візуально-аналогової шкали (ВАШ).

Результати дослідження .У реабілітації пацієнтів з артропатіями використовували природні та преформовані фізичні фактори й такі методики: рефлексотерапію, бальнео та грязелікування, електро-,магніто- та лазеротерапію, а також ортопедичне лікування та кінезіотерапію. Остання є важливим функціональним методом відновлювального лікування артропатій колінного суглоба, оскільки даний метод сприяє розвитку компенсаторно-пристосувальних механізмів, направлених на відновлення та покращення функції суглоба [1].

Фізичні вправи використовували в основному для великих м'язових груп нижніх кінцівок з метою покращення кровообігу в ділянці ураженого суглоба, збільшення сили м'язів, що забезпечують функцію колінних суглобів, амплітуди рухів в ураженому суглобі або суглобах, стабілізації суглоба. Розроблена програма фізичної терапії базувалася на послідовному введенні її складових із урахуванням показників сили м'язів, рівноваги, характеру порушень, рівня функціональної незалежності. Застосовувались вправи для поліпшення м'язової сили (ізотонічні, ізометричні, з подоланням опору), рівноваги та координації (різновиди ходьби, статичні та динамічні вправи з опорою та без), аеробної витривалості (циклічні вправи з встановленим часом: ходьба, велотренажер та ін.)[2].

Ефективність запропонованої програми фізичної терапії було визначено за допомогою повторного обстеження пацієнтів. Після повторного тестування пацієнти мали покращення рухової активності в суглобах, та зменшення больових відчуттів [2].

Висновки. Отримані результати підтверджують ,що використання заходів та методів фізичної терапії має важливе значення, оскільки вони направлені на стимуляцію механізмів компенсації та резервних можливостей

організму, нормалізації життєво важливих функцій хворого на гемофілію з артропатією колінного суглобу.

Література

1.Григор'єва Н.В. Новыевозможности в лечениостеоартрозаколенных и тазобедренныхсуставов. Боль. Суставы. Позвоночник. № 3(15),2014. с. 62.

2.Поворознюк В.В., Григор'єва Н.В., Баннікова Р.О. Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку. Том 4. Київ-2014.с.613-636.

3.Дедух Н.В. Артроз.Біль. Сустави. Хребет.№2(6),2012. с.

А.М. Вишинська, студентка 1 курсу
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Науковий керівник: Беседа Н.А., к. пед. н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

КОМПЛЕКС ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ДИСТОНІЇ У ДІТЕЙ 7-8 РОКІВ

Нараз особливої актуальності набуває проблема розвитку вегето-судинної дистонії (ВСД) у дітей. Зазвичай ця патологія характерна для дітей, які проживають у містах, і виявляється у віці 7–8 років та підлітковому періоді. Виникненню ВСД передують різні ускладнення під час вагітності матері та під час пологів, зокрема затяжні або стрімкі пологи, гіпоксія плода, внутрішньоутробні інфекції тощо. Велике значення в розвитку ВСД мають, психотравмуючі чинники, а саме: конфлікти в сім'ї та школі; алкоголізм батьків; надмірні інтелектуальні та психоемоційні навантаження; гіперопіка батків; педагогічна занедбаність дитини.

Напади вегето-судинної дистонії в дітей 7-8 років, або так названі вегетативно-судинні пароксизми (кризи), починаються найчастіше з головного болю, або з болю в області серця, серцебиттям, почервонінням або зблідненням шкіри. Піднімається артеріальний тиск, частішає пульс, підвищується температура тіла, хворого починає лихоманити. Може виникнути безпричинний страх. Можливі інші прояви: загальна слабість, запаморочення, потемніння в очах, пітливість, нудота, зниження артеріального тиску, брадикардія. Такі напади можуть тривати від декількох хвилин до 2–3 годин, і зазвичай проходять самі собою. Під час загострення синдрому вегетосудинної дистонії кисті та стопи стають багряно-ціанотичними, вологими, холодними, бліднуть, вкриваються плямами, шкіра стає «мармуровою». Такі фактори, як перевтома, недосипання й хвилювання провокують напади й можуть збільшити їхню частоту. Після нападу протягом декількох днів може залишитися відчуття розбитості та загального нездужання [2].

При вегето-судинній дистонії, насамперед, необхідно відкоригувати спосіб життя дитини та харчування. Раціон складають відповідно до показників артеріального тиску та загального самопочуття. Важливо:

1. Збагатити харчовий раціоні продуктами, що містять магній та калій (вівсянка, гречана крупа, шипшина, родзинки, курага, свіжі абрикоси, салат, цибуля, петрушка, морква, баклажани, квасоля, горох, горіхи тощо).

2. Для зняття спазму судин і покращення кровообігу слід вживати цитрусові, соняшникову й оливкову олії (нерафіновані).

3. Якщо тиск знижений, то в раціоні харчування мають переважати кефір, молоко, чай зелений. Крім цього, добре тонізують настоянки радіоли рожевої, елеутерококу.

4. Підтримувати водно-сольовий баланс (1,5–2 л води на день), вживати соки: яблучний, виноградний, журавлинний, апельсиновий.

5. У щоденному раціоні мають бути свіжі овочі та фрукти.

6. Приймати ванни з ефірними маслами чебрецю, ялиці, розмарину, що допоможе підняти тонус організму і позбавить від спазму судин. Для зміцнення стінок судин доцільно приймати контрастний душ.

7. Відмовитися від куріння та вживання алкоголю.

8. Нормалізувати режим дня, зрівноважуючи рівень інтелектуальної та рухової активності [1; 2].

Лікувальна дія фізичних вправ полягає в забезпеченні корекції нейрогенних порушень на рівні підкоркових утворень за рахунок вирівнювання нервових процесів збудження і гальмування. Під впливом фізичних вправ розширюються коронарні судини, розкриваються резервні капіляри, прискорюється кровообіг і збільшується ємність судин. Дозоване фізичне навантаження збільшує об’єм крові, що протікає через коронарні судини у 8–10 разів. Все це інтенсифікує трофічні процеси в серцевому м’язі, зміцнює міокард, посилює його скоротливу здатність, створює умови для відновних і регенеративних процесів у серці, попереджаючи виникнення кардіосклеротичних змін та дистрофії. М’язова діяльність стимулює периферичний кровообіг. Спостерігається збільшення кількості функціональних капілярів, розширення просвіту судин, зниження тонусу артеріол, зменшення периферичного опору кровотоку. Активізується венозний і лімфатичний обіг, що сприяє ліквідації чи зменшенню набряків, запобігає виникненню тромбоемболій, зменшує прояви недостатності кровообігу, полегшує роботу серця. З огляду на це, пропонуємо комплекс терапевтичних вправ, відображений на рис. 1.

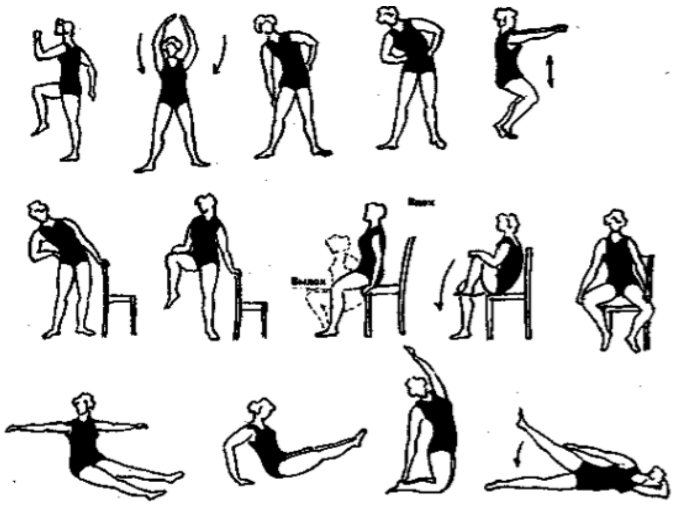

Рис. 1. Комплекс терапевтичних вправ при вегето-судинній дистонії у дітей 7-8 років

Узагальнення низки наукових розвідок вітчизняних і зарубіжних дослідників дає підстави для **висновку** про те, що для усунення проявів вегето-судинної дистонії необхідне комплексне застосування лікувальної гімнастики, масажу, дієти, фізіотерапевтичнх процедур, психотренінгу, фітотерапії, раціонального режиму праці і відпочинку. Водночас підкреслимо, що застосування комплексу терапевтичних вправ значно підвищує ефективність реабілітаційних заходів при вегето-судинній дистонії у дітей 7-8 років, а саме: підвищує адаптаційну стійкість до зміни умов навколишнього середовища; покращує настрій і загальне самопочуття; поліпшує фізичну та розумову працездатність; сприяє стійкій ремісії.

Література

1. Іванова Л. І. Методика фізичного виховання у спеціальних медичних групах. Навчальний посібник / Л. І. Іванова. — К.: ТОВ «Козарі», 2009. — 146 с.

2. Крапівіна К Реабілітація хворих на вегето-судинну дистонію засобами дихальної гімнастики йоги / К. Крапівіна, О. Мусієнко, І. Савка, С. Хома // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2006. – № 4. – С. 73-76.

Д. Є. Вовк, студентка 4 курсу
спеціальності 227 «Фізична реабілітація»
Наук. керівник: Волошко Л. Б.,к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

АКВААЕРОБІКА У ПРОЦЕСІ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Постановка проблеми.Останнім часом все частішеспостерігається збільшеннячисельностідітейізпорушеннямирозвитку опорно-руховогоапарату (ОРА). Статистика свідчить, щозахворювання ОРА

посідаютьтретємісцепіслясерцево-судинних та онкологічнихзахворювань [4]. Найбільшпоширеними з них залишаються: сколіоз, дисплазіякульшовихсуглобів, вальгусна та варумнадеформаціянижніхкінцівок, плоскостопість, кривошия та інші.

Навітьнезначнізміни у процесіформування ОРА дитиниможутьпризвести до незворотнихнаслідків та погіршитиїхякістьжиття. Особливому впливупідлягаютьдітидошкільноговіку, тому щосаме в цейперіодвідбувається перше скелетневитяжіння, яке супроводжуєтьсязмінами у кістково-м'язовійсистемі [2]. Більшістьнауковцівстверджують, що стан ОРА є критеріємпоказниказдоров'я в цілому, щовпливає на гармонійнефункціонуванняорганів і систем всьогоорганізму.

Отже, все вищезазначене зумовлює необхідність пошуку ефективних новітніх засобів реабілітації та профілактики захворювань опорно-рухового апарату почиаючи ще з дошкільного віку.

Мета дослідження – узагальнитидосвідзастосуванняаквааеробіки для дітейдошкільноговікуізпорушенням опорно-руховогоапарату.

Об'єкт дослідження – аквааеробіка дітей дошкільного віку із порушеннями ОРА.

Предмет дослідження – методика аквааеробіки для покращенняфункціонального стану ОРА дітейдошкільноговіку. Аналізостанніхдосліджень і публікацій.

Аналіз сучасних літературних джерел показав, що більшість фахівців займаються дослідженням та пошуком новітніх ефективних засобів фізичної терапії та фізичного виховання дітей з порушенням розвитку ОРА, які розглядаються в роботах Є. А. Яних (2003), В. А. Захаркіна(2007), Н. Ж. Бугакова (2010).

За даними наукових досліджень Л. С. Арзамасцева та М. Г. Семенчука,аквааеробіка є найефективнішою та доступною формою фізичної активності, яка сприяє зміцненню та злагодженому функціонуванню всіх систем організму.

Вчені М. В. Рибак, Т. А. Мініна (2009) наголошують на тому, щозаняття у водному середовищіпокращуютьрозвитоксуглобово-зв'язковогоапарату та зміцнюютьнервову систему дитячогоорганізму. Такожпропонують до аквааеробікивключатичастину занять з навчанняплаванню [3].

На думку І. А. Большакової (2005),виконаннявправ у водісприяють правильному формуванняфізіологічнихвигинів хребта та постави, а такожрозвитку таких фізичнихякостей, як гнучкість, сила та витривалість [1].

Виклад основного матеріалу. Фахівці в галузіортопедіївважають, щопоказникомгармонійногорозвиткуфізичних і моральних сил є правильнеформування опорно-руховогоапарату. Тому, однією з умов щодопрофілактики та відновленняпорушень ОРА є заняттяаквааеробікою.

Аквааеробіка – це вид фітнесу, комплекс фізичнихвправ у водіпідмузичнийсупровід з елементамиплавання та гімнастики. Вона стимулюєдіяльністьсерцево-судинної, дихальної та нервової систем

організму, збільшує силу м'язів, задіюєвроботумалім'язовігрупи, підвищуєвитривалість, покращуєгнучкістьікоординаційніздібності.

Дитинаперебуваючи у водному середовищізнаходиться у станіневагомості, за рахунокцьогополегшуєтьсявиконанняфізичнихвправ. У той же час вода створюєопір для отриманнянеобхідногонавантаження на всім'язовігрупи. Під час занять у водім'язикінцівокнапружуються і розслаблюютьсяритмічно. Виконаннястатичнихвправ у водному середовищісприяєсамовитяжінню хребта, його природному розвантаженню при одночасномузміцненнівсіхм'язовихгруп і як результат формуваннюправильноїпостави.

Аквааеробіка, сприяє зменшенню ваги тіла, оскільки зайва вага дитини теж є причиною розвитку дегенеративно-дистрофічних змін ОРА.

В основу комплексів аквааеробіки покладені прості, і в той же час різноманітні рухи (загальні, імітаційні, танцювальні та ін.), які дозволяють виразити емоційні стани, сюжети та образи. Для активізації рухів у водному середовищі та забезпечення емоційного підйому на заняттях з аквааеробіки використовують нестандартні обладнання, а саме султанчики, квіти, нудли та елементи костюмів (шапочки «рибок», «жабок», нарукавники та ін.) [1; 2].

Заняттяаквааеробікоюнаправлені на вирішення таких завдань:

- ✓ Оздоровчих: зміцнення здоров'я дітей і залучення їх до здорового способу життя; приділяють увагу формуванню правильної постави, профілактиці порушення постави, усуненню деформацій нижніх кінцівок та плоскостопості.
- ✓ Освітніх: навчання дітей узгоджувати рухи з музикою, розвивати почуття ритму; навчання виконувати руху красиво і правильно; навчання різноманітним руховим умінням і навичкам.
- ✓ Виховних: виховують потребу до здорового способу життя; сприяють розвитку музикальності, ритмічності та рухової розкутості; забезпечують розвиток і тренування всіх систем і функцій організму; виховують прагнення до активної діяльності та творчості.

Під час проведення занять з аквааеробіки використовують спеціальний інвентар: плавальні дошки, надувні дитячі кола, гімнастичні палиці, нудли, м'ячі та обручі. Цесприяєпідвищеннюінтересудітей до занять і формуємотиваціюдо здорового способужиття [3].

Також у ходіпроведення занять важливодотримуватися температурного режиму води в басейні, який повинен бути не нижче 18º С. Перед виконанням комплексу аквааеробікирекомендуєтьсяпоплавати, щобадаптуватися до водного середовища, розігрітим'язи та налаштуватися на заняття.

Заняття з аквааеробікизавждирозпочинаються з розминки. Вона потрібна для того, щобпідготуватиорганізм до основного навантаження. Даліпіслярозминки переходить до вправ на розігрівання та розтягування. Потімвиконуютьвправи основного тренувального комплексу, післяцьогопереходять до вправ, спрямованих на зміцненнясерцево-судинноїсистеми, м'язовоїсили та витривалості. У ційчастинізаняттяможнавикористовуватигантелі, манжети, пінопластовідошки та рухливіігри.

Завершуютьсязаняттясерієювідновнихвправ, якіможнавикористовувати для розминки в розтягуваннім'язів. Цієїструктури при складаннікомплексіввправдотримуєтьсязначнакількістьфахівців [4].

Тривалістьзаняттяаквааеробіки з дітьмидошкільноговіку становить 20–25 хв. Суттєву роль під час занять відіграємузичнийсупровід, який позитивно впливає на психоемоційний стан дитини, покращуєнастрій та розвиваєпочуття ритму, щосприяєчіткомувиконаннювправ.

Під час проведення занять з аквааеробікинеобхіднодотримуватисянаступнихрекомендацій:

1. Заняттяпроводитинеобхідно маленькими підгрупами.
2. При навчаннідоцільновикористовуватифронтальний метод.
3. Дітейрозміщують в шеренгу.
4. Вправививчаютьспочатку на місці, а потім – в русі.
5.На заняттіруховий режим дітей повинен бути раціональним, з урахуваннямїхвіковихособливостей та фізичноїпідготовленості [2].

Заняттяаквааеробікоюсприяютьпрофілактиціпорушеньпостави та опорно-руховогоапарату у дітейдошкільноговіку. Покращуютькоординаціюрухів, збільшують силу м'язів, забезпечуютьгармонійнийрозвитокдитячогоорганізму та поліпшуютьфізичнездоров'я, а такожсприяютьнормалізаціїнервово-психічнихпроцесів. За рахуноквиконаннявправ у водному середовищіпідвищуєтьсярівеньопірностіорганізму до застуднихзахворювань, тим самим створюючизагартовуючийефект.

Висновки. Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури засвідчили, що аквааеробіка є новітнім, ефективним засобом фізичної терапії спрямованим на профілактику та усунення порушень опорно-рухового апарату у дітей дошкільного віку, а також його гармонійного розвитку. Заняття аквааеробікою з дошкільниками сприяють зміцненню суглобово-зв'язкового апарату, нормалізації м'язового тонусу, усуненню деформацій нижніх кінцівок, покращенню діяльності серцевосудинної, нервової та дихальної систем, за рахунок виконання вправ у водному середовищі. Крім цього, аквааеробіка покращує психоемоційний стан дитини, розвиває та вдосконалює рухові та фізичні якості, а також формує стійкі мотивації до оздоровчо-фізкультурних занять та здорового способу життя.

Література

1. Большакова І. А. «Маленький дельфін». Нетрадиційна методика навчанняплаваннюдітейдошкільноговіку :посібник для інструкторів з плавання, педагогівдошкільнихустанов / І.А.Большакова. – М. : АРКТИ, 2005. – 24 с.

2. Воронова Е. К. Програманавчаннядітейплаванню в дитячому садку / Є. К. Воронова. – СПб. : Дитинство – прес, 2010. – 80 с.

3. Єремеєва Л. Ф. Навчітьдитинуплавати. Програманавчанняплаваннюдітейдошкільного та молодшогошкільноговіку / Л. Ф. Єремеєва. – Дитинство – Прес, 2005. – 112 с.

4. Жилка Н. Я. Здоров'ядітей в Україні / Н. Я. Жилка // МатеріалиВсеукраїнського форуму «Здоров'ядітей – майбутнєУкраїни». – К. :Основиздоров'я та фізична культура, 2007. – С. 4–22.

В.І. Возняк, магістр
Національний університет фізичноговиховання та спорту України

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮГАСТРОПТОЗУ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

Мета роботи – дослідити наслідки впливу гастоптозу у жінок зрілого віку та виділити можливі методи вирішення цієї проблеми за рахунокфізичної терапії.

ВООЗ закликає до термінових дій як в секторі охорони здоров'я, так і за його межами, спрямованими на поліпшення здоров'я і життя дівчаток і жінок у всьому світі протягом усього їхнього життя - від народження до похилого віку[1]. У структурі патології органів травлення одне з провідних місць займають функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту, що пов'язано з високою їх поширеністю і досягає 15-25% серед дорослого населення. Захворювання шлунка відносяться до патологій, що найбільш часто зустрічаються серед населення. Їх соціальне значення визначається не тільки поширеністю, але і хронічним рецидивуючим перебігом, яке обумовлює значну тимчасову, а часом і стійку втрату працездатності. Ускладнення, що виникають при тяжкому перебігу і несвоєчасному лікуванні, цих захворювань несуть загрозу життю хворого [2]. Гастроптоз - це стан, при якому шлунок збільшений і розташований в ненормально низькому положенні, що перешкоджає нормальній його роботі. [3] Гастроптоз може бути конституційним або придбаним. Конституційний гастроптоз відноситься до вроджених захворювань, люди страждають астенічною статурою, з рядом морфологічних особливостей будови організму. У цих пацієнтів пропорції тіла розтягнуті горизонтально, а грудна клітка вузька. Причиною придбаного протягом життя гастроптоза може бути ослаблення м'язового тонусу очеревини через розтягнення зв'язок шлунка. Цей стан може бути викликано різкою втратою ваги, видаленням пухлин в черевній порожнині, пологами, і чим більше в анамнезі пологів, тим більше ризик розвитку у жінки гастроптоза. Крім того, причиною захворювання може бути білкове голодування і гостра недостатність вітамінів [4]. Ще одна з причин - тяжка фізична робота, носіння важких предметів, непомірні заняття фітнесом (особливо - заняття з великим навантаженням). Пацієнт з гастроптозом має неоднозначні скарги, які класифікують як рефлюксоподібні (печія і відрижка), дісмобільні (здуття живота і повнота в шлунку) або виразкову диспепсію (епігастралгія) [5].

Гастроптоз коригується виконанням вправ для зміцнення м'язів живота підкерівництвом фізичного терапевта, який не тільки індивідуально має підібрати, але й навчити пацієнта, як правильно їх виконувати. Дуже корисним може бути носіння бандажу, абдомінальний масаж тапідводний масаж живота. Підводний душ-масаж - це стимулююча корисна техніка для лікування цього розладу[6]. Може використовуватись акупунктура та інші засоби рефлексотерапії [7] В комплексній програмі

фізичної терапії рекомендують застосовувати дієту з використанням частого і часткового споживання їжі, прийому страв щодня в один і той же час, збагачення меню клітковиною і білком, ретельного подрібнення і жування продуктів, рясного режиму пиття, після їжі залишатися в горизонтальному положенні близько години.

Література

1. Женщины и здоровье. Сегодняшниепроблемы и повестка дня на завтра,Всемирнаяорганизацияздоровья2009 г.
2. Ронжин И. В., Пономарева Е. А. Статистика заболеванийжелудочно-кишечноготракта: причины, симптомы, профилактика // Молодойученый. 2015. №23. С. 375-379.
3. OidaT,MimatsuK,KanoH,KawasakiA,KuboiY,FukinoN,KidaK,AmanoS.Modified Cattell's reconstructon with pancreaticogastrostomy following pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy for a patient with gastroptosis. Hepatogastroenterology. 2011 Sep-Oct;58(110-111):1796-800. DOI:10.5754/hge09382
4. Anna R, Cannata ML, Atteritano M et al. Effects of the phytoestrogen genistein on hot flushes, endometrium, and vaginal epithelium in post-menopausal women: a 1-year randomized, double-blind, placebo-controlled study. Menopause 2007; 14: 648–55
5. KusanoM[1], MokiF, HosakaH, ShimoyamaY, KawamuraO, NagoshiA, MaedaM, KuribayashiS, ZaiH, MizuideM, HorikoshiT, MoriM, AkuzawaM.Gastroptosis is associated with less dyspepsia, rather than a cause of dyspepsia, in Japanese persons. InternMed.2011;50(7):667-71. Epub 2011 Apr 1. DOI:10.2169/internalmedicine.50.4582
6. Таможанская А.В., ШалабиАбдулХафизИспользованиесредствфизическойреабилитации в комплексномлечениибольных спланхноптозом на поликлиническомэтапе. Фізичнареабілітація та рекреаційно-оздоровчітехнології 2016 № 3 С 214-218
7. Chen Z. Acupuncture treatment for gastroptosis. J TraditChinMed. 1996 Dec;16(4):304-306.

Л. Б. Волошко, к. пед. н., доцент,
в.о. завідувача кафедри фізичної терапії та *ерготерапії,*
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПРАКТИЦІПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ

Спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія» перебуває на етапі становлення, приведення нормативно-правової бази до міжнародних норм. Підтвердженням цього стало затвердження у 2018 році стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня (наказ МОН України № 1419 від 19.12.2018 р.), в якому визначено мінімальні вимоги до практичних результатів навчання майбутніх фізичних терапевтів, зокрема ПР 07 – трактувати інформацію про наявні у пацієнта/клієнта порушення за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ) та Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я дітей та підлітків (МКФДП). Знання особливостей

застосування МКФ є важливим практико-орієнтованим завданням системи підготовки цих фахівців до професійної діяльності [1].

Зазначимо, що в Україні переклад МФК був затвердженийу 2018 році (наказ МОЗ України № 981 від 25.05.2018 р.)в рамках реалізації Плану заходів із впровадження МФК (розпорядженняКМУ від 28 грудня 2017 р. №1008), у той час як Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) була схвалена у 2001 р. під час 54-ї Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. У 2007 р. була прийнята версія ICF для дітей та підлітків.

МКФ доповнює іншу відому класифікацію ВООЗ – Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ 10, 11 перегляду).Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ)(InternationalClassificationofFunctioning, DisabilityandHealth, ICF) є класифікацією компонентів функціональності та обмеження життєдіяльності [1]. Це класифікатор, що використовують в усіх розвинених країнах. В основі методології МКФ лежить холістичнамодель, що розглядаєздоров’я як результат взаємодії особистості й оточення, яке не можна оцінювати без комплексного вивчення біосоціального феномену людини.

Існують значні переваги використання МКФ для пацієнтів, так і фізичних терапевтів. МФК не є нозологічно орієнтованою, а враховує зміни в стані здоров’я без урахування причин, по факту на момент огляду. МКФ орієнтована не лише на констатацію тяжкості наслідків захворювань, у ній вперше робиться акцент на адаптивно-компенсаторні можливості організму, важливість максимального залучення інваліда до суспільного життя.

МКФ робить акцент на інтеграцію фізичних, ментальних та соціальних аспектів стану здоров'я людини. Замість того, щоб зосередити увагу на діагнозі особи, у МКФ включені всі аспекти її життя (розвиток, участь та середовище). Використання МКФ передбачає акцент на сильних сторонах окремих осіб, надання допомоги індивідам задля ефективнішої інтеграції в суспільне життя за допомогою втручань, спрямованих на підвищення функціональних можливостей, урахування факторів середовища. Девізом цього є гасло: «Врахують здібності, забудь про недієздатність».

МКФ має на меті визначити уніфіковану та стандартизовану мову та схеми опису станів здоров'я та станів, пов'язаних із здоров'ям. МКФ впроваджує визначення компонентів здоров'я та деяких, пов'язаних із здоров'ям, компонентів добробуту (зокрема, як освіта та праця). МКФ відійшла від класифікації "наслідків захворювання" та стала класифікацією компонентів здоров'я. Компоненти здоров'я визначають складові здоров'я, в той час як "наслідки" зосереджуються на впливі захворювань або інших станів здоров'я на кінцевий результат.

Класифікація виходить з того, що діагноз не розкриває функціональні можливості людини, він важливий для визначення причини та прогнозу. Проте для планування та реалізації реабілітаційних втручань потрібна інформація саме про обмеження функцій організму. Після того, як міждисциплінарна реабілітаційна команда буде мати інформацію про повсякденну діяльність, у якій клієнт/пацієнт зобов'язаний брати участь,

може бути запропонована послідовність вирішення проблеми реабілітації на основі МКФ.

МКФ складається з таких основних компонентів: функції та структура тіла (Body), діяльність (Activity, пов'язана із діями індивіда) та участь (participation – залученість у життєву ситуацію), додаткова інформація щодо тяжкості та факторів зовнішнього середовища. Базові набори МКФ (ICF CoreSets) є опорною схемою та практичним інструментом для ефективної класифікації й опису функціонування пацієнта. Класифікація ICF включає понад 1400 категорій, що обмежують її використання на практиці.

Для стандартизації та розуміння функціонування в міждисциплінарній оцінці використовують кваліфікатори. Вони дозволяють усім членам мультидисциплінарної команди кількісно оцінити масштаб проблем, навіть у тих сферах функціонування, де певний з них не є фахівцем. Без кваліфікаторів коди не мають внутрішнього значення. Погіршення або обмеження кваліфікується 0 (немає проблеми; 0-4%), 1 (помірна проблема: 5-24%), 2 (середня проблема: 25-49%), 3 (тяжка проблема: 50-95%) до 4 (повна проблема: 96-100%).Фактори навколишнього середовища визначаються кількісно у вигляді від'ємних чи додатних величин, що вказує на ступінь впливу навколишнього середовища або як бар'єра, або сприятливого фактора. Кваліфікатори оцінюють ефективність лікування та реабілітації, отже, зменшення оцінки кваліфікатора можна інтерпретувати як збільшення функціональних можливостей пацієнта.

Враховуючи складність та громіздкість МКФ у світі розроблено чимало кількісних інструментів, що спрощують її застосування, зокрема, скорочені та мінімальні базові набори МКФ, шкала оцінки інвалідності ВООЗ (WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule) 2.0) [2], опитувальник професійної реабілітації WORQ, індекс здоров’я ASAS та інші.

Отже, функціонування та обмеження життєдіяльності через МКФ розглядаються як взаємодія між навколишнім середовищем та станом здоров’я людини, і тому класифікатор створює більш інтегроване розуміння у майбутніх фізичних терапевтівтого, якефективніше планувати процес реабілітації, надавати реабілітаційні послуги для людей із хронічними захворюваннями та інвалідністю, співпрацюючи з членами міждисциплінарної команди та найближчим соціальним оточенням пацієнтів.

Література

1. Волошко Л. Б. Основні компоненти та характеристики професійної взаємодії фахівців з фізичної реабілітації / Л. Б. Волошко // Молодь і ринок. – 2017. – №9(152). – С.77-81.

2. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [електронний ресурс]. Доступ : https://moz.gov.ua/mkf

3. MeasuringHealthandDisability: Manualfor WHO DisabilityAssessment Schedule (WHODAS2.0) / ed. by T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, J. Rehm, 2010.

Л.Б. Волошко, к.пед., доцент;
Р. Р. Бельська,студентка ІІІ курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МІСЦЕ ІПОТЕРАПІЇУ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Збільшення кількості хворих з церебральним паралічем є однією з найважливіших сучасних проблем в медицині та реабілітації. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров`я, інваліди становлять 10% світового населення. Перше місце серед дітей-інвалідів посідають хворі з органічним ураженням нервової системи, а серед нозоологічних форм переважає церебральний параліч. Саме тому проблема реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП) є актуальною та соціально значущою. Нейрофізіологічні передумови для розвитку довільних рухів і ряду психічних функцій при дитячому церебральному паралічі відсутні. Знання загальних закономірностей і етапів нормального моторного розвитку дозволяє вчасновиявляти відхилення в розвитку рухових функцій і обирати адекватні шляхи їх корекції [1, 3].

На сьогоднішній день не існує чіткої системи ліквідації даної патологічної домінанти центральної нервової системи, однак є багато реабілітаційних програм, направлених на корекцію цього захворювання. Це визначає необхідність пошуку нових підходів та методів, направлених на оптимізацію відновлюваних впливів. Одним з інноваційних методів реабілітації осіб з обмеженими можливостями є іпотерапія [1].

Іпотерапія – метод лікування, заснований на взаємодії дитини з конем, адаптованим до можливостей дитини у навчанні верховій їзді.

Для дітей з ДЦП силові вправи підбираються індивідуально залежно від типу і ступеня ураження рухової системи і передбачаютьреалізаціюнаступнихзавдань: формування мотивації та адекватних психоемоційних реакцій; розвиток і вдосконалення сприйняття усіма сенсорними системами; формування вестибулярних та антигравітаційних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) та орієнтування у просторі; розвиток і стимуляція опорної й маніпулятивної функцій рук (пальців); нормалізація співвідношення нервових процесів збудження і гальмування; нормалізація м’язового тонусу: максимальне розслаблення з подальшим розтягуванням м’язів, які знаходяться у стані спастичного скорочення, і розвиток сили ослаблених м’язів – подолання слабкості (гіпотрофії, атрофії, окремих груп м’язів); розвиток і стимуляція відповідних віку рефлексів і реакцій постав; розвиток здатності довільного навантаження й розслаблення м’язів; подолання зайвих рухів; розвиток координації; профілактика розвитку патологічних компенсацій, скривлення хребта, привідного гіпертонусу стегон, патологічної постановки стоп; покращання рухливості у суглобах (профілактика й

ліквідація контрактур); корекція патологічних установок опорно-рухового апарату (кінцівок, відділів хребта); стимуляція опорної функції стоп, ходьби; розвиток здатності до самостійного пересування й самообслуговування; покращання функціональної діяльності серцево-судинної, дихальної та інших систем організму; розвиток психічної сфери і мовлення [1, 3].

Вплив іпотреапіі на організм дитини можна розділити на кілька критеріїв: зміцнення і тренування м'язів тіла пацієнта, причому особливістю впливу є те, що відбувається одночасно тренування слабких м'язів і розслаблення спастичних; зміцнення рівноваги. Цей ефект досягається через те, що під час лікувальної верхової їзди вершник прагне зберегти рівновагу протягом усього заняття; поліпшення координації рухів і просторової орієнтації, лікувальна їзда дає повноцінне відчуття руху тіла в просторі, дає можливість відчути роботу своїх м'язів; поліпшення психо-емоційного стану, підвищується рівень самооцінки особистості, дитина починає відчувати себе не хворою і слабкою, а вершником, який управляє великою сильною і граціозною твариною, яка слухається і виконує його команди. Температура тіла коня перевищує людську на 1,5-2 градуси, тому при безпосередньому контакті з конем відбувається прогрівання м'язів і суглобів ніг і тазу; у процесі верхової їзди в роботу включаються всі основні групи м'язів тіла, це відбувається на рефлекторному рівні, оскільки дитина-вершник, рухаючись разом з конем, інстинктивно прагне зберегти рівновагу, аби не впасти, тим самим спонукуючи до активної роботи як здорових, так і уражених м'язів, не помічаючи цього; в процесі верхової їзди не використовують ніяких пристосувань, що зв'язують дитину з інвалідністю. Це підвищує самооцінку особистості і додає хворим людям впевненість у своїх силах, віру в себе [2].

Характер фізичних вправ, що виконуються в ході занять, залежить від форми церебрального паралічу. Наприклад, при спастичній диплегії під час перебування на коні використовуються наступні вправи: укладання уздовж і поперек на коні; рухи руками з акцентом на супінацію, пронацію та дрібну моторику; обертальні рухи в плечових, ліктьових і променево-зап'ясткових суглобах, підйоми плечей; повороти в сторони, нахили вперед і назад з фіксацією рук у положенні «за головою» і на попереку (вправи зі зміною центру ваги тіла); розгинання в гомілковостопних суглобах, підйоми на стременах (одна вправа на одне коло руху коня) [1].

Комплекс вправ може доповнюватися такими елементами: посадка спиною вперед, їзда стоячи на стременах, їзда із застосуванням засобів управління конем. Основна увага іпотерапевта має акцентуватися на симетричності виконання вправ, їх узгодженості із здоровими кінцівками, відсутності компенсаторних рухів тулуба і голови та синкінезій [1].

Остаточних одужань хворих на ДЦП та подібних захворювань ніколи не спостерігалось, але є значні покращення в здоров'ї дітей завдяки лікування іпотерапією. Наприклад діти, які пересувалися за допомогою сторонніх засобів або за допомогою когось, вже після року занять змогли самостійно ходити, сидіти та не довго стояти, деякі змогли самостійно приймати їжу та поповнили свій словниковий запас до того, щоб повністю та самостійно висловлювати свої думки

Застосування у системі реабілітації дітей з церебральним паралічем методу іпотерапії, з урахуванням індивідуальних рухових можливостей і особливостей рефлекторних поз при прийнятті вертикального положення, сприяє погашенню тонічних рефлексів, прискорює процес формування пози, ходьби і рухової активності.

На нашу думку, подальші дослідження у даному напрямку є перспективними і необхідними. Вони мають бути пов'язані з розробкою та застосуванням найбільш ефективних корекційно-оздоровчих програм з використанням методу іпотерапії при патологіях нервової системи та опорно-рухового апарату хворих.

Література

1. Козявкин В. И. Основыреабилитациидвигательныхнарушений по методу Козявкина / В .И. Козявкин, Н. Н. Сак, О. А. Качмар [и др.]. – Львів : НВФ «Українські технології», 2007. – 192 с.
2. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000. – 559 с.
3. 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.

Л.Б. Волошко, к.пед., доцент;
В. С. Дабека, студентка ІІІ курсу спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»,
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇСИСТЕМИ

Хвороби дихальної системи за результатами останніх статистичних досліджень посідають перше місце у структурі захворюваності дітей [1]. Часті повторні респіраторні захворювання в дитячому віці становлять серйозну медико-соціальну проблему. Респіраторна функція складається з безлічі компонентів, головними з яких є: бронхіальна прохідність, дифузійна здатність, еластичні властивості легень та респіраторна м'язова функція [3].

Порушення на одному з цих етапів призводить до різних бронхо-легеневих захворювань, які можуть бути гострими, рецидивуючими та хронічними. Незалежно від етіології хвороби на слизовій оболонці розвивається запалення, в зоні якого відбуваються різкі зміни тканинного обміну, що обумовлено ушкодженням тканини та порушенням регіонарногокровотоку [2]. Тому дуже важливою є фізична реабілітація дітей з бронхо-легеневими захворюваннями з перших днів їх проявів.

Проте, звертаючи увагу на організаційно-методичні особливості програм з фізичної реабілітації ми виявили, що у багатьох рекомендаціях опускається реабілітаційне обстеження таких пацієнтів, а програма базується за даними діагнозу, рухового режиму та періоду реабілітації [2], що, можливо, можна пояснити тим, що пацієнти з гострими

захворюваннями приходить до фізичного реабілітолога за направленням лікаря з встановленим діагнозом.

Серед науково-методичної літератури, присвяченої питанням фізичної реабілітації осіб з бронхо-легеневими патологіями переважають роботи у яких надається перевага опису нових реабілітаційних програм/методик, однак практично відсутні теоретичні розробки загально-теоретичних положень процесу фізичної реабілітації при респіраторних захворюваннях. Побудова програм фізичної реабілітації і сам процес повинні враховувати, що система реабілітації дітей з захворюваннями органів дихання має багаторівневий характер у вигляді мережі установ, що забезпечують поетапне послідовне проведення відновного лікування, а основними принципами реабілітації таких хворих є ранній початок, безперервність, наступність, індивідуалізація і комплексний характер програм реабілітації з метою профілактики інвалідизації, поліпшення якості життя [2]. У цьому контексті програми фізичної реабілітації виступають як процес комплексного застосування дозованого фізичного навантаження, немедикаментозної терапії, психолого-педагогічної корекції, соціальної підтримки, що спрямований, насамперед, на підвищення загальної і місцевої резистентності (опірності) бронхіального дерева і сприяє посиленню крово- і лімфообігу, зменшенню запальних змін у бронхах, відновленню дренажної функції бронхів і механізму правильного дихання.

При фізичній реабілітаціївикористовуються гімнастичні фізичні вправи (загальнорозвиваючі, дихальні вправи, коригувальні, вправи на розслаблення), що являють собою спеціально підібрані поєднання природних для людини рухів, розділених на певні складові елементи. Істотним результатом трофічного впливу фізичних вправ є відновлення еластичності і рухливості легень. Окрім того, застосування фізичних вправ може сприяти нормалізації порушеної дихальної функції: в основі лежить перебудова патологічно зміненої регуляції. За рахунок довільного управління всіма компонентами дихального акту досягається повне рівномірне дихання, належне співвідношення вдиху і видиху й акцент на видиху, необхідна глибина дихання. Поступово формується повноцінний дихальний акт, що закріплюється в процесі систематичного тренування за механізмом утворення умовних рефлексів [2, 3].

Головне місце у процедурі лікувальної гімнастики відводиться дихальним вправам та елементам дихальних практик, оскільки їх використання патогенетичне та цілеспрямоване відносно діагнозу.

При виконанні вправ звертається увага на те, що дихання через ніс вважається правильним і викликає відносно сильний спротив на вдиху, що необхідно для постійного збудження і напруження дихальних м’язів грудної клітки і діафрагми і підтримання постійного об’єму грудної клітки [1].

Фізичні вправи у воді (гідрокінезитерапія) – одна з форм лікувальної фізичної культури, особливістю якої є одночасний вплив на організм людини води і активних рухів [3]. Занурення у воду викликає переміщення крові з периферії, збільшує кровотік в органах грудної порожнини. Перебування у воді створює опір рухам грудної клітки, кінцівкам і збільшує опір потоку повітря. За рахунок підвищення

внутрішньочеревного тиску знижується обсяг легенів, посилюється робота апарату зовнішнього дихання [2].

Стандартні методики гідрокінезитерапії, що застосовуються у санаторіях, та зміст занять мають можливість модифікуватися за рахунок: збільшення тривалості підготовчої частини заняття на суші; збільшення часу, що приділяється виконанню дихальних вправ; зменшення часу, що відводиться плаванню з пінопластовою дощечкою та іграм; зменшення тривалості процедури на перших заняттях за рахунок скорочення часу перебування у воді; введення коригувальних вправ; заміни стандартних вправ на вправи з пінопластовою дощечкою, м'ячами тощо; заміни можливості довільного дихання при виконанні певних вправ на регламентоване [2].

Лікувальна дозована ходьба застосовується у вигляді прогулянок для отримання помірної тренуючої та відновної дій, для адаптації дихальної і серцево-судинної систем до фізичних навантажень, покращення функцій органів організму та метаболізму. На дитину під час прогулянок діють кліматичні умови, сприяючи загартуванню та позитивно впливаючи на психоемоційну сферу, посилюючи оздоровчий ефект.

Рухливі ігри виконують оздоровчі, соціальні, виховні і моральні функції. Оздоровчі функції рухливих ігор полягають у тому, що вони активізують морфофункціональний розвиток органів і систем організму, покращують функції аналізаторів і протікання нервових процесів (сприяють приведенню у баланс збуджувальних і гальмівних процесів), зменшують чи ліквідують наявність дефіциту рухової активності, підвищують загальну працездатність[2]. Рухливі ігри, як і інші форми занять фізичними вправами, можуть бути включені до рекомендацій для батьків під час проведення реабілітаційних заходів вдома після виписки з санаторію.

За даними клінічного та реабілітаційного обстеження лікар з фізичним реабілітологом визначають потребу у реабілітації та реабілітаційний потенціал дітей з бронхо-легеневими захворюваннями. Це обумовлює складання плану реабілітації який включає наступні етапи: обстеження, визначення лімітуючих факторів щодо засобів та методик фізичної реабілітації, рівня знань і навичок у дітей та їх батьків щодо контролю за перебігом бронхо-легеневого захворювання та адекватного проведення реабілітації й організації занять з фізичної культури, постановки мети, цілі та завдань, визначення технології фізичної реабілітації та на її основі складання індивідуальної програми. Реалізація даної програми з постійним контролем та забезпечення пацієнта, на момент виписки, домашньою програмою фізичної реабілітації на основі даних підсумкового контролю.

Перспективи подальших досліджень передбачають обґрунтування та розробку диференційного підходу до складання індивідуальних програм фізичної реабілітації для дітей з бронхо-легеневими захворюваннями відповідно до клінічної характеристики та функціонального стану дитини на момент втручання.

Література

1. Геппе Н. А. К вопросу о дальнейшемразвитиинаучно-практическойпрограммы по внебольничнойпневмонии у детей / Н. А. Геппе, А. Б. Малахов, И. К. Волков [и др.] // Рус. мед. журн. – 2014. – № 3. – С. 188–193. 2. Герцик

А. М. Мета, цілі та завдання фізичної реабілітації: системний підхід / А. М. Герцик // Молодіжний вісник СНУ. – 2015. – № 20. – С. 121–126.
3. Івасик Н. Характеристика дітей з бронхолегеневою патологією / Н. Івасик, В. Бергтравм, І. В. Бакум // Молода спортивна наука України : Зб. наук. статей з галузі фіз. культури та спорту. Випуск. 18. – Львів, 2014. – Т.3. – С. 81–85.

Л.Б. Волошко, к.пед., доцент;
В. С. Жовновата, студентка ІІІ курсу спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»,
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК НЕВІДЄМНА СКЛАДОВА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПНЕВМОНІЇ

Пневмонія і в XXI столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено, в першу чергу, її значною поширеністю, досить високими показниками інвалідизації та смертності, а також значними економічними витратами внаслідок цього захворювання.

В Україні захворюваність дорослих на пневмонію складає 4-6 на 1 000 осіб молодого та середнього віку і 12-18 випадків на 1 000 населення старших вікових груп [4]. У структурі смертності населення від хвороб органів дихання пневмонія посідає друге місце після хронічного обструктивного захворювання легень. Смертність становить 13-15 на 100 000 населення, що складає 3% з тих, що захворіли на пневмонію [4].

Однакціпоказники не в повніймірівідображаютьрівеньсправжньоїзахворюваності і смертності. Крім того, в Українідосівідсутністатистичніпоказники по окремим видам пневмонії, що не даєможливостіпроводитивідповіднийаналіз і порівнювати наведені дані з міжнародними.

Зважаючи на зазначене вище, длясуспільства нашої країни на сьогодні проблема профілактики захворюваності та реабілітації хворих на пневмонію є досить гострою та актуальною.

Пневмонія – поліетіологічне вогнищеве інфекційно-запальне захворювання легень із залученням до патологічного процесу респіраторних відділів легень і обов’язковим розвитком внутрішньоальвеолярної запальної ексудації[3]. Вогнищевапневмонія в багатьохвипадках є смертельнимускладненням та дуже часто не діагностується при життіхворого. Дофакторівризикурозвиткупневмоніївідносяться дитячий і літнійвік, паління, хронічніхворобиіншихорганів, імунодефіцитністани, контакт з птахами, тваринами, гризунами, подорожі, холодовий фактор [3, 4].

У патогенезі захворювання виникає під час проникнення інфекції в легеневу тканину частіше бронхогенним, рідше гематогеннимаболімфогенним шляхом в результаті зниження функції системи місцевого бронхопульмонального захисту і розвитку під впливом інфекції запалення в альвеолах [1, 2]. Незважаючи на численні методи лікування вогнищевої пневмонії її терапія є складною та не до кінця вирішеною проблемою.

Пошуку механізмів вирішення проблемипрофілактики та реабілітації хворих на пневмонію присвячені праці Ю. І. Фещенко, О. А. Голубовської, К. А. Гончарова, О. Я. Дзюблик, Я. О.Дзюблик, В. В. Дмитриченко, Г. Б. Капітан, В. Я. Клягіна, Ю.М.Мостового, О. О. Мухіната ін. Незважаючи на наявні роботи, присвячені вивченню методів діагностики, профілактики та реабілітації хворих на пневмонію ця проблема далека від свого вирішення. Зокрема, недостатньо уваги приділяється програмам реабілітації на поліклінічному етапі, в той час як даний етап досить вагомий в корекції стану хворих на пневмонію; недостатньо досліджений вплив лікувальної гімнастики у профілактиці легеневих захворювань тощо.

Невід'ємною і найбільш суттєвою частиною медичної реабілітації хворих на пневмонію є лікувальна фізична культура (ЛФК), яка не тільки сприяє морфологічному та функціональному відновленню органів дихання, але й забезпечує досконалу адаптацію всього організму до звичайних для даного хворого умов побуту і праці. Призначають ЛФК ізпершихднівзахворювання, методику будуютьвідповідно до лікувального завдання. В умовахстаціонарухворомурекомендують один ізчотирьохрежимів: суворийліжковий (за необхідності), розширенийпостільний, палатний і вільний. Призначеннярухового режиму залежитьвідтяжкостіхвороби, їїперебігу, фізичноїпідготовленості хворого, наявностісупровіднихзахворювань та іншихчинників [1, 2].

Протипоказання до призначення ЛФК маютьтимчасовий характер. До них належать: загальний тяжкий стан хворого, вираженаінтоксикація, температура тілапонад 37,5 °С, сильніболі, дихальнанедостатність, тахікардія (пульс більше 100 уд/хв) [3, 4].

Основні завдання ЛФК при пневмонії такі:підвищення нервово-психічного тонусу і реактивності організму;поліпшення крово- і лімфообігу в легенях, що дозволяє прискорити розсмоктування запального ексудату та запобігти ускладненням (утворення спайок у плевральній порожнині, ателектаз, бронхоектаз);зменшення проявів дихальної недостатності;активізація тканинного обміну та окисно-відновних процесів у організмі;сприяння більш повному виведенню харкотиння;відновлення правильного механізму дихального акту (зниження напруження дихальної мускулатури, вироблення нормальних співвідношень дихальних фаз, розвиток ритмічного дихання з більш тривалим видихом, збільшення дихальних екскурсій діафрагми);розвиток компенсаторних механізмів, які забезпечують поліпшення вентиляції легень і підвищення газообміну шляхом зміцнення дихальної мускулатури та збільшення рухливостігрудної клітки[1, 2, 3, 4]. Залежновід стану хворого застосовувати ЛФК у комплекснійтерапіїхворих на пневмоніюможна на наступнийпіслякризи день абопротягом перших 2–3 днів при нормальнійтемпературітіла.

При строгомуліжковомурежимівикористовуютьстатичнідихальнівправи, при цьомущадятьураженулегеню (не поглиблюютьдихання і не збільшуютьрухливістьгрудноїклітки), елементарнігімнастичнівправималоїінтенсивності для дрібних і

середніхм'язовихгрупверхніх та нижніхкінцівок. Усівправивиконують у вихідномуположеннілежачи на спиніабонапівсидячи з високопіднятимузголів'ям. Ослабленимхворим, особливо літньоговіку, рекомендуютьпогладжувальниймасажспини (щобзапобігтилегеневимускладненням) у вихідномуположеннілежачи на здоровомубоці, а такожмасажнижніх та верхніхкінцівок [1, 2].

При розширеномуліжковомурежимі ЛФК призначають у вигляді процедур лікувальноїгімнастики і ранковоїгігієнічноїгімнастики. Заняттяпроводятьіндивідуальноабомалогруповим методом. Вихідніположення (з частоюїхзміною): лежачи на спині, на боці; сидячи на ліжку, опустивши ноги. Процедуру лікувальноїгімнастикипочинаютьізвиконанняпевних статичнихдихальнихвправ, якірозвиваютьфазивдиху і видиху, з поступовимпоглибленнямдихання. Післязасвоєнняцихвправхворийвиконуєїхсамостійно 5–6 разівпротягом дня. Вонисприяютьполіпшеннюлегеневоївентиляції, збільшеннюглибинидихання та зменшеннюйогочастоти, збільшеннюрухливостідіафрагми[1, 2].

Застосовують також гімнастичні вправи для дрібних і середніх м'язових груп ніг та рук у середньому темпі, які спочатку виконують окремо, потім їх комбінують і поступово ускладнюють.

Після виписки зі стаціонару необхідно продовжувати заняття ЛФК у поліклініці або санаторії, допоки не настане повне відновлення функції дихальної та серцево-судинної систем. Слід поступово розширювати руховий режим, збільшуючи інтенсивність загальнорозвиваючих вправ. У санаторних умовах у заняття можна вводити спортивні вправи (плавання, веслування, ходьбу на лижах, легкоатлетичні вправи тощо), спортивні ігри (волейбол, теніс) і поєднувати їх із загартовуванням.

Отже, проблема профілактики захворюваності та реабілітації хворих на пневмонію є досить гострою та актуальною. Загальними завданнями фізичної реабілітації при пневмонії є досягнення регресії оборотних і стабілізації необоротних змін у дихальній системі; відновлення й покращення функції зовнішнього дихання та серцево-судинної системи, психологічного статусу й працездатності. Реалізація цих завдань може відрізнятися залежно від нозологічної форми, особливостей і характеру перебігу пневмонії, індивідуальних особливостей пацієнта, форми й ступеня ураження дихальної системи та досягається за допомогою ЛФК.

Література

1. Григус І.М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навчально-методичний посібник / І.М. Григус. – Рівне, 2009. – 112 с

2. Епифанов В. А. Лечебнаяфизкультура и врачебный контроль: [Учебник для вузов] / В. А. Епифанов, Г. Л. Апанасенко. – М. : Медицина, 2010. – 368 с.

3. Конопкіна Л. І. Рівеньмаркерів системного запалення у хворих на хронічнеобструктивнезахворюваннялегень тяжкого перебігу у залежностівідприхильностіїх до планової терапії / Л. І. Конопкіна // Проблемиекології та медицини. – 2012. – Т. 16, № 5-6. - С. 15-18.

4. Фещенко Ю. И. Хроническое обструктивное заболевание легких – актуальная медико-социальная проблема / Ю.И.Фещенко // Українськийпульмонологічний журнал. – 2011. – № 2. – С. 6.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
О. В. Іванов, студент магістратури
спеціальності «Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕКРЕАЦІЇ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Ключове місце у лікуванні та реабілітації осіб похилого віку відводиться лікувальній гімнастиці, масажу та фізіотерапевтичним процедурам. У той же час з’ясовано, що сучасні практики недооцінюють значення активного рухового режиму в пізньому періоді онтогенезу та невиправдане обмеження обсягу рухової активності пацієнтів геронтологічного центру. У зв'язку з цим актуальною проблемою є визначення підходів до оптимізації рухового режиму таких пацієнтів з урахуванням особливостей реакції організму людей старших вікових груп на фізичне навантаження.

Метою розробленою нами методикифізичної реабілітації та рекреації пацієнтів геронтологічного центру, які, як правило, мають патології серцево-судинної системи, є: забезпечення дієвого впливу на основні механізми розвитку компенсаторно-адаптивних реакцій організму в процесі старіння, запобігання загострень супутніх захворювань.До основних завдань, що вирішуються в процесі практичного впровадження методикивіднесено: покращення функціонування серцево-судинної системи; вторинна профілактика ішемічної хвороби серця; коригування курсу медикаментозного лікування в бік його скорочення; покращення навичок самообслуговування; поліпшення психоемоційного й загального стану організму, підвищення якості життя.

Визначаючи зміст методики фізичної реабілітації та рекреації ми враховували, щорівень максимальної фізичної працездатності в осіб старших вікових груп визначається сумарним впливом максимальної продуктивності систем гемодинаміки, зовнішнього дихання та газообміну, економічністю їхньої роботи, максимальною ємністю систем енергозабезпечення, кінетикою перехідних процесів, умовами кисневого забезпечення фізичного навантаження й особливостями регуляції серцевого ритму.

Зміст методикифізичної реабілітації та рекреації пацієнтів геронтологічного центру включає дозоване систематичне поєднання ранкової гігієнічної гімнастики, індивідуальних занять лікувальною гімнастикою зі щоденним теренкуром та курсом фізіотерапевтичних процедур (повітряних ванн) під наглядом фахівця з фізичної реабілітації. Курс реабілітації – 6 місяців.Реалізація методики передбачала

індивідуальне дозування фізичного навантаження; розширення рухового режиму; підвищення психоемоційного стану; доступність запропонованих фізичних вправ і пов'язаних із їх виконанням фізичних навантажень.

Важливими є рекомендації щодо модифікації способу життя людей похилого віку: регулярне щоденне виконання фізичних навантажень, яке не супроводжується задишкою та підвищенням серцебиття;фізичні тренування – регулярне виконання ізотонічних (динамічних) навантажень помірної інтенсивності (аеробних) показане під спільним наглядом спеціаліста з лікувальної фізкультури та кардіолога.Ранкова гігієнічна гімнастика – є важливим фактором збереження і зміцнення здоров′я, сприяє швидкому переходу організму від стану сну до бадьорості, тонізує центральну нервову систему, активізує роботу всіх органів, насамперед серцево-судинної системи. Рекомендована тривалість гімнастики 10-12 хвилин, починають її з легких вправ (для розминки), потім поступово збільшують навантаження, слідкуючи за рівномірністю вдиху і видиху.

Після ранкової гігієнічної гімнастики не повинно бути ознак втоми й значного підвищення пульсу. При виконанні вправ особливу увагу слід звернути на дихання: воно повинно бути узгодженим із рухами. При розведенні рук у сторони, розгинання тулуба треба робити вдих. При зведенні рук, нахилах тулуба – видих. При виконанні вправ непотрібно затримувати дихання [1].

Методика проведення лікувальної гімнастикивключаєдотримання наступних методичних вказівок:

1) при підборі фізичних вправ надаємо перевагу вправам динамічного характеру, без статичних напружень м'язів;

2) протипоказана силова робота з моменту натужування (підняття важкого), тому, що ці вправи погіршують трофіку серцевого м'яза;

3) виключаємо із заняття вправи, що посилюють вимоги до серцево-судинної і дихальної системи (біг, стрибки), підбираємо їх строго індивідуально для кожного хворого;

4) при проведенні занять гімнастикою уникаємо частого перебування восновній стійці, яка сприяє погіршенню кровообігу в м'язах нижніх кінцівок. Під час занять чергуємо вихідні положення стоячи – сидячи, сидячи – лежачи, але голова трохи піднята; 6) особливе місце в заняттях відводимо дихальним вправам.

До змісту методики пропонується ввести теренкурза визначеним маршрутом. Проводиться теренкур у природних умовах, на свіжому повітрі, що сприяє загартуванню, підвищенню фізичної витривалості, нормалізації психоемоційної діяльності.

При призначенні теренкуру визначаємо дозування фізичного навантаження, а саме розраховуємо дистанцію маршруту, темп ходьби, кількість та тривалість зупинок для відпочинку [2].

Отже, нами визначено зміст методикифізичної реабілітації та рекреації осіб похилого віку в спеціалізованому геріатричному закладі, що включає дозоване систематичне поєднання ранкової гігієнічної гімнастики, індивідуальних занять лікувальною гімнастикою зі щоденним теренкуром, аеротерапією.

Література

1. Власенко К. Л. Роль физическойреабилитации в оптимизациисостояниябольных с заболеваниямисердечно-сосудистойсистемы / Власенко К. Л., Новосад Н. В., Параева Е. Н. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2007. – № 6. – С. 56–58.
2. Виленчик М. М. Биологическиеосновыстарения и долголетия / М. М. Виленчик. – М. : Медицина, 2010. – 325 с.

С.Р. Гаджиєв, магістр
Національний університет фізичного виховання і спорту України

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СПОРТСМЕНІВ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Травматичні пошкодження опорно-рухового апарату, що становлять 80% в загальній структурі захворюваності серед спортсменів, є однією з найбільш значущих проблем сучасної спортивної травматології та ортопедії. В останні роки спостерігається тенденція збільшення, в порівнянні з переломами кісток, травм м'яких тканин: пошкоджень м'язів, сухожиль, капсульно-зв'язкового апарату, вивихів тощо [1,4].

Травми нижніх кінцівок, особливо суглобів і сухожилків у спортсменів супроводжуються різким припиненням тренувального процесу, що призводить до руйнування вироблених систематичними тренуваннями умовно-рефлекторних зв'язків та зниження функціональних здібностей організму і всіх його систем [1,4].

Відновлення фізичної працездатності спортсменів для виконання ними високо координованих рухів з великими фізичними, психічними навантаженнями, мобілізацією всіх функціональних можливостей організму вимагає чіткої погодженої діяльності ортопедів-травматологів і фахівців з фізичної терапії [2,8].

Процес реабілітації спортсменів після травм відповідно до системи, розробленої В.Ф. Башкіровим і вдосконаленою М.І. Гершбургом, підрозділяється на три етапи: 1-й етап - медичної реабілітації, який здійснюється найчастіше в умовах стаціонару; 2-й етап - спортивної реабілітації проводиться переважно амбулаторно і 3-й етап - початкового спортивного тренування - в умовах спортивної діяльності [2,5].

Застосування заходів фізичної терапії в залежності від етапів реабілітації грунтується на дотриманні ряду загальних методичних положень, найбільш істотними з яких є наступні:

- ефективність застосування відновлювальних засобів і методів залежить від характеру і обсягу тренувальних навантажень;
- тривале використання одних і тих самих засобів і методів знижує результативність їх дії;
- комплексне застосування декількох засобів відновлення посилює загальний їх ефект;

- до засобів «локального» впливу адаптація відбувається швидше, ніж до засобів загального впливу [2,5].

При складанні алгоритму застосування засобів і методів фізичної терапії для спортсменів фізичний терапевт повинен керуватися такими рекомендаціями:

- після виконання великого за обсягом і інтенсивністю навантаження доцільно застосовувати переважно засоби загального впливу (наприклад, сауна в поєднанні з масажем і водними процедурами, бальнеологічні процедури);
- якщо навантаження припадало переважно на окремі групи м'язів (наприклад, верхніх і нижніх кінцівок, тулуба і т.д.), то ефективніше застосування «локальних» впливів (наприклад, сегментарно-рефлекторний масаж, точковий масаж, вібромасаж і т.п.) в поєднанні з локальними фізіотерапевтичними процедурами [2,5].Етап медичної реабілітації спрямований на відновлення анатомічної цілісності зони пошкодження, ліквідацію запального процесу в цій зоні, інтенсифікацію процесу регенерації і до кінця етапу - відновлення порушених в результаті травми функцій. Основними засобами на даному етапі реабілітації є різні види терапевтичних вправ, масаж, фізіотерапевтичні процедури.

Другий етап - етап спортивної реабілітації спрямований на відновлення спортивної підготовленості травмованих спортсменів. Спеціальними засобами цього етапу є терапевтичні вправи різної спрямованості, за своєю специфікою, обсягом та інтенсивністю. Терапевтичні вправи підбираються з урахуванням клінічних показників, поставлених цілей і відповідно до спеціалізації спортсмена. На початку етапу використовуються вправи, спрямовані на відновлення загальної працездатності, створюються основи базової підготовки, потім поступово підключаються вправи для розвитку основних фізичних якостей і засоби спеціальної фізичної підготовки. До кінця етапу використовуються тренажери і спортивні снаряди, тредбани різних систем і т.п [2,5]

Третій етап - початкового спортивного тренування спрямований на повне відновлення спортивної працездатності, набуття спортивної форми, повернення спортсмена до повної тренувальної та змагальної діяльності [2,5].У ряді робіт, присвячених реабілітації футболістів, легкоатлетів, борців, процес початкового спортивного тренування здійснювався в два періоди: адаптаційно - підготовчий і спеціально-підготовчий [1,2,6].

Для забезпечення виконання поставлених завдань в процесі реабілітації спортсменів після травм слід дотримуватися основних принципів:

- правильне визначення вихідного реабілітаційного потенціалу травмованого спортсмена. Необхідно виявити справжні реабілітаційні можливості травмованого спортсмена і, грамотно поставити цілі;
- засоби фізичної терапії повинні застосовуватись якомога раніше, для того щоб патологічна домінанта не стала провідною в ЦНС, а можливості тканин до регенерації істотно не знизилися;
- в процесі реабілітації використовується комплекс засобів і методів фізичної терапії. У їх число входить безліч лікувально-відновлювальних засобів, особливо на перших етапах відновлення, в

подальшому більший обсяг починають займати педагогічні заходи при обов'язковій участі засобів психологічної корекції.

- наступний фактор - специфічність процесу відновлення, тобто всі використовувані засоби, методи, етапи, періоди фізичної терапії повинні бути пронизані специфічністю впливу. Не може бути однакового алгоритму відновлення навіть після однаковою травми для легкоатлета, футболіста і борця;
- побудова відновного процесу має враховувати спортивну спеціалізацію травмованого спортсмена і мати виборчий, спеціалізований, характер;
- величина впливу повинна бути адекватна стану спортсмена, обладати тренуючим ефектом, підвищувати його функціональні можливості і в той же час не бути зайвою і не завдати шкоди організму. Це може бути досягнуто лише за допомогою побудови раціонального процесу реабілітації і правильного дозування планованих для спортсмена впливів.
- для визначення величини впливу і реакції організму необхідна система контролю за процесом відновлення, яка і дозволить здійснювати послідовну і ефективну відновлюваність порушених функцій і знижених внаслідок травми фізичних якостей і рухових навичок [3; 7].

Література

1. Блоховітін П. В. Відновлення хрестоподібних зв’язок у системі хірургічного лікування нестабільності колінного суглоба : автореф. дис. … канд. мед. наук / П. Блоховітін. – Х., 2014. – 20 с.
2. Инагамджанов Т. И. Реабилитация больных при повреждениях коленного сустава / Т. Инагамджанов // Спортивная травма. – М., 2011. – С. 28–35.
3. Королев А.В. Физическая реабилитация пациентов после артроскопических операций на коленном суставе / А. Королев [и др.] // Скорая мед.помощь. – 2013. – Спец. вып. – С. 48–51.
4. Котельников Г. П. Посттравматическая нестабильность коленного сустава / Г. Котельников. – Самара: Дом печати, 2008. – 184 с.
5. Миронов С. П. Повреждения связок коленного сустава / С. Миронов, А. Орлецкий, М. Цыкунов. – М.: Лесар, 2009. – 208 с.
6. Самойлов В. В. Реабилитация больных после артроскопии коленного сустава / В. Самойлов, М. Бубенко, В. Ермаков // Скорая медицинская помощь. – 2003. – С.73-75.
7. Edson C. Postoperativerehabilitationofthe multiple-ligament reconstructedknee / C. Edson// Oper. Tech. Sports Med. – 2013. – №11. – P. 294–301.
8. Harrelson L. H. Knee rehabilitation / L. H. Harrelson // Physicalrehabilitationoftheinjuredathlete. – NewYork, 2015. – P. 267–343.

А. Гітун., студентка групи 301 пГЗ
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Наук. керівник: Гордієнко О.В.,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФОРМИ М’ЯЗОВИХ ДИСТРОФІЯХ ТА ЇХ ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ

М’язові дистрофії – це різнорідна група спадкових захворювань нервової системи, які клінічно характеризуються вираженою слабкістю і виснаженням м'язів і розвиваються в дитинстві. Існує дві найбільш поширені форми м'язової дистрофії: м'язова дистрофія Дюшенна (GBA Duchenne) і м'язова дистрофія Беккера (PEBecker).

М'язова дистрофія Дюшенна є найбільш важким різновидом зазначених генетичних порушень, зустрічається приблизно у 1 з кожних 10 хлопчиків. Виражена форма м'язової дистрофії Дюшенна виявляється до кінця перших 5 років життя сильною м'язовою слабкістю, яка до 10-12 років призводить до необхідності користуватися кріслом-коляскою. Ця слабкість прогресує до настання смерті хворого у віці приблизно 20 років. Хлопчики, хворі м'язовою дистрофією Дюшенна, народжуються нормальними, ранні рухові функції розвиваються у них вчасно. Однак у таких хворих нерідко затримується розвиток здатності до ходьби, і першими симптомами м'язової слабкості є незграбність і відставання в розвитку від однолітків. Слабкість починається з м'язів тазового пояса, потім поширюється на плечовий пояс.

Важливою клінічною ознакою цієї хвороби служить збільшення литкових м'язів, пов'язане зі слабкістю і зване псевдогіпертрофії. Збільшення м'язового обсягу спочатку обумовлено потовщенням м'язових волокон, а пізніше, у міру атрофії м'язів, зростанням обсягу жиру і сполучної тканини. Патологічні зміни відзначають також в серце, у хворих може розвинутися серцева недостатність або аритмія. Хоча в головному мозку немає чітко виражених структурних змін, все ж при м'язової дистрофії Дюшенна порушуються пізнавальні здібності. Причому у деяких пацієнтів це настільки виражена, що може йти мова про розумову відсталість. У перші 10 років життя у пацієнтів підвищений рівень сироваткової креатінінкінази, який, однак, повертається до норми на більш пізніх стадіях захворювання. Смерть настає внаслідок дихальної або серцевої недостатності, а також легеневої інфекції.

Близько 30% хворих м'язовою дистрофією Дюшенна виявляють нові мутації. В інших випадках жінки, які є у відповідних сім'ях обов'язковими носіями генетичного дефекту, зазвичай не мають жодних клінічних симптомів. Правда, у них підвищений рівень креатінінкінази, а в біоптатах з скелетної мускулатури виявляють мінімально виражені гістологічні ознаки міопатії. В останні роки отримано безліч молекулярно-генетичних і біохімічних даних, що пояснюють деякі сторони патогенезу та діагностики м'язової дистрофії Дюшенна. Ген, відповідальний за цю аномалію, має величезні розміри (2,5х10 * 6 пар основ, що містять більше 80 екзонів). Він локалізується в районі Хр21, що кодує білок з масою 427 kD, який називається дистрофіна. Величезний розмір гена значно ускладнює генетичний аналіз, але все ж стало відомо, що велика частина мутацій представлена делеціями, а інша частина аберацій забезпечується зрушеннями рамки зчитування і точковим мутаціями.

За допомогою імуногістохімічних досліджень (із застосуванням забарвлених антисироваток до дистрофина), а також використання полімеразної ланцюгової реакції показано, що в нормальних м'язових волокнах дистрофії зазвичай прилягає до антисарколемальних. Разом з тим

в біоптатах, отриманих з м'язів хворих, знайдено мінімальну кількість дистрофина.

М'язова дистрофія Беккера обумовлена тим же генетичним локусом, що і попереднє захворювання. Однак ця дистрофія зустрічається рідше і протікає легше, ніж м'язова дистрофія Дюшенна. Хвороба настає в більш пізньому періоді дитинства або підлітковому віці. Вона розвивається повільніше, але з різним темпом прогресування. У багатьох пацієнтів майже нормальна тривалість життя. Ураження серця зустрічаються рідко. Хоча взаємозв'язок між м'язовою дистрофією Дюшенна і Беккера на підставі клінічних проявів передбачалася давно, алельних характер аберацій при цих двох захворюваннях встановлений в даний час з переконливістю.

При м'язової дистрофії Беккера теж виявлені мутації гена дистрофічна. У хворих виявлений білок з аномальною молекулярною масою, що відображає наявність мутацій, що призводять до синтезу дистрофина.

Гістологічними змінами, спільними для м'язових дистрофійДюшенна і Беккера, є:

- зміни діаметра м'язових волокон (через наявність як маленьких, так і гігантських, іноді розщеплених, волокон);
- збільшення кількості внутрішніх ядер (вище нормального рівня 3%);
- дегенерація, некроз і фагоцитоз м'язових волокон;
- регенерація м'язових волокон;
- проліферація сполучної тканини ендомізія.

При м'язової дистрофії Дюшенна також нерідко визначаються збільшені, закруглені і гіалінізованої волокна, що втратили свою нормальну поперечну смугастість. Їх вважають занадто сильно скоротилися волокнами. Такі випадки рідкісні при м'язової дистрофії Беккера.

У хворих обома видами м'язової дистрофії вражені волокна обох типів, причому різниця в розподілі цих типів в ураженій м'язової тканини не виявлено. При м'язової дистрофії Дюшенна не завжди вдається визначити типи волокон за допомогою гістохімічних реакцій. На пізніших стадіях м'язи поступово і майже повністю заміщаються жиром і сполучною тканиною, набуваючи вигляду, який принципово не відрізняється від такого на кінцевій стадії інших важких м'язових уражень. Якщо до процесу залучається серцевий м'яз, то в міокарді розвивається інтерстиціальний фіброз, що має більш виражений характер в субендокардіальних шарах. Незважаючи на клінічні ознаки порушення функції головного мозку, які-небудь певні нейропатологіческіх аномалії при м'язових дистрофіях не описані.

Міотонічна дистрофія, або міотонія – це патологічний стан м'язів, що виражається в їх мимовільному скороченні і стійкому скруті розслаблення. Це основний нейром'язовий симптом зазначеного захворювання. Хворі часто скаржаться на важкість при рухах і труднощі при розслабленні м'язів, наприклад при рукостисканні.

Не рідко приступ міотонії може бути викликаний за допомогою поколачивания по піднесенню великого пальця, Захворювання починається в пізньому періоді дитинства з утруднень ходи, вторинних по відношенню до слабкості задніх згиначів стоп. Потім слабкість поширюється на глибокі м'язи кистей і розгиначі запястьев. Пізніше розвиваються атрофія м'язів обличчя і птоз (опущення верхньої повіки, обумовлене ураженням м'язи, що піднімає віко). Це призводить до характерного зовнішнього вигляду обличчя. Практично у кожного хворого міотонічною дистрофією виявляють катаракту (часткове або повне помутніння кришталиків очей зі зниженням гостроти зору аж до повної його втрати).

Оскільки захворювання успадковується за аутосомно-домінантним типом, воно має тенденцію до більш важкого перебігу і більш раннього прояву в наступних поколіннях. Такий феномен називають антиципацією. Міотонічна дистрофія може проявлятися у вигляді вродженої слабкості, і тоді вона пов'язана зі спадковістю по материнській лінії. Хвороба відрізняється важкою симптоматикою, вродженої лицьовій диплегией (двостороннім паралічем мімічної мускулатури, обумовленим гіпоплазією клітин ядра лицьового нерва), труднощами при їжі і дихальною недостатністю.

І.С. Гордієнко, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ВПЛІВ ВЗУТТЯ НА ПЛОСКОСТОПІСТЬ ТА РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДБІР ВЗУТТЯ

Плоска стопа зустрічається як у дітей, так і у дорослих. Зазвичай склепіння стопи формуються на протязі перших десяти років життя, але у багатьох людей воно залишається не сформованим. Однозначної думки, щодо причини плоскостопості немає, та є підтвердження тому, що взуття може бути одним з факторів.

З раннього віку батьки приділяють увагу ногам своїх дітей, а, особливо, взуттю, яке часто можна побачити у немовлят, які ще не ходять. Ніхто з батьків не замислюється над тим, як взуття впливає на подальший розвиток стопи дитини. Та носіння взуття не впливає на правильний розвиток стопи немовля.

У журналі хірургії кісток та суглобів (Індія) було опубліковано дослідження, в якому розглядали вплив взуття на розвиток склепіння стопи у дітей. Результати показали, що діти, які носили взуття, у три рази частіше мали плоскостопість ніж діти, які ходили без взуття. Було досліджено 2300 дітей віком від 4 до 13 років. Захворюваність на плоскостопість серед дітей, що носили взуття, склала 8,6% по зрівнянню з 2,8% серед тих, хто не носив взуття. Плоскостопість найчастіше зустрічалась серед дітей, у яких були слабкі зв’язки та які носили закрите

взуття, рідше у тих, хто носив відкрите взуття, і майже відсутність захворювання у групи дітей, які не носили взуття. З цих фактів можна зробити висновок, що носіння взуття у ранньому віці має негативний результат для здорового формування стопи.

З віком, біль у стопах, яка пов'язана зі взуттям, може бути важливим фактором для розвитку не лише плоскостопості більш складних стадій, але і бути причиною розвитку захворювань ОРА. Нажаль, ця тема є не досить дослідженою. При лікуванні плоскостопості приділяють увагу структурі і констатації захворювання, але дуже малу увагу приділяють тому, в якому положенні і в чому знаходиться стопа під час руху. Нові дослідження показують, що мала ортопедія та взуття для ніг можуть зіграти велику роль у лікуванні суглобів стегна, коліна та стоп.

Біомеханічні дані вказують на те, що ортопедичне та спеціалізоване взуття може змінювати м'язову активність і характер ходи, при цьому зменшується навантаження на суглоби. За новими даними ортопедичне та спеціалізоване взуття може мати гарне не хірургічне втручання при лікуванні не лише плоскостопості, а і ревматичних захворювань.

З усього вище сказаного можна зробити висновок, про важливість правильного вибору взуття.Для цього слід дотримуватись наступних рекомендацій: якщо у взутті є можливість дістати устілку, вийміть її і станьте на неї. Устілка має відповідати розмірам вашої стопи. Якщо устілка не відповідає природній формі вашої стопи, то таке взуття не забезпечить правильну підтримку для вашої стопи. Внутрішня устілка має бути на 0,5-0,7 мм довша від найдовшого пальця на стопи. Це забезпечить достатньо місця для того, щоб тримати пальці ніг рухомими, враховуючи зміни розміру стопи під час ходи. Взуття слід купувати в кінці дня: в кінці дня стопа збільшується у розмірах, тому куплене ввечері взуття буде більш зручне.

Проте, якщо зміна взуття не допомагає, то гарним варіантом є ортопедія (зйомні пристрої, які носять всередині взуття, які розроблені спеціально для зменшення неправильного руху ніг або зняття в них хворобливості). Ортопедія допоможе виправити перенапругу під час кроку, також зможе виправити супінацію, додавши додаткову подушку для полегшення амортизації.

Таким чином, можна зробити висновок про важливість вивчення впливу взуття на плоскостопість та інші захворювання ОРА , правильність вибору взуття для уникнення чи корекції ортопедичних порушень, уникнення больового синдрому у стопах та вдосконалення роботи стопи.

В.П. Григор'єва, магістр
Національного університету фізичного виховання та спорту України

РОЛЬ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ В АДАПТАЦІЇ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Фізичне навантаження вимагає істотної зміни інтенсивності метаболічних процесів не тільки в серці і скелетних м'язах, але і у всьому організмі, що супроводжується значними змінами секреції і концентрації ряду гормонів [1; 4].

Реакція ендокринної системи на фізичне навантаження залежить від його інтенсивності, від фізичного стану організму людини, часу доби та інших умов. Ендокринна реакція вище у вечірній час із значними відмінностями в рівні кортизолу і пролактину і менш вираженими відмінностями в рівні гормону росту. З урахуванням всіх цих факторів фізичне навантаження розглядається як факультативний стресор. Структурні зміни при фізичному навантаженні починаються з мобілізації ендокринної функції, і в першу чергу системи «гіпоталамус – гіпофіз – наднирники». Гіпоталамус перетворює нервовий сигнал реального або майбутнього фізичного навантаження в гормональний сигнал, в зв'язку з чим посилюється секреція глюкокортикоїдів [7].

Глюкокортикоїди підвищують стійкість організму до фізичного навантаження. Під час м'язової роботи невеликого обсягу гормональна функція кори надниркових залоз практично не змінюється, під час великого за обсягом навантаження відбувається мобілізація цієї функції. Неадекватні, надмірні навантаження викликають пригнічення цієї функції кори надниркових залоз, що є своєрідним захистом організму, який попереджає виснаження його функціональних резервів. Раціональне фізичне навантаження, що не викликає перенапруження, призводить до підвищення стійкості гормональної функції кори надниркових залоз [5, с. 8].

Під час систематичних занять фізичними вправами ендокринна функція кори надниркових залоз змінюється за правилом економізації, тобто при однаковій інтенсивності навантаження у тренованої людини буде виділятися менше глюкокортикоїдів, ніж у нетренованої.

Катехоламіни (адреналін і норадреналін), які виділяються мозковим шаром надниркових залоз, сприяють збільшенню енерговиробництва, підсилюють мобілізацію глікогену печінки і скелетних м'язів; стимулюють ключові ферменти гліколізу, глікогенолізу, ліполізу; стимулюють скоротливу функцію серця, полегшують нервово-м'язову передачу і збільшують силу скорочення в скелетних м'язах [4, с. 25]

Таким чином, гормони надниркових залоз сприяють формуванню комплексу адаптивних реакцій, спрямованих на підвищення стійкості клітин і тканин організму до дії фізичного навантаження. Адаптивним ефектом володіють тільки ендогенні гормони. Екзогенні стероїдні гормони можуть викликати серйозні функціональні розлади (зниження імунологічної стійкості, затримка синтезу і прискорення розпаду білків, навіть, психічні розлади).

У функціях мозкового і коркового шарів надниркових залоз в процесі адаптації до фізичного навантаження складаються нові взаємини обопільної корекції.

Адаптація до фізичного навантаження в значній мірі залежить від гормональної активності щитовидної залози. Підвищення продукції тироксину і трийодтироніну призводить до посилення енергетичних витрат на виконання м'язової роботи. При цьому різко зростає можливість

перевтоми і перетренування. Підвищена активність щитовидної залози у спортсменів в стані спокою сприяє прискоренню пластичних процесів [2].

Механізм впливу гормонів щитовидної залози на енергетичний метаболізм у осіб з різним судинним тонусом неоднаковий. У нормотоніків посилення функції щитовидної залози під час впливу дозованого фізичного навантаження досягається за рахунок збільшення виділення біологічно більш активного трийодтироніну, а у гіпертоніків – за рахунок тироксину [6].

Між функціями щитовидної залози і надниркових залоз в процесі м'язової роботи складаються складні відносини взаємного контролю. Під час м'язової роботи, що супроводжується посиленим потовиділенням, посилюється виробництво альдостерону. Внаслідок цього різко знижується виведення з сечею натрію, чим компенсуються значні втрати альдостерону, викликані потовиділенням. Посилення секреції альдостерону оберігає організм від істотних змін вмісту натрію і калію в плазмі крові, що має велике значення при тривалих фізичних вправах (марафонський біг). В процесі тренування на витривалість знижується рівень тестостерону, але при цьому не змінюється або знижується рівень естрадіолу [3].

Адаптація організму до різних факторів середовища буває двох видів – термінова і довготривала.

Отже, у тренованих людей спостерігається менший ріст секреції глюкагону, зниження секреції інсуліну і його концентрації в крові в спокої, зниження інсулінової реакції на введення глюкози, вуглеводну їжу і м'язове навантаження. Дані зміни інсулінового обміну пов'язані з підвищенням чутливості до гормону скелетних м'язів і інших тканин, що обумовлено як зростанням чутливості інсулінових рецепторів, так і збільшенням ефективності пострецепторних внутрішньоклітинних процесів, що запускаються інсуліном. Означені зміни відіграють позитивну роль в дії тренованості на жировий обмін, а також в попередженні ожиріння і розвитку атеросклерозу, оскільки зниження секреції інсуліну у відповідь на вуглеводну їжу зменшує стимуляцію в печінці синтезу тригліцеридів, особливо ліпопротеїнів низької щільності [8].

Можемо підвести підсумки, роль гормонів в руховій активності та заняттях спортом є дуже вагомою, тому актуальним є подальше вивчення впливу ендокринної системи на механізм виникнення стресових реакцій організму в період змагань, при перетренуванні і виділення ключових чинників в програмуванні занять з рухової активності (таких, як інтенсивність, кратність і тривалість), які можуть бути оптимізовані з метою створення більш досконалих тренувальних програм та швидкого відновлення спортивної працездатності при ендокринних розладах.

Література

1. Эндокриная система, спорт и двигательнаяактивность. Перевод с англ. / под ред. У.Дж. Кремера и А.Д. Рогола. – Издательство: Олимп.литература, 2008.

2. Меерсон Ф. З. Адаптация к стрессорнымситуациям и физическимнагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. – М., 1988. – 256 с.

3. Мельников А. А. Реологическиесвойства крови, половыегормоны и кортизол у спортсменов / А. А. Мельников, А. Д. Викулов // Физиологиячеловека. – 2004. – Т. 30. – № 5. – С. 110-120.
4. Речкалов А. В. Спортивнаяэндокринология : учебноепособие / А. В. Речкалов, О. Л. Пшеничникова. – Курган: Изд-во Курганскогогос. ун-та, 2007. – 86 с.
5. ТепперменДж. Физиологияобменавеществ и эндокриннойсистемы. Вводный курс: пер. с англ. / Дж. Теппермен, Х. Теппермен. – М. : Мир, 1989. – 656 с.
6. Тигранян, Р. А. Гормонально-метаболический статус организма при экстремальныхвоздействиях / Р. А. Тигранян. – М. : Наука, 1990. – 288 с.
7. Фомин Н. А. Физиологическиеосновыдвигательнойактивности / Н. А. Фомин, Ю. Н. Вавилов. – М. : Физкультура и спорт, 1991. – 224 с.
8. Angus D. J. Plasmaglucosekineticsduringprolongedexerciseintrainedhumanswhenfedcarbohydrate / D. J. Angus, M. A. Febbraio, M. Hargreaves // Amer. J. Physiol. 2000. Vol. 283. – № 3. – P. 573-577

А. Давидов, студент групи 301пГЗ,
Наук. керівник: Беседа Н.А., к.пед.н., доцент,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ НЕВРОЗАХ

Виникнення неврозів серед сучасного населення спричинене низкою соціальних чинників. Стреси, які виникають, першими провокують людину до появи неврозів. Лікувати неврози потрібно із застосуванням реабілітаційних засобів. Нині утверджується реабілітаційний напрям, стрижнем якого є поетапне, відновне комплексне лікування захворювань і ушкоджень, зокрема, й нервової системи.

Одним із реабілітаційних засобів відновлення організму людини при неврозах є лікувальна фізична культура. Вона поліпшує якість лікування, запобігає можливим ускладненням при захворюванні, прискорює відновлення системи і органів, тренує і загартовує організм, повертає працездатність, зменшує ймовірність інвалідизації. Адже, неврози являють собою захворювання, які виникають внаслідок гострого або тривалого перенапруження нервової системи, перевтоми, порушення режиму праці і відпочинку, перенесених психічних травм та інших захворювань, вони розвиваються частіше під впливом тривалого впливу психогенних факторів, у той час як реактивні психози – у результаті гострої, сильної психічної травми.

Неврози є зворотними патологічними порушеннями, які пов’язані з функціональними, а не органічними порушеннями в організмі. Для неврозів характерні розлади сну, головний біль, що виникає при розумовому, фізичному і емоційному напруженні, може виникати запаморочення або нудота. Згодом може виникнути прискорення частоти пульсу, або його зниження артеріального тиску, підвищення або зниження пітливості.При лікуванні неврозів найчастіше застосовують комплексну терапію: індивідуальну або групову психотерапію; відпочинок; вилучення

із середовища, що спровокувало захворювання; медикаменти; лікувальну фізичну культуру; масаж. Проте, найефективнішою є лікувальна фізична культура.При розробці програми застосування лікувальної фізичної культури при неврозах слід враховувати наступні методи:

1. Релаксацію – метод, за допомогою якого можна частково або цілком позбутися фізичної та психічної напруги.
2. Концентрацію – передбачає виконання спеціальних вправ на зосередження уваги.
3. Аутогенне дихання – свідомо керуючи подихом, людина має можливість використовувати його для заспокоєння, знання напруги, як м'язової, так і психічної.
4. Аутогенне тренування – це вплив визначених розумових установок людини на зміну власних уявлень, переживань, відчуттів та інших психічних процесів, а також на стан окремих систем організму з конкретною метою.

Ефективність занять з лікувальної фізкультури для хворого на неврози визначається на підставі цілого комплексу показників і їх динамічних змін як на окремому занятті, так і протягом всього періоду фізичної терапії, а також на підставі показників функціональних проб нервової системи(проба на швидкість активних рухів, координаторна проба, проба Ашнера, Дермографізм), антропометричних даних і показників фізичної підготовленості(ходьба під метроном, метання в ціль тощо). Фізичні вправи стимулюють у хворих різні фізіологічні механізми, взаємодія яких порушена внаслідок захворювання, допомагають врівноваженню внутрішнього середовища організму із зовнішнім середовищем, що сприяє оздоровленню.

Результати фізичної терапії досягаються найкраще у санаторних умовах, де хворі багато часу перебувають на свіжому повітрі та можуть за показниками поєднати кліматотерапію з різними видами фізіотерапії: електроводолікуванням,бальнеотерапію та ін.

Отже, неврозами називаються реактивні стани, виникнення яких пов'язане з довгостроково існуючої психогеннотравмуючою ситуацією, що викликає постійну психічну напругу. У розвитку неврозів велике значення мають особливості особистості. Тому виникнення неврозу залежить від структури особистості й характеру ситуації, що внаслідок індивідуальних особистісних властивостей виявляється вибірково травмуючою і здається нерозв'язаною.

Література

1. Соколовський В.С. Лікувальна фізична культура: [Підручник]/Соколовський В.С. – Одеса: Одес.держ. мед. ун-т- 2005 – 487с.

2. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих з травмами й захворюваннями нервової системи/ Марченко О.К. – Київ: Олімпійська література, 2006. – 195с.

І.Р. Дідич, магістрантка;
А. В. Панковець, магістрант;
О.К.Ніканоров, д.фіз.вих., доцент

Національний університет фізичного виховання
і спорту України

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ТРАВМАХ У ПРОФЕСІЙНОМУ ЖІНОЧОМУ СПОРТІ

Вступ. Кількість травм у спорті на даний час становить 9-18 % у загальній структурі травматизму [1].У жіночому аматорському та професійному спорті це обумовлено зростанням вимог до результативності та великою конкуренцією [2, 4]. Через підвищений травматизм жінки-спортсменки високого класу вимушені пропускативід 7до 45 %тренувальних занять тавід 5до 35 %змагальнихстартів з причинипрофесійних захворювань ітравм[1, 3]. Середня кількість спортсменок, що потребують стаціонарного лікування через отриману травму, становить близько 10%, і більше 5% травмованих потребують оперативного втручання [2]. Одночасно з необхідними медичними заходами якісно спланована та ефективно реалізована комплексна програма фізичної терапії є запорукою відновлення спортсменок та повернення їх до професійної діяльності [3]. Тому науковий інтерес становлять, зокрема, застосування сучасних протоколів фізичної терапії, спрямовані на зниження посттравматичних та післяопераційних ускладнень, скорочення загальних строків відновлення, профілактику травм, підвищення якості та ефективності відновлення рухової функції, специфічних рухових якостей та спеціальних навичок спортсменки.

Мета дослідження – наукове обґрунтування методів фізичної терапії, що застосовуються при травмах, набутих у професійному жіночому спорті.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення зарубіжної та вітчизняної спеціальної науково-методичної літератури з питань фізичної терапіїжінок-спортсменок з пошкодженням опорно-рухового апарату.

Результати дослідження. Існує тісний зв'язокміж величиноютаспецифічноюспрямованістю спортивнихнавантажень –з одного боку,іхарактеромзахворювань ітравм, отриманих у спорті,– з іншого.Локалізація спортивних травм у різних видах спорту теж є специфічною. Наприклад,для нижніх кінцівокнайбільш травмонебезпечнимвидомспорту єфутбол,дезагальна кількістьпошкодженьдосягає76,7%, для верхніх–спортивна гімнастика,показник якої – 54,5% [3]. Верхні і ніжні кінцівки отримують найбільше навантаження при зайнятті професійним спортом.

Потреба у відновлюваних заходах після травми пов’язана з тим, щотривале обмеженнярухової активності, відсутність навантажень,судинні та іншізміни призводять до гіпотрофіїм'язів,обмеження рухливості в суглобах,порушення трофічних процесівукінцівках.Істотнізміни також виникаютьі вдіяльності органівсерцево-судинної системи: погіршується кровообігу ділянцітравмиу зв'язкуз виникаючимрефлекторнимнапруженням м'язівуцій зоніта розвиткомконтрактури.

Зберігаючибагато рис, властивих фізичній терапії хворих-неспортсменок, терапіяспортивних травмдужеспецифічна,перш за все,за кінцевоюметою –відновленняспецифічнихфізичних якостей інавичок,щовимагає іншихформорганізації, засобів і методів відновлення [3].На думкувітчизняних та зарубіжних авторів, завданням фізичної терапіїжінок-спортсменок є відновленняяк загальної,такіспеціальної фізичної працездатності.

До зниження основних руховихякостей,спеціальних навичокі порушеннятехнікирухових дійвобраному видіспорту веде стандетренованості, який неминучеслідує затривалимвідновнимпроцесом.

Засоби відновлення у комплексних програмах фізичної терапії спортсменок є різноманітними. Комплексно впливаючи на різні механізми регуляції організму спортсменки (гуморальні, імунні, нервові, функціональні), вони вірогідніше «потраплять у ціль». Широкийспектрфізіотерапевтичнихібальнеологічнихзасобів, такі як модифікаціїмасажу (пневмо-, гідро-,вібромасаж, класичний ручний,точковий, сегментарно-рефлекторний тощо), ортопедичні засоби(у томучислі спеціальніортези), лазеро-ірефлексотерапія,баротерапія,психорегуляція, взаємно підсилюють та доповнюють дію один одного на організм спортсменки [1].

Автори [1, 3], виходячи зі спрямованості впливу використовуваних засобів, рекомендують групувати їх у комплекси, що сприяють:

1) відновленню функції травмованого сегмента опорно-рухового апарату;

2) відновленню загальної працездатності (функціонального стану організму, фізичних якостей);

3) відновленню спеціальної працездатності;

4) відновленню рухових умінь і навичок;

5) реалізації підтримки рівня працездатності, зняття втоми.

6) відновленню психологічного стану та стійкості спортсменки;

Якщо показники рухової функції відновлюються до рівня не менше 90 %, реабілітаційний процес завершується, та спортсменка повертається до тренувальних занять.

Висновки: 1.Підтримання загальної та спеціальної фізичної працездатності є головним завданням фізичної терапії спортсменок у професійному спорті, одночасно з відновленням анатомо-функціональних властивостей пошкодженого сегмента.

1. Сучаснапатогенетично-обґрунтованафізична терапіяжінок-спортсменок ігрових видів спортуз травмамиопорно-рухового апарату насамперемає диференціюватисявзалежності від механізму травми, характеру пошкодження, термінів репаративної регенераціїушкоджених тканин, етапу та періоду відновлення,атакожспецифікиобраного виду спорту.

Література

1. Арьков ВВКомпенсаторныемеханизмынервно-мышечногодисбаланса у спортсменоввысокойквалификацииВВ Арьков, МН Алфимов, ТФ Абрамова, ТМ Никитина. Биомедицина. 2011 № 2:58-65.

2. Йоргенсен У Роль правил и судейства в профилактике травм. Спортивныетравмы. Основныепринципыпрофилактики и лечения. У Йоргенсен. К. Олимп.лит. 2002:184-189.

3. Калинкин ЛАПрофилактика спортивного травматизма. ЛА Калинкин, ВВ Арьков, ОН Миленин. Медицина и спорт. 2005№3:25-27.

4. Ренстрем ПАФХ.Спортивныетравмы. Клиническая практика предупреждения и лечения ПАФХ Ренстрем. К.: Олимп. лит.; 2003. 431 с.

М.Ю. Дубатовка, магістр
Національний університет фізичного виховання та спорту України

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПІДВІСНОЇ СИСТЕМИ REDCORD, ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОШКОДЖЕННЯМ ОБЕРТАЛЬНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА

Актуальність. Серед всіх патологій великих суглобів травми плечового суглоба (ПС) складають до 55%. Пошкодження обертальної манжети плечового (ОМП) суглоба є одним з найбільш частих порушень опорно-рухового апарату. За частотою воно займає третє місце (16%) після захворювань хребта (23%) і колінного суглоба (19%). Частота розривів обертальної манжети варіює від 5% до 39%. З віком частота розривів збільшується і становить 6% в осіб молодше 60 років і 30% старше 60. Неповні розриви ОМП зустрічаються частіше (13%) повні (7%). Найчастіше симптоматичні розриви зустрічаються в домінантній руці, і лише у 28% пацієнтів захворювання зустрічається в недомінантній кінцівки. Двостороннє пошкодження зустрічається в 36% випадків. Складна будова ПС і тісне розташування анатомічних елементів призводить до того, що навіть невелике ушкодження одного з них, залучає в патологічний процес інші суглобові структури, а це, у свою чергу, сприяє прогресуванню анатомо-функціональних змін обертальної манжети плеча та елементів субакроміального простору.

Заведено виділяти дві основні сприятливі фактори виникнення пошкодження обертальної манжети: зовнішні та внутрішні. Зовнішні виникають при здавленні м'язів обертальної манжети (ОМ) при різних положеннях руки, а також в результаті травми. Внутрішні причини — це дегенеративні зміни в самому сухожиллі.

Крім цього, сухожилля обертальної манжети плеча пошкоджуються в результаті травми. Однак травма не є основним механізмом пошкодження цієї структури.

У зв'язку з недостатньою поінформованістю про цю патологіюхворі довго і безуспішно лікуються амбулаторно, не потрапляють до полюзору досвідчених ортопедів і фізичних терапевтів, здатних вчасно діагностувати проблему і почати відновлення структур та функцій кінцівки. Діагностика, лікування та реабілітація ушкоджень обертальної манжети ПС досить трудомісткі, що підтверджується тривалими термінами непрацездатності.

На сьогодні відома велика кількість реабілітаційних програм та методик, що використовуються в різних центрах чи клініках, однак ще недостатньо досліджені застосування фізичної терапії, масажу,працетерапії,кінезетерапії,механотерапії, фізіотерапевтичних процедур для повного відновлення пошкоджень ротаторної манжетиплеча.

Однак, наслідки перенесеного артроскопічного втручання можуть супроводжуватися функціональними порушеннями в плечовому суглобі, такими, як гіпотрфія m. supraspinatus, m. subscapularis, m. Infraspinatus, m.teresminor,тугорухливість внаслідок іммобілізації. Тому особливу увагу треба звернути на засоби фізичної терапії, направленні на ліквідацію, функціональних порушень плечового суглобу, та зменшення болю.

З ціллю практичного підтвердження ефективності реабілітаційних заходів було проведено порівняльний аналіз результатів артскопічногое лікування надостьового м'язу у тематичних пацієнтів.

Методи дослідження. В дослідженні брали участь 28 чоловіків, в віці 30-40 років, в відновлювальному періоді (2-5 тиждень) після артроскопічноголікування ротаторної манжети. Всі чоловіки мали скарги на больові відчуття, зменшення амплітуди руху в плечовому суглобі. Всі пацієнти були розділені на контрольну групу (КГ), n=14 та основнугрупу (ОГ), n=14.

Заходи фізичної терапії для пацієнтівтривали 4 тижні. Пацієнти з КГ маликомплексний підхід, який в свою чергу включав комплекс домашніх фізичних вправ для відновлення амплітуди руху, активацію м'язівm.supraspinatus, m.subscapularis, m.Infraspinatus, m.teresminor, фізіопроцедури, міофасціальний масаж, мануальні техніки (Малліган). Пацієнтам в ОГ крім цього передбачалися вправи на системі Redcord.

Результати дослідження.Об'єктивна оцінка динаміки показників між обома групами хворих після застосування реабілітаційних впливів підтвердив ефективність запропонованихзаходів фізичної терапії. При повторному обстеженні хворих виявлено зниження рівня больовихвідчутт, збільшення амплітуди руху, та покращення функціональних можливостей в обох групах.

За результатами тестування вОГ повністювідновили амплітуду руху81% чоловіків. Коли у КГ лише 36% відновилиповну амплітуда руху. За оцінкою інтенсивності болю, в ЕГ больові відчуття зменшилася до 0-2 балів з 8 балів за візуально аналоговою шкалою (VAS), в КГ до 3-4 балів з 6-8 балів за шкалою VAS.

Висновки.Досвідклінічного використання підвісної системи Redcord є потужним інструментом для відновлення, після пошкодження обертальної манжети плеча**.** Пацієнтиосновноїгруппи показали позитивні результати повідновленню,у порівнянні з контрольноюгруппою.Система Redcord дає можливість більш ефективно активізувати роботу м'язів, збільшити амплітуду руху в суглобі та збільшити їх силу.

Література

1. Архипов С.В. Посттравматическаянестабильность, заболеваниеротаторнойманжеты плечового сустава у спортсменов и лицфизического труда : авто-реф.дис ... д- рамед.наук. - М., 1998. - 48с.

2. Bennell K. Physiotherapymanagementofhiposteoarthritis. J Physiother. 2013; 59(3):145–157.

3. Прудников О.Е. Оперативноелечениеповрежденийротаторнойманжеты плеча /О.Е. Прудников // Ортопедиятравматология и протезирование.-1988.-No3.- С.53-58

І.О. Жарова, д.фіз.вих, доцент;
А.С. Берднікова
Національний університетфізичного виховання і спорту України

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ ТАНЦЕТЕРАПІЇ

На сьогоднішній день порушення енергетичного обміну є серйозною медико-соціальною і економічною проблемою сучасного суспільства і відноситься до числа найбільш поширених хронічних захворювань,яке представляє серйозну загрозу стану жіночого здоров'я із-за підвищеного ризику супутніх захворювань, що призводять до ранньої втрати працездатності та високої смертності жінок [1].Порушення енергетичного обміну призводить до змін у всіх внутрішніх органах і є причиною багатьох захворювань органів і систем, у тому числі сприяє розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, жовчнокам'яної хвороби, безпліддя, перинатальної патології, раку молочної залози[2, 5].

В науковій літературі широко обговорюються механізми лікувальної дії фізичних вправ на здоров’я людей, що страждають порушенням енергетичного обміну, однак, досі не розглядався взаємозв'язок анаеробних фізичних навантажень та методів танцетерапії для жінок першого зрілого віку із порушенням енергетичного обміну. Незважаючи на великий інтерес закордонних науковців до вивчення анаеробних фізичних навантажень у методі танцетерапії – як механізму лікувальної дії при порушенні енергетичного обміну у жінок, досліджень, присвячених даній проблемі не виявлено.

Вивченнянауково-методичноїлітератури показало, що при лікуванніпорушення енергетичного обміну в 95% випадків не вдається на тривалий час знизитимасутіла, більшістьпацієнтокповертаються до початкової ваги протягом року [5].Незважаючи на те, що в останнірокиістотнозмінилисяпринципикомплексноїтерапіїпорушень енергетичного обміну, їх ефективністьзалишаєтьсянадзвичайнонизькою, зважаючивідсутністю системного підходу до цієїпроблеми, відсутностічіткихалгоритмівдіагностики і лікуванняжінокпершого зрілого віку.

Тим самим методи лікування жінок з порушенням енергетичного обміну повністю не є задовільними. Деякі з них, можна виконати тільки в умовах стаціонару, що значно зменшує можливість їхнього широкого використання в житті.

В наш час існує багато методів фізичної терапії при порушенні енергетичного обміну, але мало уваги приділяються методам танцетерапії. Вони є недостатньо висвітленні в науковій літературі, що не дає змогу впровадження цих методів в реабілітаційних установах для людей з порушенням енергетичного обміну. Як свідчать дані наукової літератури, фізичне навантаження для осіб із порушенням енергетичного обміну призначається у всіх доступних формах, підбір яких повинен відповідати віковим та індивідуальним особливостям жінок[1, 3, 4]. У зв'язку з цим, розробка програми фізичної терапії із використанням методів танцетерапії є актуальною.

На підставі даних літературних джерел, нами було розроблено програму фізичної терапії із використанням методів танцетерапії для жінок першого зрілого віку із порушенням енергетичного обміну. Виходячи з мети дослідження, ця програма ґрунтується на дидактичних принципах і принципах фізичної терапії, базується на організаційних та методичних основах процесу лікуваннята профілактики жінок з порушенням енергетичного обміну.

Вона відрізняється від стандартних програм комплексним підходом до вирішення проблеми фізичної терапіїжінок з порушенням енергетичного обміну, головнимзавдання якої полягає не тільки в нормалізації фізіологічної ваги жінок, але і профілактики, наслідків при даній патології, а також включає в себе загальні та організаційно-методичні компоненти.

В програму фізичної терапії були включені такі заходи:кінезитерапії із різноманітним застосуванням форм і засобів фізичної терапії та танцтерапії;фізичні методи лікування;дієтотерапії(раціональне харчування з обмеженням їжі, багатої на вуглеводи та жири); масаж (загальний і місцевий);бальнеотерапія (прийом мінеральної води).

*Основною формою*проведення занять було заняття ФТ.

Заняття ФТ поділялося на 5частин — підготовча (вступна), аеробна частина, заминка,силова (партерна),релаксація і стретчинг.

Впровадження комплексної фізичної терапіїжінок першого зрілого вікувідбувалося за наступними руховими режимами : 1) щадному, 2) щадно–тренувальному і 3) тренувальномуруховому режимі.

Заняття за експериментальною методикою провадили 3 рази на тиждень, тривалістю 25-45 хвилин. Елементи танцетерапії включалися в кожне заняття в процентному співвідношенні 20 % на щадному руховому режимі, 35% - щадно-тренувальному руховому режимі , 55% від усього часу занять на тренувальному руховому режимі.

Засоби і форми фізичної терапії застосовувалися з метою вирішення наступних *завдань*: максимальне відновлення порушених функцій організму, відновлення рухових навичок і підвищення рівня фізичної працездатності на основі максимального розвитку функціональних можливостей організму.

В основу побудови програми був використаний принцип поступового зростання навантаження з широким використанням загальнорозвиваючих, дихальних вправ і вправ, які залучають до роботи

м'язи черевного преса, верхніх і нижніх кінцівок, також елементи та вправи танцетерапії.

Заняття танцтерапією проводились в вигляді макроциклов, які поділялися на два періоди: початковий, або підготовчий, і основний. Загальне фізичне навантаження має бути субмаксимальне і індивідуалізоване відповідно до функціональних можливостей організму. Для більшої ефективності різні форми танцтерапії чергують протягом дня. Тривалість кожної процедури лікувальної танцетерапії від 5 до 45-60 хв.

Загальний комплекс програми основувався на застосуванні наступних вправ:загальнорозвиваючі вправи (фізичні вправи для дрібних і середніх груп м'язів);дихальні вправи (статичні і динамічні);спеціальні вправи (вправи з елементами танцетераії, циклічні вправи аеробного характеру);вправи з предметами і на снарядах (з використання фітбола).

Таким чином, під час розробки та впровадження комплексноїпрограми фізичної терапіїжінок першого зрілого віку нами було використано усі можливі та ефективні засоби, форми та методи фізичної терапіїітанцтерапіїв сукупності, утворюючи тим самим корекційну і оздоровчу функцію.

Література

1. Жарова І. О. Фізична реабілітація при первинному екзогенно-конституціональному ожирінні у підлітків : монографія /І. О. Жарова. – К. :Саммит-книга, 2015. – 312 с.

2. Дедов И. И. Обучениебольныхожирением (Программа) / И. И. Дедов, С. А. Бутрова, Л. В. Савельева. – М.: Медицинскаялитература, 2010.–167с.

3. Новик А. А. Руководство по исследованиюкачестважизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб.: Нева, М.: ОЛМА – ПРЕСС, 2002. – 321 с.

4.Прокудина, И. Обоснованиеэффективностиоздоровительныхпрограмм на тренажёрах для женщинпервогозрелоговозраста с избыточноймассойтела/ И. Прокудина// МатериалыШ научно-исследовательскойконференцииУниверситета, Киев, 12- 14 апреля2000 г. –Киев: Олимпийскаялитература, 2000. –С. 78-84.

5. Шутова, В.И., Ожирение, или синдром избыточноймассытела/ В.И. Шутова, Л.И. Данилова// Медицинскиеновости. –2004. –№ 7. –С. 41-47.

І.О. Жарова, д.фіз.вих, доцент
А.А. Лиховід
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ПОРУШЕННЯМ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

Надлишкова маса та ожиріння є п’ятим за значущістю фактором ризику смертності в світі. Щонайменше 2,8 мільйона дорослих людей щорічно вмирають через зайву масу тіла та ожиріння. Крім того, зайвою вагою та ожирінням зумовлено 44 % випадків діабету, 23% випадків ішемічної хвороби серця і від 7 % до 41 % випадків деяких видів раку. Надлишкова маса тіла та ожиріння, що вважалися раніше характерними для країн з високим рівнем доходів, тепер одержують усе більше

поширення в країнах з низьким і середнім рівнями доходів, особливо в містах. У країнах, що розвиваються, дітей з надлишковою масою налічується більше 30 мільйонів, а в розвинених — 10 мільйонів [1].

Бурхливе зростання поширення ожиріння в останні десятиліття, мабуть, не може бути пов'язане зі змінами генетичної структури людини за настільки короткий період. Воно зумовлено значними змінами способу життя населення [3]. Проспективні епідеміологічні дослідження харчової поведінки жителів США продемонстрували, що за останні 15 років значно знизився рівень рухової активності у дітей і підлітків [2]. Вивчення рухового режиму школярів показало, що майже 80 % учнів, які мають надлишкову масу тіла, обмежувалися фізичними вправами на уроках у школі й тільки 20–25 % додатково займалися у різних спортивних секціях. Що ж до харчування, то слід відмітити, що все більшу частину раціону становить бутербродне харчування, «фаст-фуди» і висококалорійні продукти, рекламовані по телебаченню.

В осіб зі зниженою руховою активністю, навіть при нормальному споживанні їжі в умовах гіподинамії, знижується здатність до окиснення жиру, що призводить до його відкладання [4]. Гіподинамія, поряд з надлишковим споживанням жиру, супроводжується зниженням транслокації транспортерів глюкози (ГЛЮТ — 4) у м'язових клітинах і на сьогодні розглядається не тільки як фактор, що призводить до інсулінорезистентності, а й як причина розвитку хронічного неінфекційного захворювання — ожиріння [1,4].

Розвитку надлишкової маси тіла та ожиріння, а також пов'язаних з ними неінфекційних захворювань, до яких можна віднести порушення вуглеводного обміну, значною мірою можна запобігти. Сприятливі навколишні умови та суспільство мають вирішальне значення для формування вибору людей, визначаючи як найбільш прийнятний (наявний, доступний та прийнятний за вартістю) вибір більш здорових продуктів харчування та регулярної рухової активності й, тим самим, перешкоджаючи розвитку ожиріння.

Таким чином, великий і багатогранний комплекс гострих питань, пов'язаних із порушенням енергетичного обміну, давно перестав бути сугубо медичним і придбав глобальний, загальнолюдський характер через стійкість і складність порушення функцій, що супроводжуються тривалою та, найчастіше, стійкою втратою працездатності, які ставлять реабілітацію даного контингенту в ряд найважливіших соціально-економічних проблем.

Згідно із даними літератури ми визначили, що найбільш ефективним способом створення "добового калоричного дефіциту" є незначне зниження калорійності харчування та підвищення РА. Таким чином, підвищення енергозатрат було важливим чинником лікування ожиріння, особливо якщо вдавалося позбутися навичок щодо їжі. На думку ряду авторів [4, 5], найефективнішими фізичними вправами, спрямованими на збільшення енергетичних витрат і, як наслідок, зниження маси тіла осіб, які страждають від ожиріння, є: 1. *Гімнастичні вправи* (ГВ) для різних м'язових груп по черзі з дихальними вправами (ДВ) із обтяженням і без. Під час виконання таких вправ жирова тканина змінюється на м'язову. 2.

Циклічні вправи аеробного характеру, вправи на витривалість, вправи для активізації жирового обміну.

Комплексне лікування, спрямоване на збільшення енергетичного обміну та зниження маси тіла, нормалізації вуглеводного обміну ґрунтувалося на застосуванні певних засобів фізичної терапії та елементів комплексної терапії, та проводилося за трьома руховими режимами (РР): щадний руховий режим; щадно-тренуючий руховий режим; тренувальний руховий режим. У кожному випадку призначаючи руховий режим, його калорійна вартість була такою, щоб у сумі з енергетичними витратами організму загальна енергетична вартість на добу на 1000–1500 ккал перевищувала калорійність дієти.

Тривалість щадного режиму 1,5-2 місяці. *Засоби фізичної терапії,* які використовували в режимі: ФВ; природні та преформовані фактори природи. *Форми проведення занять*: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), лікувальна гімнастика (ЛГ), лікувальна ходьба.

Комплекс ЛГ припускав застосування таких груп вправ: *загальнорозвиваючі вправи* (фізичні вправи для дрібних і середніх груп м'язів); *дихальні вправи* (статичні та динамічні); *спеціальні вправи* (циклічні вправи аеробного характеру (лікувальна ходьба, прогулянки 1–2 км на день, темп 60–70 кроків·хв$^{-1}$); *вправи із предметами та на снарядах* (вправи із гімнастичною палицею, вправи з обтяженням (500 г)).

Використовували вихідні положення – лежачи на спині, сидячи, стоячи. Темп виконання вправ – повільний і середній. Кількість повторень вправ – 4-6 разів. Тривалість заняття в цьому режимі становила 25–30 хвилин. Щільність заняття – 50–60 %. Кратність занять – 3 рази на тиждень. Метод проведення занять: малогруповий, інтервальний.

На щадно-тренуючий руховий режим пацієнтів переводили на шостому–восьмому тижні від початку лікування, за відсутності скарг, при хорошій переносимості фізичних навантажень і адаптації серцево-судинної системи до навантаження щадного рухового режиму. *Засоби фізичної терапії*, що використовували в режимі: ФВ; природні та преформовані фактори природи. *Форми проведення занять*: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), лікувальна гімнастика (ЛГ), лікувальна ходьба.

У режимі використовували: статичні та динамічні *дихальні вправи,* дихальні вправи із затриманням дихання; *загальнорозвиваючі вправи* (фізичні вправи для дрібних, середніх і великих суглобів і м'язових груп динамічного та статичного характеру); *спеціальні вправи*: циклічні аеробні вправи (ходьба, прогулянки 2–3 км, темп 70–80 кроків на хвилину); статичне напруження м’язів (В. п. — лежачи на спині, 4–6 с); вправи з обтяженням, силові вправи для м’язів плечового пояса, спини, живота та нижніх кінцівок (при 1–3 серіях повторень окремих вправ, 5–12 разів, груз — 1–2 кг); вправи на розслаблення м’язів; вправи на координацію (з коротким плечем важеля); вправи із предметами та на снарядах (гімнастичні палиці, гімнастична стінка, медицинболи).

Фізичні вправи в цьому режимі виконували у середньому та швидкому темпі. Кількість повторень вправ − 6–10 разів. Тривалість заняття — 30–40 хвилин. Щільність заняття ЛГ — 60–70 %. Кратність — 3

рази на тиждень. Метод проведення занять — малогруповий, інтервальний.

На тренувальний режим рухової активності (амбулаторний етап) переводили пацієнтів за умови адаптації до навантажень попереднього режиму Тривалість режиму становив 2–3 місяці. *Засоби фізичної терапії,* які використовувалися в режимі: ФВ; природні та преформовані фактори природи; механотерапія. *Форми проведення занять* кінезитерапією: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба.

У *процедурі ЛГ* застосовували: вправи на координацію та рівновагу; вправи із предметами та на снарядах (гімнастичні палиці, еспандери, фітболи, медицинболи, м'ячі, гімнастична стінка тощо); вправи на механотерапевтичному обладнанні (велоергометр); вправи з обтяженням, силові вправи для м'язів плечового поясу, спини, живота та ніг (при 2–3 серіях повторень окремих вправ 8–12 разів, груз – 2–3 кг); вправи на розслаблення м'язів тощо.

Фізичні вправи виконували в середньому та швидкому темпі. Кількість повторень — 8–14 разів. Щільність заняття — 60–70 %. Тривалість заняття — 40–45 хвилин, 3 рази на тиждень. Метод проведення заняття — індивідуальний, малогруповий, консультативний, коловий.

Література

1. Аверьянов А. П. Ожирение у детей и подростков: клинико-метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений :дис. … док. мед. наук / А. П. Аверьянов. – Саратов, 2009. – 384 с.

2. Гинзбург М. М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М. М. Гинзбург, Г. С. Козупица, Г. П. Котельников. – Самара, 1997. – 48 с.

3. Дедов И. И. Обучение больных ожирением : программа / И. И. Дедов, С. А. Бутрова, Л. В. Савельева. – М. : Медицинская лит., 2010. – 167 с.

4. Жарова І. О. Фізична реабілітація при первинному екзогенно-конституціональному ожирінні у підлітків : монографія /І. О. Жарова. – К. :Саммит-книга, 2015. – 312 с.

5. Медицинская реабилитация: рук-во для врачей / под ред. В. А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.

І.О. Жарова, д.фіз.вих, доцент;
М.Р. Лошак, магістр
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ПЛОСКОСТОПІСТЮ

Сьогодні обстановка в Україні, як і в більшості країн світу, характеризується прогресивним зниженням «здоров’я нації» як інтегративного показника фізичного, психічного та соціального здоров’я громадян[1]. За останні 10 роківв 2,2 рази поменшавсявідсотокумовно здоровогонаселенняісклав35 % [2,4].

Надзвичайноширокепоширеннямożливих і різноманітнихзахворювань, травматичних, психоемоційних та іншихпорушень, дисбалансів і дисфункцій, багато в чому, зумовленопатогенним способом життясучасних людей: гіподинамією, порушенням режима і якостіхарчування, стресами, хронічноювтомою, наявністюшкідливихзвичоктощо[3].

Зміни у режиміхарчування та руховоїактивності, пов'язані з поширеннямнадлишкової ваги та ожиріння, часто відбуваютьсявнаслідокекологічних і соціальнихзмін, пов'язанихізрозвитком.

Надлишковамаса та ожиріння є п'ятим за значущістю фактором ризикусмертності в світі. Особливутривогувикликаєрозвитокожиріння у ранньомувіці. Так, 2010 року близько 40 мільйонівдітей у віці до 15 роківмалинадлишковумасу, абоожиріння.Крім того, зайвою вагою та ожирінням зумовлено 44 % випадків діабету, 23% випадків ішемічної хвороби серця і від 7 % до 41 % випадків деяких видів раку та 46% випадків порушень опорно-рухового апарату (ОРА).

Актуальність питань і необхідність в профілактиці порушень ОРА, зокрема плоскостопості, у дітей не втрачає своєї гостроти до теперішнього часу, так як частота цих патологічних станів неухильно зростає. Так, у дошкільному віці плоскостопість виявлено– у 15–17 % дітей, у сім років - уже в 33 % (кожна третя дитина) [1].

Вивчення науково-методичної літератури показало, що нині сучасна система реабілітації дітей з ортопедичною патологією передбачає використання різних засобів та методів кінезітерапії, де особливе місце відводиться гімнастичним та спортивно-прикладним вправам, спрямованим на зміцнення м'язів, що формують склепіння стопи. У запобіганні виникнення плоскостопості також важливу роль відіграють різні види комплексної терапії: масаж, фізіотерапія, бальнеотерапія, ортопедичні технології [4].

Водночас багато питань кінезітерапії при плоскостопості при наявній зайвій масі тіла нині вивчені ще недостатньо. Наукового обґрунтування потребує застосування комплексної терапії у суворій відповідності до динаміки перебігу відновлювальних процесів і характеру сполученої патології. Деякі автори вказували на зв'язок зайвої маси тіла із деформаціями стоп, але не наводили даних, що достатньою мірою розкривають цю суть. Незважаючи на велику практичну значущість, до теперішнього часу ще недостатньо робіт, присвячених фізичній терапії дітей зі сполученою патологією (плоскостопість та надлишкова маса тіла), а також дослідженню впливу фізичної терапії на стан стопи у дітей середнього шкільного віку з плоскостопістю та надлишковою масою тіла.

Для побудови програми фізичної терапії та обґрунтування застосованих засобів нами було проведено аналіз літератури, вивчено причини та фактори що впливають на розвитокхвороби тематичних пацієнтів.

Відмінними рисами запропонованої програми є: одночасний вплив на м'язи і зв'язки стопи та енергетичний обмін; використання

запропонованих фізіотерапевтичних засобів з урахуванням біомеханічних особливостей нижніх кінцівок та компонентного складу маси тіла.

В програму фізичної терапії, яку було розроблено для дітей середнього шкільного віку нами були включені такі *заходи*:фізичні вправи (ФВ); лікувальний масаж (класичний та сегментарний, самомасаж); фізіотерапія;гідрокінезітерапія;бальнеотерапія.

Завданнями запропонованої нами програми фізичної терапії для дітей середнього шкільного віку надлишковою масою тіла та плоскостопістю були: поліпшення функціонування ССС і дихальної системи; збільшення базального метаболізму або енерговитрат спокою; посилення обмінних і ліполітичних процесів; корегування деформацій і зменшення сплощення склепінь стопи; відновлення порушених функцій; створення м'язового корсету; підвищення сили, витривалостф м'язів нижніх кінцівок; відновлення трофіки м’язів;покращення діяльності функціональних систем організму;уповільнення прогресування порушень постави та плоскостопості, попередження виникнення ускладнень;загальнозміцнюючийта психоемоційний вплив на організм.

*Основною формою*проведення занять було заняття ФТ.

Заняття ФТ поділялося на 3 частини — підготовча (вступна), основна, заключна.

ФТ проводилась за 2 руховими режимами – щадно-тренуючий та тренувальний –, що відрізняються один від одного руховою активністю, моторною щільністю, направленістю та засобами фізичної реабілітації, підібраними відповідно до характеру патології.

Основні задачі щадно-тренуючого режиму: зменшення маси тіла за рахунок жирового компонента; зміцнення серцевого м'яза, нормалізація судинного тонусу; розширення функціональних можливостей дихальної системи; корекція деформацій ОРА; формування фізіологічного поздовжнього та поперечного склепінь стопи; тренування координації та рівноваги, розвиток м’язово-суглобного почуття; підвищення загальної працездатності.

У режимі використовували:статичні та динамічні *дихальні вправи*, дихальні вправи із затриманнямдихання;*загальнорозвиваючі вправи*(фізичні вправи для дрібних, середніх і великих суглобів і м'язових груп динамічного та статичного характеру);*спеціальні вправи* (циклічні аеробні вправи (ходьба, прогулянки 2–3 км, темп 70–80 кроків на хвилину);статичне напруження м’язів (В. п. — лежачи на спині, 4–6 с);коригуючагімнастика; вправи з обтяженням, силові вправи для м’язів плечового пояса, спини, живота та нижніх кінцівок (при 1–3 серіях повторень окремихвправ, 5–12 разів, груз — 1–2 кг));вправи на розслаблення м’язів;вправи на координацію (з коротким плечем важеля);вправи із предметами та на снарядах (гімнастичні палиці,гімнастична стінка, медицинболи).Фізичні вправи в цьому режимі виконували у середньому та швидкому темпі.Кількість повторень вправ − 6–10 разів.Тривалість заняття — 30–40 хвилин.Щільність заняття ЛГ — 60–70 %.Кратність — 3 рази на тиждень.Метод проведення занять — малогруповий, інтервальний.

Основні задачі тренувального руховогорежиму: досягнення оптимально припустимих величин зниження маси тіла; розширення функціональних можливостей основних систем організму; підвищення адаптаційних можливостей організму; корекція деформацій ОРА; підвищення рівня фізичної працездатності; поліпшення якості життя.

Даний режим характеризувався розширенням числа засобів та методів ФТ: вправи на координацію та рівновагу;вправи із предметами та на снарядах (гімнастичні палиці, еспандери, фітболи, медицинболи, м'ячі, гімнастична стінка тощо); коригуючагімнастика;вправи на механотерапевтичному обладнанні (велоергометр); вправи з обтяженням, силові вправи для м'язів плечового поясу, спини, живота та ніг (при 2–3 серіях повторень окремих вправ 8–12 разів, груз – 2–3 кг);вправи на розслаблення м'язівтощо.Метод проведення занять груповий.Тривалість заняття в середньому складає 40-50 хв.Кількість повторів вправ 8—16 раз.Темп виконання вправ середній. Вихідне положення — лежачи на спині та животі,лежачи на боці, в упорі стоячи на колінах, сидячи, усі положення стоячи.

Література

1. Жарова І. О. Фізична реабілітація при первинному екзогенно-конституціональному ожирінні у підлітків : монографія /І. О. Жарова. – К. :Саммит-книга, 2015. – 312с.
2. Кравчук Л. Д. Особливості застосування засобів фізичної реабілітації хворих на екзогенно-конституціональну форму ожиріння та плоскостопість / Л. Д. Кравчук, І. О. Жарова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2010. – № 3. – С. 139–143.
3. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає в* організації, формуванні напрямів досліджень, аналізі, обговоренні фактичного матеріалу і теоретичному узагальненні.
4. Медицинская реабилитация : рук-во для врачей / под ред. В. А. Епифанова. – М. :МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
5. Письменский В. В. Физиолого-биомеханическое обоснование коррекции функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата у детей и подростков: автореф. дис. канд. мед.наук / В. В. Письменский. – Краснодар, 2004.–26 с.
6. Чередніченко П. Ефективність технології фізичної реабілітації дітей старшого дошкільного віку із плоскостопістю / Павло Чередніченко // Спортивна наука України. – 2016. – № 4 (74). – С. 26–32. Фахове видання України.

Л.О. Жданюк, к. психол. н., доцент

Полтавський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені М.В. Остроградського

ЛОГОТЕРАПІЯ: ЗЦІЛЕННЯ СЕНСОМ

Сучасна психотерапія активно розвивається в різноманітних напрямках практичної і наукової діяльності. Нажаль, є психотерапевтичні школи, здобутки яких були заховані на полиці психологічної історії, але вони ще мають достатньо потенціалу для ефективного застосування в практиці сучасної психотерапії. Так, в 20-ті роки XIX століття психолог Віктор Франкл (Viktor Frankl) запропонував термін «логотерапія», а пізніше як рівноцінний йому, у психологічній науці з'явився термін «екзистенціний аналіз». На початку становлення радянської психотерапії

(В. Бехтерєв, К. Платонов) термін «логотерапія» використовувався в значенні «лікування словом» — на противагу медикаментозному и хірургічному лікуванню, тобто як синонім терміну «психотерапія», але не отримав визнання і розповсюдження.

Досить довгий період у наукових роботах з корекційної педагогіки під терміном «логотерапія» розумівся комплекс різноманітних психотерапевтичних технік, що використовувалися для подолання мовних порушень. «Логос» для Віктора Франкла — це не просто «слово», як вербальний акт, а «квінтесенція ідеї, сенсу, тобто це і є сам сенс». Таке визначення дає змогу під іншим кутом зору подивитися на значення євангельського тексту: «На початку було слово ...»[4].

В сучасній психологічній практиці «логотерапія» визначається як напрямок психотерапії, в основі якого лежить твердження про те, що кожній людині притаманні наміри знайти сенс свого життя. Особистість розгядається як багаторівнева структура, як психофізична і духовна єдність. На цих визначеннях грунтується основний принцип логотерапії визнання цієї єдності з метою приняття не тільки психічної але і духовної сутності людини.

Саме у вченнях В. Франкла, в традиціях екзистенційної психології, зроблено акцент на «духовному» вимірі особистості, її здібності вільно вирішувати та відповідально формувати власне життя, наповнюючи його сенсом і цінностями. Коли ж особистість не реалізує цю потребу, виникає стан душевної порожнечі (екзистенціального вакууму), що провокує апатію, депресію, неврози, втрату інтересу до життя. Тому практичне спрямування застосування методів логотерапії («парадоксальна інтенція», «логоаналіз», «дерефлексія») викорстовувалось при специфічних невротичних захворюаваннях, що були визначені вченим, як «нооогенні неврози». Логотерапія не скільки техніка, скільки філософія, зазначає вчений, в цій концепції немає директивних рекомендацій і установок, і людина не повинна питати в чому сенс його життя, а скоріше повинна усвідомити, що вона і є та, до кого звернуте це питання.

Цікавими, на нашу думку, є психологічні визначення вченого відносно таких філософсько-психологічних категорій як: «совість», «цінності», «свобота у відношенні до потреб», «самоактуалізація». Зокрема, В.Франкл вважає «Сенс не тільки повинен, але і може бути знайдений, і в пошуках сенсу людини направляє його совість. Одним словом, совість - це орган сенсу. Її можна визначити як здатність виявити той єдиний і унікальний сенс, який криється в будь-якій ситуації. Совість належить до числа специфічно людських проявів, і навіть більш ніж специфічно людських, бо вона є невід'ємною складовою частиною умов людського існування..» [4].

У визначенні процесу набуття особистістю цінностей, вчений акцентує увагу на тому, що цінностям не можливо навчитися, їх не можливо успадкувати чи передати, цінності треба прожити, пережити.

Франкл робить такий висновок: особистість має свободу по відношенню до своїх потреб і здатна "вийти за межі самої себе" в пошуках сенсу. Мета психічної активності, не визначається принципом задоволення (З. Фрейд) і не волею до влади (А. Адлер), а це воля до сенсу,

що визначає істинно людський початок поведінки. Реальність змушує людину не тільки досягати "рівноваги" із середовищем, а постійно відповідати на виклики життя, протистояти її труднощам. Це створює напруженість, з якою індивід може впоратися тільки завдяки свободі волі, що дозволяє надати сенс самим безвихідним і критичним ситуаціям. Свобода − це здатність змінити зміст ситуації "навіть тоді, коли далі йти нікуди". Можливість і здатність особистості «вийти за межі самої себе» Віктор Франкл визначає як самотрансцеденцію (від лат. «transcendence» - вихід за власні межі). Саме вона допомагає найти сенс в життя в страданні, коханні, подвигу, здійснюючи реальні вчинки, що пов'язані з відкритими цінностями, особистість розвивається. Саме тому у вченнях логотерапії «самоактуализація» не є самоціллю (К. Роджерс, А. Маслоу), а є засобом досягнення мети. Бути людиною означає бути направленим на щось інше, чим вона сама, бути відкритою світу сенсів (логосів).

Принцип дії логотерапії направлений на розкриття у людини сприймання, вільно і повно переживати події, що відбуваються, займати автентичні позиції і реалізовувати їх за допомогою осмислених дій. Через розширення та поглиблення діалогу з собою і світом людина «вводить себе в гру буття» і приходить до екзистенції - відповідального і вільного проживання життя, до життя з «внутрішнім згодою». Центральний елемент роботи - переживання людини. Метод допомагає визначити власну позицію щодо обставин, змінити які не в наших силах.

Отже, метод підходить для роботи з різними проблемами: прийняття рішень, тривога, страхи, встановлення і підтримання міжособистісних відносин, пошук сенсу. Логотерапія допомагає людині впоратися з фобіями, депресіями, особистісними розладами, сексуальними і психосоматичними порушеннями. Метод може бути корисний і тим, хто відчуває інтерес до пізнання себе і власного способу буття.

Література

1. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / Абрахам Маслоу; [пер. с англ.] — М.: Смысл, 1999. - 425 с.
2. Основные направления современной психотерапии // Под научн. ред. Боковикова А.М. / М.: Когито − Центр, — 2000. — 374 с.
3. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / — М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. — 480 с.
4. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М.: Прогресс, 1990. – 366 с.
5. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия / З. Фрейд. — Харьков: Фолио, 2010. – 286 с.
6. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб.: Питер Пресс, 1997. С. 528−573.

Г.К.Заянчковська, магістр
Національний університет фізичного виховання та спорту України

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ

ПРИСИНДРОМІ РЕТТА

Синдром Ретта – прогресуюче дегенеративне захворювання ЦНС імовірно генетичного походження (викликається мутацією гена MECP2 на кінці Х хромосоми), що зустрічається переважно у дівчаток, названо по імені австрійського вченого A. Rett, що вперше описав його в 1966 р. [1].

За даними провідних світових організацій, що займаються питаннями синдрому Ретта в світі описано більше 20 тис. випадків захворювання. Частота даного розладу відносно висока – 1:10 000 дівчаток[2].Між тим, поширеність синдрому Ретта в Україні залишається достеменно невідомою через відсутність статистики та складнощі діагностики.

Проблема синдрому Ретта, як одного з найбільш важких генетичних порушень психічного, фізичного та мовного розвитку, є не тільки медичною, але й соціальною. Синдром Ретта викликає порушення в нервовій системі і розвитку, що проявляється в різних ускладненнях, таких як втрата функціональності рук, втрата придбаних розмовних навичок, апраксія, атаксія, дисфункція вегетативної нервової системи, епілепсія, порушення дихання, відставання в розвитку і знижений м'язовий тонус, що посилюються з віком і ускладнюють процеси навчання, виховання і реабілітації [3,4,5]. Порушення постави у вигляді сколіозу зустрічається у 80-85% випадків, 48-94% мають епілепсію і 100% мають рухові порушення, які поступово обмежують ходьбу та мобільність осіб з синдромом Ретта, що перешкоджає самообслуговуванню та спілкуванню [3,6,7]. Надзвичайно актуальною залишається проблема інтеграції таких дітей у суспільство здорових.

Згідно з МКХ-10 синдром Ретта належить до розладів аутистичного спектру (РАС), проте для даного захворювання характерні певні особливості, які є специфічними діагностичними критеріями і відрізняють його від решти РАС:нормальний пре- і перинатальний періоди; нормальний психомоторний розвиток протягом перших 6-18 міс. життя; нормальна окружність голови при народженні; уповільнення зростання голови в період від 5 міс. до 4 років; втрата набутих рухів рук у віці від 6 до 30 міс., пов'язана за часом з порушенням спілкування;глибоке пошкодження експресивної і імпресивної мови, груба затримка психомоторного розвитку;стереотипні рухи рук, що нагадують вичавлювання, зціплення рук, хлопки, «миття рук», потирання їх, що з'являється після втрати цілеспрямованих рухів; поява порушень ходи (апраксії і атаксії) у віці 1-4 років.

Найбільш поширена ортопедична проблема, яка спостерігається при синдромі Ретта, пов'язана з порушеннями постави. Сколіоз і кіфоз при синдромі Ретта починаються з недостатньої координації, яка призводить до того, що дитина з синдромом Ретта компенсує це індивідуальними фіксаціями рук (стереотипні рухи) і жорсткими фіксаціями тіла, які в кінцевому підсумку викликають розвиток деформацій постави при Ретт синдромі.

Загальноприйнятий підхід до лікування сколіозу при даній патології – це, як правило, комбінація наступних технік:інтенсивнафізіо- та

гідротерапія [8,9];інтенсивні профілактичні заходи до появи перших ознак асиметрії хребта; інтенсивне лікування, починаючи з появи перших ознак асиметрії хребта; інтенсивна ходьба (або стояче положення, якщо дитина не може рухатися, хоча би протягом півгодини) [9];гіперкорекція, запропонована Хенксом [8,10];активний антисколіозний режим; динамічна активність тулуба, адаптована під рівень кожної дитини;хірургічна корекція у важких випадках.

Ходьба - це навичка, яка вимагає складного рівня координації. 50% - 85% всіх дітей з синдромом Ретта досягають здатності ходити [3]; деякі втрачають цю здатність в подальшому. Ходьба має виняткове значення при Реттсиндромі,оскільки запобігає остеопорозу, зміцнює м'язи нижніх кінцівок і активує дихальну і серцево-судинну системи. Було виявлено відповідність між здатністю ходити (особливо підійматися по сходах) і менш вираженими випадками сколіозу [11]. Добре стимулювати ходьбу в здатних на це пацієнтів [9], але іноді неможливо навчити дитину ходити, якщо немає необхідної координації [12]. Також є відомості, що 80% людей з Ретт синдромом, що демонструють самостійну ходьбу, можуть в середньому двічі втратити і відновити цю здатність.

У зв'язку з великим значенням ходьби для якості життя, вважається, що людям з синдромом Ретта слід постійно підтримувати ходьбу засобами фізичної терапії, в тому числі тим, які були здатні ходити і втратили цю здатність [4].

На даному етапі розвитку медичної науки саме фізична терапія та ерготерапія є засобами, завдяки яким можна досягнути поліпшення функціонування і якості життя людини з синдромом Ретта і його сім'ї, допомагаючи їм впоратись з функціональними обмеженнями, типовими для Ретт синдрому[13].

Література

1. Amir R, Van Den Veyver I, WanM, Tran C, Franke U, Zoghbi H. Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl CpG binding protein 2. Nat Genet.1999;23:185-8.
2. Whatis Rett Syndrome?*Rettsyndrome.org*[Internet]. [updated 2016April25].Available from:http://www.rettsyndrome.org/about-rett-syndrome/what-is-syndrome/
3. Hagberg B. Rett syndrome: Clinical and biological aspects. London: Mac Keith Press, 1993.
4. Lotan M. Management of Rett syndrome in the controlled multisensory (Snoezelen) environment. A review with three case stories. Scientific World Journal.2006;6:791-807.
5. Kerr A, Julu P. Recent insights into hyperventilation from the study of Rett syndrome. Arch Dis Child. 1999;80:384-7
6. GlazeD, Percy A, Skinner S, Motil K, Neul J, Barrish J, et all. Epilepsy and the natural history of Rett syndrome. Neurology. 2010;74(11):909-12.
7. Steffenburg U, Hagberg G, Hagberg B. Epilepsy in a representative series of Rett syndrome. Acta Paediatr. 2001;90(1):34-9.
8. Rossin L. Effectiveness of therapeutic and surgical intervention in the treatment of scoliosis in Rett Syndrome. A seminar work. Pittsburgh, PA: Univ Duquesne, 1997
9. McClure M, Battaglia C, McClure R. The relationship of cumulative motor asymmetries to scoliosis in Rett Syndrome. Am J OccupTher. 1998;52:196-204.

10. Lotan M, Isakov E, Merrick J. Improving functional skills and physical fitness in children with Rett Syndrome. J IntellDisabil Res. 2004;48(8):730-5.
11. Hunter K. The Rett syndrome handbook. Washington, DC: Int Rett Syndr Assoc, 1999.
12. Sponseller P. Orthopaedic update in Rett syndrome. Rett Gazette. 2001;1:4-5
13. Hanks S. Motor disabilities in the Rett Syndrome and physical therapy strategies. Brain Dev. 1990;12:157-61.

Ю. О. Золотіхіна, студентка;
П. Є. Гусєв, старший викладач
Національний університет фізичного виховання і спорту України

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Актуальність. Серед ендокринних захворювань цукровий діабет становить близько 90% у структурі первинної інвалідності [1]. Основною причиною інвалідизації є судинні ускладнення, діабетична мікро- і мікроангіопатія з ураженням нирок, очей, нижніх кінцівок. Порушення, викликані захворюванням, призводять до стійкого й значного обмеження життєдіяльності й соціальної дезадаптації внаслідок порушення здатності до пересування, орієнтації, самообслуговування, навчання, спілкування й трудової діяльності. Одним з найбільш важких ускладнень цукрового діабету є синдром діабетичної стопи (СДС) - інфекція, виразка або деструкція глибоких тканин стопи, що розвивається в комбінації з неврологічними розладами й ураженнями периферичних магістральних артерій різного ступеня виразності.

Ризик ампутації кінцівки при цукровому діабеті у 15-40 разів вищий, ніж у загальній популяції населення [2,3]. У 50 % хворих на ЦД виникає необхідність у планових або екстрених хірургічних втручаннях.

Необхідно відзначити, що переважна більшість досліджень присвячена лікуванню, ортопедичному забезпеченню, реабілітації хворих з різною формою й важкістю захворювання, але зі збереженими кінцівками, і меншою мірою є в наявності роботи, присвячені реабілітації хворих, які перенесли ампутації. Ці хворі, як правило, перебувають у полі зору ендокринологів, фахівців в області протезування, рідше - фахівців в області реабілітації.

Мета дослідження – визначити особливості застосування фізіотерапевтичних втручань для хворих на цукровий діабет після ампутації нижніх кінцівок.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань використано такі методи дослідження, як аналіз науково-методичної літератури та документальних матеріалів.

Результати та обговорення. Для хворих на цукровий діабет після ампутації нижніх кінцівок лікувальна гімнастика проводиться мало груповим способом або індивідуально в залі у першій половині дня з дотриманням принципу незначного фізичного навантаження й основних дидактичних принципів організації процедури.

Необхідно строго дотримуватися диференціювання вправ відповідно до розділу процедури. У комплексах гімнастичних вправ співвідношення загальнорозвиваючих вправ до спеціальних становить 1:1, співвідношення дихальних вправ, на розслабення до вправ для суглобів становить 1:2. Тривалість заняття ЛГ становить 30 хвилин: вступна частина - 9 хвилин, основна частина - 15 хвилин, заключна - 6 хвилин. У комплекси вправ ЛГ включаються загально розвиваючі вправи у вихідних положеннях: сидячи, лежачи, стоячи з додатковою опорою, для дрібних і середніх м'язових груп у повільному й середньому темпі, для великих м'язових груп і тулуба - у повільному темпі.

Загальний вплив на організм полягає в тренуванні кардіо-респіраторної системи. Гіподинамія, порушення функції дихання в основному обструктивного типу, дискінезія травної системи переважно гіпомоторного типу, дисциркуляторні порушення центральної нервової системи є підставою для застосування спеціальних вправ для корекції даних станів.

Тому широко можна використовувати дихальні вправи, релаксацію, з затримкою видиху, звукову гімнастику і т.д. Для корекції порушень, пов'язаних з роботою шлунково-кишкового тракту, застосовуються вправи для черевного дихання, для м'язів тазового дна - ізотонічні й ізометричні в комбінації з фазами дихання, у розтягуванні, на релаксацію. Тренування загальних судинних реакцій досягається за рахунок введення в заняття вправ зі зміною вихідних положень релаксуючого й тонізуючого характеру.

Особлива увага приділяється виконанню спеціальних вправ для м'язів збереженої й усіченої кінцівки. Для ослаблених м'язових груп використовуються ізотонічні концентричні й ексцентричні фізичні вправи з повним діапазоном рухів, з поступовим збільшенням навантаження.

При наявності ГХ I стадії, при відсутності ознак ішемії кінцівки обмежено використовують ізометричне напруження ослаблених м'язів тривалістю 2-3 секунди серіями по 5-6 повторів з інтервалом 2-3 секунди. При протипоказаному навантаженні на стопу вправи для збільшення сили м'язів проводяться сидячи, лежачи й навколішки. При цьому необхідне для профілактики остеопорозу осьове навантаження на кінцівку досягається стійкою з опорою на коліно збереженої кінцівки після ампутації стегна або на обидва коліна після ампутації гомілки.

Ознаки недостатності кровообігу збереженої кінцівки вимагають застосування спеціальних вправ, що стимулюють колатеральний кровообіг. Механізм дії таких вправ заснований на активізації периферичного кровообігу у відповідь на гіпоксичне тренування. Застосовуються вправи для дрібних і середніх м'язових груп, які виконуються в положенні лежачи на спині з піднесеним положенням дистального відділу кінцівки на 20-30 см над поверхнею опори, які чергуються з періодами відпочинку й розслабленням м'язів у горизонтальному положенні.

З появою оніміння пальців рук, парестезії й болю застосовуються спеціальні вправи на розслаблення м'язів передпліччя, на розтягання, релаксувальні. Крім цього використовуються фізичні вправи динамічного

характеру, з невеликим опором, з м'ячами, гумовими джгутами, еспандерами кистьовими й передпліччя, невеликими гантелями (до 0,5 кг) і статичні напруження м'язів плеча, які обов'язково сполучаються з фазою видиху.З метою профілактики прогресування тугорухливості й утворення контрактур у суглобах усіченої кінцівки дотримуються постурального режиму. Ми також рекомендуємо сон на напівжорсткому ліжку.

Після ампутації стегна в положенні лежачи на спині рекомендується розташування кукси з повною опорою на матрац, при необхідності - фіксація кукси мішечком з піском вагою до 1-2 кг. Постуральні вправи проводяться по 3-4 рази на день. При згинальних контрактурах колінного суглоба в деяких випадках застосовуються лонгети для фіксації в положенні максимального розгинання після попередніх активно-пасивних вправ.

Висновки. Систематизація засобів фізичної реабілітації в комбінації з лікувальним руховим режимом з урахуванням особливостей захворювання дозволяє раціонально використовувати ці засоби на етапі підготовки до протезування й при освоєнні протезних виробів.

Література

1. *Андрухова Р.В.* Клинико-функциональное обоснование реабилитации больных с гангренами нижних конечностей и ампутационным дефектом их вследствие облитерирующих заболеваний сосудов: автореф. дисс. канд. мед. наук: 12.00.22. Харьков, 2000. – 19с.
2. *Кудрявцев В.А*. Медико-технические требования к конструкции обуви для больных сахарным диабетом. Вестникгильдиипротезистов. 2000. №2. – 27-29.
3. *Найдина С.И.* Подготовка больных после ампутации нижних конечностей к протезированию средствами ЛФК и трудотерапии: Методические рекомендации. /С.И. Найдина, М.А. Полотерова. М.: ЦНИИП, 2001. – 53с.
4. *Osmundson P*. Course of peripheral occlusive arterial disease in diabetes. Vascular laboratory assessment. Diabetes Care. 2010. – 13. – P. 143- 52.

Зубко О.В., студент;
О.Г. Островська, студентка
Національний університет фізичного виховання та спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ СТРУКТУР КОЛІННОГО СУГЛОБУ У СПОРТСМЕНІВ

Актуальність. З усіх видів патології колінного суглоба у спортсменів провідною нозологічною одиницею є пошкодження менісків, що за даними В.Ф. Башкірова [1], складають 21,4% від усіх травм колінного суглоба. У 17,2% пошкодження менісків (частіше внутрішнього) поєднуються з пошкодженням суглобового хряща. Після меніскектомії і санації хряща необхідним є тривалий період реабілітації - до 4-5 місяців Зважаючи на складність своєї анатомічної будови і біомеханіки, колінний

суглоб (КС) серед усіх великих суглобів пошкоджується найбільш часто і має схильність до значного ризику посттравматичних ускладнень [1,2].

Необхідно відзначити труднощі при відновленні функції ушкоджених суглобів. Нерідкі тривалі терміни застосування реабілітаційної терапії, в ряді випадків не вдається попередити спортивну інвалідність. Разом з тим, методика фізичної реабілітації спортсменів, особливо при поєднаних пошкодженнях меніска і хряща колінного суглобу вивчена недостатньо. Тому розробка і наукове обґрунтування програми фізичної реабілітації спортсменів після таких операцій є актуальною.

Мета дослідження - провести мета-аналіз досліджень, присвячених застосуванню фізіотерапевтичних вправ та інших засобів терапії в відновленні спортсменів після артроскопічних операцій з приводу поєднаних пошкоджень меніска і різних стадій змін хрящів колінного суглоба.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань використано такі методи дослідження, як аналіз науково-методичної літератури та документальних матеріалів.

Результати та обговорення. Відповідно до літературних даних типовою і найбільш частою локалізацією хондромаляції є внутрішня поверхня надколінка [3,4]. Другою за частотою є локалізація хондромаляції гіалінового хряща одночасно і в області надколінка, і внутрішнього мищелка стегнової кістки.

При наявності першої стадії хондромаляції серед саногенетичних механізмів переважають процеси реституції, що займають в середньому до 2 місяців після операції. Починаючи з другої стадії хондромаляції основним саногенетичним механізмом є регенерація, що вимагає великих термінів: при другій стадії - до 3-3,5 місяців, при третій стадії - до 4-5 місяців після операції.

Ці саногенетичні особливості ми враховували при переведенні пацієнта від першого до другого, а потім і до третього періодів реабілітації та адекватному плануванні спеціальних фізичних навантажень.

Весь процес фізичної реабілітації після артроскопічної операції з приводу поєднаних пошкоджень меніска і хрящів колінного суглоба (в залежності від ступеня хондромаляції) нами був розділений на 3 періоди:

1. Ранній післяопераційний період (від 1-2 дня до 3-х тижнів після операції при поєднаних пошкодженнях меніска і хондромаляції I-II ступеня і від 1-2 дня після операції до 4-х тижнів при хондромаляції III ступеня);

2. Період відновлення функції колінного суглоба (від 4-го до 8-го тижня після артроскопічної операції при поєднаних пошкодженнях меніска і хондромаляції I-II ступеня і від 5-го до 12-го тижня при хондромаляції III ступеня);

3. Відновно-тренувальний період (від 9-го до 12-го тижня після операції при поєднаних пошкодженнях меніска і хондромаляції I-II ступеня і від 13-го до 16-го тижня при хондромаляції III ступеня).

Так, при хондромаляції надколінка в першому періоді повністю виключаються навантаження на розгинальний апарат КС і

використовуються лише ізометричні напруження ЧМС (чотириголового м'яза стегна) і задньої поверхні стегна, згинання стегна з опором (обтяженням) при замкнутому КС, і також динамічні вправи для м'язів згиначів гомілки.При локалізації хондромаляції використовуються жимові силові вправи, силові вправи для м'язів згиначів гомілки і з обережністю використовуються обтяження малої величини при розгинанні гомілки.

На другому періоді, згідно з рекомендаціями, в комплекс включаються вправи для неоперованої ноги, для рук і тулуба, рухи в гомілковому і кульшовому суглобах оперованої ноги. Для відновлення скорочувальної здатності чотириголового м'яза стегна, яка в більшості випадків різко знижується, проводяться ізометричні напруження цього м'яза (з 2-го - 3-го дня при хондромаляції I-II ст., і з 3-го - 4-го дня при III ст.). В перші 2-3 дня виконуються ритмічні і короткочасні (2-3 с) напруження, які чергуються з періодами розслаблення такої ж тривалості. До кінця другого періоду (8-й тиждень) для спортсменів при хондромаляції I -II ступеня вводяться наступні вправи: напівприсід без додаткової опори; напівприсід стоячи спиною до стіни (у поручня); повільний біг на тредбані.

При хондромаляції III ст. напівприсіди без додаткової опори вводяться тільки з 11-го тижня після операції, а повільний біг на тредбані з 13-го тижня, тобто в третьому періоді. Ходьба по рівній поверхні при хондромаляції I-II ступеня до кінця другого періоду (8-й тиждень) досягає 40-45 хв., темп 100-110 крок / хв., а при III ст. - до кінця 12-го тижня 40-45 хв., темп 90-100 крок / хв.

Висновки. Застосування програми фізичної реабілітації для пацієнтів з поєднаними ушкодженнями меніска і хондромаляцією I- III ступеня дозволяє більшою мірою знизити рівень болю на післяопераційному етапі та відновити функціональні можливості колінних суглобів у більш короткий термін.

Література

1. *Башкиров В. Ф.* Возникновение и лечение травм у спортсменов. Москва: Физкультура и спорт, 2010. – 221 с.
2. *Воронович И. Р.* Реабилитация спортсменов при повреждениях опорно-двигательного аппарата. Москва: Спортивная травма, 2010. – 30 с.
3. *Петерсон Л.* Травмы в спорте. Москва: ФиС, 2003. – 30 с.
4. The risk of anterior cruciate ligament rupture with generalized joint laxity. J Bone Joint Surg [Br*]*. 2005. Vol. 87–P.800-803.

Д. Р. Іванов, магістр

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ГОСТРОЇ ФАЗИ ІНФАРКТА МІОКАРДА

Вступ. Протягом тривалого періоду серцево-судинні захворюваннялідирують у загальній захворюваності і смертності населення багатьох країн світу. Інфаркт міокарда є провідною причиною

смертності в усьому світі і становить близько 42 % усіх випадків смерті від серцево-судинних захворювань. Інфаркт міокарда супроводжується високою смертністю, призводить до тимчасової (часткової або повної), а іноді і постійної втрати працездатності, знижуючи, таким чином, трудові резерви суспільства. У зв'язку із цим перспективною є розробка й удосконалення комплексних цільових програм відновного лікування хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Складність і різноманітність патогенетичних механізмів ІХС зумовили появу численних підходів до лікування і фізичної терапії осіб, що перенесли гострий інфаркт міокарда (ІМ) [1, 2, 5].

Існуючі різноманітні програми фізичних тренувань потребують оптимізації щодо розширення критеріїв залучення пацієнтів, часу та режиму їх проведення, структури занять, переваги або поєднання статичних та динамічних навантажень, застосування елементів ерготерапії [1, 3, 6]. Враховуючи дані літератури про ефективність раннього застосування фізичних тренувань у пацієнтів, що перенесли гострий ІМ, було визначено мету дослідження.

Мета дослідження – теоретичне обґрунтування алгоритму застосування засобів фізичної терапії та ерготерапії осіб, що перенесли гострий інфаркт міокарда на стаціонарному етапі лікування.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, теоретичне узагальнення.

Результати дослідження та їх обговорення. Відомо, особи, що перенесли гострий інфаркт міокарда входять до групи високого ризику розвитку ускладнень в процесі участі в програмах фізичних тренувань. Проте, як показано в проспективних дослідженнях, фізичні тренування у хворих із стабільним перебігом захворювання не супроводжуються серйозними ускладненнями [1, с. 6]. До несприятливих факторів, що погіршують перебіг гострого ІМ, крім розмірів і локалізації інфаркту, традиційно відносили похилий вік, жіночу стать, наявність супутнього цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, інші соціальні, спадкові фактори та супутні захворювання. Тепер у зв'язку з появою нових медичних технологій структура факторів ризику змінилася: велике значення як для раннього, так і віддаленого прогнозу у осіб, які перенесли гострий ІМ, має терапія гострої фази захворювання [5; 6].

Алгоритм заходів профілактики ускладнень в гострій фазі захворювання застосовується під контролем частоти серцевих скорочень, артеріального тиску (АТ) та електрокардіограми. При неускладненому перебігу фізичну активність можна починати наступного дня. Після великого та/або ускладненого міокардіального ураження фізичну активність можна починати після клінічної стабілізації та поступово збільшувати залежно від симптомів.

Підготовку пацієнтів до засвоєння навантажень рекомендовано починати вже в постільному руховому режимі [6]. Застосування дихальних вправ, рухи із залученням малих м'язів верхніх і нижніх кінцівок в повільному темпі сприяють запобіганню застійних явищ, стимулюють трофічні процеси в тканинах. У випадках ускладненого перебігу інфаркту міокарда і захворювань, які призводять до тяжкого фізичного стану

пацієнта, ті самі результати активізації досягаються пізніше, через що затримується розширення рухового режиму та інтенсифікується медикаментозне лікування [2].

Раннє включення в лікувальний процес реабілітаційних заходів, адекватних стану хворого, багато в чому забезпечує більш сприятливий перебіг і результат. На клінічному етапі програма реабілітації найбільш об'ємна і інтенсивна. За допомогою засобів фізичної терапії успішно вирішуються рухові проблеми і поліпшуються психологічні, біохімічні та фізіологічні процеси, що важливо в реабілітації даного контингенту. Одночасне застосування різних реабілітаційних технологій є одним з пріоритетних напрямків оптимізації процесу відновлення [1].

Завдяки використанню природних та преформованних чинників фізичної терапії, застосуванню спеціальних фізичних вправ було створено нові технології ранньої реабілітації та вторинної профілактики інфаркту міокарда. На теперішній час переконливо доведений позитивний ефект від застосування засобів фізичної терапії, що визначається їх стимулюючою дією на адаптаційно-пристосувальні функції організму, відновлювальні процеси тощо [3,5]. При цьому суттєва перевага чинників фізичної терапії перед медикаментозною – це відсутність алергізації організму, побічних проявів, а також звикання. Аналіз ефективності реабілітаційних програм, що включають фізичні вправи, представлений у спеціальній літературі, свідчить про зниження смертності від інфаркту при їх реалізації [1,5].

Ліонське дослідження впливу дієти на серце довело, що середземноморська дієта знижує частоту рецидивів у пацієнтів, які перенесли перший ІМ, принаймні, протягом 4 років. Всім пацієнтам варто радити середземноморську дієту, що характеризується малою кількістю насичених жирів, значним вмістом поліненасичених жирів, фруктів та овочів. Вважають, що вживання в їжу жирної риби принаймні 2 рази на тиждень знижує ризик реінфаркту і смерті. Додавання до дієти омега-3-поліненасичених жирних кислот з риб’ячого жиру (1 г/добу), але не вітаміну Е, асоціювалося з достовірним зниженням смертності від усіх причин та ймовірності раптової смерті. Немає доказів доцільності застосування після перенесеного інфаркту харчових добавок, які містять антиоксиданти, проте додавання до раціону добавок, що містять харчову клітковину (>4,0 г розчинної клітковини на 1,735 ккал раціону), знижувало серцево-судинну смертність. Призначення фолієвої кислоти доцільно у разі підвищення вмісту в крові гомоцистеїну[4].

Великого значення набуває застосування методів ерготерапії, наприклад: функціональні ігри, мобілізація суглобів, захист суглобів (консультації та навчання), тренування функції м'язів, регулювання тонусу м'язів, тренування координації, навчання малим правильним рухам, тренування чутливості, тренування сприйняття, тренування написання текстів та інші навчання навичок, що необхідні в повсякденному житті. Арт-терапія – плетіння, малювання, вільна творча робота з різних матеріалів поліпшують психоемоційний стан пацієнта. Мета ерготерапіїхворих після перенесеного ІМ – не тільки максимально відновити фізичну працездатність, а й адаптувати пацієнта до звичного

життя здорової людині, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті [2; 3; 5].

Висновки. Алгоритм застосування засобів фізичної терапії,ерготерапії при інфаркті міокарда передбачає початок реабілітаційних заходів в гострому періоді лікування, що дає можливість забезпечити більш сприятливий перебіг і результат, а також скоротити перебування пацієнта в стаціонарі.

2.Розробка і наукове обґрунтування алгоритму застосування комплексу засобів фізичної терапії,ерготерапіїпацієнтів з ІМ, спрямованих на одночасну корекцію всіх ланок патогенезу захворювання є предметом наших подальших досліджень.

Література

1. Aronov DM, Krasnitskiy VB, Bubnova MG, Novikova NK, Sechenova EV, Ioseliani DG. Theeffectivenessofphysicaltrainingofmediumintensityinpatientswithischemicheartdiseaseafter acutecoronaryincidents: (accordingtothematerialsoftheRussiancooperativeresearch "Physicaltrainingatthe post-stationarystageofrehabilitationafteracutecoronaryincidents"). MedicineLechebnayafizkultura i sportivnayameditsina [Exercisetherapyandsportingmedicine] 2010:6;35–1 (inRuss.).

2. Kubo N, Ohmura N, Nakada I, Yasu T, Katsuki T, Fujii M, Saito M. Exercise at ventilatory threshold aggravates left ventricular remodeling in patients with extensive anterior acute myocardial infarction. Am Heart J. 2004;147(1):113–120.

3. Peixoto TC, Begot I, Bolzan DW, Machado L, Reis MS, Papa V, Carvalho AC, Arena R, Gomes WJ, Guizilini S. Early exercise-based rehabilitation improves health-related quality of life and functional capacity after acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. Can J Cardiol. 2015;31(3):308–313.

4. Penny Kris-Etherton, PhD, RD; Robert H. Eckel, MD.LyonDietHeartStudy. Benefitsof a Mediterranean-Style, NationalCholesterolEducationProgram/AmericanHeartAssociationStep I DietaryPatternonCardiovascularDisease // Circulation. 2001;103:1823-1825.

5. Tereshchenko NM. Фізичні тренування як невід’ємна складова кардіо-реабілітаційних заходів у пацієнтів у ранній післяінфарктний період: клініко-функціональні паралелі. УКЖ [інтернет]. 8Сер2018 [cited 20Сер2019];25(3):76-5. Availablefrom: http://www.ucardioj.com.ua/index.php/UJC/article/view/41

6. Xu L, Cai Z, Xiong M, Li Y, Li G, Deng Y, Hau WK, Li S, Huang W, Qiu J. Efficacyofanearly home-basedcardiacrehabilitationprogramforpatientsafteracutemyocardialinfarction: A three-dimensionalspeckletrackingechocardiographyrandomizedtrial. Medicine (Baltimore). 2016;95(52):e5638

К. К. Ільясова, магістр
Національний університетфізичного виховання і спорту України

ЗАХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СИНДРОМІ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень та публікацій.

Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) займають особливе місце і відзначаються майже у 65% населення (Воловар О.С., 2012). За останні роки цю патологію все частіше виявляють у пацієнтів молодого віку (Сисолятін П.Г., 2001).

З урахуванням розповсюдженості захворювання, продовжує бути актуальним пошук ефективних методів фізичної реабілітації, що дозволяють зменшити медико-соціальний тиск від дисфункції СНЩС. Багато науковців (Бургонський В.Г., Бургонська С.В.) зазначали сильний вплив патології СНЩС на психіку пацієнтів з цим захворюванням на їх працездатність, соціальні функції.

Мета дослідження - узагальнення сучасних науково-методичних знань при синдромі дисфункції СНЩС та виявити перспективі заходи фізичної терапії.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення спеціалізованої науково-методичної літератури. Частково застосовано також клінічні методи, оцінка больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), оцінка психоемоційного стану за шкалою клінічною стоматологічною, оцінка якості життя за шкалою EuroGol.

Результати дослідження та їх обговорення. Причини та механізм розвитку захворювань СНЩС зазвичай зосереджені на місцевих факторах: патологічні дефекти прикуса, деформація зубних рядів, нейром'язові дисфункції (Купріянов І.А., 2007). На розвиток патологічних змін у СНЩС і на перебіг захворювання, впливає стан тканинних структур, які формують суглоб: кісткової, хрящової, щільної (шкіра, зв'язки, сухожилля, фасції), сполучної тканини (Купріянов І.А., 2007).

Аналіз спеціалізованої науково-методичної літератури виявив, що синдром дисфункції СНЩС — є негостра, але болісна патологія. До сьогодні відсутні загальноприйняті заходи у питаннях етіології і патогенезу дисфункції СНЩС.

СНЩС використовується людиною практично щохвилини: під час вживання їжі (жування, ковтання), спілкуванні, коли задіяна активна моторика лицьових м’язів тощо. Дисфункція цього суглобу веде до безперервного дискомфорту і болю, що ускладнює діагностику і початок коректного лікування.

Симптоми синдрому дисфункції СНЩС: головний біль, біль у плечах, закладеність у вухах; клацання в СНЩС під час руху. Пошкодження суглоба веде до порушення артикуляції, мовлення, дихання, атрофії жувальної мускулатури, больового синдрому.

Все частіше в літературі зустрічається інформація про ефективність функціональної терапії при краніомандібулярному больовому синдромі, що є наслідком дисфункції СНЩС [6], але тематичний обсяг наявних досліджень в основному стосується застосування лікувальної фізичної культури [3].

Питання пошуку цілеспрямованого підбору комплексу заходів і методів фізичної терапії залишається пріоритетним.

Висновки. Аналіз літератури вказує, що СНЩС людини є дуже складним суглобом. Проблема дисфункції СНЩС має багато питань, що складно піддаються вирішенню, як зі сторони стоматології так і фізичної

терапії. Шлях до ефективного вирішення цієї проблеми лежить тільки через комплексний підхід, в якому особливе місце посідає метод формування цілей у SMART-форматі.

Перспективи подальших досліджень залежить від вдосконалення методів і заходів фізичної терапії.

Література

1. Бургонский В. Г. Современныеаспектыпрофилактики, лечения и реабилитации в стоматологии / В. Г. Бургонский. — Київ, 2016. — 488 с.
2. Воловар О. С. Клініко-біомеханічне обґрунтування вибору трансплантатів для реконструкції нижньої щелепи та скронево-нижньощелепного суглоба: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / О. С. Воловар. — Київ. 2000. — 19с.
3. Епифанов В. А. Лечебнаяфизическая культура : учеб. пособие / В. А. Епифанов. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2006. — 568 с.
4. Матрос-Таранец И. Н. Функциональнаяреабилитацияпострадавших с травматическимиповреждениямичелюстно-лицевойобласти / И. Н. Матрос-Таранец, Д. А. Дадонкин, Ю. А. Никаноров. — Донецк, 2003. — 17 с.
5. Сысолятин П. Г. Эндоскопическиетехнологии в челюстно-лицевойхирургии / П. Г. Сысолятин, М. Н. Мельников // Стоматология. — 2006. — №1, — С.46-50.
6. Чиркин В. И. Лечениефункциональныхрасстройств при переломах нижнейчелюсти, сопровождающихсяповреждениямижевательныхмышц / В. И. Чиркин. — К., 2007. — 17 с.

З.В. Каландарішвілі, студентка магістратури
Національного університету фізичного виховання та спорту України

ЕРГОТЕРАПІЯ, ЯК НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

У 2019 році запроваджений новий механізм забезпечення заходами з реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу за принципом „гроші ходять за людиною", що дозволить забезпечити адресність, прозорість та підвищити якість надання реабілітаційних послуг.

Те, що обіцяє держава, на початок року. Нажаль, на сьогоднішній день багато методів є застарілими, але все одно прописані та запропоновані спеціалістами, практикуються у реабілітаційних закладах та залишаються у навчальних програмах університетів.

Перелікбазовихреабілітаційнихзаходівпризначаєтьсяіндивідуальноза лежновід потреб дитини та включає:

- консультації лікарів, заняття з профільними лікарями і спеціалістами з реабілітації (лікар-невролог дитячий, логопед, лікар-психолог, лікар-педіатр, педагог соціальний, лікар-сурдолог, лікар фізичної та реабілітаційної медицини або лікар-фізіотерапевт, або лікар з лікувальної фізкультури, або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, фізичний терапевт та інші);
- реабілітаційніпослуги (комплекс процедур), у тому числіфізичнутерапію, лікувальнуфізкультуру, масажзагальний,

механотерапію за потребою (локомоторнутерапію, мотомедтерапію), апаратнуфізіотерапію (теплолікування, вібротерапію), метод динамічноїпропріоцептивноїкорекціїіззастосуванням рефлекторно-навантажувального пристрою “Гравістат”, логопедичнукорекцію, психологічнукорекцію, педагогічнукорекцію, соціальнуадаптаціютощо.

В Україні стрімку популярність та розвиток має така спеціальність, як ерготерапія.

Ерготерапія– це професія, яка спрямована на покращення здоров’я і добробуту людей із інвалідністю через залучення їх до активної життєдіяльності.

Мета ерготерапії – розвиток або відновлення навичок і вмінь, необхідних для максимального незалежного і щасливого життя людини.

Сфери діяльності: неврологія, ортопедія, психіатрія, педіатрія, геріатрія

Методи роботи:

- терапевтичні вправи та заняття для відновлення або розвитку функцій різних систем організму;
- використання методів фізіотерапії;
- підбір, виготовлення та використання адаптивного обладнання;
- альтернативні методи виконання діяльності, переобладнання та модифікація середовища проживання та ін..

Завдання ерготерапевта – допомогти людині брати участь у бажаних або запропонованих їй заняттєвих видах діяльності враховуючи її сильні сторони та незважаючи на якісь обмеження.

З метою досягнення кращих результатів важливо працювати за світовим принципом - роботи міждисциплінарної команди.Наприклад, фізичний терапевт працює над відновленням або розвитком функцій, в той час коли ерготерапевт шукає можливості в якій діяльності ці функції можна застосувати.

Принципи роботи міждисциплінарної команди:

- комплексне вирішення проблем клієнта
- залучення максимальної експертної бази
- взаємодопомога
- взаємодовіра
- взаємоповага.

Кожен фахівець ставить SMART-цілі та працює над власними задачами, переслідуючи принципи комплексного впливу усіх спеціалістів на життя клієнта та його родини.

Головною метою ерготерапевта як і будь-якого спеціаліста має бути бажання покращити якість життя клієнта та його рідних. Без кропіткої роботи фахівців із різноманітних сфер, клієнта та його близьких досягнути змін неможливо.

Література

1. https://www.msp.gov.ua/content/reabilitaciya-ditey-z-invalidnistyu-vnaslidok-dityachogo-cerebralnogo-paralichu.html?PrintVersion

2. Occupational therapy for children (2014)/Copyright by Mosby-Year Book, Inc./Knowledge base of occupational therapy in pediatrics (pp. 99-113)

3. Momsen, Anne-Mette&Rasmussen, Jens&Nielsen, ClausVinther&Iversen, Maura&Lund, Hans. (2012). Multidisciplinaryteamcareinrehabilitation: Anoverviewofreviews. Journalofrehabilitationmedicine : officialjournalofthe UEMS EuropeanBoardofPhysicalandRehabilitationMedicine. 44. 10.2340/16501977-1040.

М. Карбан, студентка групи 301 пГЗ,
Наук. керівник: Беседа Н.А., к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ МЕНІНГІТІ

Менінгіти являють собою тяжку патологію центральної нервової системи, проблеми лікування й реабілітації якої залишаються актуальними у зв'язку зі значною летальністю, великим відсотком ускладнень і залишкових явищ [3].

Незважаючи на успіхи етіотропної терапії, яка дає змогу за короткий термін усунути збудників захворювання, показано, що ефективність лікування й повне видужання хворого на менінгіт залежать від мобілізації захисних сил організму – факторів неспецифічної резистентності, імунітету та патофізіологічних реакцій, спрямованих на відновлення гомеостазу, що функціонують в умовах стресу [1].

У розв'язанні цих завдань реабілітація займає самостійне й особливе місце. Хоча питання реабілітації інфекційних хворих активно розробляються в останні роки, є лише поодинокі роботи стосовно заходів відновлення в пацієнтів на менінгіт [4; 5].

Більшість науковців виділяють такі основні принципи реабілітації:

- ранній початок реабілітаційних заходів;
- сувора послідовність і наступність відбудовних заходів;
- комплексний характер заходів відновлювання із застосуванням різноманітних методів впливу;
- адекватність реабілітаційних заходів та впливів адаптаційним і резервним можливостям реконвалесцента;
- постійний контроль ефективності програм реабілітації.

Передумовою складання програми фізичної терапії для хворих, що перенесли мінінгіт, є точна оцінка стану хворого, що враховує показники основних систем адаптації.

У програмі повинні визначатись основні етапи реабілітації; оптимальні строки проведення відбудовних заходів і методи реабілітаційних впливів; система оцінок для контролю адекватності та ефективності реабілітаційних заходів.

Серед загальних лікувально-відбудовних заходів потрібно виділяти такі:

1. *Режим*. Основною вимогою при виборі й призначенні режиму (щадного, щадно-тренувального або активуючого) є відповідність навантажень рівню адаптації організму [1]. Оскільки гострий період М характеризується для хворого стресовим рівнем адаптаційних реакцій, що

супроводжуються активацією стресреалізуючих систем і гнобленням стреслімітуючих, здається доцільним проведення фармакологічних реабілітаційних заходів, спрямованих на корекцію несприятливих ефектів одночасно з початком етіотропного лікування.

2. *Лікувальне харчування*. У хворих, особливо з тяжким і критичним перебігом менінгіту, зареєстровано збільшення вмісту глюкози й зниження загального білку та ліпідів у крові порівняно з контрольною групою. Потрібно врахувати те, що глюкоза як енергетичний субстрат безпосередньо засвоюється з крові без участі інсуліну клітинами головного мозку, клітинами імунної системи й еритроцитами (забезпечує транспорт кисню).

Тому в харчуванні краще призначати вуглеводи, у тому числі розчинні глюкози внутрішньовенно для запобігання виникненню глюконеогенезу. Прийом їжі повинен починатися в перші 24 години перебування хворого в стаціонарі, що дає змогу проводити профілактику утворення стресових виразок у шлунку. Якщо хворий не може харчуватися самостійно, то корміння відбувається через зонд. Надалі здійснюється, можливо, ранній перехід до повноцінної за складом і калорійністю дієти. Обов'язкове додаткове призначення вітамінів, що пов'язане з підвищеною витратою вітамінів під час пропасного періоду хвороби й антивітамінною дією деяких антибіотиків і хіміопрепаратів. Як правило, призначають полівітаміни в дозах, що у 2–3 рази перевищують добову потребу [5].

3. *Рухова активність*. Регламентована рухова активність сприяє відновленню моторної домінанти, що впливає на стан вегетативних центрів і мобілізацію захисно-пристосувальних механізмів організму до зростаючих фізичних і нервово-психічних навантажень [4].

Ураховуючи те, що в гострому періоді М спостерігають високий рівень ендотоксикозу хворому потрібно дотримуватися суворого постільного режиму, фізичні навантаження протипоказані у зв'язку з тим, що вони можуть сприяти підвищенню внутрічерепного тиску, посиленню головного болю й інших загальмозкових явищ. Якомога раніше потрібно починати проводити дихальну гімнастику, що є профілактикою виникнення ускладнень із боку дихальної системи (пневмонії) й сприяє зменшенню рівня ендотоксикозу. Хворим дозволяють сідати в постелі, коли наступає санація спинномозкової рідини (10–14 день). У періоді зворотного розвитку основну увагу приділяють зміцненню всіх систем організму, насамперед покращенню функції серцево-судинної й дихальної систем.

Із цією метою в заняттях загальнозміцнювальні вправи чергуються з дихальними, які хворий виконує у вихідному стані лежачи й сидячи. Використають дихальні вправи (динамічного характеру), вправи, спрямовані на розслаблення м'язів і для дистальних відділів кінцівок.

Після зникнення менінгеальних симптомів, зменшення інтенсивності головних болів (14–21 день) у заняттях ЛФК доцільне фізичне навантаження малої інтенсивності.

Вправи носять ізотонічний характер, проводяться без зусиль, у спокійному темпі. Виключають різкі, ривкові рухи, особливо головою.

Вправи зі зміною положення голови варто виконувати з обмеженням амплітуди руху, що потім поступово збільшується.

При значному покращенні загального стану хворого (21–30 день), стабілізації кровообігу й ліквороциркуляції збільшують фізичне навантаження, переводячи хворого на активний тренувальний режим. Поступово зростаюче фізичне навантаження сприяє адекватному тренуванню серцевого м'яза, нормалізує центральний та периферичний судинний тонус, підготовляє хворого до виконання побутових і професійних навантажень. Величина фізичних навантажень у заняттях у цьому періоді залежить від соматичного стану хворого й неврологічних проявів захворювання. У заняття не бажано включати вправи, пов'язані з різким нахилом та поворотами голови, вправи статичного характеру, які можуть провокувати наростання загальмозкової симптоматики.

Після перенесеного захворювання у хворих тривалий час зберігаються постінфекційна астенія, вегето-судинна дистонія й гіпертензійний синдром. Ці явища можуть тривати від 3-х міс. до року. Тому й після виписки хворого зі стаціонару йому в поліклінічних і домашніх умовах рекомендується продовжувати заняття ЛФК. Систематичне й регулярне застосування засобів ЛФК сприяє значному скороченню строків відновлення працездатності.

4. *Фізіотерапія, фізичні й фізіолого-гігієнічні засоби та методи.* У гострий період захворювання рекомендуються повороти хворого в ліжку, розтирання шкірних покривів усього тіла із застосуванням камфорного спирту. Для розслаблення м'язів призначають масаж (прийоми погладжування й легкого розтирання). За показниками може використатись електростимулювання нервово-м'язового апарату й ін. Останнім часом широко розробляється вплив на біологічно активні крапки шкіри у відбудовній терапії інфекційних хворих [6].

5. *Психотерапевтичні засоби й методи*. Завдання психотерапевтичного впливу – створення у хворого спокійного стану. Активність пацієнта повинна бути сбалансована. Із цією метою проводять психопрофілактичні бесіди, використовують аутогенне тренування, м'язову релаксацію, музикотерапію [2].

Основними етапами є такі: 1) інфекційне відділення стаціонару; 2) реабілітаційне відділення (центр) або санаторій; 3) поліклініка за місцем проживання. На першому етапі в гострому періоді хвороби й у періоді ранньої реконвалесценції здійснюються медичні заходи реабілітації. На другому етапі в умовах реабілітаційного відділення (центру) або санаторію в періоді пізньої реконвалесценції до медичних заходів додаються також соціально-економічні (у тому числі спеціальні професійні). Нарешті, на третьому етапі (поліклініка) у період виходу перенесеної інфекції здійснюються переважно заходи соціально-економічного характеру (МСЭК, раціональне працевлаштування й ін.). У цьому зв'язку зрозуміло, що провідну роль в організації реабілітаційних і диспансерних заходів відіграватимуть інфекціоністи кабінетів інфекційних захворювань (КІЗ). Навіть якщо ці заходи проводить дільничний терапевт, вони повинні бути погоджені з інфекціоністом КІЗ і проводитися за спеціально розробленими та науково обґрунтованими схемами. У складних випадках, коли

інфекціоніст КІЗ утрудняється в складанні адекватних програм і плану реабілітації перехворілого, він може направляти реконвалесцентів на консультацію в спеціалізований стаціонар або центр

Література

1. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих з травмами й захворюваннями нервової системи/ Марченко О.К. – Київ: Олімпійська література, 2006. – 195с.

1. Гаркави Л. Х. Антистрессорныереакции и активационнаятерапия / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, Т. С. Кузьменко. – М. : Имедикс, 1998. – 654 с.

2. Кэмпбелл Д. Дж. Эффект Моцарта / Д. Дж. Кэмпбелл ; пер. с англ. Л. М. Щукин. – Мн. : 000 «Попурри», 1999. – 320 с.

3. Лобзин Ю. В. Менингиты и энцефалиты / Ю. В. Лобзин, В. В. Пилипенко, Ю.Н. Громыко. – СПб. : Фолиант, 2003. – 128 с.

4. Медицинскаяреабилитация : [руководство для врачей] / под ред. В. А. Епифанова. – М. : МЕДпрессинформ, 2005. – 328 с.

5. Физическаяреабилитация : [учеб. для студ. высш. учеб. заведений] / под ред. С. Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.

6. Хаустон Ф. М. Исцеление с помощьюакупрессуры: акупунктура безиголок / Ф. М., Д. С. Хаустон. – М. : Издат. дом МСП, 1998.– 96 с.

Ж.М. Киричок, студентка групи 301 пГЗ,
Наук. керівник: Беседа Н.А., к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ НЕВРОЗАХ

Проблема захворювань нервової системи завжди була дуже гострою. Це пов’язано з соціальними умовами суспільного життя, які постійно змінюються, ускладнюються, і висувають підвищені вимоги до адаптації та соціалізації особистості. Останнім часом все більше утверджується реабілітаційний напрям, стрижнем якого є етапне, відновне комплексне лікування захворювань і ушкоджень, зокрема, й нервової системи. Вона поліпшує якість лікування, запобігає можливим ускладненням при захворюваннях і травмах, прискорює відновлення системи і органів, тренує і загартовує організм, повертає працездатність, зменшує ймовірність інвалідизації.

Неврози являють собою захворювання, які виникають внаслідок гострого або тривалого перенапруження нервової системи, перевтоми, порушення режиму праці і відпочинку, перенесених психічних травм та інших захворювань, вони розвиваються частіше під впливом тривалого впливу психогенних факторів, у той час як реактивні психози – у результаті гострої, сильної психічної травми.

Найчастіше стресові ситуації є причиною неврозів. За даними всесвітньої організації охорони здоров’я(ВООЗ), на неврози сьогодні хворіє 85% населення земної кулі, однак кількість їх постійно зростає. Невроз – це хвороба адаптації, наслідок зриву пристосувальних механізмів нашого організму після того, як вичерпалися всі резерви протидії стресу. Неврози є зворотними патологічними порушеннями, які пов’язані з

функціональними, а не органічними порушеннями в організмі. Для неврозів характерні розлади сну, головний біль, що виникає при розумовому, фізичному і емоційному напруженні, може виникати запаморочення або нудота. Згодом може виникнути прискорення частоти пульсу, або його зниження артеріального тиску, підвищення або зниження пітливості.

За І.П.Павловим, в основі розвитку неврозів лежать зрив вищої нервової діяльності, зумовлений перенапруженням подразнюючого або гальмівного процесів, порушення їхньої рухливості. Головною причиною неврозів є гостра або хронічна травма. Вони можуть виникати також унаслідок травми голови, хронічної інтоксикації, тривалих інфекційних захворювань, патології залоз внутрішньої секреції, неправильного виховання.

До чинників ризику виникнення неврозів В.С. Соколовський [1, с. 45] відносить: 1) фізичне перенапруження;2) соматичні хвороби;3) травми;4) професійну незадоволеність;5) неблагополуччя в родині;6) зловживання алкоголем;7) безконтрольне вживання снодійних засобів.

При лікуванні неврозів найчастіше застосовують комплексну терапію: індивідуальну або групову психотерапію; відпочинок; вилучення із середовища, що спровокувало захворювання; медикаменти; лікувальну фізичну культуру; масаж.

Важливо під час бесіди з хворим розкрити причину, що травмує його нейропсихічну сферу, і спробувати усунути її або, використовуючи різей прийоми психотерапії, зменшити її значущість. У випадках неврастенії, неврозу нав'язливих станів частіше застосовують метод раціональної психотерапії(або психотерапії переконанням), у разі істерії й рухливих неврозів - метод навіювання у стані неспання, так і гіпнозу. Досить широко застосовують аутогенне тренування, фізичні вправи й масаж.

Лікування неврозів комплексне і проводиться в психоневрологічних диспансерах, лікарнях, поліклінічних та санаторно-курортних закладах.

При розробці програми з фізичної реабілітації обов'язковим є налагодження режиму роботи та відпочинку. До специфічних методів, які використовують при неврозах можна віднести:

5. Релаксацію – метод, за допомогою якого можна частково або цілком позбутися фізичної та психічної напруги.

6. Концентрацію – передбачає виконання спеціальних вправ на зосередження уваги.

7. Аутогенне дихання – свідомо керуючи подихом, людина має можливість використовувати його для заспокоєння, знання напруги, як м'язової, так і психічної.

8. Аутогенне тренування – це вплив визначених розумових установок людини на зміну власних уявлень, переживань, відчуттів та інших психічних процесів, а також на стан окремих систем організму з конкретною метою.

Лікувальний масаж застосовують для покращання настрою і самопочуття хворого, підвищення або зменшення процесів збудження і

гальмування в ЦНС, її функціональної здатності; підготовки до занять фізичними вправами.

Фізіотерапію призначають для покращання психоемоційного стану хворого, зменшення підвищеної нервової збудженості, підсилення процесів гальмування, нормалізації сну, загартування і загального зміцнення організму. Фізіотерапевтичні методи застосовують диференційовано, залежно від виду неврозу, його форми клінічного перебігу захворювання.

Отже, неврозами називаються реактивні стани, виникнення яких пов'язане з довгостроково існуючої психогеннотравмуючою ситуацією, що викликає постійну психічну напругу. У розвитку неврозів велике значення мають особливості особистості. Тому виникнення неврозу залежить від структури особистості й характеру ситуації, що внаслідок індивідуальних особистісних властивостей виявляється вибірково травмуючою і здається нерозв'язаною.

Література

1. Соколовський В.С. Лікувальна фізична культура: [Підручник]/Соколовський В.С. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т- 2005 – 487с.

2. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих з травмами й захворюваннями нервової системи/ Марченко О.К. – Київ: Олімпійська література, 2006. – 195с.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., старший викладач
А. В. Верещака,студентка ІІІ курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇСЛАБОЗОРИХ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

На сьогодні сліпота та слабозорість – основні причини інвалідності зору у дітей, яка в структурі загальної дитячої інвалідності посідає четверте місце і в Україні складає 4,7 %. Найчастіше погіршення зору спостерігається у шкільному віці [1].

Аналіз досліджень у галузі гігієни, медицини, психології та педагогіки показують, що діти із порушеннями зорового аналізатора потребують застосування спеціальних програм, комплексної, психофізичної та соціальної реабілітації [1, 3]. Одним із ефективних шляхів забезпечення гармонійного психологічного, фізичного і соціального розвитку дітей із порушеннями функції зорового аналізатора є комплексне використання методів і засобів фізичної реабілітації [3].

Останніми роками зазначену проблему активно досліджували такі вітчизняні вчені: Р. Л. Азарян, В. Г. Григоренко, В. П. Єрмаков, Б. В. Сермєєв, В. Г. Крижанівська, Ю. А. Макаренко та інші. В працях цих вчених розкрито проблему порушень зору, її взаємозв'язок з фізичним розвитком та застосування фізичної реабілітації при різних очних

патологіях. Однак, можливості використання методів реабілітації психоемоційного стану та фізичного розвитку дітей з порушеннями зору в науковій літературі залишаються недостатньо вивченими та систематизованими.

У зв'язку з цим виникає необхідність у пошуку та розробці ефективних шляхів, методів і засобів, науково обґрунтованих реабілітаційних програм для дітей із порушеннями зору.

Вивчення питань взаємодії між зоровим і руховим аналізатором у дітей з порушеннями зору в процесі м'язової діяльності має велике значення для раціональної організації трудової діяльності та занять фізичними вправами. У процесі м'язової діяльності між функціональними системами організму виникають різноманітні зв'язки. Пропріоцептивні сигнали, що виникають при циклічних рухах, ритмічно надходять у центральну нервову систему і звідти по рухових і вегетативних нервах йдуть до всіх органів і тканин організму. Під впливом фізичних вправ покращується діяльність всіх органів, а також робота центральної нервової системи [1, 3].

Літературні дані, спостереження та спеціальні дослідження показують, що повна або часткова втрата зору різко знижує рухову активність дітей, яка негативно впливає на стан вищої нервової діяльності, на вегетативні функції організму, на розвиток і функціональний стан серцево-судинної і дихальної систем, призводить до змін обмінних процесів і розвитку захворювань внутрішніх органів. Обмеження моторної діяльності відображається на функціональних можливостях м'язів і рухового апарату загалом. Відмічається погіршення скоротливої здатності м'язів, зменшення їхньої сили, порушення координації і точності рухових реакцій [2].

Провідне місце, серед відхилень у показниках фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку, належить дефектам постави як у сагітальній, так і у фронтальній площині, що становить близько 95%. Виникнення порушень постави у слабозорих дітей зумовлене зоровою депривацією, а також швидкою втомою м'язів шиї та спини і нерідко поєднуються із захворюваннями хребта, внутрішніх органів та нервової системи [2].

Вади зору можуть перешкоджати вільному, швидкому, ненапруженому розвитку, що включає рухову активність, яка покращує поставу, збільшує м'язову масу і позитивно впливає на ходу. Нестача рухової активності затримує фізичний розвиток [1]. Значний вплив на стан здоров'я дітей шкільного віку здійснюють умови перебування в навчальних закладах, де переважає розумове навантаження на фоні обмеження рухової активності. Наслідками порушень психофізичного розвитку у дітей цієї категорії є зниження рухової активності через складність зорово-рухової орієнтації та недостатня рухова підготовленість [2].

Встановлено, що діти з вадами зору в моторному і фізичному розвитку відстають від своїх практично здорових однолітків. Це пов'язано з тим, що захворювання органу зору і порушення функцій зорового аналізатора негативно впливають на повноцінний розвиток дитини, а отже страждають вищі психічні функції, зокрема, процес пізнання

навколишнього середовища. Наслідком зниженого зору є недостатня рухова активність дитини, що, в свою чергу, спричиняє відставання фізичного розвитку, погіршення рухових функцій, координації, орієнтації в просторі та інших важливих функцій.

Повне або часткове порушення зору насамперед порушує просторове орієнтування, координацію рухів, загальну витривалість, уповільнює темпи оволодіння руховими вміннями й навичками, викликає м'язову в'ялість, труднощі в збереженні статичної та динамічної рівноваги, затримує терміни формування основних рухів [3].

Методично правильно організовані заняття з використанням спеціальних засобів фізичної реабілітації значною мірою сприяють корекції й компенсації рухових порушень і недоліків фізичного розвитку слабозорих дітей. Систематичні заняття фізичними вправами позитивно впливають на функціональний стан зорового аналізатора дітей. Зокрема, підвищуються показники швидкості переробки зорової інформації, стійкості акомодації і швидкості розпізнавання [2].

Для раціональної організації процесу фізичного виховання дітей з порушеннями зору необхідна координована робота лікаря-офтальмолога, педіатра, педагогів і батьків. Батьки і педагоги повинні знати, що при раціональному використанні фізичних вправ можливе покращення зорових функцій, а також їх розвиток, а при надмірних навантаженнях – їхнє погіршення. Необхідно підбирати такі фізичні навантаження, які є безпечними для стану зору дитини та позитивно впливають на загальний стан організму [1].

При правильній організації корекційних занять наявні в дітей очні захворювання та аномалії розвитку органу зору не заважають правильному виконанню фізичних вправ. Такі діти потребують диференційованого підходу і встановлення спеціальних режимів рухової активності з урахуванням конкретної аномалії зорового аналізатора, а також методів і умов навчання рухових діях і виховання рухових навичок. Важливо чітко дозувати навантаження, уникати перевтоми та протипоказання, уважно планувати програму на кожне заняття зі слабозорими дітьми, а також регулярно консультуватись з дитячим офтальмологом [3].

Як відомо, одним із основних принципів фізичної реабілітації є принцип комплексного застосування усіх необхідних реабілітаційних заходів, що дозволяє послідовно і всебічно впливати на існуючу проблему [2]. В спеціальних навчальних закладах для дітей з вадами зору окрім занять з ЛФК повинні проводитись: лікувальний масаж, заняття на тренажерах різної спрямованості, корекційні рухливі ігри, рекреаційні заняття, фізкультпаузи і фізкульт-хвилинки під час предметних уроків, спрямовані на розвантаження хребта, розслаблення м'язів тулуба, корекцію постави та підвищення психоемоційного тонусу [2].

Отже, збільшення рухової активності дітей у межах оптимальних норм зміцнює здоров'я, покращує функціональний стан кардіореспіраторної системи, збільшує опір організму до втоми і підвищує працездатність. Тому використання фізичних вправ, як засобу фізичної реабілітації, є надзвичайно важливим фактором у навчальних закладах для сліпих і слабозорих дітей.

Аналізуючи літературні джерела робимо висновок, що зі станом зору дитини тісно пов'язані зміни в стані здоров'я та фізичному розвитку дитини, корекцію яких можна покращити не лише лікарськими препаратами чи хірургічним втручанням, але й з допомогою комплексної фізичної реабілітації, одним з основних засобів якої виступає лікувальна фізична культура.

Література

1. Баннікова Р.О. Сучасні підходи до проблеми комплексної реабілітації слабозорих дітей шкільного віку / Р.О. Баннікова, Р.С. Бутов // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 3. – С. 47-51.

2. Бутов Р.С. Комплекснаяпрограммафизическойреабилитации для слабовидящихдетей 13-15 лет / Р.С. Бутов // Инновационныеобразовательныетехнологии. − 2014. – № 2. – С. 80-84.

3. Вавіна Л.С. Навчання та реабілітація дітей і молоді з порушеннями зору / Л.С. Вавіна, Т.А. Жук // Дефектологія. − 1997. − № 3. − С. 39- 41.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., старший викладач
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»;
Є.В. Вишар, старший викладач
Полтавський інститут економіки і права ВНЗ ВМУРоЛ «Україна»

ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ СТУДЕНТІВ ВЗО

Збереження та зміцнення здоров'я, зокрема студентської молоді, є однією з найважливіших цілей світової спільноти, що відображено у засадах європейської політики «Здоров'я-2020: основи Європейської політики на підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя». Проблема здоров'яосіб молодого віку, названа одним ізпріоритетнихнапрямівдіяльності ВООЗ у XXI ст., є вкрай актуальною і для України.На фоні високих темпів депопуляції населення, кризи ціннісних орієнтацій, низького рівня знань основ здорового способу життя, нераціональної організації режиму рухової активності, слабкої мотивації до занять фізичною культурою, динаміки вживання тютюну, алкоголю та наркотичних речовин проблема збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді потребує нагальної розробки заходів, що сприятимуть запобіганню негативних змін у стані здоров'я студентів.

Одним з основних засобів розвитку майбутніх спеціалістів та формування в них мотивації збереження та зміцнення здоров'я є зміст навчання, який визначається метою і завданнями освіти та є основою формування професійної компетентності. Професійна компетентність включає в себе чотири компоненти: досвід пізнавальної діяльності (знання), досвід виконання відомих способів діяльності (вміння діяти за зразком), досвід творчої діяльності (прийняття нестандартних рішень в нетипових ситуаціях) та позитивну мотивацію професійного здоров'я (оптимальне

поєднання індивідуальних та суспільних потреб). Перераховані компоненти змісту освіти тісно взаємопов'язані: без знання не буває вміння, на основі знань і вмінь здійснюється творча діяльність, а в діяльності виражаються ідеали і переконання особистості, тобто її світогляд, мотивація поведінки. Особистістьстаєпрофесіоналом, майстромсвоєїсправи вміру того, як опановує систему знань, засвоюєтіабоіншінормиповедінки. Чим багатшийсвітзнаньособистості, тимбільшефіктивно та цілеспрямовановідбуваєтьсявідбір і прирістновихзнань, їхнійперехід у мотивиповедінки і діяльності.

Г. Грибан зазначає, що крім знань та вмінь основними критеріями готовності майбутніх спеціалістів є ще й мотивація дооздоровчої діяльності[3, с. 37].Мотивація є синтезом інтелектуальних знань особистості і зовнішніх стимулів, які визначають засоби дії, спонукають до суспільно-корисної діяльності та орієнтують на досягнення власних і суспільних цілей; це самосвідоме тяжіння до задоволення потреб, успіху в житті і надання суспільству користі. Система мотивації збереження та зміцнення здоров’я в повинна забезпечувати як задоволення потреб працівника, так і успішне задоволення суспільних потреб останнім, тобто соціальне здоров’я.

Серед розмаїття наукових праць, присвячених формуванню змісту освіти, прикладним для формування мотивації збереження та зміцнення здоров’я майбутніх фахівців є бачення В. Краєвського та І. Лернера, які умовою формування всебічно розвинутої духовної особистості, готової до самоактуалізації та життєтворчості, бачить включення до структури змісту освіти чотирьох елементів соціального досвіду: знання про природу, суспільство, мислення, техніку й способи діяльності уже здобуті суспільством; досвід здійснення відомих способів діяльності, що втілюється в уміннях і навичках особистості, яка здійснює цей досвід; досвід творчої, пошукової діяльності в розв’язуванні нових проблем, що виникають перед суспільством; досвід ставлення до світу, один до одного, тобто система емоційної, вольової, екологічної, моральної, естетичної вихованості [5].

Для розробки моделі формування здорового способу життя особистості студента варто використати технологічні принципи, запропоновані у роботі С. М. Футорного [6]: комплексність; системність; цілісність; принцип інтеграції та координації взаємодії; довгостроковість та такі педагогічні принципи [2, 6]: науковості використанняздоров’язберігаючих технологій; превентивності негативних проявів поведінки студентської молоді, неприйняття негативних впливів соціального оточення; безперервності і наступності проведення роботи; неперервності та практичної цілеспрямованості педагогічного впливу; інтеграції безперервного навчання здорового способу життя з наукою, природою, практичною діяльністю людини і суспільства; гуманістичної спрямованості; комплексного міждисциплінарного підходу, заснованого на інтеграції питань здоров’я в різні навчальні програми; формування відповідальності студентів, викладачів і працівників ВНЗ за своє здоров’я, поведінку і життя; використання сучасних інформаційних технологій під час формування здоров’язберігаючого середовища університету; контролю

й оцінки результатів, заснованих на отриманні зворотного зв'язку, завдяки різним видам діагностики і самодіагностики; диференційованого підходу до організації заходів присвячених здоров'язбереженню студентів.

Наше дослідження висвітлює загальні педагогічні аспекти формування цінностей здорового способу життя студентів ВЗО. Подальших наукових пошуків потребують теоретичні і методичні засади формування мотивації професійного здоров'я майбутніх спеціалістів у процесі вивчення дисциплін професійного спрямування та в майбутній професійній діяльності.

Література

1. Андрєєва О. В. Розробка та впровадження технології проектування активної рекреаційної діяльності різних груп населення / О. В. Андрєєва // Спорт. вісн. Придніпров'я. – 2015. – № 1. – С. 4–9.
2. Бойко Ю. С. Формуванняаксіологічних установок до здорового способу життяустудентіввищихнавчальнихзакладів: дис. … канд. пед. наук: спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання» / Ю. С. Бойко. – Умань, 2015. – 268 с.
3. Грибан Г. П. Модернізація сучасної методичної системи фізичного виховання студентів аграрних університетів / Г. Грибан // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2012. № 9. − С. 37.
4. Єжова О. О. Формуванняціннісногоставлення до здоров'я в учнівпрофесійно-технічнихнавчальнихзакладів :монографія / О. О. Єжова. – Суми:МакДен, 2011. – 412 с.
5. Краевский В. Теоретическиеосновысодержанияобщегосреднегообразования [под.ред. В. В. Краевского, И. Я. Лернера]. – М. : Педагогика, 1983. – с. 146.
6. Футорный С. М. Здоровьесберегающиетехнологии в процессефизическоговоспитаниястуденческоймолодежи: [монография] / С. М. Футорный. – К.:Полиграфсервис, 2014. – 304 с.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., старший викладач
А.В.Володько,студентка ІІІ курсу спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

РОЛЬАДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИВ ПРОЦЕСІ СОЦІАЛІЗАЦІЇОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

На сучасному етапі розвитку суспільства існує тенденція до гуманізації всіх сторін нашого життя. Особлива увага повинна приділятися людям, що мають обмежені можливості в розумовому і фізичному розвитку. За даними Всесвітньої Організації Охорониздоров'я інваліди складають 10% населення земної кулі. Згідно статистики 2,5 млн. чоловік в Україні офіційно відносяться до осіб з фізичними чи розумовими вадами [2].

Війни, інфекції, спадкові захворювання, екологічні катастрофи, криміногенна ситуація, алкоголізм і наркоманія, нещасні випадки, природжені дефекти, травми, отримані на виробництві, в побуті, транспорті тощо – все це призводить до збільшення кількості інвалідів – до 23 тис в день, що складає понад 8 млн на рік [2, 3]. Усе це створює необхідність розробки комплексних програм щодо соціального захисту цієї категорії населення, обґрунтування нових галузей людських знань, відкриття нових навчальних дисциплін, напрямів і спеціальностей підготовки фахівців.

Адаптивна фізична культура (АФК) є на сьогоднішній день одним з напрямківфізичної культури, що найбільш стрімко розвиваються в соціумі, спрямованих на вирішення завдань щодо формування і розвитку соціальної активності осіб з обмеженими можливостями. Вона допомагає компенсувати, а іноді і відновити фізичні та інтелектуальні здібності, сприяє підвищенню функціонального стану організму, поліпшення фізичних якостей, психоемоційної стійкості та адаптаційних резервів організму людини.

Тематичний діапазон наявних досліджень доволі значний і спрямований на розв’язання різноманітних питань життєдіяльності осіб з інвалідністю, а саме: медико-психолого-соціальної реабілітації (Г.Л. Апанасенко, А. В. Магльований, 2012; О. М. Афанасьєва, 2009; А.Ю.Воробець, 2010; В. М. Мухін, 2010; О. І. Холостова, 2006; J. Ikelberg, 2014 та ін.); соціально-педагогічних аспектів освіти і навчання (О.К. Агавелян, 2013; М. Ф. Войцехівський, 2015; Л. І. Даниленко, 2010; Є. А. Захаріна, 2013–2015; Н. М. Захарова, 2011; Т. В. Сак, 2011; I. M. Evans, 2 C. L. Salisbury, 2009 та ін.); соціально-правового забезпечення (К. С.Міщенко, 2009; С. В. Пасічніченко, 2011; М. В. Чічкань, 2008 та ін.) тощо.

Адаптивна фізична культура в Україні має величезне значення у адаптації до умов життя людей з обмеженими можливостями здоров’я. Вона є важливим засобом всебічного розвитку особистості, сприяє нормальному розвитку організму, зміцненню здоров’я, підвищенню працездатності, формує у людей з обмеженими можливостями здоров’я усвідомлене відношення до своїх сил, задовольняє потребу в систематичних заняттях фізичними вправами.

Фізична культура в усьому її різноманітті повинна стимулювати позитивні морфозрушення в організмі, формуючи тим самим важливі рухові координації, фізичні якості і здібності, спрямовані на життєзабезпечення, розвиток і вдосконалення організму цілком [1, 2].

До основних корекційних цілей АФК відносяться: спрямованість на відновлення, заміщення і компенсацію пошкоджених та / або втрачених функцій організму, вдосконалення м'язово-суглобового відчуття, розвиток самостійного і якісного виконання рухових дій, максимальне можливе зменшення ступеня обмежень життєдіяльності, підготовка до соціальної інтеграції.

До основоположних завдань адаптивної фізичної культури відносять: досягнення відповідного віку рівня фізичної підготовки, розвитку фізичних якостей, орієнтування в просторі і координації рухів та

ін.; використання спеціальних методів і засобів, що сприяють підвищенню функціональних можливостей організму; активізація і вправу всіх функцій організму в тісному взаємозв'язку з лікувально-відновлювальної роботою.

К.Л. Беккером були виділені загальні реабілітаційно-педагогічні методи АФК: стимуляція – метод систематичного застосування відмінних від норми форм діяльності для всебічного розвитку особистості; компенсація – метод формування замінників; корекція – метод ліквідації порушень; підкріплення – метод збереження досягнутого рівня [1].

На думку С. П. Євсєєва, процес адаптивної фізичної культури ґрунтується на загальних методичних принципах, тобто основні правила при заняттях фізичними вправами. Знання принципів фізичного виховання дозволяє педагогу виховувати різнобічну гармонійно розвинену особистість, готувати осіб з порушеннями здоров'я до трудової військової і соціальної діяльності; розвивати розумові здібності [1].

Пізнання сутності явища формування рухової активності, як біологічного і соціального факторів впливу на організм і особистість людини – методологічний фундамент адаптивної фізичної культури.

Що стосується ролі АФК для самовдосконалення особистості з обмеженими можливостями, то тут не можна недооцінювати роль АФК. Самовдосконалення – це процес усвідомленого, керованого особистістю розвитку, в якому в суб'єктивних цілях і інтересах особистості цілеспрямовано складаються і розвиваються її здібності, якості. Крім вищеописаних достоїнств АФК для осіб з обмеженими можливостями в плані зміцнення здоров'я, вправі рухових функцій та інше, не можна обійти стороною психологічну сторону цього питання.

Люди з обмеженими можливостями – точно такі ж особистості, як і люди без будь-яких обмежень, тому вони в рівній мірі прагнуть в самореалізації у всіх життєвих планах. Часом, людина, яка пережила важкі життєві ситуації і набула обмежені можливості, або ж народилася з ними, втрачає мотивацію до життя, прагнення жити і розвиватися далі як особистість. Але, здавалося б, такі прості речі, як вправи адаптивної фізичної культури, цілком здатні допомогти цій людині знову знайти віру в себе і розбудити в ній потребу в самовдосконаленні.

Здоров'я серед життєвих цінностей людини займає найбільш важливе місце. Досягти благополуччя можна через працю, спрямовану на розширення і реалізацію своїх духовних, фізичних якостей і соціальних можливостей. Благополуччя людини включає в себе дві складові: духовне і фізичне [3]. Духовне і фізичне здоров'я – невід'ємні частини людського здоров'я, які повинні постійно перебувати в гармонійній єдності, забезпечуючи високий рівень здоров'я. У цьому положенні криється неймовірно висока роль адаптивної фізичної культури для самовдосконалення особистості осіб з обмеженими можливостями.

Особи з обмеженими можливостями, що займаються адаптивною фізичною культурою, більше уваги приділяють своєму здоров'ю, такі заняття активізують морально-вольові якості, повертають відчуття соціальної повноцінності, і, як наслідок, прагнення до самореалізації себе в цьому світі. Відсутність подібного роду занять у цих людей несуть

деструктивний характер для становлення особистості, сприяють фіксації на власні недоліки і станом пригніченості у особистості [1, 2].

Таким чином, адаптивна фізична культура як засіб самовдосконалення осіб з обмеженими можливостями, дійсно, неймовірно значима. Вона дозволяє гармонійно поєднувати і розвивати фізичне і духовне в процесі самореалізації особистості людини. Подібні результати можливі, звичайно, при адекватній, грамотній і повній реалізації всіх принципів АФК в єдності.

Література:

5. Евсеев С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура: учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2000. – 240 с.
6. Когут І. Соціальна інтеграція осіб з інвалідністю та роль адаптивної фізичної культури в її реалізації / Ірина Когут // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2014. – № 4. – С. 61–66.
7. Сутула В. О. Забезпечення фізичного здоров'я різних верств населення — основна соціальна функція фізичної культури / В. О. Сутула // Теорія і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, педагогіка, соціологія. – 2011. – № 4. –С. 119–123.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., старший викладач
А. Ю. Даровська, студентка ІІІ курсу спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), хвороби системи кровообігу в XXI столітті стали одною із головних проблем для систем охорони здоров'я, негативно впливають на сталий розвиток і соціально-економічну структуру країн світу. Одночасно вони є також найбільш поширеною причиною смертності [1]. Найпоширенішим з захворювань серцево-судинної системи є гіпертонічна хвороба (ГХ): за статистикою на неї страждає близько 15 % населення і майже половина людей, старших за 50 років. Приблизно у кожної п'ятої дорослої людини виявляється підвищений артеріальний тиск. Так, підвищення артеріального тиску (АТ) спостерігається у 4 % осіб віком 20–23 років і досягає 50 % і більше у віці 50–70 років [1]. При цьому з віком з'являються супутні захворювання та стани, наявність яких може впливати на ефективність антигіпертензивної терапії.

Метою лікування гіпертонічної хвороби є зниження смертності від серцево-судинних захворювань. Чим вищий артеріальний тиск, тим вищий ризик мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця та передчасної смерті. Довготривала артеріальна гіпертензія призводить до ураження органів-мішеней, у тому числі – гіпертрофії лівого шлуночка, серцевої

недостатності, ураження нирок аж до розвитку ниркової недостатності. Навіть невелике підвищення АТ несе в собі істотний ризик для здоров'я. Так, 60 % серцево-судинних ускладнень спостерігається у хворих з помірним підвищенням діастолічного АТ – не вищим за 95 мм рт. ст., оскільки такі хворі складають переважну більшість серед осіб з підвищеним артеріальним тиском [2].

Важливим заходом немедикаментозної корекції є регулярне виконання динамічних фізичних вправ [2]. У лікуванні цього захворювання фізична реабілітація займає значне місце. Реабілітація включає відновлювальну терапію в умовах лікувально-профілактичних установ за допомогою засобів активного впливу на функціональні системи організму: лікувальної фізичної культури (ЛФК), фізіотерапевтичного лікування, ерготерапії, лікувального масажу, фітотерапії. Своєчасні заходи адекватної активізації хворих за допомогою дозованих тренувальних режимів, які впливають безпосередньо і опосередковано на серцево-судинну систему, сприяють тренуванню і зміцненню органів кровообігу, що сприяє підвищенню толерантності до фізичного навантаження і відновлює фізичну роботоздатність хворих на гіпертонічну хворобу. Особливості перебігу гіпертонічної хвороби, які потребують тривалого профілактичного лікування, визначають необхідність більш широкого використання засобів фізичної реабілітації [1].

Методика занять фізичними вправами при гіпертонічній хворобі залежить від характеру патологічних змін, викликаних захворюванням, стадії захворювання, ступеня недостатності кровообігу, стану коронарного кровообігу. Реабілітація хворих на ГХ повинна бути суворо індивідуальною і плануватися відповідно до таких принципів:

1. Провідна роль у лікуванні ГХ I стадії належить дієтотерапії, засобам фізичної культури, медикаментозній терапії.
2. Фізичне навантаження хворих повинне відповідати стану хворого, стадії процесу та формі захворювання.
3. У процесі фізичної реабілітації необхідне спрямоване тренування хворих для стимуляції відновних процесів в організмі і поступова адаптація організму хворого до зростаючого фізичного навантаження.
4. Рухова активність хворих повинна здійснюватися при ретельному і систематичному лікарському контролі.
5. Кінцевою метою фізичної реабілітації хворих на ГХ має стати підвищення фізичної роботоздатності хворих [1].

Використання перерахованих принципів застосування ЛФК є обов'язковим як при побудові лікувального комплексу в кожному конкретному випадку, так і при виробленні програми реабілітації для групи однопланових пацієнтів.

Завданнями фізичної реабілітації при гіпертонічній хворобі є: вплив на центральну нервову систему (ЦНС), відновлення порушених взаємин між процесами збудження і гальмування, руйнування патологічних зв'язків і придушення вогнищ застійного збудження, підтримуючих пресорну спрямованість судинно-рухових центрів. Поліпшення психоемоційного стану хворого.Поліпшення кровообігу, особливо

периферичного, а також місцевого кровообігу в серці та нирках, підвищення обмінних процесів у цих органах і в організмі в цілому.Підвищення загальної витривалості і тренованості організму.Ліквідація застійних явищ у малому колі кровообігу і дискинезій травного тракту.Профілактика супутніх захворювань (ожиріння, цукровий діабет, атеросклероз та ін.).Побутова та трудова реабілітація [4].

У ЛФК для лікування гіпертонії застосовуються такі основні засоби: фізичні вправи (гімнастичні, спортивно-прикладні, ідеомоторні, вправи в посилці імпульсів до скорочення м'язів), ігри, природні фактори, лікувальний масаж. На етапах відновного лікування основним засобом лікувальної фізичної культури є фізичні вправи. Розрізняють декілька форм проведення занять ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), лікувальна гімнастика (ЛГ), самостійні заняття фізичними вправами (СЗ), лікувальна дозована ходьба і сходження (теренкур),масові форми оздоровчої фізичної культури, дозовані плавання, веслування, біг та ін. [3].

При гіпертонічній хворобі завданнями ЛФК є: нормалізації процесів збудження і гальмування в ЦНС; нормалізації судинного тонусу і моторно-судинних рефлексів; поліпшення периферичного кровообігу та артеріального тиску; стимуляції обміну речовин; зменшення реакції організму на несприятливі зовнішні впливи; зменшення дози медикаментозних препаратів; підтримання працездатності хворого [1].

Заняття ЛГ проводяться малогруповим методом у вихідному положенні (в.п.) «сидячи» і «стоячи», призначаються вправи для великих і середніх м'язових груп, у повільному і середньому темпі. Співвідношення кількості загальнорозвивальних вправ (ЗРВ) до дихальних (ДВ) – 3:1, число повторень – 4–6 разів. У заняття також включаються вправи на розслаблення, рівновагу, координацію рухів. Тривалість заняття – 20–25 хв. За наявності тренажерів на заняттях використовують: велотренажер, бігову доріжку (темп повільний); крокуючий тренажер. При цьому артеріальний тиск не повинен перевищувати 180/110 мм рт. ст., а частота серцевих скорочень (ЧСС) – 110–120 уд./хв [2].

Завдяки фізичним вправам додатково розкриваються резервні капіляри і АТ може дещо знизитися (при адекватній реакції на навантаження), зменшується периферичний опір і серце виконує меншу роботу. Розвиток екстракардіальних факторів кровообігу, що виникає при дозованому фізичному навантаженні, також сприяє поліпшенню периферичного кровообігу. Застосування різних засобів і прийомів для зниження підвищеного м'язового тонусу (елементи масажу, пасивні вправи, ізометричні вправи з подальшим розслабленням) може бути використане і для зниження підвищеного судинного тонусу [4].

Отже, гіпертонічна хвороба є поширеним захворюванням, що вимагає комплексного підходу до лікування, яке повинне включати дієтотерапію, медикаментозну терапію, фітотерапію, лікувальну фізичну культуру. У науковій літературі зустрічаються суперечливі дані про дозування, інтенсивність та вибір засобів лікувальної фізичної культури у фізичній реабілітації хворих на гіпертонічну хворобу.

Література

1. Епифанов В. А. Лечебнаяфизическая культура: [учебноепособие для ВУЗов] / В. А. Епифанов. – М.: Изд. дом «ГЭОТАР-МЕД», 2006. – С. 249–262.
2. Калмикова Ю. С. Особливості застосування методик лікувальної фізичної культури при гіпертонічній хворобі І стадії // Фізична культура, спорт та здоров'я : матеріали ІІ Всеукраїнської студентської наукової інтернет-конференції, 10–11 грудня 2015 року. – Х.: ХДАФК, 2015. – С. 195–197.
3. Коваленко В.М. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні / В.М. Коваленко, А. П. Дорогой // Матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 21–23 вересня 2016 р.). К., 2016. – С. 5–14.
4. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільнополітична проблема (аналітичностатистичний посібник) / під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2014. – 280 с.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., старший викладач
С. М. Подольний, студент ІІІ курсу спеціальності
«Фізичнатерапія, ерготерапія»,
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДІВФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Туберкульоз легень є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, що займає перше місце серед інфекційних та паразитарних хвороб і становить понад 80 % летальних випадків в усьому світі. Основним завданням нової Глобальної стратегії ВООЗ з протидії туберкульозу до 2035 року є звільнення світу від туберкульозу з досягненням нульового рівня захворюваності, смертності та страждань від цієї хвороби.

Туберкульоз в Україні знову став нагальною проблемою і почав набувати рис епідемії, дедалі частіше спостерігаються гостропрогресуючі, важкопротікаючі, а часом і невиліковні форми туберкульозу.Вагомими причинами, що призводять до масштабного поширення туберкульозу є соціально-економічна нестабільність країни, зниження життєвого рівня та добробуту переважної більшості населення, неякісне харчування, збільшення числа соціально-дезадаптованихосіб. Наша країнаввійшла до п'ятірки країн світу з найвищим рівнем мультирезистентноготуберкульозу[5].Питання протидії та контролю за епідемією туберкульозу в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я [1]. Не зважаючи на достатнє правове та законодавче забезпечення реабілітаційної допомоги хворим на туберкульоз легенів, у спеціалізованих закладах України застосування засобів фізичної реабілітації в процесі лікування перебуває на низькому рівні.

Реабілітація хворих на туберкульоз легенів це процес застосування організаційних, медичних, психологічних, професійних та соціальних

заходів, які направлені на досягнення одужування чи поліпшення стану здоров'я, відновлення професійної працездатності, збереження попередніх соціальних відносин пацієнта із суспільством, які порушені через захворювання [2].

У системі лікувально-профілактичних заходів при легеневому туберкульозі використовують фізичні вправи, які розглядаються як метод загальнозміцнювальної дії, який сприяє підвищенню загальної фізичної активності, поліпшенню функції органів дихання та серцево-судинної системи, посиленню процесів дезинтоксикації і десенсибілізації. Рухову активністьзастосовують при всіх формах туберкульозулегень у періодстиханнягострогопроцесу й поліпшеннязагального стану хворого.

Вибір форм і засобів кінезитерапії визначають за рівнем загальної фізичної підготовки, віком тастаном хворого. Використовують ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику (загально-розвиваючі, дихальні дренажні вправи), спортивно–прикладні (ходьба, біг,теренкур, лижі, ковзани, веслування, плавання) і ігрові (волейбол, городки, настільний теніс, бадмінтон, тощо) малорухливі та рухливі вправи, які хворі виконують самостійно або груповим методом[2, 4].

Лікувальна дія фізичних вправ при захворюванні ґрунтується насамперед на можливості довільного регулювання глибини і частоти дихання, його затримки і форсування. Обов'язковими є вправи на мобілізацію дихальних екскурсій грудної клітки та діафрагми. Доречне поєднання таких дихальних вправ з одночасним асиметричним тренуванням атрофічних м'язів грудної клітки та плечового поясу з боку розвитку туберкульозного процесу.

Протипоказаними є всі вправи, що збільшують внутрішньо-грудний тиск – виси, упори, підняття ваги, вправи з великим навантаженням, навіть короткочасним. Також виключаються під час заняття максимальні навантаження, перевтома, перегрівання, переохолодження і гіперінсоляція.

Одночасно з призначеннямфізичнихвправнеобхіднопочинатизагартуванняповітряними ваннами (тривалість –1 до 10 хв.) і водними процедурами (контрастний душ, обтиранняабоконтрастні за температурою обливаннятеплою водою з поступовимзниженнямтемператури води до кімнатної).Загартовувальні процедури не тільки формують стійкість до впливу низьких температур, але й нарівні з фізичними тренуваннями суттєво впливають на загальний імунний фон організму хворих.

Лікувальниймасажзастосовують при фазістиханнятуберкульозногопроцесу у виглядікласичного, сегментарно-рефлекторного, перкусійного, точкового та самомасажу. Рекомендують використовувати повний набір прийомів масажу в наступному співвідношенні: погладжування – 10%, розтирання і розминання – по 25%, вібрація – 40 % та проводити у такій локалізованій послідовності: передньої поверхні грудної клітки; спини; шийного відділу; повторний масаж передньої поверхні грудної клітки. Після закінчення сеансу пацієнт повинен періодично відкашлюватися за допомогою глибокого форсованого видиху, виганяючи мокроту з дистальних відділів легенів з

положення оптимального для відходження ексудату (позиційний дренаж)[4].

У протоколі надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, затвердженим МОЗ України вказується, що при призначенні фізіотерапевтичних процедур потрібно враховувати активність та поширеність туберкульозу, наявність ускладнень, вік хворого, супутні захворювання. Фізіотерапія в лікуванні хворих на туберкульоз вирішує такі завдання: поліпшує кровообіг, зменшує лімфоміостаз, усуває явища бронхообструкції, має протизапальну, десенсибілізуючу, протибольову, гіпотензивну, імунокорегуючу дії. При лікуванні туберкульозу легень широко застосовують аерозольтерапію, яку призначають переважно після хіміотерапії, стабілізації загального стану, нормалізації життєво важливих функції організму, зменшення симптомів інтоксикації [3].

Неабияку увагу в комплексному відновному лікуванні хворих із різними формами туберкульозу легень слід приділяти працетерапії, яка має бути плановою, постійною, не мати випадкового характеру, не викликати стомлення та роздратування. Навантаженнямають бути дозовані за часом та інтенсивністювідповідно до тренованості та трудовихнавичокхворих. Загальнатривалістьтрудовихпроцесів не повинна перевищувати 1,5-2 год.

Аналіз та узагальнення спеціальної літератури свідчить про необхідність застосування засобів фізичної реабілітації при лікуванні хворих на туберкульоз легень, оскільки важливе місце займає стимуляція процесів компенсації виявлених функціональних порушень під час консервативного лікування.В процесі занять фізичними вправами виробляється правильний механізм дихання, ліквідуються порушення в акті дихання, поліпшується вентиляція легенів, попереджається утворення спайок і інших ускладнень, нормалізується постава. Фізична реабілітація для хворих на туберкульозу легень дозволить скоротити термін тимчасової непрацездатності, підвищить загальну працездатність хворих, буде сприяти більш повному розсмоктуванню інфільтратів, відновленню функцій дихальної, вегетативної нервової системи та психоемоційного стану хворих.

Література:

1. Зубицька Н. П. Туберкульоз: лікування та профілактика / Н.П. Зубицька. – К., 2008. – 308 с.
2. Калмикова Ю. С. Фізичнареабілітація при інфільтративномутуберкульозілегенів / Ю. С. Калмикова //Слобожанськийнауково-спортивнийвісник. – 2013. – №. 1 (34). – С. 79-83.
3. Кирьянова В. В. Физиотерапия больных туберкулезом органов дыхания / В. В. Кирьянова, А. Н. Левашов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2010. – № 1. – С. 37 – 48.
4. Ногас А. О. Фізична реабілітація хворих на туберкульоз легенів в умовах стаціонару : навч.-метод. посіб. / А. О. Ногас. – Рівне, 2009. – 128 с

Л.В. Клеценко, к.пед.н., старший викладач
К. В. Равлик,студентка ІІІ курсу спеціальності

«Фізична терапія,ерготерапія»,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

НЕТРАДИЦІЙНІОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇЯК ЗАСІБ ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Україна є соціально орієнтованою державою, тому її основним завданням постає сприяння духовному, інтелектуальному, фізичному зростанню молодого покоління. Гармонійний і всебічний розвиток особистості, заснований на нормах, цінностях, сенсі життя, змінює адаптивні можливості організму людини і реалізується через формування здорового способу життя. Також на державу покладений обов'язок постійно вдосконалювати відповідно до міжнародних стандартів оздоровчі технології у сфері фізичного виховання. Деякі програми закріплені в нормативно-правових актах і мають важливе значення для розвитку фізичного виховання.

На наш погляд, на сучасному етапі недостатньо уваги приділяється розвитку новітніх оздоровчих технологій у фізичному вихованні студентів, не використовуються нетрадиційні методики східних єдиноборств, бойового гопака, ушу, хатха-йоги тощо.

Оздоровча фізична культура є частиною загальної фізичної культури, її основна мета – зміцнення здоров'я, підтримка високої працездатності, відновлення порушених функцій (оздоровлення і часткове лікування). Значення оздоровчої фізичної культури величезне. Нині багатьма громадськими і державними організаціями проводиться робота у напрямі створення умов широким верствам населення для регулярних занять фізичною культурою з метою оздоровлення і повноцінного проведення дозвілля. Це такі види діяльності:

1) спортивні ігри (волейбол футбол, баскетбол, теніс, бадмінтон та ін.);
2) види спорту, що мають загальний початок і певні правила (масові види спорту);
3) активний відпочинок на свіжому повітрі, який характеризується доланням перешкод і спортивними змаганнями (літні оздоровчі табори, туристичні походи);
4) вправи естетичного характеру, які приносять користь не тільки учасникам, а й глядачам (показові виступи «Веселі старти») [2].

До сучасних фізкультурно-оздоровчих програм, які розробляються у ВНЗ, необхідно висувати такі умови:

1) різноманітність форм занять, засобів, методик викладання, що відповідають потребам та інтересам студентської молоді. Внесення елемента новизни у заняття (заняття з виїздом на природу, з музичним супроводом, нетрадиційні методики тощо);
2) поступова індивідуальна діяльність у межах можливостей людини (індивідуальний підхід до кожного, хто займається в оздоровчій групі, врахування віку, стану здоров'я студентів);

3) освітня основа, кожна людина має усвідомлювати користь цих занять, мати теоретичні знання (інформація про новітні тенденції, досягнення і методики оздоровчих тренувань);

4) можливість перевіряти рівень підготовленості або проводити спостереження за станом здоров'я (своєрідні тести, контрольні нормативи, а також показові виступи);

5) можливість оцінювати фізіологічний стан і реакцію на навантаження (вимірювання частоти серцево-судинних скорочень);

6) відповідні заохочення і громадська підтримка (зацікавленість більшості студентів, масово-оздоровча робота у гуртожитках, організація масових заходів);

7) наявність кваліфікованих спеціалістів, коли значення мають високі вимоги до підбору кадрів, наявність диплома про вищу спеціальну освіту [1].

У наш час з'являється все більше різноманітних напрямів у оздоровчій фізичній культурі, нових технологій, головна мета яких – зміцнення здоров'я, забезпечення здорового дозвілля, відтворення трудового потенціалу України [3]. Поширення серед студентської молоді набули заняття з фітнесу, каланетики, стрейчінгу, аеробіки, аквафітнесу у поєднанні з нетрадиційними методиками східних єдиноборств, бодібілдингу, бойового гопака, ушу та хатха-йоги.

Програма хатха-йоги – це послідовний розвиток умінь і навичок відтворювати різні рухи і положення. Впровадження цієї системи вправ дає змогу диференціювати навантаження залежно від можливостей і рівня розвитку студентів, поступово підводити їх рухові здобутки і, зрештою, фізіологічні процеси до належного рівня. Для того, щоб засвоїти будь який комплекс, що входить до програми, необхідно чітко запам'ятовувати і відтворювати у пам'яті положення, вміти розрізняти ці положення, відчувати розтягнення м'язів, напруження і відповідне розслаблення м'язів і сухожиль, переходи із одного положення в інше [1]. Виконання нескладних комплексів сприяє розвитку опорно-рухового апарату, особливо гнучкості, і в той же час допомагає оволодіти нескладними видами координації.

Однією з особливостей методики хатха-йоги є виконання вправ з музичним супроводом. Досліди і спостереження [4] показали, що взаємозв'язок музики і фізичного виховання сприяє більш ефективному розвитку основних рухів і оздоровленню організму. Музика організовує молодь, у ритмі вони краще виконують вправи, тому мета оздоровлення досягається ефективніше і швидше. В основному, музичний супровід несе у собі програмний зміст, стимулює розвиток музичного мислення [4].

Методична структура занять за програмою, яка ґрунтується на фізичній культурі хатха-йоги – це показ комплексу, прослуховування музики, вивчення, запам'ятовування послідовності комплексу:почергове вирішення ряду рухових завдань, перевірка домашнього завдання;аналіз занять і висновки;орієнтовна оцінка реалізації цілей;показові виступи.

Виконання цих нескладних комплексів сприяє розвитку опорно-рухового апарату, особливо гнучкості, і водночас допомагає оволодіти нескладними видами координації.

Таким чином, підводячи підсумок зісказаного вище, слід відзначити, що заняття нетрадиційними оздоровчими технологіями у фізичному вихованнівирішують ряд оздоровчо-профілактичних завдань: позитивно впливають на нервово-психічну діяльність (студенти, які займаються, стають більш врівноваженими, спокійними, веселими і бадьорими); нормалізують кровообіг і обмін речовин, збільшують об'єм дихання; закріплюють рухові навички (покращується координація; збільшується ступінь свободи, гнучкість тіла; закріплюються навички орієнтації у просторі); ті, хто займаються, стають більш дисциплінованими, організованими, витриманими.Цей процес спрямований на фізичний розвиток, функціональне удосконалення організму, навчання основним життєво важливим руховим навичкам, що реалізується через спеціальні фізкультурно-оздоровчі технології. Добір засобів і методів здійснюється з урахуванням фізкультурних і спортивних інтересів та індивідуальних особливостей тих, хто займається, рівня їхнього здоров'я, фізкультурної освіти, фізичної підготовленості, наявності умов для занять тощо.

Література

1. Булатова М. М. Сучасні фізкультурно-оздоровчі технології у фізичному вихованні / М. М. Булатова, Ю. О. Усачов // Теорія і методика фізичного виховання; за ред. Т. Ю. Круцевич. – К.: Олімпійська література, 2008. – Т. 2. – С. 320–354.

2. Кібальник О. Я. Застосування фітнес-технологій для підвищення рухової активності та фізичної підготовленості підлітків : автореф. дис. … канд. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення»; Львівський держ. ун-т фізичної культури. – Львів, 2008. – 20 с.

3. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2000. – 424 с.

4. Черненко О.Є. Різновиди гімнастики як засіб фізичного виховання : Навчальний посібник для студентів факультету фізичного виховання / О. Є. Черненко. – Запоріжжя., ЗДУ, 2004. – 54 с.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., старший викладач
О.А. Черкас,студентка ІІІ курсу спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»,
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Операції на черевній порожнині складають найбільш значущу частину хірургічної активності, у світовій статистиці від 32 до 65%. Хоча сучасною тенденцією в хірургії є мінімізації операційної травми за рахунок використання лапароскопічної та ендоскопічної техніки, розробки міні доступів, частка великих лапаротомних операцій на черевній порожнині залишатиметься досить значною через радикальних операцій

при новоутвореннях, ущемлених грижах, ехінококозі, панкреатиту і через гнійних ускладнень[1].

Природно, що операції на черевній порожнині вимагають якісної реабілітації в післяопераційному періоді. Швидкість і повноцінність відновлення здоров'я хворих залежить від компенсаторної перебудови всіх органів і систем, особливо органів дихання і кровообігу. Природно, що ця перебудова не може бути досягнута тільки медикаментозною терапією. Використання методів та засобів фізичної реабілітації (лікувальної фізкультури (ЛФК), масажу, фізіотерапії, трудотерапії, дієтотерапії й ін.) максимально сприяє відновленню функцій життєво важливих систем організму, запобігає виникненню післяопераційних ускладнень, сприяє скорішому видужуванню та відновленню працездатності хворих, відновленню їхньої нормальної життєдіяльності[2]. Тому застосуванняреабілітаційних заходів у хворих після оперативних втручань на органах черевної порожнини є актуальним.

У медичній практиці реабілітації хворих на перитоніт переважає тенденція недооцінки важливості використання всіх можливих засобів ЛФК, масажу, фізіотерапевтичних процедур в ранньому післяопераційному періоді. Їх призначення хворим зазвичай відбувається в різні терміни після оперативного втручання і не має комплексного підходу[2].

З метою швидкого відновлення всіх функції органів і систем, вправи розпочинають через 12–16 годин після операції, з моменту відновлення свідомості після наркотичного сну, але їх початок має бути індивідуальний для кожного хворого. Проводять дихальну гімнастику, поєднуючи ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури для профілактики бронхолегеневих, гіподинамічних, тромбоемболічних ускладнень, ускладнень зі сторони післяопераційної рани і спайкової хвороби, відновлення функції кишечника, що сприяє зниженню внутрішньочеревного тиску [2].

Дихальні вправи проводять з акцентом на діафрагмальне дихання та прийоми відкашлювання, які чергуються з динамічними вправами для верхніх і нижніх кінцівок. При діафрагмальному диханні посилюється больовий синдром, що потребує щадного проведення лікувальної гімнастики. Дихання має бути вільним, без зусиль і затримки, не викликати больових відчуттів. Дихальні вправи чергують з вправами для дистальних відділів кінцівок [1, 2]. До динамічних вправ включають згинання і розгинання рук у ліктьовому суглобі, відведення рук в плечовому поясі при вдиху і приведення їх до тулуба при видиху, чим покращується екскурсія грудної клітки, збільшується вентиляція легень і попереджаються застійні явища в них. Для ніг такими вправами є почергове підтягування із згинанням в колінних суглобах без відриву п’ятки від постелі – ходьба «лежачи», повороти зігнутих ніг в сторони. При цьому скорочуються поперекові м’язи, масуючи брижу тонкого кишечника, що позитивно впливає на раннє відновлення перистальтики кишечника. Скорочення м’язів нижніх кінцівок сприяє покращенню кровотоку в них, зменшується застій у венозній системі, що попереджує тромбоемболічні ускладнення [3]. ЛФК проводять 3–4 рази в день по 5–7 хвилин індивідуальним методом.

Завданням ЛФК в ранньому післяопераційному періоді є: профілактика можливих ускладнень, формування еластичного рухомого рубця, поліпшення загального і місцевого кровообігу та лімфоутворення, підвищення психоемоційного тонусу хворого і навчання навикам самообслуговування[3].

При перитоніті в перші дні глибоке дихання можливе лише за рахунок грудних м'язів, так як відмічається високе стояння діафрагми у зв'язку з високим черевним тиском, що виникає внаслідок парезу кишечника. За даними спірометрії, при гострій хірургічній патології діафрагмальне дихання знижується на 10–20 %, а після проведення оперативного втручання ще на 10−20 %, грудне на 5−15 %. Відновлюється воно через 7−10 діб після операції [3].

Тривалість оперативного втручання при перитоніті і застосування міорелаксантів в перші кілька діб викликають слабкість м'язів, а в деяких випадках відмічаються виражені м'язові болі. В таких випадках хворий робить вдих, максимально наповнюючи грудну клітку. При видиху медична сестра стискує грудну клітку хворого з обох боків з метою забезпечення максимального видиху хворим та зменшення больових відчуттів на вдиху медична сестра, або сам хворий фіксує передню черевну стінку. На другий- третій день, при зменшенні больових відчуттів, хворі проводять повне дихання. Під час вдиху хворий максимально розширює грудну клітку з одночасним випинанням передньої черевної стінки, включаючи в процес дихання діафрагму. При видиху медична сестра стискує грудну клітку з боків. Дихальну гімнастику часто поєднують з прийомами відкашлювання. Дуже важливо, щоб хворий сам приймав активну участь у проведенні процесу реабілітації [2, 3].

Комплекс вправ, їх тривалість визначається лікуючим лікарем індивідуально для кожного хворого в залежності від перебігу післяопераційного періоду, враховуючи всі фактори ризику, які наявні у хворого. Абсолютним протипоказання для заняття лікувальної гімнастики є важкий загальний стан хворого, обумовлений основним чи супутнім захворюванням; висока температура (38–39 °С); стійкий больовий синдром; анемія; небезпека кровотечі, що описано іншими авторами [2].

В заняття ЛФК включають вправи для верхніх і нижніх кінцівок, які описані вище, їх масаж, що покращує мікроциркуляцію і попереджує тромбоемболічні ускладнення. Масаж поєднують з ЛФК і проведенням інгаляції морською сіллю. У післяопераційний період переважають процеси катаболізму, тобто в організмі обмежені енергозатрати [2, 3].

Відмітимо, що в перші дні після оперативного втручання фізичні можливості хворих обмежені. Наявність вираженого больового синдрому в деяких випадках веде до відмови хворих від виконання фізичних вправ. Масаж, на відміну від лікувальної фізкультури, не вимагає вольової напруги хворого і є найощадливішою формою підвищення загального тонусу організму, дає хороший клінічний ефект. Завданнями масажу в ранньому післяопераційному періоді є загальний вплив на організм хворого, підвищення загального тонусу, поліпшення кровообігу, дихання, стимулювання регенеративних процесів і попередження ряду післяопераційних ускладнень зокрема тромбофлебітів і емболії на тлі

обов’язкового застосування низькомолекулярних гепаринів. Для профілактики бронхолегеневих ускладнень у ранньому післяопераційному періоді застосовують масаж грудної клітки з елементами розтирання, погладжування, легкої вібрації, який проводять пальцями рук [3].

При перитоніті для попередження ускладнень зі сторони дихальної системи, в протоколах надання медичної допомоги, рекомендується проведення вібромасажу протягом трьох днів без уточнення кратності і тривалості. Тривалість масажу становить 5−6 хвилини 4−6 разів на добу з метою підтримання функцій дихальної системи. Така тривалість масажу задовільно переноситься хворими з позитивним результатом для них. Згідно рекомендації, в протоколах надання медичної допомоги, для попередження ускладнень зі сторони дихальної системи необхідно проводити аерозольну терапію протягом трьох діб шляхом інгаляції розчину соди, санації ротоглотки [1].

Проводячи реабілітацію хворих на перитоніт в ранньому післяопераційному періоді, комплекс реабілітаційних заходів повинен бути мінімальним, але достатнім для відновлення втрачених або знижених функцій.Комплекс реабілітаційних заходів не повинен перевищувати функціональні можливості хворого і забезпечити найбільшу ефективність відновлення. У зв’язку з цим на перший план виходять питання організації реабілітаційних заходів, які мають носити превентивний характер.

Література

1. Гаджиев Н. Д. Влияниекомбинированнойозонотерапии на динамикубелковостройфазывоспаления при распространенномперитоните / Н. Д. Гаджиев, М. Насиров, С. Сушков // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – Т.11, № 3. – С. 36–39.

2. Дубровский В. И. Лечебнаяфизкультура и врачебный контроль / В. И. Дубровский. – М., 2006. – 598 с.

3. Попов С. Н. Фізична реабілітація / С. Н. Попов. – Ростов-на-Дону: Фенікс, 2008. – 378 с.

С. Ю. Коваленко, магістр
Національний університет фізичного виховання та спорту

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ М'ЯЗЕВИХ ТРАВМАХ У ФУТБОЛ

Постановка проблеми. Травми м'язів, особливо, травми підколінного сухожилля - одна з найчастіших травм у футболі, і через це гравцеві доводиться втрачати тривалий час гри.

Було виявлено, що у молодих футболістів, особливо у підлітків, найбільш поширеною травмою є надрив чотирьох голового м'язу стегна (rectusfemoris), тоді як у професійних футболістів- це травми двоголових м'язів стегна (hamstring). Це головна причина, чому було описано травми підколінного сухожилля поглиблено [1].

Першим кроком у запобіганні травматизму є оцінка епідеміології, встановлення ризику та обставин травм. Епідеміологія та особливості

травм м'язів футболу добре задокументовані, у матчах та тренуваннях на міжнародних турнірах найвищого рівня, таких як англійська, шведська та норвезька ліги, чемпіонати Європи та чемпіонат світу.

М'язові травми становлять 31-46% всіх травм у футболі, у порівнянні з травмами розтягнення / травм зв'язок / забоїв / ударів, які становили 18% і 16% всіх травм відповідно. Кожен сезон 37% гравців пропускатимуть тренування або матчі через м'язові травми. Дослідження Ліги чемпіонів УЄФА визначило дуже суворі критерії щодо визначення шкоди: травма, що сталася під час запланованого тренування або матчу, що спричинило відсутність на наступному тренуванні або матчі. Тяжкість травми може визначатися за кількістю пропущених гравцем днів від гри. Згідно з консенсусною дискусією УЄФА, тяжкість травми повинна бути класифікована як мінімальна (відсутність 1-3 дні), легка (4-7 днів), середня (8-28 днів) і важка (> 28 днів) [3].

Набагато рідше, але часто бувають більш серйозні травми підколінного сухожилля при повному відриванні всіх трьох сухожиль від сідничної кістки. Коли це відбувається, відкривається сильна кровотеча (гематома) від сідничного бугра по всьому стегну. Майже всі травми відбуваються через ковзання або падіння, це створює сильне згинання стегна з одночасним розгинанням коліна.Через значне структурне ушкодження ці травми часто лікують через операцію [2].

Виходячи з цього, программа реабілітації, що складається в основному з ексцентричних вправ, більш ефективна, ніж програма реабілітації з меншим акцентом на ексцентричні вправи, що сприяють поверненню в спорт після гострої травми підколінного сухожилля. Дані свідчать про те, що включення таких вправ в реабілітацію може знизити частоту повторного травмування підколінного сухожилля [3].

Мета дослідження. Розробити комплекс фізичної терапії для футболіста (25 років) після оперативного втручання при повному відриві підколінного сухожилля від місця прикріплення до кістки.

Результати дослідження. Алгоритм застосування заходів фізичної терапії передбачає 5 етапів і триває 4-5 місяців. Занадто раннє повернення в спорт після травми підколінного сухожилля є дуже небезпечним, так як є великий шанс рецидиву травми.

Для повернення до гри враховувалися наступні критерії: оптимальна гнучкість та еластичність підколінного сухожилля, результати динамічних випробувань, психологічна готовність, повна відсутність болю при пальпації та будь-яких рухах, а також результати силових випробувань, тестах на гнучкість і/або функціонально тренувальних випробувань. Тому для оцінки ефективності програми фізичної терапії та прийнятті рішення своєчасного повернення до гри , було використано кілька статичних та динамічних тестів, а також критеріїв за допомогою яких можливо було оцінити стан пацієнта після проходження програми фізичної терапії та готовність повернутися до тренувань з основною командною на конкурентному рівні.

Результати даного дослідження доповнюють сучасні підтвердження факторів ризику, профілактики травматизму в підготовці футболістів та

реабілітації. Наша програма реабілітації є ефективною і її можна рекомендувати спортивним лікарям і фізичним терапевтам.

Висновки. Розроблення алгоритму застосування заходів фізичної терапії після повного відриву задньої групи м'язів стегна здійснювався з урахованням терміну проведення операції, віку, функціональні можливості спортсмена, з поетапним підвищенням навантаження в залежності від функціональної прогресивності, наявність ексцентричних вправ та включає 5 етапів фізичної терапії. Тривалість кожного - в середньому 30 днів. Складові програми відповідали поставленим завданням на кожному з рівнів Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

Література

1. Ekstrand J. (2013.) Epidemiology of Muscle Injuries in Soccer. In Muscle Injuries in Sports, H. Mueller-Wohlfahrt, ed. (Stuttgart, GeorgThiemeVerlag KG.
2. Hagglun, M., and Walden M. (2011.) Injury incidence and injury patterns in professional football: the UEFA injury study. Britishjournalofsportsmedicine 45, 553-558.
3. Hagglund M., Walden M., and Ekstrand J. (2013.) Risk factors for lower extremity muscle injury in professional soccer: the UEFA Injury Study. TheAmericanjournalofsportsmedicine 41, 327-335.

К. В. Конджарян, студентка4курсу,
Наук. керівник:Волошко Л.Б., к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФОРМУВАННЯ САМООЦІНКИ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ЯК УМОВА ЇХ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Самооцінка – оцінка особистістю самої себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей. Самооцінка – це ядро особистості і найважливіший регулятор її поведінки. Від неї залежать взаємовідносини людини з навколишніми його людьми, її критичність, вимогливість до себе, ставлення до успіхів і невдач. Самооцінка пов'язана з рівнем вимогливості людини, тобто ступенем труднощів при досягнення цілей, які вона ставить перед собою. Розбіжність між вимогами людини і її реальними можливостями спричинює деформацію самооцінки, внаслідок чого поведінка особистості стає неадекватною (виникають емоційні зриви, підвищена тривожність і т. д.). Самооцінка отримує об'єктивне вираження і в тому, як людина оцінює можливості і результати діяльності інших людей.

Самооцінка є найважливішим показником розвитку особистості. Вона дає змогу людині робити активний вибір у найрізноманітніших життєвих ситуаціях, визначає рівень її прагнень і цінностей, характер її відносин з оточуючими. Самооцінка починає формуватися формуватися ще в ранньому дитинстві, коли дитина відокремлює себе від оточуючих людей і продовжує видозмінюватися протягом усього життя, стаючи все

більш критичною і змістовною. Сенсетивним періодом для становлення самооцінки як особливого компонента самосвідомості є молодший шкільний вік, тому важливим і необхідним є починати процес формування об'єктивної самооцінки саме в цей віковий період.

На сучасному етапі розвитку початкової школи пріоритетною метою навчання є розвиток особистості школяра. Особистіснийрозвиток молодшого школяра співвідноситься з формуванням його самосвідомості, важливою і невід'ємною частиною якого є сформованість самоконтролю і самооцінки.

Л.С. Виготський зазначав, що саме в семирічному віці починає складатися самооцінка як узагальнене, поза ситуативне і разом з тим диференційоване ставлення дитини до самої себе [2, с. 64-65].

Самооцінка – найважливіша особистісна інстанція, що дозволяє контролювати власну діяльність з точки зору нормативних критеріїв, будувати свою цілісну поведінку відповіднодо соціальних норм. Тому необхідно починати формування дій самоконтролю і самооцінки з першого року навчання дитини в школі. Від того, наскільки повноцінно молодшішколяріосвоять дії контролю і оцінки, буде залежати їх подальше навчання.

Об’єкт дослідження: самооцінка учнів початкових класів.

Предмет дослідження: психолого-педагогічні умови формування адекватної самооцінки молодших школярів.

Мета дослідження: з’ясувати вікові особливості самооцінки дітей молодшого шкільного віку та дослідити умови формування адекватної самооцінки.

Відповідно до висунутої мети визначені наступні завдання дослідження:

1. Охарактеризувати особливості дітей молодшого шкільного віку та специфічні аспекти самооцінки в цьому віці.
2. Дослідити самооцінку учнів початкових класів.
3. Розробити психолого-педагогічні рекомендації щодо формування адекватної самооцінки молодших школярів.

Молодший шкільний вік охоплює період життя дитини від шести до одинадцяти років й найважливішу обставину у її житті — прихід до школи. В цей час відбувається інтенсивний біологічний розвиток дитячого організму (центральної і вегетативної нервових систем, кісткової і м'язової систем, діяльності внутрішніх органів). Зростає рухливість нервових процесів. Процеси збудження переважають, і це визначає такі характерні риси молодших школярів, як підвищена емоційна збуджуваність і непосидючість.[5; с. 154]

Вступ до школи вносить найважливіші зміни у життя дитини. Різко змінюється весь уклад його життя, його соціальне становище у колективі. Основною, провідною діяльністю стає відтепер навчання, найважливіший обов'язок – вчитися, здобувати знання. А навчання – це серйозна праця, шо вимагає організованості, дисципліни, вольових зусиль дитини. Школяр входить у новий колектив, в якому він буде жити, вчитися і розвиватися. [4; с. 32]. Правильне ставлення до навчання у молодших школярів формується поступово. Спочатку вони не розуміють, навіщо потрібно

вчитися. Але невдовзі з'ясується, що навчання – праця, яка вимагає вольових зусиль, мобілізації уваги, інтелектуальної активності, самообмежень. Якщо дитина до цього не звикне, то у неї настає розчарування, виникне негативне ставлення до навчання [4; с. 35].

І саме на початку шкільного життя розпочинаються труднощі, що зумовлені його певними особливостями. Змінюється соціальна ситуація розвитку - на зміну ігровій діяльності приходить навчальна. Дитина в нових умовах стає об'єктом постійних оцінок з боку вчителів та однокласників, що не завжди співпадають з її власними уявленнями про себе. Це призводить до кризи в психологічному розвитку дитини, яку більшість психологів називають кризою шести-семи років. Уперше в дитини виникає внутрішня боротьба переживань, яку дитина починає усвідомлювати як протиріччя між сприйняттям себе та оцінками з боку оточуючих [8, с. 26]. Переживаючи цю кризу, дитина поступово адаптується до нових умов, в яких триває формування «Я-концепції».

Характерною особливістю дітей із заниженою самооцінкою є їх схильність йти у себе, вишукувати в собі слабкості, зосереджувати на них свою увагу. Нормальному розвитку дітей із заниженою самооцінкою заважає їх підвищена самокритичність, невпевненість у собі. У всіх своїх починаннях і справах вони чекають тільки невдачі. Такі діти дуже вразливі, підвищено тривожні, соромливі, боязкі, зосереджені на собі, неуспіхи ускладнюють їх спілкування з дітьми і дорослими. І все ж ці діти чутливі до схвалення, до всього того, що підвищило б їх самооцінку.

На формування неадекватної самооцінки у молодших школярів впливає кілька чинників:

1. Обмежене коло спілкування і діяльності.
2. Занижені або завищені оцінки, надані дитині іншими людьми.
3. Слабкий розвиток оціночних відносин в колективі, відсутність традиції оцінювати і контролювати дії і вчинки однокласників.
4. Випадкові успіхи чи неуспіхи - те, що називається везінням і невезінням.

Всі перераховані фактори носять об'єктивний характер, хоча і виявляються при певних умовах. До суб'єктивних чинників формування неадекватної самооцінки слід віднести, по-перше, відсутність схильності і вміння аналізувати результати і наслідки своїх дій і вчинків, коли протиріччя між домаганнями і дійсними результатами своїх дій усвідомлюються в згладженому вигляді і не викликають внутрішнього конфлікту. Досить імовірно, що потреба у самосвідомості ще не проявила себе. По-друге, до суб'єктивного фактору можуть бути віднесені вже сформовані, надто занижені чи, навпаки, завищені критерії самооцінки.

Дитина молодшого шкільного віку багато часу проводить у школі. І основною її діяльністю є навчальна. Тому вважається, що потужним чинником впливу на самооцінку молодшого школяра виступає діяльність вчителя.Допомогти дитині з перших днів навчання опанувати контроль, показати, що це таке і як він здійснюється, та поступово привчити її самостійно контролювати й оцінювати свої дії – ось завдання, яка постає перед педагогом. До свідомості дитини необхідно довести, що саме собою початкове розуміння не забезпечує впевненої відповіді, якщо її

викликають на уроці. Слід звернути особливу увагу те, аби в школяра постійно складалися досить міцні, сталі й об'єктивні критерії оцінки себе і своїх знань [1; с. 61].

Отже, вплив педагога на формування самооцінки школярів є незаперечним. Організовуючи навчальну роботу, вчитель має співвідносити те, що досягається дітьми у результаті не лише їх розумових здібностей, але й самооцінку дитини, її власне уявлення про характер прогнозного рівня реалізації своїх можливостей у різних навчальних ситуаціях. Від цих поглядів залежить впевненість учня в своїх силах, усвідомлення результату як успіху чи неуспіху, ставлення до зроблених помилок.

Для вивчення психологічних особливостей самооцінки молодших школярів з метою виявлення дітей групи ризику використовувалися такі методики:

1.Методика, спрямована на визначення емоційного рівня самооцінки (автор А. В. Захарова) [3, с. 72-76].

2. Методика «Дерево» (авт. Д.Лампен, в адаптації Л.П. Пономаренко) [8].

3. Методика вивчення загальної самооцінки.

Аналізуючи отримані результати, можна зробити висновок: згідно з методикою Захарової високий рівень самооцінки лише в 7,4%, середній – 40,7%, а низький у 51,9% учнів.

Аналізуючи результати згідно методики «Дерево», рівень рефлексивності в межах вікової норми у 72% піддослідних. 28% респондентів дещо завищено оцінюють свої можливості. Згідно результатів методики вивчення загальної самооцінки отримали такі результати: високий рівень самооцінки лише в 14,8%, середній – 44,5%, а низький у 40,7% учнів.

У навчальній діяльності вчителю слід звернути увагу на групу дітей з високим рівнем самооцінки і групи дітей з низьким рівнем самооцінки, тому що він досить високий.

Проаналізувавши результати досліджень, нами були розроблені психолого-педагогічні рекомендації вчителям щодо формування адекватної самооцінки в молодшому шкільному віці.

Таким чином, при правильному напрямку розвитку особистості навчальна діяльність учнів ґрунтується на широких соціальних мотивах і на пізнавальних інтересах. Процес навчання викликає у хлопців позитивні почуття. Сумлінне ставлення до навчання, як правило, супроводжується дисциплінованістю поведінки. Успіхи в навчальній діяльності створюють у школяра стійкий гарний настрій, народжують бадьорість, активність, впевненість у власних силах.

Література

1. Борякова Н. Ю. Педагогічні системи навчання і виховання дітей / Н. Ю. Борякова. – Москва : Астрель, 2008. – 222 с.

2. Виготський Л. С. Криза семи років / Л. С. Виготський // Вікова та педагогічна психологія: хрестоматія / Л. С. Виготський. – Москва, 2003. –

С. 62–67.

3. Захарова А. В. Особенностиформированияоценки и самооценкикачествличности в младшемшкольномвозрасте / А. В. Захарова, Т. Ю. Андрющенко // Новыеисследования в психологии. – 1981. – №1 (24). –
С. 43 –44. ; №2 (25). – С. 72–76.
4. Касицина Н. В. Чотири тактики педагогіки підтримки. Ефективні способи взаємодії вчителя і учня / Н. В. Касицина, Н. М. Михайлова, С. М. Юсфин. – Москва : Агентство освітнього співробітництва, 2010. – 160с.
5. Обухова Л. П. Вікова психологія : пер. з рос. / Л. П. Обухова – Москва :Юрайт, 2010. – 374 с.
6. Пономаренко Л.П. Психологическаяпрофилактикадезадаптацииучащихся в началеобучения в среднейшколе : метод.рек. для школьныхпсихологов / Л. П. Пономаренко. — Одесса: Астра-Принт, 1999. – 114 с.
7. Співак Л. М. Діагностика і корекція «Я-концепції» молодших школярів з низьким рівнем навчальних досягнень: навч.посіб. для студентів вузів / Л. М. Співак . – Вид. 2-е, допов. – Київ : Каравела, 2011. – 223 с.
8. Тест-методика «Дерево» для определениясамооценки,оценкиуспешностиадаптацииребенка в началешкольногообучения и при переходе в среднеезвено (автор Д. Лампен в адаптации Л. П. Пономаренко) [Электронный ресурс]. –Электрон. текст. даные. – Режим доступа: https://555b.livejournal.com/200425.html. –Заглавие с экрана. – 22.10 2019.

О.О. Корнієнко, магістр
Національний університет фізичного вихованняі спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З КОМПРЕСІЙНО-ІШЕМІЧНИМИ НЕВРОПАТІЯМИ ЛІКТЬОВОГО НЕРВА У ПІДГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Постановка проблеми. У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими залишаються захворювання периферичної нервової системи, які посідають друге місце і складають до 52% всіх уражень нервової системи.Важливе місце в цій групі захворювань займають компресійні периферичні невропатії, які становлять від 22,6-25,2% до 30-35% [1], за даними зарубіжних авторів, від 1,55% до 10% – в популяції [5]. У структурі даної патології понад 80% випадків припадає на тунельні синдроми плечового пояса і верхніх кінцівок [4], де найбільш часто уражується ліктьовий нерв в області кубітального каналу.

Важливе місце в цій групі захворювань займають компресійні периферичні невропатії, які становлять від 22,6-25,2 % до 30-35 % [3], за даними зарубіжних авторів, від 1,55 % до 10 % - в популяції. Компресійні ураження нервів найбільш часто виникають у людей працездатного віку і часто діагностуються як вертеброгенні ураження спинномозкових нервів [3].

Попри використання у неврологічній практиці різних заходів фізичної терапії для тематичних пацієнтів, питання застосування сучасних методик і технічних засобів реабілітації для ефективного відновлення функціональних порушень, не має належної науково-практичної розробки, що й обумовлює актуальність обраної теми.

Мета роботи – охарактеризувати засоби фізичної терапії та ерготерапії, які застосовують в осіб з компресійно-ішемічними невропатіями ліктьового нерва у підгострому періоді.

Методи дослідження – аналіз та узагальнення даних літературних джерел.

Результати. На сьогоднішній день оптимальні стратегії ведення пацієнтів з невропатіями ліктьового нерва залишаються дискусійними. Виділяється два основних напрямки лікування: консервативне та оперативне. До основних компонентів консервативного лікування відносять, в першу чергу, різні ортопедичні методики (позиціонування, іммобілізація за допомогою лангети), медикаментозні блокади, кінезотерапію, ерготерапевтичні маніпуляції, фізіотерапію, рефлексотерапію, остеопатичні техніки, тощо.

На думку деяких авторів [2, 3] початковим методом консервативного лікування пацієнтів з невропатіями ліктьового нерва може бути модифікація повсякденної активності, виключення професійних факторів ризику, ергономічна організація робочого місця. Але результати даного метода дослідження суперечливі.

Широко поширеним і ефективним методом лікування є шинування зап'ястка за допомогою спеціального ортеза, який утримує його в нейтральному положенні. Ефективність даного методу підтверджують багато досліджень. У більшості випадків шинування рекомендується тільки в нічний час. Недолік шинування полягає в дискомфорті пацієнта при його носінні. Частково вирішити дану проблему може індивідуально виготовлений ортез [3].

Найважливішим завданням фізичної терапії тематичних пацієнтів є нормалізація глибокої чутливості, тонусу гіпотонічних м’язів та відновлення рухів в суглобах ураженої верхньої кінцівки [1]. Тому провідне місце в програмі фізіотерапевтичних втручань цього контингенту належить кінезотерапії, яка використовує рух у всьому різноманітті його видів з лікувальною метою.

Більшість авторів вказує на необхідність максимально раннього початку рухів [1, 3]. Поряд з активними і пасивними вправами широко використовуються заняття з різними предметами, устаткуванням і тренажерами, що дозволяють відновлювати порушені захвати, силу і амплітуду рухів. У літературі описані методики кінезотерапії для деяких видів патологій кисті: її стискання, переломів кісток, пошкодження сухожилля. Однак ці комплекси недостатньо враховують структуру рухових порушень і динаміку її зміни в процесі лікування пацієнтів із нейропатією ліктьового нерва, не передбачають відновлення м'язового балансу і швидкісних якостей м'язів, які порушуються в першу чергу і важко піддаються корекції.

Фахівці рекомендують також при відновленні патологічних станів кисті проводити вправи у воді (гідрокінезотерапія) [1]. У воді відбувається розвантаження, полегшується виконання рухів і є можливість тонко дозувати м'язове навантаження. В умовах гідростатичної невагомості полегшується виконання вправ, поліпшується периферичний кровообіг.

Виконання вправ у воді сприяє розвитку координаційних рухів пошкодженої кінцівки, що має важливе значення при даній патології [3].

Значне місце у відновлені порушених функцій пацієнтів із невропатією ліктьового нерва відводиться фізичним факторам, що впливає на різні ланки патогенезу захворювання [3]. Застосування фізичних методів передбачає вплив на процеси регенерації, усунення посттравматичних судинних розладів, больового синдрому, м'язової слабкості, атрофії, тугорухливості в суглобах, відновлення чутливості. Відзначено, що фізичні методи лікування надають виражений терапевтичний ефект тільки в тому випадку, якщо вони будуть застосовуватися в тій фазі репаративного процесу, що відповідає їх дії [2].

У літературі досить докладно описані окремі методики фізіотерапії, що застосовуються у пацієнтів з окремими видами травм і захворювань кисті. Однак ми не зустріли опису комплексів фізіотерапевтичних заходів, використовуваних на різних етапах відновлення тематичних пацієнтів, скомпонованих з урахуванням найбільш частих клінічних проявів і можливостей сучасної апаратури.

Провідна роль кисті як органу праці в нашому житті обумовлює особливу цінність застосування ерготерапії. Програми ерготерапії включають окремим елементом лікувальне застосування різноманітних терапевтичних вправ, що містять елементи побутової та професійної діяльності. Такі вправи використовуються для корекції рухових функцій, підвищення загального тонусу і концентрації уваги на рухах дрібних груп м'язів, сприяють підвищенню тонусу і настрою пацієнта, підсилюють його мотивацію до діяльності, мобілізують волю, вселяють упевненість в швидкому одужанні [2].

Висновки. Фізична терапія та ерготерапія при зазначеній патології відносяться до комплексних заходів, які направлені на відновлення втрачених функцій, засоби і методи визначаються функціональним станом ушкодження (гострий, підгострий, ремісії, одужання) пацієнтів із нейропатією ліктьового нерва. При цьому враховують патогенетичні механізми та локалізацію пошкодження, стадію захворювання, ступінь клінічних проявів, функціональний стан організму хворого в цілому.

Література

1. ИсановаВ.А. Кинезотерапия в реабилитацииневрологическихбольных с двигательныминарушениями / В.А. Исанова. – Казань, 2012. – 234 с.

2. Имамвердиева С.С. Исследованиекачестважизни в лечении и реабилитацииневрологическихбольных / Имамвердиева С.С., Мусаев А.В., Гусейнова С.Г. // Вопросыкурортологии, физиотерапии и лечебнойфизическойкультуры. – 2006. – № 3. – С. 13-18.

3. Кадыков А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С.Кадыков. – М.:МЕДпресс-информ, 2018. – 560с.

4. Никитин С.С. Особенностидиагностикисиндромакубитальногоканала с помощьюэлектромиографии и ультразвукового исследования / С.С. Никитин // Анналыклинической и экспериментальнойневрологии. – 2013. – № 4 (7). – С.20–26.

5. Ablove R.H. Prevalence of carpal tunnel syndrome in pregnant women / R.H. Ablove// WMJ. Jul 2014. – Vol. 108 (4). – P.194–196.

М.С. Кононова, магістратка
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМІ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ, ВНАСЛІДОК ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ, ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Зкожним роком збільшується число хворих з порушенняммозковогокровообігу. Згідносвітової статистики, поступововиникаєомолодженняхворих з мозковимінсультомосібпрацездатноговікузізбереженнямвиразноїтенденції до йогозбільшення в осібпохилоговіку. Згідно з даними ВООЗ, щорокувідінсультувмирає 4,6 млн. людей, щоскладає 9-12% усіхвипадків. Смертністьвідцієїхвороби в Україні та в іншихкраїнах СНД висока – до 30 %. Приблизностільки ж людей стаєінвалідами I – II групи [5].Найбільшчастиминаслідкамипорушеннямозковогокровообігу є руховірозлади.Порушенняфункціїходьби. Негативнийвпливпохилоговіку на темп і ступіньвідновленняходьбипов'язано з присутнімстаростізниженнямсили, рухливості, координаціїрухів.

Найбільштяжкеускладненняпорушенняфункціїрівноваги і ходьби - падіння, які не рідкосупроводжуються переломами кісток. Частішевсьогопадіннявідбувається в раннійвідновнийперіод (61-83 % випадках) [1].

Перелом шийкистегновоїкістки у 70% трапляються в осібпохилоговіку, у жіноктакітравмитрапляються в 3 разичастіше. В.А. Чернавський пояснює механогенез так – падіння хворого не є причиною, а наслідком перелому крихкої кістки, гіпотонусу атрофованих м‘язів і зниження захисної реакції.Лінія перелому може бути поперечною, тобто перпендикулярною до осі шийки, або косою. Залежно від цього від ласки мають більшу або меншу тенденцію до зміщення.

Переломи проксимальногокінцястегновоїкістки у похиломувіці належать до небезпечних для життя травм, оскільки при тривалійіммобілізаціїгіпостатичніускладнення на тлісупутніхзахворювань часто призводять до летального завершення.

Після перелому проксимального кінцястегновоїкісткиблизько 50% пацієнтів не можутьпересуватися без сторонньоїдопомоги, третинавтрачаєздатність до самообслуговування [].

На сучасномуетапі в Україніпитаннялікування та реабілітації людей похилоговіку з переломом шийкистегновоїкістки,внаслідокпорушеннямозковогокровообігу є актуальним. Оскільки, фізичнареабілітаціясприяєкомпенсаціївтраченихфункцій і покращеннюзагального стану опорно-руховогоапаратухворих.

Ушкодження опорно-руховогоапаратуосібпохилоговікусупроводжуєтьсяфункціональнимирозладами, якізумовлюютьвтратупрацездатності, а в багатьохвипадкахпризводять до інвалідності. За даними статистики,

частота інвалідностідосягає 25 %, а половина з них — цеважкаінвалідність [3, 4, 5].

Залежновідважкостіушкодження і періодулікуванняможутьвиникнутипорушення і зміни в організмі, якімаютьзагальні та місцеві прояви. Зокрема, порушуютьсяобмінніпроцеси, знижуютьсязагальнареактивністьорганізму, нервово-рефлекторна регуляціянайважливішихорганів і систем, захисно-пристосувальнихреакцій, окисно-відновнихпроцесів та основніпоказникигемодинаміки і функціїзовнішньогодихання.

На місціушкодженнявиникаютьповторнізміни в тканинах. До них належать м'язовіатрофії, потовщеннясуглобової сумки, втратаїїеластичності, зменшеннякількостісиновіальноїрідини в порожнинісуглоба, розволокнення, фібрознізмінисуглобового хряща, остеопороз. Цізмінипроявляються у зменшенніамплітудирухів у суглобах, силовихможливостей і тонусу м'язів, втратіздатності до пересування і виконання низки побутових і трудовихнавичок.

Причинами інвалідизації, за данимилікарсько-трудовоїекспертизи, у 26,1 % випадків є функціональні, а не морфологічнізміни.вони виникаютьвнаслідокдовгоїтимчасовоїакінезії, пов'язаної з іммобілізацією, ліжковим режимом, вторинниxзмін у тканинах [6]. Цізмінитакожпов'язані з несвоєчасним і нерегулярнимзастосуваннямзасобіввідновноголікування, а саме, засобівфізичноїреабілітації [7]. Зокрема, специфічних фізичних вправ, масажу та фізіотерапії.

Для того, щоб перелом зроставсяшвидше, а відновленнябулоповноцінним, з перших днівпіслятравмипочинають застосування специфічних фізичних вправ [8].В першомуперіодізасоби фізичної терапії застосовують для того, щобполегшити прояви травматичноїхвороби. Під час довготривалоголіжкового режиму застосуваннязасобівфізичноїреабілітаціїскеровані на попередженняускладнень з боку серцево-судинної, дихальної, травної систем, запобіганняатрофії в м'язах та контрактур у суглобах. Спеціальнівправинаправленінавідновленнярухливоїфункціїураженоїкінцівки.

Пацієнти з переломом шийкистегновоїкістки, внаслідокіммобілізаціїтривалий час знаходяться в лежачомуположенні. Через це у них збільшуєтьсяризиквиникненнявторинниxускладнень, таких як відлежини, контрактури та дихальніускладнення.

Для профілактикивідлежин, рекомендується, насамперед, частазмінаположеньтіла.Щобпопередитивиникненнявідлежининеобхіднодотримуватись правил гігієни, тіло не витирати, а промокати, не використовуватимазі та гелі, якірозм'якшуютьшкіру, слідкувати, щобпостільбула суха та чиста, без складок та сторонніхпредметів. Важливоюскладовою є раціональнехарчування (їжа, яка міститьдостатнюкількістьбілка).
Такожможназастосовуватиспеціальніантивідлежневіматраси та подушки.

З метою профілактикивиникнення контрактур використовуютьсяпасивнівправи з допомогоюреабілітолога, активнівправи та укладання в лікувальнеположення. Цесприяє не

лишепопередженнювиникнення контрактур, а й покращеннюкрово- та – лімфообігу.

Для запобіганнявиникненнядихальнихускладненьважливо використовуватидихальнівправи, маніпуляцій нівтручання (мануальна вібрація, мануальнийтиск, спражинення ребер та перкусія). Дихальнівправивиконуються для покращеннялегеневоївентиляції, з метою виведенняексудату.

Для відновленнясилим'язіврекомендується виконувати фізичнівправи: активні з допомогою, з подоланням опору ваги власноготілаабо сегменту, вправи з подоланням опору, вправи з предметами (наприклад, гантелі, пляшка з водою). Величина обтяження буде залежативідвихідногорівняпацієнта та відзагальногофункціонального стану.

У багатьохпацієнтів є стійкіпорушенняфізичнихфункцій, які не можливовідновити. Власне, тому завданнямфізичноїреабілітації є компенсаціяданихруховихпорушень, зведення вади до мінімуму та вдосконаленняпристосування до постійногопорушеннячинеповноспавностішляхом підборутехнічнихзасобів:

- ходунці, або рама трапеція – використовується для пацієнтів з порушеннямрівноваги, аджезабезпечуєдостатньовеликупрощу опори. Але ними не можнакористуватись на сходах, забезпечуютьневеликушвидкістьпересування та неможливовідтворитиправильний стереотип ходьби.
- милиці, палиці – легкі і зручні в користуванні, забезпечуютьбільшушвидкістьпересування, ніжходунці, дозволяютьвідтворитиправильний стереотип ходьби. Недоліком є те, що вони є меншстійкими, тому потребуютьрозвитку у пацієнтарозвиткурівноваги та координації. Використаннямилицьпотребує доброго розвиткусилим'язів рук та плечового поясу.

Таким чином, літературазасвідчує,щозасобифізичноїреабілітаціїценайбільшпоширений метод відновленняосібпісля перелому шийкистегновоїкістки [9, 10, 11, 12].

Література

1. Білянський О. Ю. Наслідкиперенесеногоінсульту / О. Ю. Білянський // Педагогіка, психологія та медико-біологічніпроблемифізичноговиховання і спорту : зб. наук.пр. / за ред. С. С. Єрмакова. –Х., 2004. – № 15. – С. 9–14.
2. Дідух Г. Реабілітаційнеобстеженняосібпохилоговікупісля перелому проксимального відділу стегна / Г. Дідух // Фізичнареабілітація – здобутки, проблеми, перспективи. – Л., 2009. – С. 30–35.
3. Анкин Л. Н., Анкин Н. Л. Практическая травматология: европейские стандарты диагностики и лечения. – М.: Книга- плюс, 2002. – 306 с.
4. Олекса А. Т. Травматологія. Л. :Афіша, 1997. – 408 с.
5. Скоблин О. П. Травматологія і ортопедія К.: Вища шк..1997. – С. 204-205.
6. Ортопедия: краткое руководство для практических врачей / Н. В. Корнилов, Э. Г. Грязнухин и др. - СПб: Гиппократ, 2001. – 368с.
7. Кузьменко В. В., Травматологическая и ортопедическая помощь / В. В. Кузьменко, С. М. Журавлев. – М.: Медицина, 1992. – 177с.

8. Бирюков А. А. Лечебный массаж: учеб. Пособие / А. А. Бирюков – К.: Олимпийская литература, 1995. – 200 с.

9.Зайцев Л. С. Физическая реабилитация / Л. С. Зайцев, В. К. Захаров. – РнД, Феникс, 1999. – С. 30 – 71.

10.Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Шепетовой. – М.: АНТИДОР, 1998. – 222с.

11.Терновой К. С. Реабилитационная терапия при травмах костно-суставного аппарата (теоретические и клинические аспекты применения физических лечебных факторов) / Терновой К. С., Кравченко А. Л. – К.: Здоровье, 1982. – С. 3-155.

12. Язловецкий В. С. Основифізичноїреабілітації: навч. посіб. / В. С. Язловецкий, Г. Е. Вереч, В. М. Мухін. – Кіровоград: РВВ КДПУ ім. ВолодимираВинниченка, 2004. – 238 с.

В. М Кривов'яз, студент;
О. Л. Суходольський, студент
Національний університет фізичного виховання і спорту України

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ РОЗРИВІВ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ

Актуальність. Частота підшкірного розриву ахіллового сухожилля, за даними ряду авторів, досягає 25-30 випадків на 100000 населення в рік і збільшується з кожним десятиліттям [1-3]. Чоловіки страждають від цієї травми в 6-9 разів частіше, ніж жінки. Вік постраждалих - як правило від 30 до 50 років. Більша частина розривів відбувається під час занять аматорським спортом (до 70-90%). Близько 5% від всіх постраждалих складають спортсмени-професіонали [4]. На відміну від травм більшості інших сухожиль, пошкодження ахіллового сухожилля практично завжди буває повним. Підшкірні розриви ахіллового сухожилля відносяться до числа важких травм, які надовго виводять спортсмена з ладу і потребують ретельної комплексної реабілітації. Нехтування грамотною, науково організованою реабілітацією нерідко призводить до рецидивних розривів ахіллового сухожилля.

Актуальність проблеми розривів ахіллового сухожилля обумовлена зростанням частоти даної травми за останні роки. Найбільш часто дане пошкодження зустрічається у чоловіків (за даними різних авторів співвідношення коливається від 17: 1 до 30: 1), що, ймовірно, пов'язано як з більшим залученням чоловіків у спортивні заняття, так і з більш високою їх схильністю до травматизації. Це робить проблему їх реабілітації досить актуальною.

Мета дослідження – визначити особливості побудови програми реабілітації для пацієнтів після оперативного лікування підшкірних розривів ахіллового сухожилля.

Методи дослідження.Для виконання поставлених завдань використано такі методи дослідження, як аналіз науково-методичної літератури та документальних матеріалів.

Результати та обговорення. Прогресивний характер реабілітаційної програми повинен враховувати чотири фази відновлення сухожилля

(запалення, проліферація, ремоделяція і матурація). У механічному плані сухожилля найбільш слабке протягом перших 6 тижнів після операції (фази запалення і проліферації), а потім його механічна міцність поступово зростає і відновлюється в середньому через 12 місяців після операції (фази ремоделяції і матурації). Післяопераційне лікування є важливим моментом для досягнення повноцінного відновлення функції кінцівки. При цьому слід враховувати дві протилежні вимоги: необхідність захисту оперованого сухожилля, що має обмежену міцність, від надмірних навантажень; можлива мінімізація негативного впливу іммобілізації на стан м'язів, трофіку суглобів, проприоцептивну іннервацію.

З перших же днів після операції використовується лікувальна гімнастика з ізометричним напруженням м'язів стегна і гомілки. Для спортсменів використовуються інтенсивні загальнорозвиваючі вправи для здорових частин тіла.Після припинення іммобілізації використовують заняття лікувальною гімнастикою, фізичні вправи у воді, масаж і фізіотерапію з метою ліквідації контрактури, зміцнення м'язів гомілки і відновлення нормальної ходи. До кінця цього другого періоду (2,5-3,5 місяці після операції) зазвичай відновлюється впевнена опора на передній відділ стопи. Протягом другого періоду спортсмени виконують вже в басейні бігові та імітаційні вправи.

Третій період реабілітації присвячений відновленню спортивної працездатності. Близько чотирьох місяців після операції спортсмени переходять до повільного бігу, а до 5-6 місяців до швидкісно силових вправ. Залежно від спеціалізації початковий етап спортивного тренування починається від 4-5 до 8-10 місяців після операції

Висновки. Методика післяопераційної реабілітації спортсменів з розривами ахіллового сухожилля слід починати в періоді іммобілізації з 2-3 дня після операції. Головний засіб реабілітації - фізичні вправи з метою підтримки загальної працездатності спортсмена, протидії післяопераційних ускладнень, нормалізації регіонального лімфо- і кровообігу. Після завершення програми фізичної реабілітації рекомендовано проведення медико-педагогічної експертизи. При її проведенні повинні враховуватися клінічні, функціональні показники, спеціальні кількісні і якісні рухові тести, спортивна кон'юнктура. Всю отриману інформацію необхідно зіставити з майбутніми тренувальними навантаженнями спортсмена.

Література

1. Гиршин С.Г. Чрескожныйпогружной шов ахилловасухожилия при его разрывах. Ортопедия, травматология и протезирование.2010. №10. С.59 - 62.
2. Демичев Н.П. Особенностилечениязастарелыхподкожныхразрывовахилловасухожилия у спортсменов. М.: Спортивная травма, 2012. – 135с.
3. Шойлев Д. Спортивнаятравматология. София, 2006. – 168с.
4. Clement D.B. Achilles tendinitis and peritendinitis. Etiology and treatment. Am. j. sport med. 2004. – №12. –P.22-24

О. Є. Кузнецова, магістр
Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника

ЕФЕКТИВНІСТЬ КІНЕЗІОЛОГІЧНОГО ТЕЙПУВАННЯ В ПРОГРАМАХ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ТРАВМАМИ ЗВ'ЯЗОК ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБУ

При травмі гомілковостопного суглоба (ГСС) можуть виникнути часткові або повні розриви зв'язок, відриви зв'язок у місцях їх прикріплення до кістки. Зазвичай пошкодження спостерігається при ротації стопи назовні або досередини. Зв'язки на зовнішній стороні суглобу частіше розтягуються, ніж внутрішні [1].

Тип пошкодження ГСС залежить від напряму дії травматичної сили, яка може бути 3-х видів: аддукція, абдукція, ротація.Підчас супінації зовнішні зв'язкові структури напружені. При виникаючій в подальшому аддукції виникає розрив зовнішніх зв'язок або підсиндесмозні відривні переломи зовнішньої сторони ГСС. Якщо аддукційна сила триває, то надп’яткова кістка натискає на внутрішню поверхню ГСС, внаслідок чого виникає перелом з вертикальною площиною.

Пошкодження зв'язок ГСС відбувається найчастіше при підвертанні стопи досередини. В результаті зв'язка надривається частково або відривається від місця прикріплення. Для її відновлення стопі надається положення тильного згинання та пронації. При повному розриві зв'язок у людей, які ведуть активний спосіб життя, проводять хірургічне втручання. Потім накладають гіпсову пов’язку на термін від 3-4 тижнів. В гіршому випадку на місці розриву формується неповноцінний рубець, що веде до нестабільності, рецидивуючогосиновіїту та прогресуванню посттравматичного деформуючого артрозу [1].

Таким чином, широке розповсюдження і недостатня ефективність існуючих програм відновлення стану здоров’я хворих з травмами зв'язок зумовлює необхідність розробки програм фізичної терапії з використанням простих, ефективних та економічно доступних методів, одним із яких є кінезіологічнетейпування (кінезіотейпінг, КТ).

Матеріали і методи. Обстежено 27 пацієнтів з діагнозом: розрив зв'язок ГСС, ранній постіммобілізаційний період. При їх обстеженні визначені наступні зміни: погіршення якості життя (що визначено опитувальником «EuroQol»), виражений больовий синдром (за шкалою ВАШ), атрофію м’язів іммобілізованої ділянки (за результатами огляду, обхвату, визначення сили, тонусу м’язів), контрактуру ГСС (за результатами гоніометрії) [2]. Групу порівняння (ГП) склали 15 осіб, які проходили реабілітацію із використанням класичного масажу та кінезітерапії, прийнятих у поліклінічних медичних закладах. Основну групу (ОГ) склали 12 осіб, які проходили розроблену програму фізичної терапії із використанням, крім кінезітерапії та масажу, кінезіологічноготейпування.У процесі реабілітації застосовували наступні техніки КТ: в ранньому періоді – лімфодренажна та послаблююча корекція; з поступовим введенням м’язової та зв’язково-сухожилкової. КТ накладалипіслясеансівмасажу перед сеансом кінезітерапії, залишали на шкіріна період між ними та на вихіднідні. Перед сеансом масажу тейп знімали [3, 4].

Після практичного впровадження програми реабілітації із використанням КТ було визначено покращення функціонального стану, що проявлялося зменшенням інтенсивності скарг, покращення якості життя (за опитувальником «EuroQol»), зменшенням інтенсивності больового синдрому (за шкалою ВАШ), відновлення трофіки м'язів (за результатами огляду, обхвату кінцівок, визначення сили, тонусу м'язів), відновлення рухомості ГСС (за результатами гоніометрії). Результати ОГ були статистично значуще кращими, ніж показники ГП.

Отримані результати впровадження розробленої програми свідчать про те, що розроблену методику комплексної фізичної терапії із використанням КТ доцільно призначати в процесі реабілітації хворих з травмою зв'язок ГСС упостіммобілізаційному періоді.

Література

1. Анкин Л.Н. Практическаятравматология. Европейскиестандартыдиагностики и лечения / Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин. — М.: Книга-плюс, 2002. — 480 с.
2. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації: [Навчальний посібник студентів вищих навчальних закладів] / Т.В. Бойчук, О.С. Левандовський, Л.І. Войчишин. - Львів: ЗУКЦ, 2010. – 211с.
3. Основыкинезиотейпирования. Учебноепособие / Касаткин М.С., Ачкасов Е.Е., Добровольский О.Б. М.: - Спорт, 2015. - 76 с.
4. Тейпирование и применениекинезиотейпа в спортивнойпрактике. Методическоепособие / А.И. Клюйков; – М.: РАСМИРБИ, 2009. – 140 с.

І. Левченко, студент 3 курсу
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Науковий керівник: Беседа Н.А., к. пед. н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ПРОБЛЕМИ ІНТЕГРАЦІЇ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ У ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ

В різних частинах світу люди довіряють народній медицині своєї культури. Чи повинні фізичні терапевти інтегрувати ці практики у свій план лікування? Як фізіотерапевти можуть поважати переконання кожної людини і зміцнювати довіру пацієнта, переконання якого сягають корінням в народну медицину? [1]

Мета даного дослідження є розгляд необхідності та можливості варіантів об'єднання фізичної терапії і деяких методів альтернативної медицини на території СНД. В приклад наводиться досвід Америки, де вже близько 20 років існують центри, що гармонічно поєднують альтернативну та доказову медицину.

Інтерес до практик нетрадиційної медицини серед західного наукового співтовариства почався з 70-х років.

У 1993 році був опублікуваний звіт, згідно якого 34% опитаних використовували хоча б одну «нетрадиційну терапію» в процесі свого лікування або оздоровлення. З огляду на цю популярну тенденцію, в документі пропонувалося сприяти науковим дослідженням і освіті в цій галузі. За цим прослідковувався постійно зростаючий інтерес людей до народної, комплементарної та альтернативної медицини.

В серії статей в журналі «Клініки ортопедичної фізичної терапії Північної Америки» пропагувалося використання комплексної комплементарної та альтернативної терапії в якості доповнення до сучасної медицини.

Ще в 2001 році була опублікована стаття, в якій узагальнено накопичений на той час досвід застосування комплементарної та альтернативної медицини в умовах сучасної клінічної лікарні. У статті також закладено обгрунтування необхідності створення відповідних центрів.

У травні 2001 року в Нью-Йорку був відкритий Медичний центр інтегративної допомоги при лікарні спеціальної хірургії. Допоміжні послуги, що надавалися в 2006 році в цьому центрі включали в себе: пілатес (поєднання йоги, балету та ізометричних вправ), акупунктуру (подразнення периферичних нервових розгалуджень за допомогою уколів у певні точки тіла), Тай Чі (китайська оздоровча гімнастика, що характеризується повільними і плавними рухами), йога (асани і пранаями, різні варіанти медитативних технік), метод Фельденкрайза (метод соматичного навчання, усвідомлення рухів) та інші.

Показниками успіху Центру було: зростання кількості його відвідувачів та кількості позитивних відгуків пацієнтів. У 2001 році було 5 591 відвідувань за 7 місяців; в 2002 році було 11 794 відвідувань, а в 2005 році в центрі було зареєстровано 13 860 відвідувань пацієнтів. [2]

Отже, ми бачимо підтвердження того, що популярність і інтерес до альтернативної медицини постійно зростає. [3] [2]. Також ми розуміємо, що використання нетрадиційних методів лікування може призвести до вкрай небезпечних наслідків, якщо цим опікуються квазіспеціалісти [4]. Набагато безпечніше, коли цим будуть займатися сертифіковані спеціалісти, що підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я. Тому проблема інтеграції деяких методів альтернативної медицини є актуальною та потребує вирішення

На цю тему проводяться міжнародні конференції [1] і будуються глобальні стратегії [4]. Нам необхідно приймати участь в цьому процесі, аналізувати та включати західний досвід заради гармонічного інтегрування методів альтернативної медицини у фізичну терапію.

Для фізичних терапевтів та інших фахівців з реабілітації просте усвідомлення альтернативної медицини та пов'язаних з ним терапій - лише початок. Хоча практики нетрадиційної медицини все частіше включаються в навчальні програми з різних дисциплін, вони часто є поверхневими і непослідовними. Обов'язком практикуючих, незалежно від їх дисципліни, є: навчати себе та один одного, бути готовими відповідати на питання та обговорювати використання методів зі своїми пацієнтами.

Добре проінформоване керівництво та підтримка зі сторони Міністерства охорони здоров'я України є вирішальним фактором для досягнення безпечної, цілісної інтегративної допомоги в будь-яких умовах.

Література

1. Casey Nesbit, Jenny Audette. Discussion session Traditional Medicine (DS-08) [Електронний ресурс]/ Johanne Eliacin, Kerry Fung, Jessica Shiraku, Tony Chang // World Confederation for Physical Therapy CONGRESS 2019 Geneva- 2019.- Режим доступу до ресурсу: https://www.wcpt.org/wcpt2019/programme/ds/DS-08

2. Gina Kearney. Physical Therapy and Complementary and Alternative Medicine: An Educational Tool for Enhancing Integration [Електронний ресурс]/ Gina Kearney, Margaret G.E. Peterson, K. Ronald McKenzie – 2007.- Режим доступу до ресурсу: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2504262/pdf/11420_2007_Article_9055.pdf

3. Ariana Thompson-Lastad. Integrative Group Medical Visits: A National Scoping Survey of Safety-Net Clinics [Електронний ресурс]/ Paula Gardiner, and Maria T. Chao//- 2019.-Режим доступу до ресурсу: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6352502/pdf/heq.2018.0081.pdf

4. Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014-2023рр - https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201ru/s21201ru.pdf

К.О. Лєшинська, магістр
Національний університет фізичного виховання та спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ

Активний розвиток і застосування високих технологій виходжування новонароджених з екстремально низькою і дуже низькою масою тіла при народженні, призводить до збільшення виживаності цього контингенту дітей. В перший рік життя ці діти можуть демонструвати затримку психомоторного розвитку, та мають найбільший ризик (20-50%) порушень розвитку, що призводить до несприятливих наслідків, включаючи церебральний параліч, когнітивні вади та епілепсію[1, 2]. Цим дітям та їх сім’ям необхідна специфічна, міждисциплінарна та висококваліфікована допомога.

За ініціативою Європейського фонду допомоги новонародженим (EFCNI), активно розроблявся, а наразі втілюється проект Європейського стандарту охорони здоров'я для новонароджених. Цей проект включає таку сферу послуг як катамнестичний догляд за передчасно народженими дітьми, з метою ранньої діагностики порушень розвитку, та раннього початку втручання. Наразі, в Україні активно обговорюється ініціатива щодо залучення до цього проекту [3], а також активно втілюється проект Раннього втручання [4], що надає свої послуги насамперед дітям перших років життя, та їх сім’ям, оскільки раннє виявлення біологічних та

соціальних факторів ризику щодо порушення розвитку дитини дає можливість своєчасно почати інтенсивну та специфічну допомогу.

Сучасні моделі раннього втручання передбачають родину отримувачем послуг, а вплив націлений не тільки на структури та функції організму дитини, а насамперед на активність та участь, та фактори середовища [5]. Серед ефективних моделей раннього втручання можна виділити:

- Послуги, що побудовані на участі дитини та рутинах [6, 7]: навчання дорослих застосовувати розвиваючі стратегії у сімейних рутинах, адаптувати середовище, використовувати допоміжні технології, та залучати дитину у сімейну та соціальну взаємодію.
- Навчання що ґрунтується на інтересі та активності дитини [8, 9]: специфічні та цілеорієнтовані втручання йдуть за інтересом та власною активністю дитини, терапевт і батьки зважають на мотивацію дитини опановувати навички.
- Розвиток рухових навичок, заснований на функціональній діяльності [10]: використання фізичних вправ та практик, що відображають функціональні дії (переміщення та положення тіла, маніпулювання предметами тощо) у відповідному функціональному контексті.

Таким чином, світовий досвід системи надання ранньої реабілітаційної допомоги передчасно народженим дітям, вказує на необхідність відмови від «процедурного» підходу, за якого дитина була єдиним отримувачем послуг, а ціллю було усунення структурних проблем у дитини (курси масажів для нормалізації тонусу, зміцнення м’язів, тощо). Це закликає до вивчення сучасних комплексних моделей та методик, опанування і втілення їх на практиці, збільшення поінформованості батьків, що також стає завданням для фахівців, тісної співпраці лікарів із фізичними терапевтами та іншими спеціалістами з розвитку дитини.

Література

1. Volpe JJ. Neurology of the Newborn. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2008. 1120p.
2. Glass HC, Costarino AT, Stayer SA, Brett CM, Cladis F, Davis PJ.Outcomes for Extremely Premature Infants. Anesth Analg. 2015 Jun;120(6):1337-51doi: 10.1213/ANE.0000000000000705
3. Панельна дискусія щодо сучасної практики і впровадження Європейських стандартів. «Клінічні випадки в неонатології – мультидисциплінарний підхід»,науково-практична конференція організована кафедрою неонатології НМАПО імені П.Л. Шупика, [Інтернет]; 24 травня 2019, Київ [цитовано 2019 Лис 4]; Доступно:https://nmapo.edu.ua/n/p/4662-klinichni-vypadky-v-neonatolohii-multydystsyplinarnyi-pidkhid
4. Проект Концепції створення та розвитку системи надання послуги раннього втручання в Україні. Раннє втручання [Інтернет]07 Сер 2019[цитовано 2019Лис4]Доступно:
5. Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 24;(11):CD005495. doi: 10.1002/14651858.CD005495.pub4.
6. Colyvas JL, Sawyer LB, Campbell PH. Identifying strategies early intervention occupational therapists use to teach caregivers. Am J Occup Ther. 2010 Sep-Oct;64(5):776-85. DOI: 10.5014/ajot.2010.09044

7. McWilliam R. Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families.Baltimore, Maryland, USA: Paul H. Brookes; 2010. 288p.
8. CenterfortheAdvancedStudyofExcellenceinEarlyChildhoodandFamilySupport Practices. FIPPCASE [Internet] J. Iverson Riddle Developmental Center, Morganton, NC; 2006 [updated 2019 Sep 20; cited 2019 Nov 2]
9. Johnson J. An Activity-Based Approach to Early Intervention. Baltimore, Maryland, USA: Paul H. Brookes, 2015. 368p.
10. Valvano J. Activity-focused motor interventions for children with neurological conditions. Phys Occup Ther Pediatr. 2004;24(1-2):79-107.

Т.І. Мизгіна, к.мед.н.,
КВНЗ «Полтавський базовий медичний коледж»;
Г.М. Траверсе, д.мед.н. проф.
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

РОЛЬ ВИКЛАДАЧА КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В ФОРМУВАННІ ПАРАДИГМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Наприкінці XX, початку XXI століть виникла нагальна потреба розробки та втілення нової парадигми здоров’я, обумовлена тим,що упродовж останніх десятиріч відбувається загальне погіршення стану здоров’я населення в розвинутихкраїнах: поширенням ендокринної патології,зростанням рівня смертності від серцево-судинної патології[1, 4]. Надумку науковців, передусім,це є наслідком поширення та впровадженням сучасних технологій для створення комфортних умов життя [4].

Всесвітня наукова спільнота на тлі признаних усіма наукових досягнень, формує модель постановки проблеми суспільного здоров’я та шляхи її вирішення. Нова парадигма здоров’я, що сформувалася в розвинутих країнах передбачає підхід до турботи про здоров’я, який отримав назву «нове ставлення до здоров’я»(newhealthconsciousness)- це нова парадигма здоров’я:людина відповідальна за своє здоров’я.В основі цієї концепції постає усвідомлення людиною цінності власного здоров’я, підтримка здорового способу життя[5].

Формування культури здоров’я особистості є одним з пріоритетів сучасності,тому що інтенсивні зміни в соціально культурному просторі не можуть не вплинути на здоров’я людини.Культура здоров’я виражається в конструктивній поведінці людини з метою запобігання виникненню та нівелювання існуючої патології. Безумовно,перебудова особистості відбувається під впливом оточуючого середовища. Особисте здоров’я є складовою здоров’я нації вцілому.Одним з показників прогресу суспільства вважається здоров’я молоді, тому організація здорового способу життя молодого покоління є однією з пріоритетних задач держави.

Великого значення проблема здоров’я молоді набуває в процесі модернізації освіти. Зрозуміло,що висока якість освіти можлива без втрат здоров’я тільки за умови перегляду існуючої системи освіти.В умовах

реформування освіти та медицини, значно зростає роль викладачамедико - біологічних дисциплін у формуваннів молоді парадигми здорового способу життя, створенні в освітніх закладах здоров'язберігаючого простору,який забезпечить залучення молоді до відповідального ставлення до свого здоров'я [2].Психолого-педагогічний підхід до парадигми здорового способу життя передбачає вплив педагога на мотивацію самовдосконалення молодої людини засобами фізичної культури, ціннісноорієнтованої діяльності, соціальної активності.

ЛобаньГ.А. та співавторів[3]відзначають, що процес виховання свідомого ставлення молоді до власного здоров'я у вищому навчальному закладі повинен забезпечуватися такими педагогічними складовими, як поєднання навчального процесу та практичної діяльності,ознайомлення молоді з основами здорового способу життя з метою формування власного стилю, формуванням цільових настанов і мотивації студента до набуття відповідних знань, умінь та навичок.

В процесі підготовки фахівців охорониздоров'янеобхідно не тількинадатизнання та поняття, потрібні для професійноїдіяльності, але й донести до студента та сформувати в ньогопозитивнеставленнящодопарадигми здорового образу життя як у професійнійсфері, так і у особистомужитті. В контекстіпередачіеталонів здорового способу життяважливовраховуватиновітнірозробки та рекомендаціїнауковців.Під час практичних занять та лекцій з відповіднихрозділівнавчальноїпрограминеобхідноприділятидостатнюувагу сучасним протоколам та наказам МОЗ України, за якимибудутьпрацюватимайбутніфахівці.
Більшістьсучаснихпротоколівскладено з урахуваннямпроцесівЕвроінтеграції та відповідаютьсучасномурівнювсесвітньоїмедичної науки, сучаснимтехнологіям.

Студентська молодь повинна усвідомлювати, що турбота, власне, про себе особисто, базується на загальнолюдських цінностях та включає раціональне харчування, регулярні адекватні фізичні навантаження,запобігання надмірним стресам, поміркованість в отриманні задоволень, достатній час відпочинку, різноплановість фізичної та інтелектуальної діяльності.

В процесі створення механізмів здорового образу життя в студента вищого навчального закладу необхідно використовувати інтегративний індивідуальний підхід, який враховує психосоціальні та фізіологічні особливості.Формулюючи перед студентом конкретну мету необхідно створювати умови для її творчого втілення. Саме креативний підхід дозволяє створити в молоді позитивну мотивацію до вирішення поставленого завдання.

Слід ширше застосовувати можливості інтерактивного навчання. Важливою складовою для студентів є колективна співпраця в молодіжному середовищі, що викликає додаткову зацікавленість в отриманні результату.

Таким чином, формування уявлення про здоровий спосіб життя та його реалізація на практиці є невід'ємною складовою навчального процесу в вищому навчальному закладі.

Література

1. Рекомендації Ассоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності(2017)/ Л.Г. Воронков, К.М.Амосова, О.Й.Жарінов[та ін.]//Серцева недостатність та коморбідні стани. -№1.-2017. - С.6-67.
2. Бойченко Т. Здоров'язберігаючакомпетентність як ключова в освітіУкраїни./Т. Бойченко// Основи здоров'я та фізична культура. -2008. - №11/12. - С. 6-7.
3. Лобань Г.А. Формування здорового способу життя студентів як запорука суспільного та економічного розвитку держави/Г.А.Лобань, С.В.Зачепило,Н.П. Коваленко[та ін.] // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія. - 2015. -Т.15 - В. 2(50). - С. 30-32.
4. KleinF/ Unchecked epidemic of obesity / F.Klein // Gesundheitswesen. - 2014. - Vol.76(8-9). -P. 464-465./
5. LampertT.,KrollL.E. ArmutundGesundheit/ Hrsg. RobertKoch-InstitutBerlinGBEkompakt– 5/ 2010. -S.2-10.

Б. М. Моргун, магістр
Національний університет фізичного виховання
і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ПІЗНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ

Постановка проблеми. В даний час однією з актуальних медико-соціальних проблем є черепно-мозкові травми (ЧМТ) та їх наслідки. Поширеність ЧМТ у світі становить від 1,8 до 6,7 на 1000 населення [3, 4].У віддаленому періоді ускладнення після ЧМТ приводять до зниження або втрати працездатності у 75 % хворих [1]. У 50% хворих з наслідками ЧМТ спостерігається їх прогресування або поява нових синдромів [2].

При всьому різноманітті використовуваних засобів та методик відновлення втрачених рухових та когнітивних функцій у хворих з ЧМТ їм не приділено належної уваги, тому на сьогоднішній день алгоритм застосування заходів фізичної терапії потребує більш детального дослідження та вивчення.

Мета роботи: теоретичне обґрунтування та розроблення алгоритму застосування заходів фізичної терапії для покращення функціонального та когнітивного стану осіб з наслідками ЧМТ у пізньому відновному періоді.

Методи та організація дослідження. Дослідження проводились поетапно (період 2018-2019 рр.) на базі реабілітаційного відділення Комунального підприємства «Кременчуцький обласний клінічний шпиталь для ветеранів війни» Полтавської обласної ради в місті Кременчуці. Контингент дослідження: чоловіки (n=10), вік 30-50 років, котрі перенесли ЧМТ. Хворі контрольної групи (n=5) займалися за програмою реабілітаційного відділення, хворі основної групи (n=5) – за

алгоритмом заходів фізичної терапії. Термін дослідження – 28 днів по 5 разів на тиждень.

Результати дослідження. При первинному дослідженні функціонального стану рухової та когнітивної сфери у осіб з наслідками ЧМТ визначено їх вплив на активність повсякденного життя за рядом тестів. За допомогою Індексу Мотрісіті була визначена сила м'язів нижньої кінцівки та виведена її загальна оцінка: 84,6±9,08 балів. Середній бал за виконання пацієнтами завдань по шкалі балансу Берга становив 45,6±1,8 балів. У шестихвилинному тесті ходи (аеробна витривалість) пацієнти показали загальний результат 456,5±49,42 м. Середній бал рівня когнітивного функціонування досліджуваних становив 26,1±2,37 балів, рівня якості життя – 18,7±3,52 бали.

Отримані при первинному дослідженні результати свідчать про недостатню м'язову силу нижніх кінцівок (пацієнти долали незначний опір фахівця); порушення рівноваги (досліджувані утримували положення мінімальний час) та координації (виникнення труднощів з виконанням подвійних завдань); недостатню витривалість (поява задишки під час ходьби у більшості хворих); незначні відхилення у когнітивному функціонуванні (труднощі з серійним рахунком, перемальовуванням рисунка, орієнтацією у часі); нестабільний емоційний стан (депресивність, відсутність мотивації).

Розроблений алгоритм заходів з фізичної терапії базувався на послідовному введенні його складових із урахуванням показників сили м'язів, рівноваги, характеру когнітивних порушень, рівня функціональної незалежності. Застосовувались вправи для поліпшення м'язової сили (ізотонічні, ізометричні, з подоланням опору), рівноваги та координації (різновиди ходьби, статичні та динамічні вправи з опорою та без), аеробної витривалості (циклічні вправи з встановленим часом: ходьба, велотренажер та ін.), когнітивних функцій (запам'ятовування слів, вивчення віршів, рухові вправи тощо).

Ефективність алгоритму заходів з фізичної терапії було визначено за допомогою повторного обстеження пацієнтів з наслідками ЧМТ (на 28-му добу курсу фізичної терапії). За результатами тестування пацієнти основної групи у порівнянні з представниками контрольної групи мали більший прогрес в одужанні. Так, середній сумарний бал сили м'язів нижньої кінцівки за Індексом Мотрісіті після курсу фізичної терапії становив: у ОГ – 94,2±4,38 балів, у КГ – 87,8±7,15 балів. У результаті виконання тесту балансу Берга після курсу відновлення середній бал став вищим і становив: у ОГ – 51,4±2,6 балів, у КГ – 47,8±1,78 балів. Обстежувані пацієнти також поліпшили аеробну витривалість (тест 6 хвилин ходьби), зокрема ОГ пройшла у середньому на 28,23 м більше (495,93±59,9 м), а представники КГ – 17,3 м (464,6±43,1 м). Коротке дослідження психічного стану (MMSE) показало наступні результати: ОГ – 28,6±2,07 балів, КГ – 27,8±1,3 бали, що відповідає нормі. Якість життя та емоційний стан за LifeSatisfactionIndex поліпшилися, але з суттєвою різницею: в ОГ склали 24±3,04 бали, в КГ – 20,6±2,88 балів.

Висновки. Розроблений алгоритм заходів фізичної терапії дозволяє ефективніше відновити функціональний та когнітивний стан а також

покращити активність повсякденного життя у осіб з наслідками ЧМТ. Проте, на даний час у відновному лікуванні обраного контингенту потребує вдосконалення диференційований підхід, оскільки не завжди враховується різноманітність клінічних синдромів, немає єдиної думки щодо підбору шкал з оцінювання функціонального стану пацієнтів з наслідками ЧМТ та якості життя.

Література

1. Латишева ВЯ, Олизарович МВ, Сачковский ВЛ. Черепно-мозкова травма. Минск: Вишейшая школа; 2015. 159 с.

2. Потапов ОО, Кмита ОП. Травматична хвороба головного мозку: діагностика, перебіг та прогнозування. ВісникСумДУ, серія «Медицина». 2012; 2: 59-67.

3. McDougall J, Wright V, Rosenbaum P. The ICF model of functioning and disability: Incorporating quality of life and human development. Journal Developmental Neurorehabilitation. 2010; (13): 204-11.

4. Ostensjo US, Laxe S, Soberg HL. Problems in functioning after a mild traumatic brain injury within the ICF framework: the patient perspective using focus groups. Disability and Rehabilitation. 2013; 35 (9): 749-57.

В.А. Нечай, магістр
Національний університет фізичного вихованняі спорту України

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ НОРМОБАРИЧНОЇ ОРОТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХОЛЕГЕНЕВИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ВАГІТНИХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Постановка проблеми. Основними причинами ускладнень під час вагітності, пологів і раннього післяпологового періоду, по даним вітчизняних і зарубіжних авторів, є такі екстремальні фактори, як кровотеча, геморрагічний шок, гіпоксія. Гіпоксія плода й асфіксія немовляти зустрічаються в 4-6% випадків [1].

Вагітність значно змінює реактивність організму. При патології вагітності спостерігається порушення механізмів природньої резистентності. Зміна цих механізмів, особливо при патологічному плині вагітності, відображається на формуванні імунного статусу й плода немовляти. Враховуючи зміни механізмів неспецифічної резистентності при патології вагітності, недостатній розвиток факторів захисту в плода й немовляти, важливо виявити можливі шляхи спрямованого стимулювання природних захисних сил організму вагітної жінки, плода й немовляти з метою підвищення їх стійкості до ушкоджуючих впливів [2].

У зв’язку з цим ведуться розробки технологій терапії цієї категорії пацієнтів шляхом стимуляції природних механізмів саногенезу. Одним з таких терапевтичних варіантів може бути метод інструментальної нормобаричноїоротерапії (ІНО), в основі якого лежить активація захисних механізмів та фізіологічних резервів організму хворого. На практиці це не що інше, як моделювання високогірних умов за парціальним тиском кисню у повітрі при наявності нормального атмосферного тиску, тому цю

новітню біофізичну технологію ще називають «гірське повітря». ІНО використовується для профілактики й лікування різних захворювань, а також для підвищення якості здоров'я [3].

Мета роботи: полягає в обґрунтуванні застосування інструментальної нормобаричноїоротерапії у комплексі заходів фізичної терапії вагітних жінок для зменшення бронхолегеневих ускладнень.

Методи і організація дослідження. Робота проводилась на базі клінічного санаторію «Жовтень», де на профілактичній підготовці до пологів знаходилося 12 жінок з хронічним бронхітом у віці від 20 до 30 років. Для розв'язання поставлених у роботі задач досліджені вагітні розподілені на дві клінічні групи основну і контрольну. Основну групу склали 7 вагітних з хронічним бронхітом, у яких поряд з медикаментозною терапією застосовувалась реабілітаційна програма, яка включала кінезіотерапію, масаж, фізіотерапію та інструментальну оротерапію. В 5 вагітних з хронічним бронхітом, лікування обмежилося в контрольній групі лише медикаментозною терапією. Термін вагітності — від 12 до 32 тижнів.

Методи досліджень визначалися поставленими завданнями — це такі як: аналіз та узагальнення літературних джерел, контент-аналіз медичних карток, метод анкетування, клінічні методи дослідження, методи математичної статистики.

Результати дослідження. В санаторії особливо сприятливі умови для застосування нормобаричноїоротерапії, що дало змогу впровадити нормобаричнуоротерапію в лікування хронічного бронхіту у вагітних, а також проводилось широке коло заходів — це кінезіотерапія; масаж; фізіотерапія.

Оцінка результатів проведеної нами нормобаричноїортерапії та програми фізичної реабілітації у вагітних з хронічним бронхітом дозволила відзначити, що до занять програмою фізичної реабілітації покращилися показники ЖЕЛ в основній групі — у 90%, у той час як у вагітних без застосування програми динаміка мало виражена, а також нормалізувалась частота дихання в основній групі, так як незначне вираження покращення в контрольній групі.

В результаті запропонованої нами програми реабілітації у вагітних основної групи знизились перепади АТ, так як в вагітних контрольної групи залишилися.

За результатами проби Штанге та Генче в основній групі затримка на вдиху та видиху у вагітних значно збільшилась, в той час коли незначні зміни відбулися в контрольній групі вагітних.

Запропонована програма фізичної реабілітації та нормобаричноїоротерапії позитивно впливає на стан внутрішньоутробного плоду — у 92% вагітних відмічалася позитивна динаміка кардіотокограми плоду.

Висновки. Інструментальна нормобаричнаоротерапія може використовуватися профілактики й лікування бронхолегеневих захворювань у вагітних, а також для підвищення якості здоров'я.

Оротерапія стимулює власні приховані резерви організму, підвищує фізичну працездатність, знижує стомлюваність, підвищує стійкість організму до несприятливих факторів і стресу.

Література

1. Сенкевич Н.Ю., Чучалин А.Г. Качествожизни при хроническойобструктивнойболезни. Хроническиеобструктивныеболезни легких. Издательство БИНОМ., 2004. 192с.
2. Пономаренко Г.Н., Куприянова О.О. Общаяфизиотерапия. 2004. 384 с.
3. Владимиров О.А., Лобода М.В., Тофан Н.І. Санаторно-курортне лікування вагітних. Тамед-Альтерпрес, 2001. 256 с.

В.Л. Нубаров, магістр

Національнийуніверситетфізичноговихованняі спорту України

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОСТЕОПОРОЗІ ТА ПЕРЕЛОМАХ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Через високупоширеність і важкінаслідки для здоров'янаселеннямозковийінсульт (МІ) є найважливішоюмедичною і соціальною проблемою. Смертністьвід МІ займає 2-е чи 3-е місце в структурізагальноїсмертності в різнихкраїнах і сягає 10% смертностінаселенняземноїкулі. У 62% хворих, які перенесли інсульт, зберігаютьсярізногоступенявираженостіпорушеннярухів, розладикоординації, чутливості, мови, інтелекту, пам'яті. 20-43% з цієїкількостіхворихпотребуютьсторонньоїдопомоги [2]. Щороку в Українівід 100 до 120 тис. населеннявпершепереносять МІ, тобтозахворюваність становить 280-290 випадків на 100 тис. населення і перевищуєсереднійпоказникзахворюваності на МІ в економічнорозвиненихкраїнахЄвропи (200 на 100 тис. населення). За останні 10 роківзахворюваність на МІ в Українізросла на 5%, переважно за рахунок людей працездатноговіку (35,5% всіх МІ сталися у людей працездатноговіку). Близько 20 тис. хворихщорічностають людьми з інвалідністювнаслідок МІ. Тільки 10-20 % хворихпісляінсультуповертаються до повноцінногожиття [1].

Однією з причин важкої інвалідизаціїта високої смертності пацієнтів після МІ є переломи опорних частин скелета внаслідок остеопорозу (ОП), який є частим ускладненням [3, 7]. У клінічному дослідженні переконливо показано зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) і кісткової маси (КМ) після інсульту що проходить у 2 фази - швидку (3-4 місяці після існульта) і повільну (до року) [9]. В подальшому за аналогією зі спінальними травмами настає фаза плато з перманентною втратою КМ і збільшенням ризику переломів. Докази демонструють переважну втрату КМ на паралізованій стороні. Так, протягом першого року після інсульту хворий може втратити до 14% МЩКТ в проксимальних відділах стегна і до 17% - в руках. У віддаленому післяінсультному періоді (до 9 років) загальна втрата МЩКТ може сягати 21% в верхніх і 4,5% в нижніх

кінцівках [6]. Одним з парадоксів післяінсультнихОПслужить зниження МЩКТ стегна і її підвищення на руці з не паралізованого боку [5]. Інша особливість - відсутність гендерних відмінностей на відміну від інших типів ОП. Також відзначено, що він розвивається у пацієнтів старше 65 років [7].Спостерігаючи за групою з 1139 пацієнтів, госпіталізованих з приводу інсульту, протягом 2,9 року, A. Ramnemark і співавтори з'ясували, що 84% переломів обумовлені падіннями і переважно перевагають проксимальні переломи стегна, які зустрічалися в 2-4 рази частіше, ніж у схожій віковій популяції [8]. В середньому падіння після інсульту на паралізовану сторону відзначаються у 73% пацієнтів навіть при легкому обмеженні рухливості.Використовуючи національний реєстр Швеції, J. Kanis і співавтори вивчили дані 273 288 пацієнтів, які перенесли МІ. За висновком авторів, після інсульту ризик переломів стегна зростає в 7 разів. Ризик переломів виявився вищим в перший рік після МІ і у більш молодих осіб [4] .

Поряд з самим інсультомдодатковими факторами ризикупереломів є наявністьпопереднього ОП і падіння. Причинами падіньможутьслужитизниженнясили на ураженійстороні, постуральна нестабільність, зоровіпорушення та післяінсультнаепілепсія.

Більшістьпереломів у пацієнтів, які перенесли МІ, відбувається на стороніпарезів і паралічів, і найчастіше - в результатіпадіння. Запобігання таких ускладненьмає бути пріоритетним в стратегіїведенняпацієнтів, щознаходяться в періодіреабілітаціїпісляінсульту [4]. Якщо ж не вдалосяуникнути таких ускладнень як переломів то необхідновикористовуватикомплекснихпідхід у відновленніздоров'япацієнта, а саме з перших днівкористуватисьзасобамифізичноїтерапії, правильно сформуватипрограмуфізичноговідновлення, тамасажу, як одного іззасобіввідновноголікування. Основнимизавданнямифізичноїтерапії на даномуетапі є: поліпшеннякровообігу в місці перелому, попереджаючивиникненняускладнень при триваломупостільномурежимі; зміцнитим'язитулуба, попереджаючиускладнення, у зв'язку з вимушеноюгіподинамією; зміцнитим'язи тазового поясу і кінцівокпризупинившировзвиток контрактур і м'язовихатрофій; знизитиригідність в суглобах;відновитиопорнуфункціюнижніхкінцівок;відновитинавичкипостави і ходьби;максимальновідновитипрацездатністьпацієнта, адаптувавшийого до побутовихнавантажень.

Література

1. Міністерство охорони здоров'я України (2014) Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.04.2014 № 275 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при геморагічному інсульті».
2. Мищенко Т.С.,Мищенко В.Н.,Здесенко И.В., Поздниеосложнениямозговогоинсульта. Газета « Новостимедицины и фармации». 2012; 19 (436) .
3. Dennis M.S., Lo K.M., McDowall M., West T. Fracturesafterstroke: frequency, types, andassociations. Stroke. 2002;33:728–34.

4. Kanis J., Oden A., Johnell O. Acuteandlongtermincreaseinfractureriskafterhospitalizationforstroke. Stroke. 2001;32:702–6.
5. Paker N., Bugdayci D., Tekdos D., Dere C., Kaya B. Relationshipbetweenboneturnoverandbonedensityattheproximalfemurinstrokepatients. J. Stroke. Cerebrovasc. Dis. 2009;18(2):139–43.
6. Pang M.Y., Eng J.J. Musclestrengthis a determinantofbonemineralcontentinthehemipareticupperextremity: implicationsforstrokerehabilitation. Bone. 2005;37:103–11.
7. Pluskiewicz W. Skeletalconsequencesinpatientsafterstroke. Endokrynol. Pol. 2011;62(1):48–50.
8. Ramnemark A., Nyberg L., Borssen B., Olsson T., Gustafson Y. Fracturesafterstroke. Osteoporos. Int. 1998;8:92–5.
9. Takamoto S., Masuyama T., Nakajima M., Seikiya K., Kosaka H., Morimoto S., Ogihara T., Onishi T. Alterationsofbonemineraldensityofthefemursinhemiplegia. Calcif. TissueInt. 1995;56:259–62.

Л.П. Орел, магістрантка
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НЕВРОПАТІЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Постановка проблеми. Невропатії лицьового про нерва – захворювання, що відносяться до числа найпоширеніших краніальних невропатій, частота яких у дорослих становить 13-25 випадків на 100 тис. населення або 2-5%, а у дітей – 21-30% від усіх захворювань периферичної нервової системи запального генезу [1, 5]. Особи чоловічої і жіночої статі хворіють приблизно однаково часто. В даний час доведено, що причинами захворювання можуть бути інфекції середнього вуха, синусити, паротит, травми, новоутворення, ангіопатія при артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті, наслідки хірургічних втручань. Однак в 75% випадків, особливо часто у дітей, причиною є інфекційні чинники [4].

Питання лікування та реабілітації хворих на невропатію лицевого нерва і дотепер залишається ще далеко невирішеним, незважаючи на те, що існує значний арсенал методів та засобів відновлення. Це пов’язано з тим, що після перенесеного захворювання пацієнти мають серйозні як фізичні, так і психологічні проблеми, пов’язані з дефектом обличчя (асиметрія), слинотечою, з подальшим наростанням симптоматики невропатії лицевого нерва, що порушує нормальний спосіб життя і соціальну активність людини. З огляду на вищезазначене, дуже важливим є питання застосування засобів фізичної терапії при даній патології.

Мета роботи – охарактеризувати засоби фізичної терапії в реабілітації осіб з невропатіями лицевого нерва.

Методи дослідження – аналіз та узагальнення даних літературних джерел.

Результати. В даний час широко використовують принцип комплексного лікування хворих. Традиційним способом комплексного лікування є комбіноване застосування медикаментозного лікування, засобів фізичної терапії, апаратної фізіотерапії та ін. Літературні джерела

свідчать,що лікувальні заходи при невропатії лицевого нерва направлені на посилення крово- та лімфообігу в області обличчя, поліпшення провідності лицевого нерва, відновлення функції мімічних м'язів, попередження розвитку м'язової контрактури.

Одними із основних засобів фізичної терапії, які більшість дослідників рекомендують застосовувати при невропатії лицевого нерва, є терапевтичні вправи. У підгострому періоді терапевтичні вправи проводяться в основному для м'язів здорової сторони: дозоване напруження і розслаблення окремих м'язів, ізольоване напруження та розслаблення м'язових груп, які забезпечують міміку обличчя. Ефективними є також вправи для очей – міцне зажмурювання очей, погляд з мруженням, витріщання очей, підморгування по черзі лівим та правим оком та ін. [2].

Крім того, у підгострому періоді призначають лікування положенням, яке включає наступні рекомендації: спати на боці (на стороні ураження); протягом 10-15 хвилин 3-4 рази на день сидіти, схиливши голову в бік ураження, підтримуючи її тильною стороною кисті (з опорою на лікоть); підв'язувати хустку, підтягуючи м'язи зі здорової сторони в сторону ураження (від низу до верху), намагаючись при цьому відновити симетрію обличчя [3].

Для усунення асиметрії обличчя проводиться лейкопластирне натягування зі здорової сторони на хвору. Останнім часом рекомендують кінезіотейпування для даної категорії хворих. Лікувальний масаж починають через тиждень, спочатку здорової сторони і комірцевої зони. Прийоми масажу (погладжування, розтирання, легке розминання, вібрація) проводять за дуже щадною методикою [3].

Через 10-12 днів з початку захворювання рекомендують спеціальні вправи для мімічних та жувальних м’язів обличчя: підняти брови вгору, наморщити брови, закрити очі, посміхатися з закритим ротом, жмуритися та ін. Терапевтичні вправи при невропатії лицевого нерва виконують перед дзеркалом індивідуально або малогруповим методом в положенні сидячи на стільці.

Для покращення поліпшення артикуляції призначають вправи з вимовою певних звуків, слів та словосполучень, а також спеціальні вправи для губ та язика.

У комплексне відновне лікуванні при невропатіях лицевого нерва включають також методи апаратної фізіотерапії. Фізичні методи лікування застосовують для ослаблення больового синдрому (анестезуючі методи), зменшення запалення та набряку (антиексудативні та протинабрякові методи), поліпшення мікроциркуляції (судинорозширювальні методи) та метаболізму, поліпшення функції нервово волокна (нейростимулюючі методи). Рекомендують інфрачервоні промені, електричне поле УВЧ, змінне магнітне поле на область соскоподібного відростка; лазеротерапію з магнітними насадками на проекцію виходу ураженого стовбура і гілок лицевого нерва та інші методи [3, 4].

Висновки. Незважаючи на достатню кількість засобів фізичної терапії, які призначають при невропатії лицевого нерва, до теперішнього часу не розроблено алгоритм застосування різних реабілітаційних засобів і

методів та не завжди з пацієнтами працює міждисциплінарна команда. Все вищезазначене свідчить, що проблема застосування засобів фізичної терапії потребує подальшого вивчення.

Література

1. Ахорова Ш.Б. Возрастные и гендерныеклинико-патогенетическиеособенностиостройневропатии лицевого нерва / Ш.Б. Ахорова // Международныйневрологический журнал. – 2017. – №4(90). – С. 52-54.
2. Бісмак О.В. Фізична реабілітація у комплексному відновленні хворих на неврит лицевого нерва / О.В. Бісмак // Молодий вчений». – 2017. – №10(50). – С. 211-214.
3. Капралов С. Лікувальна гімнастика при невриті лицевого нерва / С. Капралов // Молода спортивна наука України: збірник наукових статей з галузі фіз. культури та спорту. – 2001. – Т. 2, Вип. 5. – С. 234-236.
4. Скрипченко Н.В. Невропатии лицевого нерва: клиническиеособенности и возможностиулучшенияисходов / Скрипченко Н.В., Голяков Д.А., Пульман Н.Ф., Иванова М.В. и др. // Детскиеинфекции. – 2008. – № 3. – С. 16-24.
5. Пітик М.І., Ліскевич І.І. Невропатія лицевого нерва у дітей: деякі аспекти діагностики та лікування / М.І. Пітик, І.І. Ліскевич // Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського. – 2015. – №1. – С. 80-85.

А.В. Остапов, старший викладач;
А. Гук, студентка групи 201-пГЗ
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ПНЕВМОНІЇ

Пневмонія або запалення легенів дуже своєрідна і специфічна хвороба, так як заразиться їй дуже легко і не складає особливих труднощів, а ось період лікування і відновлення проходить дуже довго і важко. У більшості випадків пацієнти відзначають, що реабілітація після хвороби дуже тривала, включає в себе безліч заходів і розпоряджень, які необхідно бездоганно дотримуватися.

Пневмонія відноситься до категорії захворювань, які сприяють розвитку інфекційно-запального процесу в організмі людини, і, як наслідок, відбувається часткове руйнування тканинних структур легеневих часток.В кінцевому рахунку, хворий відчуває загальну слабкість, так як відбувається процес інтоксикації організму, приєднується підвищена температура тіла і проблеми з дихання. Всі ці ознаки значно ускладнюють загальний стан потерпілого і погіршують якість його життя.Запалення може обмежуватися певною ділянкою легені, а також залучати до процесу все легке. При повному ураженні легкого значно збільшується період хвороби, відповідно реабілітація після пневмонії також затягується. У деяких пацієнтів цей період може розтягнутися аж на три місяці.Щоб остаточно оздоровитися і стати на ноги після тривалого періоду хвороби

необхідно дотримуватися певні рекомендації лікуючого лікаря, і крок за кроком освоювати методику фізичної реабілітації.

Працівники медичних установ виділяють два відновлювальних етапу для організму після перенесеного раніше запалення легенів.

Перший етап відновлення передбачає активну боротьбу з патогенними мікроорганізмами, що викликали патологічний стан, з подальшим їх повним знищенням. На даному етапі можливе використання методик, які дозволяють значно зменшити вираженість запального процесу і ступінь тяжкості патології.Перехід на другий етап відновлення передбачає застосування заходів по відновленню функцій легких, проведення профілактичних процедур, щоб уникнути повторного зараження і запобігання розвитку можливих ускладнень. А також на даному етапі використовують лікарські препарати імуностимулятори, з метою відновити захисні сили організму до того стану, який був до хвороби.Якщо ускладнення не приєдналися, то тривалість даного етапу складає всього лише пару тижнів.При зверненні до лікаря пульмонолога пацієнт із запаленням легенів отримує призначення на вживання антибактеріальних засобів, основне завдання яких знищити збудника патологічного процесу. Паралельно в терапію включають симптоматичні препарати для зниження больових відчуттів під час кашлю та зниження підвищеної температури тіла.В принципі, можна сказати, на протязі всього першого етапу ведеться активна боротьба із захворюванням, тобто безпосередньо лікування запального процесу. Лікування найкраще проводити в умовах стаціонару, етап вважається завершеним, коли температура тіла більше не піднімається, і при проведенні рентгенологічного дослідження на знімку буде відсутній запалення.

Другий етап відновлення передбачає проведення процедур, спрямованих на відновлення активності легких, а саме їх структурних елементів – альвеол. Якщо функціональна активність альвеол буде порушена, то і процес функціонування легеневих часток буде загальмований.Крім цього, дані процедури дозволяють відновити нормальну мікрофлору шлунка і кишечника, усунути явище нестачі калію в організмі, а також прибрати інші негативні ефекти, викликані використанням антибактеріальних препаратів на першому етапі.Якщо лікування було своєчасним, і відразу ж пішли реабілітаційні заходи, то можливість розвитку важких ускладнень і повторного зараження організму значно знижується.Реабілітаційні заходи дозволяють уникнути розростання в місці локалізації запального процесу елементів сполучної тканини, а, точніше, уникнути формування рубця, а також цирозу легеневих часток.Дуже добре зарекомендували себе фізіотерапевтичні процедури в відновлювальний період, а також спеціальна дихальна гімнастика. Дані методи будуть мати більш високу ефективність при спільному застосуванні з лікарськими препаратами, здоровим способом життя і дотриманням дієтичного харчування.

*Гімнастичні вправи і фізіотерапевтичні процедури***.** Після пройденого складного і виснажливого лікування, пацієнту негайно необхідно почати тренування з використанням дихальної гімнастики, далі, можливо, комбінування дихальних вправ з фізичними. Навантаження

повинна бути фіксованою, і проводиться під наглядом лікаря, так як більше, не значить краще. Для початку варто обмежитися двома-трьома техніками дихання, трохи пізніше додати пару фізичних рухів.Не варто перевантажувати свій організм надмірними заняттями, досить буде проводити невеликі тренування два рази в день. Для досягнення позитивної динаміки і скорочення часу реабілітації рекомендується в ранкові години проводити дихальну гімнастику, а у вечірні робити фізичні вправи. Всі вправи не повинні бути однаковими, періодично їх варто комбінувати і змінювати.Залежно від стану хворого і його самопочуття можна поступово додавати прогулянки на свіжому повітрі, але тільки в гарну погоду, так як можна втратити всі досягнуті раніше результати лікування і реабілітації.У комплекс фізіотерапевтичних процедур включають інгаляції ефірними маслами, особливо масло ладану і ялиці. А також в домашніх умовах можна проводити інгаляції з використанням звичайної кухонної соди, але використання масел дає кращий ефект, так як вони сприяють швидшому виведенню мокротиння, і мають антисептичну дію.Крім усього цього, на період реабілітації варто відмовитися від вживання шкідливих продуктів харчування. Необхідно їсти продукти, які багаті корисними вітамінами і мінерали, з метою підвищення захисних властивостей організму.

А.В. Остапов, старший викладач;
М. Кравченко, студент групи 201-пГЗ
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ

Операція з ендопротезуваннясуглобів – серйозневтручанняв роботуорганізму. Саме тому лікаріприділяютьособливуувагувідновномуперіоду. Вінхарактеризуєтьсятривалістю і обов'язковимпроходженням курсу лікувальноїфізкультури – наприклад, реабілітаціяпісляендопротезуванняколінногосуглобаможезайняти 6-12 місяців. Важливо не тількизнайти грамотного фахівця на проведеннябезпосередньоїзаміни проблемного суглоба в організмі, але і виконуватисірекомендаціїпісляхірургічноговтручання.

У відновнийперіодлікарімають на меті:

1. Підтримку організму, який ослаблений довгим, болісним процесом прогресування проблем в суглобі, проведеною операцією, тривалим періодом дотримання постільного режиму. Для вирішення проблеми використовуються спеціальні лікарські препарати, які зміцнять імунітет, стабілізують всі обмінні процеси. Нерідко призначаються знеболювальні засоби – якщо болить суглоб після ендопротезування, то це призводить до порушення сну, дратівливості пацієнта і неможливості повноцінно рухатися.

2. Поліпшення тонусу мускулатури і рухливості прооперованого суглоба. Здійснюється це лікувальною фізкультурою, вправи після ендопротезування суглобів ніг або інших суглобів організму допомагають скоротити реабілітаційний період і повернутися до звичного способу життя.

3. Психологічну підтримку пацієнта, який пережив операцію з ендопротезування. Вона вкрай необхідна кожному, тому що страх перед імовірністю перелому суглоба або пошкодження протезу може перешкодити нормальному перебігу відновного періоду. У деяких випадках доходить до того, що пацієнт просто панічно боїться встати на ноги, зробити рух суглобом.

Навітьякщопацієнтпісляопераціїпочуваєтьсячудово і самостійностаєактивним, спостереження за відновленняморганізму повинен вести фахівець. Навіть при, здавалось би, відмінномусамопочуттіускладненняпісляендопротезуваннясуглобів – не рідкість.

Навіть при грамотно проведеному оперативному втручанні з протезуваннясуглобів у відновнийперіодможутьвиникнутитакіускладнення:

- інфікування безпосереднього місця втручання;
- порушення роботи судинної системи;
- зниження імунітету.

Перерахованіпроблеми належать до пізніхускладнень, можуть бути діагностовані і випадково, на профілактичномуогляді в лікаря. Нерідкопацієнтвідчуваєболіпісляендопротезуваннякульшовогосуглоба, якіможутьсвідчитипро прогресуючийзапальнийабоінфекційнийпроцес. Якщобольовий синдром виникає при проведенніфізичнихвправабовідразупісля них, то хворінамагаютьсятерпіти дискомфорт, приймаютьзнеболювальні – це велика помилка. Ніякінавантаження не повиннізавдавати болю абонезручності, тому про неприємнівідчуттякращерозповістисвоємулікарю.

За статистикою, найчастішеускладненнявиникають при значниххірургічнихманіпуляціях – наприклад, якщопроводилосятотальнеендопротезуваннякульшовогосуглоба.

Комплекс вправ для якнайшвидшоговідновленняфункціональностіпрооперованогосуглобаможнапроводити і в домашніхумовах. Але слідзапам'ятати:

- спочатку потрібно пройти навчальний курс лікувальної фізкультури з фахівцем;
- самому виконувати вправи не вийде – знадобиться помічник;
- не можна відразу максимально навантажувати суглоби;
- при незначному погіршенні самопочуття потрібно припинити будь-які вправи і звернутися до лікаря.

Оптимальним варіантом вважається проходження відновлювального курсу в клініці – ціна операції з ендопротезування суглобів, як правило, включає в себе і реабілітацію. Тим більше, щорозробкапрооперованогосуглоба буде проходитипід контролем фахівців, вони зможутьнадатинеобхіднудопомогу і станутьдодатковим

стимулом до якнайшвидшогоодужання. Щеоднієюперевагоюпроходженняперіодуреабілітаціїпісляендопротезування в клініці є можливістьвикористаннярізнихнапрямків. Тобтолікарізможутьзробитисвоєчаснімедикаментозніпризначення, буде надаватися і психологічнадопомога.

В.Р.Отрубяніков, магістрант
Національнийуніверситет
фізичноговиховання і спорту України м. Київ

МІОФАСЦІАЛЬНІ МАНІПУЛЯЦІЇ ТА ІНШІ ЗАХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПЛАНТАРНОГО ФАСЦИЇТА

Постановка проблеми: плантарнийфасциїт є однією з найбільшпоширених причин болю в п'яті, і, за оцінками, наприклад, в США відньогостраждаєблизькодвохмільйонівчоловік на рік, щопризводить до більшніжмільйонувідвідуваньлікарівпервинноїдопомоги, фізичнихтерапевтів і подологів. [4].

Патогенез плантарногофасциитавивчений не в повномуобсязі. Плантарнийфасциїтвражає як звичайних людей, так і спортсменів, і вважається, щоце результат хронічногоперевантаження, викликаного способом життяабофізичнимивправами.Вважається, щоповторнеперевантаженняпротягомтривалогоперіоду часу призводить до змін апоневрозу, якіможуть бути гостримиабохронічними. З недавнього часу термінплантарнийфасціозбув введений, щобзняти акцент на ідею, щозапалення є причиною болю. Гістопатологічнідослідження показали, щопацієнти з діагностованимплантарнимфасцитіїтоммаютьбільшедезорганізаціїфіброзноїтканини, подібної до дегенеративного тендинозу, а не запалення. У науковійлітературіописуєтьсядезорганізаціяколагенових волокон, збільшення числа фібробластів і збільшенняобсягуміжклітинного простору, яківиникають при ПФ. Всіціознакивластивітакожхронічнимперевантаженнямсухожиллянадколінка, ахіловогосухожилля і сухожильзовнішніх ротаторов плеча, які є в чистому виглядідегенеративнимипатологічнимипроцесами без участі запального процесу [4].

За статистикою близько 90% випадківплантарногофасциитавирішуютьсяпротягом 12 місяцівконсервативнимлікуванням. У зв'язку з широким розповсюдженнямцьогозахворювання і тривалимпроцесомреабілітації, є актуальнимпошукбільшефективнихметодівфізичноїтерапіїплантарногофасциїта [5].

Попереднідослідженняпоказуютьефективністьвправзбільшуючихгнучкістьм'язівгомілки і плантарнойфасції[1], мобілізаціїм’яких тканин[3] а

такожсуглобовихманіпуляцій [2] у фізичнійтерапіїплантарногофасциїта. Протеефективністьміофасциальнихтехнікщемало підтверджена.

.

Мета дослідженнявизначитичи є ефективнимиміофасціальніманіпуляції як складовачастинапрограмифізичноїтерапії для реабілітаціїосіб з плантарнимфасціітом.

Методи і організаціядослідження: рандомізованеконтрольованедослідження в якому брали участь 12 осіб з діагнозомплантарнийфасциїт, 8 чоловіків та 4 жінкі, вікомвід 22 до 54 років, з різнимрівнемфізичноїпідготовленості і способом життя, випадковим чином розділені на двігрупи: основну (6 осіб) і контрольну (6 осіб). В основнійгрупіпротягом 28 днів для реабілітаціївикористовуваласяпрограмафізичноїтерапії яка включала в себе міофасціальніманіпуляції. В контрольнійгрупіпрограмафізичноїтерапії не містиламіофасціальніманіпуляції. Дослідженняпроводилося на базівідділенняфізіотерапіїклінікиспортивноїмедицини та ортопедії «Аспетар».

В якостімедодовдослідженнявикористовуваласявізуальнааналогова шкала болю(VisualAnalogScale (VAS)) і шкала – індексфункціональності стопи (TheFootFunctionIndex (FFI) scale). Також в якостіметодівдослідженнявикористовувавсяаналізспеціальноїнауковоїліте ратури та методиматематичної статистики.

Результат: аналізосновнихпоказниківвиявив, що за 4 тижняосновнагрупа показала кращірезультатиніжконтрольнагрупа.Пацієнти основной та контрольнихгрупповідомили про зниження болю та функціональнихобмежень на 60,4% та 32,4% відповідно.

Висновки:програмафізичноїтерапіїплантарногофасциита яка міститьміофасціальнтехніки є більшефективною в порівнянні з програмою з регулярнимиметодамифізичноїтерапії ПФ

Література

1. Celik D, Kuş G, Sırma SÖ. Jointmobilizationandstretchingexercisevssteroidinjectioninthetreatmentofplantarfasciitis a randomizedcontrolledstudy. FootAnkleInt. 2015;37:150–1561071100715607619. [PubMed] [GoogleScholar]

2. Cleland JA, Abbott JH, Kidd MO, et al. Manualphysicaltherapyandexerciseversuselectrophysicalagentsandexerciseinthemanagemento fplantarheelpain: a multicenterrandomizedclinicaltrial. J OrthopSportsPhysTher. 2009;39:573–585.10.2519/jospt.2009.3036 [PubMed] [CrossRef] [GoogleScholar]

3. Ghafoor I, Ahmad A, Gondal JI. Effectivenessofroutinephysicaltherapywithandwithoutmanualtherapyintreatmentofplantarfasci itis. RawalMed J. 2016;41:2–6. [GoogleScholar]

4. Monteagudo M, deAlbornoz PM, Gutierrez B, Tabuenca J, Álvarez I. Plantarfasciopathy: A currentconceptsreview. EFORT OpenRev. 2018;3:485–493. [PMC freearticle] [PubMed] [GoogleScholar]

5. Schwartz EN, Su J. Plantarfasciitis: a concisereview. Perm J 2014;18:e105–7. [PMC freearticle] [PubMed] [GoogleScholar]

А.М. Павличенко, студент;
Р.С. Скрипка, студент
Национальный университет физического воспитания и спорта Украины

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ТЕРНИРОВКИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЯМИ

Актуальность.Тенденция болевого синдрома в спине у людей в возрасте от 30 до 50 лет с каждым годом увеличивается в геометрической прогрессии. Регулярным болям в спине подвержено более 80% людей земного шара, при этом в 98% случаев причина боли в спине связана с механическим повреждением [1]. Результаты эпидемиологического исследования, включившего опрос более 46 тыс. жителей разных стран Европы и Израиляпоказали, что боль в спине (различной локализации) отмечали 24% респондентов, боль в поясничной области – у 18% опрошенных, а боль в области шеи – у 8%[1,2]. При этом практически у каждого человека хотя бы однократно выявляли острую боль в спине, а 15–20% пациентов подтвердили, что боль трансформировалась в длительную (до 2 мес.), а у 8–10% пациентов она перешла в хроническую стадию.

Экономические потери, связанные с лечением пациентов с острой и хронической болью также значительны — более 80% пациентов с болью в спине оказываются нетрудоспособными на момент обострения, а связанные со снижением работоспособности экономические потери составляют 1230 и 773 дол. США в год для каждого пациента. Кроме того, согласно данным крупного фармако-экономического исследования, проведенного в США, расходы на медикаментозное лечение пациентов с болью в спине увеличиваются быстрее, чем на остальные сферы здравоохранения, что связано с обращениями за медицинской помощью в отделения экстренной медицинской помощи, обслуживанием амбулаторных пациентов[2,3].

Цель исследования – изучить влияние применения физиотерапевтических упражнений в лечении пациентов с проявлениями дорсалгии.

Методы исследования.В исследовании принимало участие 54 пациента с дорсалгиями в возрасте от 33 до 45 лет. Люди рандомизированным способом были разделены на 2 группы: контрольная группа (КГ) n=25 человек, основная группа (ОГ)n=29 человек. Исследования проведены на базе отделения реабилитации ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины».

Программа реабилитации для основной группы была представлена 4-х недельным курсом занятий лечебной гимнастикой со свободнымвесом и упражнениями на тренажерах (3 раза в неделю). Основной направленностью упражнений для основной группы было: снятие компрессии с позвоночника, укрепление мышц методом интервальной тренировки, включая упражнения с дополнительным весом.

Программа реабилитации для контрольной группы также состояла из 4-х недельного курса лечебной гимнастики, однако без упражнений с дополнительным весом.

Каждое занятие для пациентовОГ проводилось с увеличением нагрузки в соответствии с весом пациента, его антропометрическими данными и выносливо-силовыми показателями. Основной направленностью силовых занятийдля ОГ были упражнения на укрепление групп мышц–разгибателей позвоночника (m.longissimus; m.iliocostalis; m.spinalis). После занятий обязательно выполнялся комплекс гимнастики, направленный на релаксацию и растяжение паравертебральной мускулатуры.

Занятия дляКГ были представлены упражнениями на тренажёрах и упражнениями на гимнастическом коврике с И.п. – сидя и лежа.

Результаты и обсуждение. Контрольная группа, которая на протяжении 4-х недельного курса лечебной гимнастики выполняла упражнения со свободным весом, почувствовала облегчение и уменьшение боли в спине, и пояснице, в частности, однако результат данного лечениеимел кратковременный характер (по анкетированию ВАШ показатели снизились с 5,7 ± 0,6 до 3,9 ± 0,4 баллов).

Основная группа, программа которой в основном состояла из упражнений смешанного характера, включая упражнения, направленные на растяжение позвоночника и упражнения на укрепление мышц, поддерживающих позвоночник, показала лучшие результаты (по анкетированию ВАШ показатели снизились с 5,6 ± 1,3 до 0,9 ± 0,6 баллов).

Выводы.Опыт проведенного исследования показал, что для лучшего результата в борьбе с проблемами и болями в спине необходимо следовать комплексному характеру, чтобы результат данных занятий имел более продолжительный и позитивный характер. Если же работать над улучшением одного из показателей (сила мышц, компрессия позвоночного столба), упуская остальные, то положительный результат проведенного лечения может быть незначительным, или же иметь кратковременных характер.

Література

1. Rosenberg J.M. Computerize tomographic localization of clinically-guided sacroiliac joint injections. Clin J Pain. – 2013. –P. 18-21.

2. Rashbaum R.F, Ohnmeiss D.D, Lindley E.M, Kitchel S.H, Patel V.V Sacroiliac joint pain and its treatment. Clin Spine Surg. – 2016 Mar. – 29(2). – P. 42-8.

3. Sadreddini S., Molaeefard M. Unguided sacroiliac injection: effect on refractory buttock pain in patients with spondyloarthropathies. –Presse Med. – 2014. – 38.– P. 710-716.

4. Schwarzer A.C. The sacroiliac joint in chronic low back pain. Spine. –1995.– 20.– P. 31-37.

А.І. Паламарчук, магістр
Національний університет фізичного виховання та спортуУкраїни

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОКСАРТРОЗІ

Актуальність.За останні десятиліття досягнуто значного прогресу в розумінні патогенетичних механізмів дегенерації суглобового хряща. Однак дотепер недостатньо вивчена роль пошкодження внутрішньосуглобових структур у виникненні, розвитку, прогресуванні та підтримці запальної реакції синовіальної оболонки суглобів та розвитку м’язової дисфункції при первинному артрозі. Сучасним поглядам на патогенетичні механізми кісткової резорбції при остеоартрозі притаманні багатофакторність та різноспрямованість.Залишається нез’ясованим зв’язок зі зниженням мінеральної щільності кісткової тканини окремих клінічних, сонографічних, рентгенологічних та томографічних структурних проявів суглобової патології при ОА, не вивчена прогностична значимість остеодефіциту щодо темпів прогресування артрозних змін.

Коксартроз (КА) – одна з найбільш поширених хвороб людства, яка вражає осіб дорослого і похилого віку. Фактори ризику КА можуть бути розділені на генетичні, набуті та зовнішнього середовища. Генетичні - жіноча стать, дефекти гена колагену II типу, етнічна приналежність, інша спадкова патологія кісток і суглобів. Набуті - літній вік, надлишкова маса тіла, зниження рівня жіночих статевих гормонів, порушення розвитку або набуті захворювання кісток і суглобів. Фактори зовнішнього середовища - професійні особливості і фізичні навантаження на суглоби, травматизація суглобів, заняття спортом.

Аналізуючи дані літератури, слід зазначити різноманітність у поглядах авторів на етіологію та патогенез КА. Однак доведено, що основою в механізмі розвитку захворювання є дистрофія суглобового хряща, пов'язана з зубожінням основної речовини хряща протеогліканами. Причини порушення хряща до кінця не встановлені і розглядаються з декількох позицій: механічної, ендокринної, генетичної, судинної, ферментативної, хондроцитарної, імунологічної. КА розвивається внаслідок порушення статики, що в свою чергу веде до перевантаження, травмування та дистрофії гіалінового хряща. Найбільш значимими факторами ризику вважаються стать і вік хворих. Так, КА частіше зустрічається у жінок і має сімейний характер.

Значну допомогу при лікуванні хворих надають програми фізичної терапії, в яких подаються конкретні рекомендації хворому щодо застосування фізичних вправ і повсякденної поведінки в побуті. В роботі подається клінічний аналіз змін після проведеного курсу терапії, ефективність застосування різних методів фізичної терапії, їх вплив на стан хворих. Сучасна фізична терапія коксартрозу базується на принципах поетапності, безперервності та наступності. Воно передбачає індивідуальний та комплексний підхід до хворого. Комплексний підхід складається с пасивних (міофасціальний масаж, м'які техніки мануальної терапії) та активних(кінезіотерапія) методів фізичної терапії.

З метою підтвердження ефективності комплексної фізичної терапії було проведено дослідження на пацієнтах ,які мали діагноз коксартроз.

Методи дослідження. В дослідженні брали участь 20 жінок, в віці 40-50 років, з діагнозом коксартроз. Всі жінки мали скарги на больові відчуття, зменшення амплітуди руху в кульшовому суглобі. Всі пацієнтки були розділені на контрольну групу (КГ), n=10 та експериментальну групу (ЕГ), n=10.

Програма реабілітації пацієнтів з КГ включала комплексний підхід, який в свою чергу включав комплекс домашніх фізичних вправ, міофасціальний масаж, мануальні техніки (ПІР, Малліган). Пацієнтам в ЕГ крім цього передбачалося заняття на системі Redcord.

Результати дослідження.Порівняльний аналіз динаміки показників між обома групами хворих після застосування реабілітаційних впливів підтвердив ефективність запропонованої комплексної програми фізичної терапії.При повторному обстеженні хворих виявлено зниження рівня больового відчуттів , збільшення амплітуди руху, та покращення функціональних можливостей в обох групах.

За результатами тестування амплітуди руху в суглобах стан жінок ЕГ покращився на 15%, а функціональна частина роботи нервово-м'язевої системи на 35-40%. Коли стан жінок КГ амплітуда руху 2-8%, а функціональна частина роботи нервово-м'язевої системи на 25-30%. За оцінкою інтенсивності болю, в ЕГ больові відчуття зменшилася до 0-2 балів з 6-8 балів за шкалою VAS, в КГ до 2-4 балів з 6-8балів за шкалою VAS.

Висновки.Засоби фізичної терапії є потужним інструментом профілактики захворювання опорно-рухового апарату. Застосування підвісної системи Redcord дає можливість більш ефективно активізувати роботу м'язів, збільшити їх силу та покращити функціональні можливості пацієнтів з кокс артрозом.

Література

1. Бакалюк Т. Г. Сучасні підходи до комплексного застосування природних методів у відновному лікуванні хворих з первинним остеоартрозом з супутнім синовітом / Т. Г. Бакалюк // Вісник морської медицини. – 2016. – № 2 (71). – С.74–79.

2. Bennell K. Physiotherapy management of hip osteoarthritis. J Physiother. 2013; 59(3):145–157.

І. А. Поляруш, магістр
Національній університетфізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З ДОРСОПАТІЄЮ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ, УСКЛАДНЕНОЮ ЕКСТРУЗІЯМИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ

Згідно даних ВОЗ не менш ніж 2/3 людей від загальної людської популяції страждає дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта [1, 2]. Найбільш тяжким ускладненням при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта є грижа міжхребцевого диску [3, 4]. У більшості випадків захворювання наявність грижі міжхребцевих дисків супроводжується яскравими клінічними проявами, що зумовлені стенозом латеральних і хребтового каналів [5, 6]. Результатом дискогенного стенозу латеральних і хребтового каналу є виражений больовий синдром, порушення діяльності сегментарних нервів з наступною невропатією – у сукупності симптоматика цих процесів і визначає тяжкість захворювання.

Ведення пацієнтів з білью у попереку (люмбалгія) залишається актуальною проблемою сучасної медицини. На протязі життя біль в попереково-крижовій області виникає у понад ніж 70-80% населення. У більшості пацієнтів біль регресує на протязі 1-3 місяців, проте серед пацієнтів, що перенсли гострий біль, 60-80% відчувають на протязі року періодичний біль або дискомфорт, а серед тих, хто був непрацездатний у звязку з болем, до 40% мають повторні періоди непрацездатності [7].

За останні 2-3 десятиліття в значному ступені були переглянуті погляди на роль у розвитку болю у нижній частині спини дорсопатії хребта, що на протязі тривалого часу вважалась основною причиною больвого синдрому [8]. У теперешній час вважають, що сама по собі перебудова хрящової тканини міжхребцевих дисків не є причиною виникнення болю, по суті вона являє собою комплекс компенсаторних змін в організмі, що розвиваються з віком. Ці зміни в основному направлені на зниження рухливості в тих чи інших відділах хребта і досягнення більшої стабільності та стійкості. Серьйозним ускладненням такого процесу є випинання пільпозного ядра міжхребцевого диску в результаті розриву волокон оточуючого його фіброзного кільця. Розвиток грижі міжхребцевого диску може бути клінічно різноманітним. Далеко не завжди грижа міжхребцевого диску слугує причиною виникнення больового синдрому [9]. Досить часто грижа навіть великих розмірів розвивається асимптомно, що може бути пов'язано з її локалізацією, розмірами кісткового каналу, через який проходить спинальний корінець, деякими іншими причинами. У ряді випадків має місце компресія гриж спинального корінця, як правило, це спостерігається при великих розмірах грижі, її розташуванні поблизу корінця, при інших анатомічних особливостях, що сприяють розвитку дискорадикулярногоконфлікту.Компресія гриж міжхребцевого диска, спинального корінця або судин, що постачають його кров’ю може призвести до серйозних наслідків у вигляді порушення трофіки нервового стовбура - дискогенноїрадікулопатії з порушенням функцій структур, що іннервіруються ураженим корінцем.

Нерідко біль у нижній частині спини набуває хронічного характеру, що значно ускладнює проведення лікувальних заходів, вимагає додаткових витрат на проведення лікування, що, в підсумку, здатне вести до стійкої втрати працездатності. Ризик розвитку хронічного больового синдрому і ступінь його вираженості значною мірою визначаються емоціональним станом хворого, зокрема наявністю тривожності, депресивних симптомів, псіхосоціальними факторами [10].

Цілий ряд індивідуальних особливостей особистості пацієнта, зокрема підвищений рівень тривожності, надмірне почуття відповідальності, елементи перфекціонізму та ін., здатні відігравати важливу роль у формуванні, становленні та підтримці больового скелетно-м'язового синдрому у пацієнтів з болем у нижній частині спини [11]. Без сумніву, вчасне розпізнання цих особливостей, з'ясування їх ролі у розвитку больового синдрому забезпечують вибір правильної тактики ведення пацієнта, а також можуть сприяти скороченню термінів терапії, збільшити тривалість періоду ремісії.

Основою клінічної діагностики дорсопатіїпоперековo-крижового відділує ретельний збір анамнезу та вивчення клінічної картини захворювання. Слід мати на увазі, що присутній у пацієнта больовий синдром може мати вторинний характер і бути зумовлений різноманітними патологічними станами. При проведенні диференціальної діагностики слід розмежовувати травматичне ураження хребців, межхребцевих дисків і зв'язкового апарату, первинні або метастатичні ураження хребців або мозкових оболонок, інфекційні захворювання (спонділіт, епідуріт і ін.).

Диференціальна діагностика дорсопатии є досить складним питанням, що знаходиться на перетині неврології, ревматології, терапії, хірургії, травматології і загальої терапії. Складність її полягає в тому, що параклініччні і лабораторні дані не завжди допомагають діагностиці. Часто рентгенологічне заключення, дані комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії відображають лише вікові особливості, а постановка діагнозу залишається прерогативою лікаря-клініциста. Для визначення причини болю в спині необхідно аналізувати всі можливі форми патологіі - перш за все скелетно-м'язові, вісцеральні та ін.

Скелетно-м'язові ураження включають неспецифічні дорсопатії: дегенеративне ураження міжхребцевих дисків, спонділолістез, сколіоз, стеноз спинального каналу, синдром кінського хвоста, кокцигодинія та ін. До цієї ж групи належать специфічні ураження хребта (первинні пухлини хребців, метастатичні ураження хребта, травматичні ураження хребта і ін.) і інфекційні хвороби хребта (туберкульоз, остеомієліт, септичний дисцит, параспинний і епідуральний абсцес та ін.)

Групу скелетно-м'язових уражень складають такі системні захворювання, як дисплазія сполучної тканини, остеопороз і ін. Болем в спині проявляються специфічні спондилоартропатії: ідіопатичнийанкілізуючий спондиліт (хвороба Бехтєрєва), псоріатичний артрит, синдром Рейтера, ентерогенні, реактивні артрити та ін. Дані хвороби асоційовані з симетричним або несімметричнимсакроіліїтом, який

визначається як пальпаторно, так і за допомогою рентгенологічного дослідження, КТ та МРТ

Слід зазначити, що поряд з гіпердіагностикою дорсопатії хребта, гриж і протрузіймежхребцевих дисків ігноруються функціональні порушення опорно-рухового апарату з формуванням блоків у дрібних і великих суглобах, появою різних больових м'язово-скелетних синдромів [12, 13]. Недооцінюється роль міофасциальних больових сіндромів, при яких м'яз страждає первинно [14].

Міофасціальні больові синдроми відіграютьважливу роль у діагностиці дорсопатії (міозит або міалгії, страждають від 35 до 85% населення). І при цьому синдромі м'яз страждає первинно, а не внаслідок морфологічного або функціонального порушення хребта. У цьому випадку до патологічного процесу може залучатись будь-який м'яз.

У хворих дорсопатіями при супутньому остеоартрозі виявлені особливості клінічної картини у вигляді переважання нейродистрофічних порушень (в 75% випадках виявлено наявність м'язових і сухожильних зон нейроостеофіброзу), більшої частоти нейро-ортопедичних розладів (кіфосколіози поперекового відділу хребта з косим положенням тазу зареєстровані у 37% пацієнтів, обмеження обсягу рухів хребта і в великих суглобах ніг у 60% хворих)[15].

Слабкий м'язовий апарат і обмеження рухливості в суглобах внаслідок бездіяльності призводять до зменшення довжини структур м'яких тканин. Таким чином порушується нормальна біомеханіка тіла і об'єм рухів стає обмеженим. Подібні зміни самі по собі можуть сприяти ноцицепції і підвищувати ризик подальшого пошкодження [16]. Тим самим використовують масаж, активну і пасивну мобілізацію суглобів, маніпуляції і фізичні вправи в лікуванні та реабілітації хроничного болю в нижній частині спини.

Основноюметоюфізичноїтерапіїосіб с дорсапатієюпоперековокрижовоговідділухребта,ускладненоюекструзіямиміжхребцевихдисків, є зниженнявиражености і інтенсивностіхронічногоболю.Длязменшеннямеханічногонавантаженнявсі вправиспрямованінарозтягненнянапруженногозв'язковогоапарату і м'язів, зменшенняспазмів, тренуванняослабленихм'язів, стабілізаціюгіпермобільнихсегментів, поліпшеннязагальногофізичноготонусу і зміцненняпостави.Коженпацієнтповиненсамостійно і активнобратиучастьвлікувальномупроцесі, контролюватисвійстан,замінюючипасивну, неадаптованустратегіюнаактивнупозиціюповідношеннюдоболю.Саме в цьомуполягаєнайпотужнішийкомпонентвпливувуправліннiболемзадопомогоюфізичнихвправ [16].

Література

1. Хабиров, Ф.А. Клиническаяневрологияпозвоночника/ Хабиров, Ф.А. // Казань: 2001.-472с.

2. Frank P. Rontgenologcle Diagnose und differentialdiadnose von Verletzungen der obegenHalswirbelsaule // Rontgenblatter. – 1980. – Bd. 33, N 2., p. 67-76.

3. Мангал, Р. Магнитно-резонанснаятомографияпритравматических и истрофическихпораженияхпозвоночника. Автореф. дисс... канд. мед.. М.: 1999. –16с.
4. Boyce, R.H. Evaluation of neck pain, radiculopathy, and myelopathy: imaging, conservative treatment, and surgical indications/ Boyce, R.H., Wang, J.C. // Instr.Course Lect. – 2003. – No52. – P.489-495.
5. Ситель, А.Б. Мануальнаятерапия в комплексномлечениибольных с компрессионнымисиндромамипоясничногоотделапозвоночника в зависимостиотпространственногорасположениягражмежпозвонковыхдисков/ Ситель, А.Б.,Никонов, С.В., Кузьминов, К.О. 2007.- No4 (28).-С.24-36.
6. Kramer, J. Intervertebral disk diseases/ Kramer, J. // Stuttgart. G., TiemeVerlag: 1990. -312 p. 15. Modic, M.T. Imaging of degenerative disk disease/ Modic, M.T., Masaryk, T.J., Ross, J.S.,
7. Chou R., Qaseem A., Snow V. et al. for the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians and the American College of Physicians/ American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007;147:478–91.
8. Никифоров А.С.,Авакян Г.Н. Неврологическиеосложнениястеохондрозапозвоночника. М.: Медпрактика, 2011. 256 с.
9. КрыловВ.В.,Гринь А.А. О грыжахмежпозвонковыхдисков и результатахлечениябольных с этой патологией. Consiliummedicum 2009;11(9): 5–10.
10. Данилов А.Б.,Курганова Ю.М. Офис- ный синдром. РМЖ. Неврология 2012;8;1902–8.
11. Есин Р.Г.,Есин О.Р., Ахмадеева Г.Д., Салихова Г.В. Боль в спине. Казань, 2010. 272 с.
12. Иваничев Г.А. Миофасциальнаяболь. — Ка- зань, 2007. — 389 с.
13. Вознесенская Т.Г. Боли в спине и конечностях // Болевыесиндромы в неврологической практике / подред. А.М. Вейна. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — С. 217-283.
14. Travell J.G. The myofascial genesis of pain / J.G. Travell, S.H. Rinzler // Postgrad. Med. — 1952. — Vol. 11. — P. 425-434.
15. Восстановительноелечениебольныхдорсопатиями с сопутствующимостеоартрозом / Н. Ф. Мирютова, А. А. Олейников, А. В. Попова, Е. В. Тицкая // Вестникновыхмедицинскихтехнологий – 2-10 – Т.XVII, №1 – С.44
16. Данилов А.Б.,Голубев В.Л. О концептуальной моделипереходаострой боли в хроническую // РМЖ. 2009. Болевой синдром.

Л. В. Процик, магістранта
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЕЛЕМЕНЕНТИ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ В КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПЛОСКОСТОПІСТЮ

Питання діагностики, профілактики та корекції порушень стануопорно-рухового апарату у дітей є надзвичайно актуальними в зв'язку з високою поширеністю даних порушень в дитячому дошкільному віці. Серед яких провідне місце займають порушення постави та плоскостопість. Так, за результатами численних досліджень, від 40 % до 60 % дітей мають статичні порушення стоп, тоді як ще 20 років тому цей відсоток становив 15–25 % [1, 3]. А використання добре відомих нам засобів та методів спрямованих на корекцію ортопедичної патології не є

досить ефективними, внаслідок деяких невеликих, але все ж таки важливих нюансів, змінаі доповнення яких, удосконалило б технологію, та придало б їй ефективної дії. Таким чином , виникає гостра необхідність у підвищенні рухової активності дошкільнят, що мають порушення функцій стопи, з допомогою, ефективних по впливу на стопу вправ і відповідної атмосфери заняття.

Вченими(Сайникина Е.Г., Фирилева Ж.Е. та іншими)показано,що заняття дитячим фітнесом задовольняє потребу дошкільнят у фізичній активності. Це зумовлено використанням інноваційно-оздоровчих технологій, сучасного інвентарю і устаткування, музичного супроводу, різноманітності фітнес-програм, свободи їх вибору, загальнодоступності та емоційності [2].

На сучасному етапі оздоровчих технологій фітнес-індустрія розвивається швидкими темпами, бере для вирішення своїх завдань все найцінніше, напрацьоване за багато років в оздоровчій фізичній культурі (основою є як традиційні, так і інноваційні методики, програми, технології та ін.), модернізується і на цій основі створює фітнес-технології, спрямовані на покращення функціонального стану дітей загалом.Фітнес-технології завжди йшли в ногу з часом (інститути, конвенції, семінари і т.д.).Тому ми взяли до уваги саме цей напрям, як вихід з масштабної проблеми за рахунок удосконалення, оновлення, урізноманітнення, а саме головне зацікавлення дітей до поставленої мети.Заняття з дитячого фітнесу в групах нестандартні та збалансовані відповідно до віку, що підтверджує несхожість на звичну фізкультуру, від якої завжди хотілося втекти будь-яким способом,а потім в багатьох людей ця нелюбов до спорту лишається на все життя.

Запровадивши всі вище перераховані ідеї в реалізацію дій на території фітнес центру ми отримали позитивний ефект на стан опорно-рухового апарату в цілому, а головнепідтвердили ефективну дію на функціональний стан стопи дошкільнят.Теоретичний та методичний етап дослідження дозволив встановити, що велика різноманітність інноваційних засобів, методів і форм занять дозволяє створювати необмежені можливості для оздоровлення дітей. Результатами педагогічного експерименту доведено, що заняття із застосуванням фітнес-технологій розширює і збагачує руховий досвід, що підтверджує збільшення показників фізичних якостей в експериментальних групах. А музичний супровід покращив емоційний фон та настрій, сформувалися основні життєво важливі рухові вміння і навички для самостійних занять фізичними вправами. В результаті проведеної роботи, вважаю доцільним використовувати елементи оздоровчого фітнесу в комплексі заходів фізичної терапії для дітей дошкільнят.

Література

1. Альошина А.І.Причини та наслідки плоскостопості у дітей дошкільного віку / А.І. Альошина, О. І. Бичук // Молодіжний науковий вісник. Фізичне виховання і спорт : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Л. Українки / ред. І. Я. Коцан, А. В. Цьось, А. С. Нісімчук. – Луцьк, 2007. – С. 37–40.

2. Сайкина Е.Г. Фитнес в системедошкольного и школьногофизкультурногообразования:автореф. дис. на соисканиеученной степени доктора пед.наук: спец. 13.00.04 «Теория и методика физическоговоспитания, спортивной тренировки, оздоровительной иадаптивной физической культуры (педагогические науки)»/ Елена Гавриловна Сайкина– СПб., 2009. – 50с.

3. Сергієнко К. Особливості опорно-ресорної властивості стопи хлопчиків старшого дошкільного віку, які займаються футболом / Костянтин Сергієнко, Ірина Жарова, Павло Чередніченко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2016. – № 2. – С. 43–47.

С.О. Соляник, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

Актуальність.Значна поширеність захворювань і травм кульшового суглоба, стійкість порушень функцій суглоба, яка супроводжується тривалою втратою працездатності, перетворює відновлення при цій патології у важливу проблему охорони здоров'я. В силу його анатомо-біомеханічних, фізіологічних особливостей, ушкодження відносяться до найбільш складної патології ОРА[2].

Одним із перспективних методів хірургічного лікування і достатньо часто єдиним способом відновити функціональні можливості та працездатність людини, позбавити від кульгавості, больових відчуттів, змін у звичній позі є ендопротезування суглобів. На сьогодні в Україні потребують ендопротезування близько 25-40 тисяч хворих, а виконується в 10 разів менше оперативних втручань від необхідної кількості[1, 2]. Не дивлячись на постійне удосконалення таких операцій, приблизно у 15% пацієнтів відмічаються, як загальні ускладнення (тромбоз, жирова емболія легеневої артерії, інфекційні ускладнення), так і специфічні (нестабільність і руйнування компонентів ендопротеза КС, переломи кісток тазу і стегнової кістки, тощо). Проблема відновлення даного контингенту після ендопротезування кульшового суглобу залишається однією з актуальних в медичній та реабілітаційній практиці.

Мета дослідження – провести мета-аналіз досліджень, присвячених застосуванню фізіотерапевтичних засобів у відновленні осіб після ендопротезування кульшового суглоба на різних етапах фізичної терапії.

Методи дослідження. Для досягнення поставлених завдань використано такі методи дослідження, як контент-аналіз науково-методичної літератури.

Результати дослідження. На сьогоднішній день, виділяють передопераційний та післяопераційний періоди відновлення. *Передопераційний період* (3 тижні до операції).У цьому періоді застосовуються фізичні вправи щодня в залі або індивідуально, в палаті по 35–45 хв. Мета періоду – освоєння милиць, відпрацювання навичок пересування із застосуванням додаткових предметів для опори, що

виключають навантаження на оперовану нижню кінцівку, а також тренування серцево-судинної і дихальної систем організму. Перед операцією також важливо зміцнити м'язи здорової кінцівки, на яку після ендопротезування буде підвищене навантаження [5].

Ранній післяопераційний період (починається через 2-3 год. після оперативного втручання і триває приблизно 10 днів). Основна мета – профілактика післяопераційних ускладнень з боку серцево-судинної дихальної та травної систем, поліпшення рухливості штучного суглоба, профілактика ротаційної контрактури кульшового суглоба. Також вже на цьому етапі проводиться базова післяопераційна активізація пацієнта (навчання правильному підведенню, сидінню, ходьбі). Спеціальні вправи дозволяють зміцнити м'язи торсу та рук, що полегшують користування милицями і ходунками, а вправи, які зміцнюють м'язи нижніх кінцівок, зменшують час, необхідний для відновлення. При виникненні больового синдрому під час виконання рухів в оперованому суглобі призначають низькочастотну електротерапію [3].

Процедури лімфодренажного масажу на цьому етапі спрямовані на підсилення кровообігу у зоні ушкодженого суглобу, зменшення больових відчуттів, зняття напруги м'язів, зменшення їхньої гіпотрофії, сприяння нормальному відновленню обсягу рухів. Під час виконання внутрішнього лімфодренажного масажу відбувається вплив на зони проекції основних лімфатичних вузлів[2].

Пізній післяопераційний період триває приблизно 2-3 місяці. Основний акцент робиться на тренуванняхм’язівніг, навчання і подальше відпрацюваннятехнікпідйому і спуску по сходах, відновленняправильноїмеханікиходьби. У цьомуперіоді показано проведенняфункціональноїбагатоканальноїстимуляціїм’язівпід час ходьби (ФМСМ). Через 4-5 тижнівпісляопераціїпризначаютьлікувальніванни (перлинні, кисневі та ін.) та підводний душ-масаж [1].

Механотерапіязастосовується для покращеннябіомеханіки штучного суглобу. Відновленняпацієнтівздійснюється за допомогоюапаратів для пасивногобезперервноговідновленнярухливості. Переваги для використанняапаратівнаступні: стабільнакутовашвидкість, мінімізація будь-якихзміщень, забезпеченнямінімальногонавантаження на суглоб, синхронноїрозробкикульшового, колінногосуглобів, а такожможливерегулюваннярухів у надп’ятково–гомілковомусуглобі для повногопасивноговідновленнярухливостінижніхкінцівок. За допомогоюмеханотерапіїпацієнтможепасивнорозроблятикінцівкудовгий час, при виникненні дискомфорту можезупинитиреабілітаційний тренажер, задатинеобхідний час та кут. Механотерапіядаєзмогупацієнтурозпочатираннюреабілітацію, оскількиапарати є переносними і портативними [3, 4].

Віддалений період починається приблизно через 3 місяців. Найголовніше на даному етапі – максимальне зміцнення нижньої кінцівки з ендопротезом, повноцінна адаптація до щоденної рухової активності [1, 2].

Висновки. Передопераційний та післяопераційний (ранній, пізній та віддалений) періоди фізичної терапії пацієнтів після ендопротезування

кульшового суглоба повинні включати засоби, спрямовані на зниження післяопераційних ускладнень, відновлення м'язової сили, рухливості в прооперованому суглобі та покращення пропріоцепції з метою попередження рецедиву травм. За цей термін пацієнт, як правило, повноцінно відновлює рухову активність, адаптуючись до рухового режиму в нових умовах. Швидке та повноцінне відновлення можливе тільки в разі комплексного та міждисциплінарного підходу.

Література

1. Глиняна О. О. Алгоритм реабілітації після первинного ендопротезування кульшового суглоба [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.sportpedagogy.org. ua/html/journal/2011-08/11goothj.pdf
2. Досвід ендопротезування кульшового суглоба в ортопедо-травматологічній практиці залізничної медицини / О. А. Бур'янов, В. П. Кваша, О. Г. Легенький, Ю. Г. Ейтутіс // Медицина транспорту України. – 2013. – № 4. – С. 58–63.
3. Комплексна фізична реабілітація після тотального ендопротезування кульшового суглобу / О.О. Глиняна // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. Науково-теоретичний журнал. – 2009. – №1. – С. 31-35.
4. Корж М. О. Сучасний стан проблеми ендопротезування суглобів в Україні / М. О. Корж, В. А. Філіпенко, В. О. Танькут // Боль, суставы, позвоночник. – 2012. – № 1 (05). – С. 10–12.
5. Фізична реабілітація хворих в передопераційною періоді при тотальному ендопротезуванні кульшового суглобу / О.О. Глиняна // Науково-практичний журнал «Спортивний вісник Придніпров'я». – 2009. –№2-3. – С. 198-200.

А.О.Токар, студентка
спеціальності 227«Фізична реабілітація»
Керівник: Волошко Л. Б., к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

Незважаючи на великий прогрес теоретичної й практичної медицини дитячий церебральний параліч залишається важким і невиліковним недугом, стійкі і залишкові явища якого є причиною інвалідності хворих дітей.Церебральний параліч (ЦП) – це група рухових розладів, що виникають при ураженні рухових систем головного мозку і виявляються у нестачі або відсутності контролю з боку нервової системи за функціями м'язів. Залежно від пошкодження певних структур мозку виникають різні рухові порушення, що і визначає форму церебрального паралічу.

Реабілітація дітей-інвалідів є тривалим динамічним процесом, що супроводжує дитину на різних вікових етапах і враховує закономірності психічного розвитку, у зв'язку з чим передбачає використання великого арсеналу засобів і методів в залежності від віку дитини та причини його захворювання.

Основна мета реабілітації – інтеграція пацієнта в суспільство. Порівняно з реабілітацією дорослих, реабілітація дітей-інвалідів має ряд особливостей. Комплексна реабілітація дітей представляє собою цілісну систему принципів, завдань та пріоритетних заходів, спрямованих на підтримку, зміцнення і захист сім'ї як фундаментальної основи суспільства, збереження традиційних сімейних цінностей, підвищення ролі сім'ї в житті суспільства, підвищення авторитету батьківства в сім'ї та суспільстві, поліпшення умов і підвищення якості життя сімей.

Основними принципами реабілітації у дітей є: ранній початок, комплексність, етапність, послідовність, індивідуальний підхід, активну участь пацієнта і батьків у реабілітаційному процесі. Тому лікування необхідно починати як можна раніше, в період формування рухових функцій людини [3]

Фізична реабілітація – це використання з лікувальною метою фізичних вправ і природних чинників у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих. Вона є невід'ємною складовою медичної реабілітації і застосовується на всіх її етапах. Призначення засобів фізичної реабілітації, послідовність застосування її форм і методів визначаються характером перебігу захворювання, загальним станом хворого, період та етап реабілітації, руховим режимом пацієнта [1-2].

Спастичність м'язів, парези, порушення постави, ходи та мови значно впливають на рухливість та соціальні можливості пацієнтів з дизфункцією центральної нервової системи.

Кінезотерапія – лікування рухом, передбачає адаптовані, поступово зростаючі силові дії, визначені строго індивідуально для кожного пацієнта з урахуванням його анамнезу, вікових, фізіологічних та інших особливостей і інших захворювань, супутніх основним. [1-2].

На сьогодні розроблено багато авторських методик реабілітації ДЦП. Розглянемо декілька з них.

Найбільш відомими авторськими методиками кінезотерапії є рефлексна локомоція (Войта-терапія), нейродинамічну терапія (Бобат-терапія) і система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації Козявкіна.

Метод Вацлава Войти базується на теорії так званої рефлекторної локомоції, що дозволяє відновити у осіб, які страждають на порушення моторних функцій, природні моделі рухів, завдяки активації рухових рефлексів допомогою відповіді на стимулювання вроджених рефлексів і дотримання певних заданих вихідних положень.

Стимуляція, що виконується в момент, коли пацієнт перебуває в певному положенні, провокує закономірну динамічну активність м'язів, що належать до конкретної групи, задіяної в процесі руху, а комплекс подразників дає можливість активувати рефлективні моделі саме в тому первозданному вигляді, в якому вони повинні виявлятися при абсолютно нормальній моториці самі по собі. Лікування за методом Войти найбільш ефективне на першому році життя. Методика не має протипоказань у дітей з епілепсією.

Методика Карла і Берти Бобат (Бобат-терапія) базується на нейродинамічному підході до корекції рухових порушень.Фундаментально

методика заснована на застосуванні спеціальних прийомів сенсорної стимуляції для зміни відчуттів, що виникають при рухах і статичному утриманні пози, що створює можливість їх корекції. Найбільше значення тут має вплив на пропріоцепцію.

Основними напрямками терапевтичного впливу в Бобат-терапії є інгібіція (придушення патологічних рухів і поз), фацілітація (полегшення виконання природних, фізіологічних рухів і утримання фізіологічної пози), стимуляція (для посилення відчуття положення власного тіла в просторі).

Методика В.І. Козявкіна (система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації) має в основі підхід із застосуванням різнобічних методів впливу на пацієнта. В основі системи закладена оригінальна полісегментарна біохімічна корекція хребта, спрямована на усунення функціональних блокад хребетно-рухових сегментів та відновлення нормальної рухливості суглобів хребта, що зменшує прояви дизрегуляції нервової системи на різних рівнях чутливих і рухових систем.

Отже, реабілітація дітей хворих на церебральний параліч − складний і довготривалий процес, який передбачає не тільки відновлення повноцінної динаміки рухів, але й значне покращення повсякденного життя та створення комфортнихумов для безболісногоінтегруваннядо життя суспільства. Застосування засобів фізичної реабілітації дозволяє покращити рухові функції хворих дітей, адаптуватиїх до наявних порушень, максимально зберегти соціальну та побутовуактивність.

Література

1.Батышева Т.Т. Лечение и реабилитациядетейсоспастическими формами церебрального паралича / Быкова О.В., Ногова Е.В., Шиошвили В.А.Методическиерекомендации № 26. Москва 2016; 24.

2. Батышева Т.Т.Детскийцеребральныйпаралич и эпилепсия. Современныеподходы к лечению / Климов Ю.А., Глазкова С.А. Методическиерекомендации № 27. Москва 2016; 24.

3. Воронін Д. М. Іпотерапія в фізичній реабілітації дітей віком 6 – 10 років з церебральним паралічем: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : спец. 24.00.03 — Фізична реабілітація / Д. М. Воронін. – К., 2009. – 18с.

Г.М.Траверсе, д. мед.н., професор
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
С.М. Цвіренко, к. мед. н., доцент
Українська медична стоматологічна академія

РИЗИК ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПРИ ДЕФІЦИТІ ДЕЯКИХ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В ОРГАНІЗМІ ЛЮДИНИ

При дозуванні фізичного навантаження необхідно оцінювати адаптаційні можливості організму людини. Щоб зміцнити організм, важливо забезпечити його всіма необхідними макро- і мікроелементами. У цьому контексті важливого значення набуває забезпечення організму

мікроелементами, які є потенційними природними засобами підвищення функціональних резервів людини, що знижуються в процесі несприятливого впливу факторів навколишнього середовища або тривалого фізичногонавантаження, особливо у спортсменів.

Макроелементи містяться в нашому організмі в значній кількості (більше 0,01% маси тіла, їх зміст в тілі дорослої людини вимірюється грамами і навіть кілограмами). З макроелементів формуються білки, вуглеводи, жири і нуклеїнові кислоти. Це кисень, азот, водень, вуглець. Інші макроелементи, які є в організмі у великих кількостях (кальцій, калій, магній, натрій, сірка, фосфор), мають виключно велике значення у функціонуванні всіх систем організму.

До мікроелементів належать: залізо, цинк, йод, селен, мідь, молібден, хром, марганець, кремній, кобальт, фтор, ванадій, срібло, бор. Вони беруть участь у всіхпроцесахжиттєдіяльності і є каталізаторамибіохімічнихреакцій. Їхдобовеспоживанняменше 200 мг, і містяться вони в організмі в маленьких дозах (менше 0,001% маситіла).

Розглянемо дефіцит деяких макро- та мікроелементів у розвитку патологічних станів організму людини в умовах фізичного навантаження.

Одним з важливих для організму мікроелементів є селен. При дефіциті селену в раціоні харчування улюдей, які мають підвищені психоемоційніта фізичнінавантаження, може виникнути кардіопатія, хвороби шкіри, волосся і нігтів, катаракта, зниження імунітету, розвинутисясхильності до запальних захворювань. Дефіцит селену прискорює розвиток атеросклерозу, ішемічної хвороби серця. Особливе значення дефіцит селену в організмі людинимаєв підвищенні ризику виникнення інфаркту міокарда[2]. Селен є складовою ключового антиокислювального ферменту (глутатіонпероксидази), яки руйнує ендоперекиси, що утворюються в ході перекисного окислення ліпідів. Тому дефіцит селену в умовах напруженостіантиокисних процесів при високих фізичних навантаженнях є важливим.

Важливе значення для організму людини має мікроелемент манґáн. Цей мікроелемент міститься в усіх органах і тканинах організму та відіграє важливу роль у забезпеченні реакцій внутрішньоклітинного обміну. Вміст манґáну в організмі становить 10^{-5}%, найбільша його кількість в мозку, м’язах, печінці. Іони манґáну є активаторами ферментів, що забезпечують численні анаболічні та катаболічні процеси, тому даний мікроелемент бере участь в обміні білків, вуглеводів, ліпідів. Манган посилює розщеплення білків, виявляє ліпотропний ефект і запобігає ожирінню.Він входить до складу активного центру багатьох ферментів, є також компонентом суперосидисмутаз, що відіграють певну роль у захисті від шкідливих впливів перекисних радикалів. Дефіцит манґáну може призводити до порушення вуглеводного обміну по типу інсулінозалежного діабету, підвищення судомної готовності, розвитку алергозів, дерматитів, порушення утворення хрящів, остеопорозу [4]. При розвитку остеопорозу прийом кальцію посилює дефіцит манґáну.

Мідь є також досить важливимбіоелементом.Масовачасткаміді в організмі становить 10^{-4}%, а основнакількістьзосереджена в печінці. Дефіцит міді – важливий патологічний фактор у розвитку спортивної

анемії, негативно позначається на кровотворенні, функції щитовидної залози. Дефіцит міді є важливою ланкою розвитку гіпотиреозу, а також підвищеної схильності до бронхіальної астми, алергодерматозів, кардіопатії, порушень менструальної функцію у жінок [5].

Однією з причин високої захворюваності на вірусні інфекції є дефіцит кальцію в харчуванні. Дефіцит цього макроелементу різко знижує здатність організму виробляти потрібні імуноглобуліни (антитіла) проти інфекцій, дефіцит кальцію призводить до порушення формування сполучної тканини в організмі. На першому місці при дефіциті кальцію стоять захворювання опорно-рухової системи. Навіть у дошкільному віці вже кожна десята дитина має відхилення в кістково-м'язовій системі; у віці 7-14 років –кожна сьома дитина має патологію, а в пубертатному періоді (15-18 років) порушення постави або сколіоз зустрічається вже у кожної другої дитини [1].

Дефіцит заліза є найбільш поширенимдефіцитним станом у світі. Згідно зі статистичними даними ВООЗ, дефіцит заліза спостерігається у 4-5 млрд.людей по всьому світу [3].

В організмілюдинизалізо становить 2-5 г, з якихблизько 70% міститься в гемоглобіні, 4-5% –в міоглобіні. Іони заліза входять до складу цитохромів, цитохромоксидази та інших ферментів, що забезпечують транспорт електронів по системі дихального ланцюга. Залізо є в складі каталази, пероксидази та інших ферментів антиоксидантної системи. Дефіцит даного мікроелемента насамперед веде до розвитку анемії, яка значно знижує функціональні резерви організму людини, а також сприяє розвитку патології шлунково-кишкового тракту [6].

Дефіцит цинку може характеризуватися зниженням апетиту, алергічними захворюваннями, гіперактивністю, дерматитами, зниженням гостроти зору, випадінням волосся. При дефіциті цинку знижується Т-клітинний імунітет. Спортсмени з дефіцитом цинку не тільки частіше хворіють на респіраторні та інфекційні захворювання, але й мають знижені репаративні процеси, що проявляється затяжним загоєнням ран та тривалим відновленням після травм [5].

Мікроелемент хром бере участь у регуляції вуглеводного обміну, функціонуванні серцевого м'язу, судин. Дефіцит хрому провокує у професійних спортсменів гіпоглікемічнийстан і є не тільки причиною розвитку толерантності до глюкози, але і сприяє погіршенню зорової функції.

Йод – цемікроелемент, якийнеобхіднийлюдиніпротягомусьогожиття, а йогонестачапризводить до серйознихнаслідків.Вінпотрібнийорганізму для створеннягормонівщитоподібноїзалози, яка регулює наш метаболізм. Наш організм містить близько 25 мг йоду. Основна його кількість концентрується в щитоподібній залозі (15 мг), а решта – в різних органах (печінці, нирках, мозку). Вміст йоду в крові є своєрідною константою і ставить 10^{-6}-10^{-5}% [1]. Основна біологічна функція йоду – синтез гормонів щитоподібної залози. При нестачі йоду розвивається ендемічній зоб, порушуються процеси росту, розвитку, формування кісткової тканини. Йод впливає на водно-сольовий обмін, окисно-відновні процеси, фагоцитарну активність лейкоцитів, позитивно впливає на фізичний та

психічний розвиток. Увагамедиків до питаньзабезпеченнялюдинидостатньоюкількістю йодувикликанатим, що йод належить до есенціальнихмікроелементів. Він не моженакопичуватися в організмі і тому повинен постійнопоступати з їжею[4].

Таким чином, раціон людини, що піддається значним фізичним навантаженням, повинен бути насичений усіма необхідними мікро- і макроелементами, що забезпечить підтримання енергетичного балансу і підвищення його функціональних резервів.

Література

1. Башкірова Л. Біологічна роль деяких есенційних макро- та мікроелементів/ Л.Башкірова, А.Руденко // Ліки України. – 2004. –№10. – С. 59–65.

2. Некрасов В.И. Роль микроэлементов в повышении функциональных резервов организма человека / В.И.Некрасов,А.В.Скальный, Р.М.Дубовой // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2006.–№ 1 [15]. – С. 111–113.

3. Шадрин О. Г. Інновації в дії: нові методи подолання залізодефіциту у дітей / О. Г. Шадрин, Г. В. Зайченко // Здоров'яУкраїни. Медичнагазета.– 2018. – № 2 [45]. – С. 36 – 37.

4. Castell L.M. Nutritional Supplements in Sport, Exercise and Health: An A-Z Guide / Castell L.M., Stear S.L., Burke L.M.–Burke Routledge. – 2015. – 426 p.

5. McClung J.P. Female athletes: A population at risk of vitamin and mineraldeficienciesaffecting health and performance. /J.P.McClung, E.Gaffney-Stomberg, J.J. Lee /TraceElemMedBiol. –2014. – P. 234 – 244. doi: 10.1016/j.jtemb.2014.06.022.

6. Tolkien Z. Ferrous sulfate supplementation causes significant gastrointestinal side-effects in adults: a systematic review and meta-analysis / Z.Tolkien, L.Stecher, A.Mander, // PLoS One. – 2015. – № 10 (2). – 73–83.

О.Є. Федоров, Я. С. Філик, О.О. Казакевич, магістранти

Національний університет фізичного виховання і спорту України

НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ У КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ З ВЕРТЕБРОГЕННИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ

Постановка проблеми. Аналіз даних науково-методичних джерел свідчить, що в структурі захворювань кістково-м'язової системи, що мають велике медоко-соціальне значення, вертеброгенна патологія посідає провідне місце. Значна частка (біля 30%) із захворювань кістково-м'язової системи супроводжується больовим синдромом, обмеженням рухів, що зумовлює втрату працездатності та значно погіршує якість життя людини. Саме такий комплекс больових відчуттів у спині різної локалізації та причини виникнення складають симптомокомплекс, відомий як «вертеброгенний больовий синдром». За даними експертів ВООЗ вертеброгенний больовий синдром сягає масштабів пандемії, частіше всього розвивається в працездатному віці – від 20 до 50 років, але за

останні роки значно «омолодився». У рейтингу захворювань кісток та суглобів, що пов'язані з виникненням в спині (дорсопатією), остеохондроз, спондилоартроз, сколіотична хвороба, деформації і травми опорно-рухового апарату займають провідні позиції.

Вертеброгенний больовий синдром виникає внаслідок невідповідності хребетного стовпа навантаженням і пов'язаний з декількома патогенетичними факторами, які умовно поділяють на коригуємі та некоригуємі. До переліку корегуємих факторів відносяться професійні фізичні навантаження.

Досвід провідних фахівців свідчить про те, що відновне лікування осіб з вертеброгенною патологією значною мірою залежить від адекватності реабілітаційних заходів, що проводяться. взагалі традиційними завданнями системи реабілітаційних заходів при дорсалгіях є: усунення больових відчуттів, зменшення м'язового спазму, зміцнення м'язового корсету, утворення та стабілізація оптимальних рухових стереотипів. Анатомічні, біохімічні та біомеханічні зміни в хребті вимагають комплексного підходу. характер реабілітаційних заходів визначається клінічними проявами і стадією захворювання. Спектр традиційних методів реабілітації осіб із вертеброгенною патологією є досить широким і включає: лікувальну гімнастику, масаж, фізіотерапевтичні процедури, тракційну терапію, мануальну тарапію.

Одним з найбільш доступних , простих і ефективних засобів реабілітації є фізичні вправи. Єдиної думки щодо методики застосування фізичних вправ при вертеброгенних патологіях немає. Багато фахівців описують необхідність проведення спеціальних комплексів фізичних вправ задля зміцнення системи стабілізації хребта. Інша частина схиляється до використання загальної програми вправ, водночас доводячи її об'єктивну ефектиивність. Але багато авторів підкреслюють необхідність обережного та диференційованого їх застосування. Традиційні методи і засоби фізичної терапії, які використовуються у відновному лікуванні хворих з патологіями хребта, не дають стійкого терапевтичного ефекту, що змушує шукати нові реабілітаційні технології.

Отже, позитивний вплив фізичної активності на осіб з вертеброгенними синдромами досі вивчений недостатньо. Тому питання використання елементів хатха-йоги та пілатесу у комплексній реабілітації таких пацієнтів є актуальним і має високу медико-соціальну значимість.

Мета дослідження. Розробити комплексну програму фізичної терапії для осіб з вертеброгенними синдромами з використанням елементів хатха-йоги та пілатесу.

Методи і організація дослідження. Робота виконана на базі фітнес центру «Альпійський» (м.Київ). Контингент досліджуваних складався з 15 чоловіків у віці 35-45 років з вертеброгенним больовим синдромом поперекового відділу. На основі аналізу літературних джерел запропоновано комплекс фізичної терапії, що включає заняття лікувальною гімнастикою з елементами хатха-йоги та пілатесу 5 разів на тиждень по 50-60 хв., курс масажу (10 процедур) у поєднанні із мануальною терапією, а також курс фізіотерапії. Програма передбачає три рухові режими із різним ступенем складності та навантаження: щадного

(міорелаксація), щадно-тренувального (міокорекція) та тренувального (міотонізація).

Результати дослідження. На сьогодні важливим моментом є тісна інтеграція традиційних та нетрадиційних методів фізичної терапії європейського та східного підходу до оздоровлення з метою забезпечення максимальної ефективності відновлення здоров'я пацієнтів. Оцінка ефективності розробленої програми здійснювалась за допомогою шкали визначення особистого рівня тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна, амплітуди рухів у поперековому відділі хребта, тестових вправ. Проведені дослідження виявили, що 4-тижневий курс йога-терапії допоміг значно знизити інтенсивність болю, зменшити депресивні прояви, поліпшити якість життя в порівнянні із застосуванням лікувальної гімнастики, фізіотерапевтичних процедур і когнітивно-поведінкової терапії. Такі показники зберігалися протягом 6-ти місяців.

Висновки. Таким чином проблема повноцінного відновлювального лікування вертеброгенних синдромів різної етіології залишається однією з найактуальніших. Розроблена програма з використанням нетрадиційних методів сприяє зниженню інтенсивності больових відчуттів, поліпшенню психо-емоційного стану пацієнта, а також ефективна для профілактики дегенеративних змін хребта.

Література

1. Колосова Т.В., Головченко Ю.І., Асауленко Є.І., Насонова Т.І. Вертеброгенний і суглобовий больовий синдром. Сучасна проблематика з позицій доказової медицини. Біль. Суглоби. Хребет.2015; 17(1): 33.
2. Поворознюк В.В., Шинкаренко Т.Є. Сучасний погляд на діагностику болю в нижній частині спини. Проблеми остеології. 2017; 20(1): 31.
3. Cowen V. A ComparativeEffectivenessPilotStudtofPilates, Yoga, andStretchingforChronic, IdiopathicBackPain / VirginaCowen, PhD// RutgersUniversityInsituteforComplementaryandAlternativeMedicine, Florida, October, 10, 2013. – USA: PilatesMethodAlliance. – P.28-30.
4. Cramer H. A systemicreviewand meta-analysisofyogaforlowbackpain/ H. Cramer, R.Lauche, H. Haller, G. Dobos// ClinicalJournalofPain/ - 2013.- 29(5). – P.450-460.

В.В. Христенко, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДОРСАЛГІЯХ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ

Постановка проблеми. Біль у грудному відділі спини являється на сьогоднішній день актуальною соціальною та економічною проблемою. Під дорсалгіями грудного відділу мається на увазі біль, що локалізується по задній поверхні спини у проекції хребців Т1-Т12. При цьому на відміну від шийного та поперекового відділів, причина та інтенсивність болю може залежати як від морфологічних змін кістково-суглобових структур, так і від невертеброгенних факторів.

Патологічний стан викликає суб'єктивні гострі чи затяжні ниючі больові відчуття, може бути наслідком ряду патологічних змін в інших частинах тіла, внутрішніх органах, або бути результатом структурних змін чи неоптимальної функціональностікістково-мязових структур даного регіону.

Разом з болем у поперековому та шийному відділі хребта, епідеміологія та причини болю в грудному відділі вивчені недостатньо та дуже часто біль охоплює декілька відділів і може бути як власне причиною так і компенсаторним явищем. Причини болю досить різноманітні: захворювання серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, легеневої чи сечовидільної систем, ураження скелетно-мязевих структур шийного та грудного відділів, що потребує проведення досконалої диференційної діагностики.[1]

Фізична терапія є досить прогресивним як діагностичним, так і практично-прикладним інструментом обстеження, діагностики, терапії, та оцінки результатів втручання, який дає можливість більш цілісно здійснювати вплив на пацієнта з метою відновлення його функціональних можливостей, покращення структурних елементів ураженого органу чи частини тіла, покращення психологічного-емоційного фону та фізичного здоров'я вцілому.

Виходячи з анатомічної специфіки грудного відділу та грудної клітини фізичний терапевт повинен відповідально та вичерпно в межах наявних інструментів і засобів провести диференційну діагностику болю. Так, наприклад, у випадку гострого болю в грудному відділі, на долю гострого скелетно-мязвого болю припадає лише 20 % звернень.[2]

При первинному обстеженні пацієнта першочергову увагу необхідно дослідити наявності факторів специфічного болю, які можуть відображатися в зонах проекції грудного відділу. Біль, що провокується серцевою патологією, легеневою, або розладом кишківника, що дуже часто важко виділити та диференціювати, тому часто патологія даних структур відлунює в сегментарні відділи скелетно-мязевого апарату.[3]

Для діагностики неспецифічного больового синдрому скелетно-мязевого апарату мабуть найважливіше значення має аналіз больового синдрому та анамнезу пацієнта з урахуванням «симптомів тривоги». При підозрі на патологію збоку внутрішніх органів та специфічне ураження хребта необхідне поглиблене дослідження та, можливо, перенаправлення пацієнта за належністю до іншого спеціаліста.

На сьогоднішній день відсутня систематизація процесу фізичної терапії осіб, що звертаються за допомогою для вирішення проблеми грудного болю у спині. Не завжди зрозуміла причина такого болю у випадках відсутності структурних змін за результатами даних інструментальних досліджень.

Процес та способи діагностики таких пацієнтів не беруть до уваги ряду факторів особистого способу життя пацієнта та його навколишнього середовища, не вивчається можливість патогенного впливу психологічних факторів на фізичний стан пацієнта. Дослідження та втручання обмежуються матеріально-технічною базою закладу, протокольним підходом до вирішення проблем пацієнта.

Проблема фізичної терапії больових синдромів, зокрема їх диференційна діагностика, не знайшла докладного відображення в вітчизняній науково–методичній літературі.

Реабілітаційний процес базується на рекомендаціях із застосування різних засобів і методів пригнічення клінічних проявів без урахування їхнього взаємозв'язку. За такого підходу, в результаті медикаментозного втручання з метою впливу на периферичну нервову систему виникає хронізація патологічного процесу.

За результатами знеболення не завжди у подальшому існує можливість інформативної мануальної діагностики сегменту, що гіпотетично міг спричинити больові симптоми. В результаті медикаментозної терапії можливі небажані адаптаційніфізіологічні процеси, розвиток неоптимального рухового чи поступального стереотипу. Класичні методи впливу на біль нерідко носять взаємовиключний характер.

Таким чином, необхідно подальше вивчення й розробка програм фізичної терапії хворих на дорсалгії грудного відділу для усунення больових проявів, відновлення та вдосконалення функціональних можливостей організму, корекції біомеханічних порушень і закріплення оптимального поступального, дихального та рухового стереотипу, усунення інших факторів, викликаних болем.

Література

1. Bass C., Mayou R. Chest pain. Brit Med J 2002;325:588-91
2. Bonica J.J., Sola A.F. Chest pain caused by other disorders. The management of pain. Bonica J.J. (ed.).London: Lea and Febiger, 1990;1114-45
3. Ludwig Ombregt MD.A System of Orthopaedic Medicine 3rd Edition. Churchill Livingstone; 3 edition (May 15, 2013) 844 pages.

А. Черняк, студентка групи 301- пГЗ,
Наук. керівник: Беседа Н.А., к.пед.н., доцент,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ СНУ ТА ЙОГО ЛІКУВАННЯ МЕТОДАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

У сні людина проводить третину свого життя. За цей час організм встигає відпочити, відновитись, набратись сил на новий день. Як тільки людина починає страждати від безсоння та спостерігає порушення режиму сну, це спричиняє серйозні наслідки, депресивні стани. Стосується це як якості життя, так і здоров’я в цілому.

За даними медичної статистики в світі від тих чи інших порушень сну страждає вже більше 50% всього населення. За останні 100 років загальний час нічного сну зменшився на 20% у зв’язку з соціальними умовами життя людини: подовжено робочий день до 10-12 годин, наявність постійного шуму та робочі гаджети.

Згідно статистичних даних на 1.01.2016 р., близько 8-15% населення знають, що таке проблема безсоння. Понад 10% дорослих час від часу змушені вдаватись до різноманітних седативних препаратів та приймати ліки від безсоння. Найчастіше на безсоння та розлади сну скаржаться літні люди.Основними причинами порушення сну є: стресові ситуації, гіперемоційність, переїдання на ніч, перезбудження, споживання міцної кави, чаю, чи енергетиків тощо.

Проте, всі ці порушення не відносяться до небезпечних, чи серйозних. Коли порушення сну набувають хронічного характеру, то це вже є хворобою.

Сон буде вважатись здоровим в тому випадку, якщо людина проходить всі необхідні фази, стадії та цикли сну, що обумовлені певною фізіологічною структурою. Сон складається з наступних фаз:

- Фаза повільного сну(що в свою чергу поділяється на поверхневий сон-1 і 2 стадії та глибокий сон-3 і 4 стадії);
- Фаза швидкого сну (сновидінь або REM-фаза, що з англійської перекладається як «швидкий рух очних яблук»);

Протягом нормального здорового сну людина проходить від чотирьох до шести циклів (різних по складу фаз та стадій). Тривалість одного циклу, в середньому, становить 90 хвилин. Якщо глибокі стадії необхідні для повного відновлення та відпочинку організму, то під час REM-фази відбувається активні мозкові процеси, спрямовані на переробку інформації, отриманої людиною протягом дня.

У випадках, коли сон стає поетапним і переривчастим, або людина починає страждати на безсоння, в результаті різних причин, відбуваються збої в роботі всього організму, оскільки кожна стадія відповідає за окремий результат. Тому так важливо мати здоровий якісний сон.Наприклад, в результаті невротичних розладів, або ж під час апное (несвідома затримка дихання) людина так і не досягає фази глибокого сну, оскільки мозок буде постійно посилати сигнали тривоги та пробуджувати людину.

Класифікувати та уніфікувати причини, що найчастіше стають провокаторами порушення сну складно. В тій чи іншій мірі, на порушення сну впливають багато чинників. Загалом, спеціалісти виділяють такі клінічні види порушення сну:

- Інсомнія (безсоння) характеризується порушенням функціонування процесу засинання та тривалістю (включаючи якість) самого сну.
- Гіперсомнія – для неї характерна підвищена сонливість.
- Порушення виробленого та звичного для людини режиму сну та неспання.
- Парасомнія. Під час такого виду, людина може ходити уві сні, відчувати напади страху тощо.
- Рухові розлади під час сну
- Розлади дихання під час сну

Причини та симптоми в кожному окремому випадку безсоння будуть різними. Так, по тривалості розрізняють короткочасне (до 4 тижнів)

безсоння та тривале порушення сну (хронічного характеру – більше 4 тижнів).

Важливо перш ніж встановлювати діагноз, з’ясувати чи немає у людини проблем зі сном. Зробити це можна за допомогою сомнографії в сомнологічній лабораторії. На тіло людини кріплять низку датчиків, що знімають до 12 показників, по яких можна виявити порушення в різних системах організму, якщо є порушення сну.

Також у багатьох випадках вирішити проблему можна, застосувавши CPAP-терапію (укр. СІПАП-терапію) — так званий штучний режим вентиляції легенів, який використовується при лікуванні нічного хропіння та порушень дихання уві сні.

Це спеціальний прилад, який дозволяє ліквідувати уві сні порушення дихання. І більшість пацієнтів могли б доїхати до реабілітації (наприклад, у випадку серцевого нападу через зупинку дихання уві сні — ред). 78% пацієнтів з артеріальною гіпертензією мають різну ступінь апное та потребують діагностики та CPAP-терапії.

Особливе значення у вирішенні проблем порушення сну відіграє фізична терапія. Серед методів і засобів фізичної терапії, які впливають на фізіологію людини та нормалізують сон є: лікувальний масаж; рефлексотерапія; електросон; водні процедури; ароматерапія.

Для заспокоєння і розслаблення Аюрведа пропонує скористатися цілою гамою натуральних ефірних олій. За півгодини до відходу до сну додаємо кілька крапель олії в аромалампу, ароматизуючи носовичок і кладемо його під подушку або приймаємо теплу розслаблюючу аромаванну з ефірними маслами і молоком (у літр свіжого молока додаємо 10 крапель відповідного масла, перемішуємо і виливаємо в теплу ванну). При різних проблемах зі сном використовуємо наступні олії:

При проблемах із засинанням: бергамот, жасмин, кедр, лаванда, троянда, сандалове дерево. При нічних кошмарах: меліса, неролі, петітгрейн, троянда, сандалове дерево. При безсонні: валеріана, троянда, базилік, розмарин. При труднощі з пробудженням: альпійська ялина, лаванда.Швидкому заспокоєнню і появі сонливості сприяють продукти з високим глікемічним індексом. Пояснюється це тим, що вони стимулюють вироблення триптофану - незамінної амінокислоти, яка підсилює вироблення серотоніну, відповідального за гарний настрій, сприйняття болю і якість сну. Найбільш багате триптофаном м'ясо індички. Також багато триптофану міститься у вівсі, арахісі, кунжуті, кедрових горіхах, бананах, сушених фініках, рибі, курці, сирі і молоці.

Точковий масаж з мигдальним маслом. Злегка змащуємо вказівні пальці мигдальним маслом і делікатно м'яко масажуємо внутрішню частину ніздрів у самого краю. Там знаходяться рефлекторні зони, що заспокоюють нервову систему. Тривалість масажу: 2-3 хвилини. Вся увага має бути сконцентрована на виконуваній процедурою. Чудово заспокоює, розслаблює, допомагає позбутися нав'язливих думок.

Масаж стоп кунжутним маслом. Підігріваємо невелика кількість кунжутного масла і плавними, повільними рухами ретельно масажуємо стопи і пальці ніг. Після масажу робимо теплу ванночку для ніг з настоєм ромашки і двома-трьома краплями лавандового масла.

Масаж грудної клітки, шиї і плечей. До 30 мл оливкової олії додаємо по 2 краплі олії лаванди і ветівера. Сумішшю повільно масажуємо шию, плечі і грудну клітку - всі напруга як рукою зніме і вас неодмінно здолає приємна сонливість.

Розслабляючий вечірній масаж з ефірними маслами. За основу беремо 50 мл мигдалевого масла. До основи додаємо 10 крапель масла календули, 5 крапель сандалового масла, 5 крапель олії римської ромашки, 3 краплі лавандового масла і 3 краплі олії петітгрейна. Календула надає заспокійливу дію, зменшує задишку і прискорене серцебиття, нормалізує сон. Римська ромашка допомагає впоратися з гнівом, стресом, нервозністю, перезбудженням, підвищує терпимість і повертає втрачене почуття гармонії. Лаванда має заспокійливу дію, допомагає при нервових розладах, дратівливості, серцебитті, дарує спокійний і глибокий сон. Петітгрейн - чудовий антидепресант, перед яким відступають всі тривоги і хвилювання. Сандал сприяє швидкому засипанню. Дуже добре якщо поруч є хтось, хто міг би зробити вам масаж легкими, спокійними, плавними рухами. Якщо такої можливості немає, зробіть самомасаж [1, с. 18].

Шіродара (shiro - «голова», dhara - «потік») – дуже популярна і улюблена багатьма аюрведична процедура, під час проведення якої на лоб, а саме в область третього ока, повільно ллють теплу рідину - молоко, масло або воду. Процедура знижує рівень тривожності і підвищує в крові вміст серотоніну. Зробити її в домашніх умовах складно, однак можна вдатися до спрощеного варіанту - підігріваємо 30 мл оливкової або кунжутного масла і безпосередньо перед сном повільно втираємо його в область третього ока.

*Дихальна гімнастика від безсоння***.**Особливо неспокійним людям на допомогу прийдуть вправи з дихальної системи - Пранаяма. Вся увага при виконанні вправ має бути сконцентровано на диханні і ритмі. Це допоможе заспокоїти розум і звільнити його від зайвих думок.

Вправа 1: закриваємо праву ніздрю великим пальцем правої руки. Повільно вдихаємо і видихаємо лівої ніздрів. Потім закриваємо ліву ніздрю. Повільно вдихаємо і видихаємо правою ніздрею. Тривалість проведення вправи: 5 хвилин.

Вправа 2: закриваємо праву ніздрю великим пальцем правої руки. Повільно вдихаємо через ліву ніздрю. Затримуємо дихання на кілька секунд. Закриваємо ліву ніздрю великим пальцем лівої руки. Повільно видихаємо через праву ніздрю. Затримуємо дихання на видиху на кілька секунд. Повільно вдихаємо через праву ніздрю. Затримуємо подих. Закриваємо праву ніздрю. Видихаємо через ліву ніздрю і т.д. Тривалість проведення вправи: 5 хвилин.

Отже, для лікування порушення сну можна використовувати відразу декілька процедур. Особливо дієвими є засоби фізичної терапії.

Література

1. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих з травмами й захворюваннями нервової системи/ Марченко О.К. – Київ: Олімпійська література, 2006. – 195с.

А.Д. Чуйко,студентка 4 курсу
спеціальності 227 «Фізична реабілітація»
Керівник: Волошко Л. Б.,к.пед.н.,доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) здоров'я — це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань. Здоров'я людини залежить від харчування на 40 - 45% , генетики – 18%, охорони здоров'я – 10%, чинників навколишнього середовища – 8%, від інших факторів – 19 - 24% [2].

Один з найважливіших чинників, що впливають на стан здоров'я студентів – це харчування, яке забезпечує нормальний розвиток особистості, сприяє профілактиці захворювань, продовженню життя і створює умови для адекватної адаптації людини до навколишнього природного середовища .

На думку В.Горчакова, їжа – це мультикомпонентний фактор навколишнього середовища, що містить понад 600 речовин, необхідних для нормального функціонування організму людини. Кожна з цих речовин посідає певне місце в складному гармонійному механізмі біохімічних процесів і сприяє належному фізичному розвитку людини [1].

Принцип раціонального харчування в Україні стає ледь не головною проблемою сьогодення, від якої значною мірою залежить здоров'я кожної людини.У своїх дослідженнях, науковці сформулювали принципи раціонального харчування: енергетична цінність раціону повинна відповідати енергетичним витратам організму; відповідність хімічного складу харчових речовин фізіологічним потребам організму; максимальна різноманітність їжі; дотримання оптимального режиму харчування [2].

Науковці зазначають , що харчування являється раціональним, якщо воно повністю забезпечує потребу в їжі у кількісному та якісному відношеннях, відновлює всі енергетичні витрати, сприяє правильному росту та розвитку організму, збільшує його опір шкідливим впливам зовнішнього середовища, допомагає розвитку функціональних можливостей та підвищує працездатність особистості. Добова витрата енергії повинна повністю покриватися за рахунок енергії, отриманої з їжі [3].

Початком раціонального харчування є сім основних законів, які сформульовано в підґрунті нинішніх наукових уявлень: кількісної достатності харчування – це коли енергоцінність раціону має відповідати енерговитратам організму; збалансованості – де харчовий раціон повинен бути збалансованим за вмістом різноманітних харчових речовин; закон часового розподілу їжі (режиму харчування); високоякісної повноцінності харчування, а саме коли у харчовому раціоні має бути достатня кількість усіх харчових речовин, необхідних для пластичних, енергетичних процесів

та регуляції фізіологічних функцій; адекватності; естетичного задоволення; безпеки харчування [3].

Раціональне харчування – це фізіологічно повноцінне харчування здорових людей, котре являється різним та збалансованим по усіх компонентах. Харчування виступає важливим підґрунтям, від якого залежить формування здоров'я і здорового способу життя підростаючого покоління, особливо студентської молоді в процесі навчання у вищих навчальних закладах. Організму студентів властиві особливості, які обумовлені віком, впливом умов навчання та побуту. Певну роль відіграє зміна характеру харчування студентів, які приїхали із сільської місцевості та районних центрів, де харчові раціони містили більшу кількість рослинних продуктів. Збільшення кількості в раціоні ковбас, виробів із борошна вищого ґатунку призводить до різкого послаблення моторики шлунка, кишечника, що призводить до закрепів. У зв'язку з порушенням режиму харчування за час навчання у багатьох студентів розвиваються захворювання травної системи. Засвоєння навчального матеріалу, викладеного на лекціях, участь у семінарах, виконання лабораторно-практичних, самостійних робіт, завершальний етап контролю знань – екзамен – все це потребує нервово-емоційного напруження, що призводить до підвищення кров'яного тиску, збільшенню частоти серцевих скорочень та дихання.

Збільшення обсягу інформації, необхідність самостійно розподіляти свій час та організовувати побут підвищують навантаження на психоемоційну сферу студентів. В організмі молодих людей ще не завершене формування ряду фізіологічних систем, у першу чергу нейрогуморальної, тому вони чутливі до порушення збалансованості харчових раціонів. На думку М.Пересічного, раціональне харчування студентів необхідне для підтримання нормальної життєдіяльності організму, високого рівня фізичної та розумової працездатності. Від характеру харчування залежить обмін речовин, функція та структура тканин і органів, опірність організму до впливу несприятливих чинників оточуючого середовища, дії мікробів, вірусів, токсичних елементів

Висновки.Раціональне харчування забезпечує нормальний розвиток організму, впливає на розумовий і фізичний розвиток, оптимальне функціонування всіх органів і систем, формування імунітету та адаптаційних резервів організму. Харчування виступає важливим підґрунтям, від якого залежить формування здоров'я і здорового способу життя підростаючого покоління, особливо студентської молоді в процесі навчання у вищих навчальних закладах.Подальше дослідження буде спрямовано на детальний аналіз харчування студентів, вплив раціонального харчування на їхню фізичну активність.

Література

1. Горчаков В. О. Харчування, що гармонізує — міф чи реальність? / В.О. Горчаков, Л.В.Горчакова // Науковий світ. — 2008. — №9. — С. 12 -13.

2. Конышев В.В. Критерий правильного питания / В.В. Конышев // Физкультура и спорт. –2013. - №1. – С. 10-11.

М.О. Фурсова, студентка 2 курсу
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д. пед. н., ст. н. сп.
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ МУЗИКАНТІВ ТА ЇХ ВИРІШЕННЯ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Музикант – творча професія,що вимагає систематичної, багатогодинної, наполегливої праці. Мистецтву гри на музичних інструментах, найчастіше починають навчатись в періоді першого дитинства (від 4 до 7 років) та вдосконалюють навички протягом всього життя.

Робота з музичними інструментами ,особливо травматична за недотримання фізіологічних принципів раціоналізації трудових процесів.

Найчастіше вражаються структури ОРА та периферична нервова система, через виконання великої кількості стереотипних, одноманітних, повторюваних рухів, напруження окремих м’язових груп.

Найпоширеніші з хвороб – крепітуючий тендовагініт,хвороба де Кервена (запалення сухожиль великого пальця) ,професійний бурсит, вегетативно-сенсорна поліневропатія, координаційний невроз, поява гігром/ганглій на кистях рук. До них додаються різні морфофункціональні розлади у зв'язку з гіпокінезією та не дотриманням вимог гігієни праці.

Ганглії/гігроми (желеподібні кісти) – не злоякісні утворення у формі чіткого вузлика, заповнені рідиною. Найчастіше виникають на дорсальній поверхні зап’ястка у жінок у віці від 15 до 40 років. Супроводжуються болем в променево-зап’ястковому суглобі,та слабкістю в пальцях. Достаменно не відомо,що є причиною їх виникнення. Швидше за все,це реакція сухожильної піхви, синовіальної мембрани та оболонки зв’язки на навантаження.

Тендовагініт – гостре або хронічне запалення сухожильної піхви (сполучнотканинних оболонок,що оточують сухожилля) променевозап’ясткового суглобу. Симптоматика наступна : гострий біль при найменшому русі, відчуття хрускоту (крепітуючий тендовагініт), набряк по ходу сухожилля. Виникає від постійного та надмірного навантаження на сухожилля. Без правильного та вчасного лікування може призвести до стійкого обмеження рухів або перейти в хронічну форму.

Координаційний невроз (відомий як «писальний спазм») – професійне захворювання,пов’язане з тривалою монотонною роботою на тлі емоційної напруги.

Писальний спазм прийнято вважати фокальною формою дистонії руки (focal hand dystonia). Сьогодні фокальна дистонія розглядається як неврологічне захворювання,що виникає в результаті порушень в процесах гальмування і збудження. Клінічно проявляється в тонічній напрузі згиначів III пальців, в пронаторах кисті, підвищена втома руки, неточність рухів пальців,спазмами кисті (occupational hand cramp).

При професійній дискінезії змін у ЦНС не спостерігається. Особливістю цієї хвороби є те, що порушується тільки одна функція, яка лежить в основі професійної діяльності. Це означає,що всі інші рухові акти за участю тих самих м'язових груп хворі виконують вільно.

Результати анкетного дослідження проведені в Полтавському коледжі мистецтв ім. М. В. Лисенка, Полтавських ДМШ №1 ім. П. Майбороди , №2 ім. В. П. Шаповаленка , №3 ім. Б. Гмирі та Кобеляцькій ДМШ, з метою з'ясування ставлення музикантів-інструменталістів до їх професійного здоров'я та ступінь травматизації в професії засвідчили, що:

- 70% опитаних респондентів не цікавляться своїм професійним здоров'ям, не займаються профілактикою. - 50% мало знайомі із засобами фізичної реабілітації;
- кожен п'ятий отримував травму пов'язану з професійною діяльністю в період від 17 до 25 років.

Найпоширенішими захворюваннями виявилися: тендовагініт та розтягнення зв'язок променево-зап'ясткового суглобу, проблеми зі спиною, поява ганглій на кистях рук.

Більшість респондентів займались самолікуванням. Проте, 17% пояснили який вид реабілітації був найбільш ефективним при лікуванні. - 95% респондентів вважають, що в Україні потрібні фахівці які спеціалізуються на фізіотерапії травм музикантів.

Аналізуючи дослідження,можемо зробити висновок,що : Лише 30% опитаних цікавляться своїм здоров'ям, хоча ступінь травматизації дуже високий,особливо в період навчання у вищих навчальних закладах.

Більшість респондентів не звертались за кваліфікованою допомогою. Опитані,що звертались до професіоналів одноголосно відзначають високу ефективність засобів фізичної реабілітації при лікуванні. Вони вважають, що такі фізіотерапевтичні процедури як водолікування, механотерапія, масаж, електрофорез, лікувальна гімнастика повернули їх до повноцінної професійної діяльності. Маємо гостру необхідність в популяризації здорового способу життя, здорового професійного життя.

Ознайомлення з причинами, наслідками професійних хвороб, та їх профілактикою засобами фізичної терапії. А також сприяти розвитку і популяризації професії «Фізичний терапевт »,щоб всі хто потребують кваліфікованої допомоги,могли її отримати.

Література

1. Грацианская Л.Н. Справочник профпатолога/ Л.Н. Грацианская, В.Е. Ковшило.2-е изд., перераб. и доп.-Л. :Медицина,1977,464с.

2. Ткачишин В.С. «Захворювання ОРА та прилеглих структур,спричинені фіз.перенавантаженням в процесі виробничої діяльності.»/Український ревматологічний журнал №23(1)2006р

3. Steiner,Werner A. "Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy" /Oxford University press,2002-11-01

А. Шуманська, студентка групи 301- пГЗ,
Наук. керівник: Беседа Н.А., к.пед.н., доцент

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ РАДИКУЛОПАТІЇ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО СПЛЕТІННЯ

Радикулопатія — це ураження корінців спинномозкових нервів, яке характеризується болями й порушеннями чутливості за корінцевим типом; одне з поширених захворювань периферичної нервової системи, має схильність до рецидивів, які супроводжуються тимчасовою втратою працездатності. Посідає перше місце за непрацездатністю в неврологічній клініці.

Радикулопатії бувають інфекційної етіології, травматичні й пов'язані з аномаліями хребетного стовпа. До первинних належать радикулопатії застудного, інфекційного й токсичного характеру. Вторинні розвиваються, коли ураження корінців обумовлено дегенеративними змінами в хребетному стовпі (травми, пухлини).

При радикулопатіяхпоперековo-крижового сплетення не тільки з'являються болі, а й порушується рухова функція, що виявляється в обмеженні рухів тулуба по всіх трьох осях, зменшенні статичної витривалості хребетного стовпа, обмеженні рухливості в тазостегнових суглобах, в'ялих парезах нижніх кінцівок.

Сьогодні доведено, що в розвитку радикулопатії велика роль належить аутоімунним процесам. У першу чергу страждає драглисте ядро, яке поступово втрачає вологу, стає роздрібненим. Потім дегенеративний процес розвивається й у фіброзному кільці диска, в якому з'являються тріщини, зникає пружність. Звичайно до розвитку або загострення патологічного процесу приводить механічне навантаження на хребет: підняття важких предметів, різкий рух або переохолодження.

При радикулопатії корінців поперековo-крижового сплетення спостерігаються так звані больові симптоми натягу:

• симптом Ласега-при підніманні прямої ноги у вихідному положенні лежачи виникає й різко підсилюється біль по ходу сідничного нерва.

• симптом Керніга-при розгинанні й витягуванні ноги із зігнутого положення;

• симптом Нері-при пасивному пригинанні голови до грудей хворого, що лежить на спині з випрямленими ногами, виникає біль у поперековій ділянці;

• симптом Дежерина — посилення болю в поперековій ділянці при кашлі й чханні;

• симптом посадки — нездатність сісти в ліжку з положення лежачи на спині без згинання ніг у колінних і тазостегнових суглобах;

• симптом Боні — при підошовному розгинанні стопи (пальці на себе);

• біль поперековий, сідниць, зовнішньої поверхні стегна, гомілки, зовнішнього краю столи, в ділянці п'яти й мізинця при повороті стегна назовні, при нахилі вперед на прямих ногах, при повороті тулуба в

напрямку, протилежному хворому боку, при русі випрямленою ногою в різні боки.

При діагностиці радикуліту використовують такі методики:збіранамнезу;огляд у лікаря; магнітно-резонансна томографія; комп'ютерна томографія

Залежно від гостроти клінічних проявів, виділяють 3 періоди захворювання: гострий, підгострий і період клінічного видужання (повного або неповного). Оскільки в гострому періоді у хворого відзначаються сильний біль в стані спокою, виражена анталгічна поза, то ЛГ не рекомендується. Тривалість гострого періоду 5—7 днів. Підгострий період триває в середньому ЗО днів, і йому відповідає 2 рухових режими: відносного спокою і відновлювальний.

У гострий період рекомендують: лікарський електрофорез або УФ-оп-ромінення поперекової ділянки, сідниці, стегна, а також голкорефлексотерапію. Досить швидко знімають біль гідрокортизонові або новокаїнові блокади (до утворення "лимонної шкірки"), також можна застосовувати електрофорез (новокаїну, хлориду кальцію тощо) або УВЧ-терапію.

Після припинення гострих явищ переходять до лікування витягненням: тракційна терапія на похилій площині власною масою тіла хворого, витягнення в ліжку за допомогою підручних засобів, дозоване підводне витягнення й витягнення за допомогою технічних засобів. Ефективна мануальна терапія, радонові, сірководневі ванни, а також аплікації парафіну й озокериту, грязелікування. Велике значення має дозоване фізичне навантаження та масаж.

Прогноз. У більшості випадків захворювання набуває хронічної форми з періодичними загостреннями. До основних засобів профілактики належить заняття фізичною культурою та спортом, усунення переохолоджень поперекової ділянки. Важливо уникати рухів зі значним фізичним напруженням, а також виконувати роботи, пов'язані з похилим положенням тулуба й згинанням хребта в поперековому відділі. Лікувальний ефект при виконанні фізичних вправ пояснюється їх стимулюючим впливом на крово- і лімфообіг, що сприяє поліпшенню тканинного обміну, зменшує або ліквідує застійні явища в органах і тканинах.

Література

1. Боголюбова В.М. Медична реабілітація / В.М. Боголюбова // М.: 2007

2. Довгий І.Л. Захворювання периферичної нервової системи / За ред. Н.К. Свиридовой, в 3-х томах Т.1. –К.: 2016.

3. Кадиков О.С. Реабілітація неврологічно хворих /О.С. Кадиков, Л.А. Черников, Н.В. Шахпаронова. –М.: МЕДпрес-інформ, 2009.

Т.Ю. Шульгун, магістрант

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ

Актуальність. Для багатьох країн світу залізодефіцитна анемія є медико-соціальною проблемою, оскільки призводить до порушення стану хворих, зниження їх працездатності, викликає функціональні зміни в органах і системах організму [1-4].

Особливого значення ця проблема набуває під час вагітності, що обумовлено, по-перше, значним поширенням цієї патології серед вагітних, а по-друге, великою частотою ускладнень вагітності, пологів і перинатальної патології. За офіційними даними МОЗ України, частота анемії у вагітних сягала у 2008 році 36,4 %.

У вагітних з анемією збільшується частота прееклампсії, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. Під час пологів виникає слабкість пологової діяльності, передчасне вилиття навколоплідних вод, гіпо- і атонічні кровотечі, збільшується частота акушерського травматизму та оперативних втручань. Після пологів часто спостерігаються запальні захворювання та гіпогалактія. Суттєво порушується розвиток плода і стан новонародженого, збільшується частота затримки розвитку плода, внутрішньоутробної гіпоксії та асфіксії новонародженого, порушуються процеси його адаптації [2].

Загальновживані методи лікування вагітних з анемією вимагають тривалого, не завжди небезпечного для матері та плода застосування медикаментозних препаратів. Все це вказує на необхідність пошуків нових напрямків профілактики та лікування, ефективних методів оздоровлення і реабілітації вагітних з анемією, які б не мали негативного впливу на перебіг вагітності, стан і розвиток плода та новонародженого.

Одним із таких основних напрямків є фізична терапія.

Мета дослідження. Визначити ефективність застосування методів фізичної терапії для профілактики залізодефіцитної анемії у вагітних, спрямованих на зниження частоти ускладнень вагітності та антенатальний захист плода при даній патології.

Методи дослідження. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури, джерел мережі інтернет, педагогічний експеримент, методи дослідження фізичної працездатності, клініко-інструментальні методи дослідження.

Результати дослідження. Під спостереженням знаходилися 10 вагітних з анемією I та II ступеню. Передумовами для створення програми фізичної терапії були вивчення рівня фізичної працездатності, результати стану еритроцитарної ланки гемопоезу вагітних з анемією та кардіотокографічне дослідження плода вагітних з анемією.

Для оцінки функціонального стану вагітних та плода ми використовували
основні критерії лабораторної діагностики залізодефіцитної анемії (Видиборець СВ., 1998), класифікацію анемії за ступенем тяжкості (Шехтман М.М. 1999).

Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги залізодефіцитна анемія, Наказ МОЗ України 02.11.2015 № 709, дані кардіотокографічного дослідження плода.

Було використано диференційовану для різних періодів вагітності програму фізичної терапії: 17-24 тижні, 25-31 тиждень та 32-36 тижнів вагітності.

Висновки. Аналіз застосування програми фізичної терапії при анемії у вагітних показав підвищення рівня фізичної працездатності вагітних з анемією, покращення параметрів еритроцитарної ланки гемопоезу та наближення показників кардіотокограми до норми, що свідчить про покращення стану плода. Це говорить про ефективність використаної програми фізичної терапії та доцільність її впровадження у практичну діяльність установ відповідного профілю.

Література

1. Балашов А. Л. Железодефицитнаяанемия у детейкакмедико-социальная проблема / БалашовАлексей Львович – Москва, 2005.
2. Баринова И.В. Сравнительныеаспектыпатогенезафетоплацентарнойнедостаточности с антенатальнойгибелью плода и с рождением живого новорожденного / И.В. Баринова, Ю.Б. Котов // Российскийвестникакушера-гинеколога. – 2013, №4. – С. 22–26.
3. Григус І. Роль фізичної активності в процесі фізичної реабілітації вагітних / І. Григус, М. Човпило, Д. Ортенбургер // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. - 2018.
4. Гридько Л. А. Фізична реабілітація вагітних з анемією на санаторно-курортному етапі : спец. 24.00.03 "Фізична реабілітація" / Гридько Людмила Анатоліївна – Київ, 2011.
5. Наказ МОЗ № 709 від 02.11.2015 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемі». Електронний ресурс. Режим доступу: www.moz.gov.ua
6. Тофан Н. І. Вплив санаторно-курортного лікування на матково-плацентарний та плодний кровообіг вагітних жінок з анемією / Н. І.Тофан, Л. Б. Гутман, І. С. Лук'янова, А. В. Гончарова // Перинатологія та педіатрія. - 2005. - № 1/2. - С. 15-17. - Бібліогр.: с. 17. - укр.
7. Томашевский Н. И. Клинико-физиологическиеобоснования к примененюметодовфизическойреабилитациивовремяберемeнности и родов / Н. И. Томашевский, В. А. Митюков, А. В. Симарова и др. //
8. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальнойпатологии у беременных. -М.: «Триада-Х», 1999. 815 с.
9. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. // Am J ClinNutr. 2000 May;71(5 Suppl):1280S-4S
10. Swain RA1, Kaplan B, Montgomery E., Irondeficiencyanemia. Whenisparenteraltherapywarranted? PostgradMed. 1996 Nov;100(5):181-2, 185, 188

М.М. Ястребов, к. пед. н., доцент
Таврійського національного університету
іменіВ. І. Вернадського

САНІТАРНО-ОСВІТНІЙ АСПЕКТ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

Одним із важливих аспектів професійної діяльності фізичних терапевтів та ерготерапевтівє санітарно-освітня робота, мета якої є навчити пацієнтів вести здоровий спосіб життя для попередження ускладнень та рецидивів захворювання, травматизму. Санітарно-освітня робота поєднує:

– роз'яснювальну роботу з дотримання гігієни праці і відпочинку, а також особистої гігієни;
– консультування з приводу раціонального харчування;
– пояснення важливості фізичної культури як ефективного засобу боротьби з гіподинамією та профілактики її негативного впливу;
– ознайомлення з психогігієнічними заходами щодо усунення перевантаження нервової системи та профілактики негативного впливу на здоров'я людини стресових ситуацій;
– пояснення шкідливого впливу наорганізм: вживання тютюну, зловживання алкоголем;
– роз'яснення позитивного впливу загартовування організму та ознайомлення з принципами та правилами загартовування[1].

Проведення санітарно-освітньої роботи щодо важливості здорового способу життя серед реабілітантів є професійно значущою задачею для фізичних терапевтів, ерготерапевтів. Реабілітаційний процес вимагає організації такого способу життя пацієнта, який ефективно впливав би на досягнення основної мети – максимально можливого відновлення здоров'я та процесів життєдіяльності реабілітанта. Володіння медичними знаннями й довготривалий контакт з пацієнтом та його оточенням під час реалізації реабілітаційної програми уможливлює фізичним терапевтам, ерготерапевтам ефективну популяризацію здорового способу життя і надання відповідних науково обґрунтованих рекомендацій.

Результати проведених досліджень показали, що майже 90 % опитуваних із 224 батьків учнів початкових класів мали досить поверхневі знання щодо ведення здорового способу життя. Тому надання систематизованої повної інформаціїпро здоровий спосіб життя при реалізації реабілітаційної програми є важливим і необхідним її елементом. Навчання ведення здорового способу життя є ключовим моментом для попередження рецидивів захворювання або травм у реабілітанта, відновленням якого займається фізичний терапевт, ерготерапевт. Крім цього, пропагування та формування умінь вести здоровийспосіб життя є дієвим при залученні до реабілітаційного процесу людей з оточення реабілітанта.

Досліджено, що поєднання фізичних вправ та правильного харчування суттєво покращує функціональні можливості організму людини на рівні метаболічних процесів. Це, в свою чергу, підвищує рівень компенсаторних реакцій, резервних можливостей організму реабілітанта, дозволяє поступово збільшувати навантаження в процесі відновлення фізичних та фізіологічних функцій, що є необхідною умовою реалізації основної мети реабілітаційного процесу.

Основні фізіологічні ефекти фізичних вправ:

–збільшується глибина дихання, що сприяє насиченню крові киснем та виведенню вуглекислого газу;

–посилена робота серцево-судинної системи укріплює серцевий м'яз, покращується кровопостачання всіх органів і систем організму, в тому числі й мозку, що є важливим для школярів;

–підвищується обмін речовин в усіх тканинах організму;

–стимулюється робота центральної нервової системи.

Проблема популяризації та навчання ведення здорового способу життя є соціально значущою на державному й особистісному рівнях. Підкреслимо, що санітарно-освітнійкомпонентв підготовці фахівців з фізичної терапії та ерготерапіїмає таке ж значення як і реабілітаційний компонент.Ефективним інструментом в підготовці майбутніх фізичних терапевтів, ерготерапевтів, зокрема в навчанні реалізації санітарно-освітнього компоненту є використання цифрових технологій[2].

Окреслимо можливі шляхи використання цифрових технологій в підготовці фізичних терапевтів, ерготерапевтів щодо реалізації санітарно-освітнього компоненту:

– отримання необхідних інформаційних повідомлень про здоровий спосіб життя через мережу Інтернет;

– створення мультимедійних презентацій здоров'яформуючоїтематики;

– перегляд відео роликів оздоровчої тематики на сайтах мережі Інтернет;

– спілкування в електронних соціальних мережах на тематику здорового способу життя;

– створення груп в соціальних мережах;

– створення блогівздоров'яформуючогоспрямування.

Фізичний терапевт, ерготерапевт мають активно й ефективно пропагувати й навчати основам ведення здорового способу життя як серед реабілітантів, так і серед його близького оточення.Використання мультимедійних та веб-технологій в навчально-виховному процесі є досить перспективним інноваційним напрямом розвитку сучасної професійної освіти, оскільки має високий педагогічний потенціал як засіб передачі досвіду від викладача до студента за рахунок розширення каналів сприймання необхідного навчального контенту.

Література

1. Основи фізичної реабілітації: Навчальний посібник / За заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. – Тернопіль: ТНПУ, 2010. – 234 с.

2. Chou W. S.Web 2.0 for health promotion : Reviewing the current evidence / W. S. Chou, A. Prestin, C. Lyons, K. Wen // American Journal of Public Health. – 2013. – Vol.103 (1). – P. 9–18.

Н.И. Ястремская, магистрант

Учреждение образования «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ПЛАВАНИЯ НА УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНИКОВ 5-7 КЛАССОВ

Влияние негативных факторов окружающей среды на организм, чрезмерностью нагрузок учебной деятельности напряжение зрительных анализаторов увеличивающимся количеством гаджетов и малоподвижный образ жизни отрицательно влияют на здоровье подрастающего поколения [1]. Природные и антропогенные катаклизмы могут оказывать долговременное воздействие на здоровье человека, распространяясь на многие поколения [2].

По мнению многих авторов, занятие оздоровительным плаванием является эффективным средством повышения уровня здоровья, общего тонуса организма, улучшения физических кондиций и функционального состояния, что обусловлено его разносторонностью воздействий на организм [5,6]. В результате регулярных занятий плаванием увеличиваются аэробные возможности организма, происходят положительные изменения в сердечно–сосудистой и дыхательной системах, что позволяет расширять адаптационные возможности человека и повышать уровень резистентности к факторам окружающей среды [3]. Оздоровительная роль плавания по сравнению с другими видами физических упражнений заключается в разнообразном воздействии воды на организм человека, которое связано с физическими, термическими, химическими и механическими свойствами водной среды [4].

Плавание способствует выполнению большого количества двигательных действий. В оздоровительной физической культуре наиболее целесообразными считаются упражнения, выполняющиеся на протяжении длительного времени и задействующие большую группу мышц (около 2/3 от мышечной массы тела). Особая роль при использовании плавания с целью укрепления здоровья принадлежит аэробным упражнениям. Они обладают уникальной способностью повышать резервные возможности ключевых жизнеобеспечивающих систем. Характер и степень выраженности оздоровительных эффектов при занятии плаванием, делает занятия плаванием незаменимым средством оздоровительной физической культуры.

Цель исследования – коррекция уровня физического состояния школьников 5-7 классов в процессе занятий оздоровительным плаванием.

Педагогический эксперимент проводился на базе УО «Средняя школа №57 г. Гомеля» с сентября 2018 по июнь 2019 года у учащихся 5-7 классов. В процессе эксперимента уточнялись и корректировались фактический объем и интенсивность физических нагрузок оздоровительной направленности, осуществлялся педагогический анализ экспериментальных занятий. Оздоровительные занятия включали в себя упражнения циклического характера аэробной направленности: плавание в бассейне 3 раза в недельном цикле длительностью 1,5 часа. В общем, за

весь период исследования было проведено 108 занятий, во время которых дети проплывали в среднем 600 – 800 м.

Занятия по плаванию состояли из 3–х частей. Подготовительная часть (25-30 мин) проводилась в спортивном зале (при бассейне) и включала в себя, в основном, упражнения на гибкость, на развитие подвижности суставов, и средства ОФП. Основная часть (60-65 минут) проходила непосредственно на воде и включала как плавание разными стилями, так и подвижные игры в воде (эстафеты, игры с мячом). Заключительная часть занятия по плаванию представляла собой купание.

Особенностью плавания является удобство в дозировании нагрузки. Она варьируется дистанцией и скоростью ее преодоления. Все параметры нагрузки поддаются точной стандартизации, что дает возможность оценить степень функциональной напряженности органов и систем, обеспечивающих мышечную работу. Контроль нагрузки не требует специальных навыков и оборудования. Достаточно измерить частоту сердечных сокращений и соотнести рациональный объем, интенсивность мышечной работы с затратами организма на их обеспечение. Функциональное состояние организма оценивалось по следующим показателям: жизненная емкость легких, частота сердечных сокращений в покое, артериальное давление в покое. В результате работы нами были выявлены статистически достоверные различия в следующих показателях функционального состояния: жизненная емкость легких (1674,33±369,49 – 2045±300; $p<0,05$); частота сердечных сокращений (90,73±9,6 – 86,2±7,53; $p<0,05$); артериальное давление систолическое (105,11±12 – 101,4±10,02; $p<0,05$); артериальное давление диастолическое (63±6,03 – 60,67±5,98; $p<0,05$).

Рационально подобранная нагрузка позволила повысить адаптационные механизмы сердечно–сосудистой системы, что проявилось в экономичности сердечной деятельности в условиях мышечного покоя и повышении резервов, и привело к снижению ЧСС в покое. В процессе занятий плаванием уменьшилось общее периферическое сопротивление сосудов и, как следствие, произошло снижение артериального давления, что улучшает насосную функция сердца и сократительные свойства миокарда без существенных структурных изменений. Поскольку плотность воды затрудняет выполнение вдоха и выдоха, занятия плаванием укрепили аппарат внешнего дыхания, что проявилось в увеличении жизненной емкости легких (ЖЕЛ),

Исследуя уровень физического развития нами были использованы общепринятые, отражающие физическое развитие детей и подростков, такие как вес тела, длина тела, окружность грудной клетки (ОГК), кистевая динамометрия. Данный комплекс тестов достаточно полно характеризует физическое развитие исследуемого контингента [4]. По окончании эксперимента статистически достоверные различия были обнаружены в следующих контрольных испытаниях: рост (146,88±8,61–150, 18±8,9; $p<0,05$); вес (37,65±9,07 – 40,43±9,71; $p<0,05$); окружность

грудной клетки (73,67±6,09 – 75,73±6,07; p<0,05); кистевая динамометрия: правая рука (15,43±8,30 – 18,47±8,26; p<0,05) и левая рука соответственно (13,47±7,0 – 15,87±7,12; p<0,05). И если положительная динамика в показателях веса и длины тела, может быть обусловлена естественными процессами роста и развития тела ребенка, по изменения окружности грудной клетки и увеличение силовых способностей, по нашему мнению, является следствием рационального подбора средств и методов оздоровительной тренировки в плавании.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование дополнительных занятий плаванием позволило повысить уровень физического состояния основных жизнеобеспечивающих систем. Таким образом, предлагаемая методика, применяемая в форме внешкольных секционных занятий, является действенным средством, оказывающим положительное влияние на физическое состояние школьников.

Литература

1 Бондаренко, А.Е. Построение и содержание уроков физической культуры в зависимости от сезонных изменений физического состояния учащихся младших классов, проживающих на территории с повышенным радиационным фоном : дис. ... к-та пед. наук : 13.00.04 / А. Е. Бондаренко / Гомель, 1999. – 103 с.

2 Бондаренко, А.Е. Практические рекомендации по коррекции уровня физического развития школьников Гомельского региона / А. Е. Бондаренко, Т. А. Ворочай / Материалы Международной научно-методической заочной конференции, посвященной 70-летию кафедры физического воспитания и спорта УО «Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины» / под ред. К.К. Бондаренко; УО ГГУ им. Франциска Скорины 2017. – С. 31-35

3 Бондаренко, А.Е. Использование средств оздоровительной физической культуры для повышения подвижности поясничного отдела позвоночника / А. Е. Бондаренко, К. К. Бондаренко, Т. А. Ворочай // United-Journal. №25, 2019. – С. 10-14.

4 Бондаренко, А.Е. Взаимосвязь двигательной активности и физического состояния школьников 13-14 лет / А. Е. Бондаренко, Т. А. Ворочай, Е. А. Мочалова / Актуальні проблеми громадського здоров’я: матеріали IX Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Освіта і здоров'я» / відповід. ред. І. О. Калиниченко, наук. ред. М. О. Лянной. Т.2. – Суми : ФОП Цьома С. П. . – С.11-14.

5 Бондаренко, К.К. Контроль механизмов адаптации юных пловцов / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко, Е. Ю. Юминова, С. С. Волкова / Материалы докладов 51-ой Международной научно-технической конференции преподавателей и студентов : Сборник научных материалов. В 2-х томах. 2018. - С. 424-426.

6 Бондаренко, К.К. Контроль уровня работоспособности юных пловцов / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко / Физическая культура, спорт, наука и образование : Материалы II всероссийской научной конференции. Под редакцией С.С. Гуляевой, А.Ф. Сыроватской. 2018. - С. 65-68.

РОЗДІЛ 2
ОЗДОРОВЧІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, СПОРТУ ТА РЕКРЕАЦІЇ

А. Д. Антанюк, магистрант
Гомельский государственный университет им.Ф. Скорины

ТЕХНИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ЮНЫХ ФУТБОЛИСТОВ НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРОВОГО МЕТОДА

Постановка проблемы. Наметившаяся в последние годы устойчивая тенденция к ухудшению здоровья детей школьного возраста, диктует необходимость поиска теорий и механизмов, позволяющих изменить данную ситуацию. Так, в программе развития белорусского образования сегодня наиболее приоритетными являются задачи культивирования здорового образа жизни, направленные на оздоровление детей и подростков [6, с. 17]. Важным моментом эффективной формы работы с учащимися в Республике Беларусь стало использование шестого школьного дня, в ходе которого проводятся спортивные соревнования внутри школьной круглогодичной спартакиады, ежемесячные дни здоровья, спорта и туризма, физкультурные праздники, викторины, олимпиады и т.д. Содержание указанных мероприятий тесно связано с образовательным процессом по учебному предмету [7, с. 12]. С 1 сентября 2008 года в перечень физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий во всех общеобразовательных учреждениях Республики Беларусь был введен «урок футбола», который является комплексным физкультурно-спортивным мероприятием, направленным на популяризацию футбола как наиболее массового из четырех игровых видов спорта **[9].**

Футбол, как вид спорта для ребенка, имеет ряд преимуществ: повышение двигательной активности, общее укрепление организма,укреплению сердечно-сосудистой системы, улучшению координации движений, повышение скорости реакции, развитие скелетных мышц, повышение выносливости [1, с. 207].

Активное использование элементов футбола на уроках физической культуры школьников положительно сказывается и на психологическом развитии ребенка. Футбол развивает мышление, учит бороться, оценивать действия других игроков. Кроме этого футбол учит умению играть в команде, позволяя самостоятельно выстраивать отношения с соперниками и товарищами по команде. Таким образом, используя элементы футбола в физическом воспитании школьника, возможно развивать личные качества человека. Что же касается общепринятого мнения, что футбол — это травмоопасный вид спорта, эти опасения большей частью относятся к профессиональному спорту.

Футбол, как вид спорта для ребенка, имеет ряд преимуществ: повышение двигательной активности, общее укрепление организма,укреплению сердечно-сосудистой системы, улучшению координации движений, повышение скорости реакции, развитие скелетных мышц, повышение выносливости [1, с. 207].Футбол развивает мышление, учит бороться, оценивать действия других игроков. Кроме этого футбол учит умению играть в команде, позволяя самостоятельно выстраивать отношения с соперниками и товарищами по команде. Таким образом, используя элементы футбола в физическом воспитании школьника, возможно развивать личные качества человека.

Недостаточная физическая активность является одним из факторов риска, влияющая на снижение уровня физического и функционального здоровья [10, с. 32]. Использование игры в футбол как наиболее распространённого средства игровой деятельности благотворно влияет на состояние функциональных систем организма и, прежде всего, на развитие кардиореспираторной системы учащихся и повышение аэробной производительности [2, с. 228]. Использование средств физической культуры из арсенала футбола помогает развитию и анаэробной мощности, повышению скоростно-силового потенциала и развитию быстроты [3, с. 22]. Оздоровительная направленность игровых упражнений, связанная со спецификой игровой деятельности в футбол, способствует развитию ловкости и координации двигательной деятельности. Это отражается не только на развитии физических качеств, но и на способности в сложных игровых действиях выбирать наиболее правильное решение [4, с. 187].

Цельюисследования – разработка и научное обоснование методики технико–тактической подготовки футболистов 8–10 лет на основе использования игровых средств.

Изложение основного материала. Необходимым условием экономического и социального развития страны является высокий уровень здоровья нации, достижение которого связано с распространением физической культуры и спорта среди населения и, особенно среди детей и подростков.В воспитании подрастающего поколения занятия футболом являются средством развития и способом передачи основ здорового образа жизни. Это направление в учреждениях образования является перспективным потому, что футбол – это доступный и массовый вид спорта. Кроме того, в различных учебно–спортивных учреждениях проводится целенаправленное обучение и совершенствование подготовки юных футболистов на профессиональной основе. Каждый год любительские и профессиональные команды пополняются воспитанниками различных футбольных клубов и школ. Однако, несмотря на популярность игры, работу многочисленных учебно–спортивных учреждений и профессиональных клубов, качественная подготовленность всё ещё недостаточна.

Футбол перешел от интенсивного пути развития к экстенсивному. Его дальнейшее развитие предъявляет более высокие требования к уровню подготовленности спортсменов [44, с. 6 – 7; 45, с. 3; 77, с. 9 – 14].

Повышение уровня мастерства футболистов находится в прямой зависимости от методически обоснованного планирования и реализации

главных задач в детском и юношеском футболе. В старшем возрасте и в командах мастеров сложнее исправлять недостатки в технико–тактической подготовленности игроков, поэтому, чем эффективнее процесс обучения детей, подростков и юношей, тем вероятнее достижение высоких результатов.

Футбол – игра со сложной техникой движений и действий. Одной из важных задач игрока является умение обращаться с мячом ногами, в то время как большинство жизненно–бытовых действий выполняется руками. Этим и объясняется сложность обучения элементам футбола.В процессе освоения технико–тактических действий юный футболист должен решать двигательные задачи преимущественно в игровых условиях, всопряжении с развитием ориентировки, физических качеств и в условиях взаимодействия с партнерами и противодействия сопернику.

Первоочередными задачами на этапе начальной подготовки являются формирование устойчивой мотивации к занятиям футболом, обучение подвижным играм и основным технико–тактическим приемам, достижение положительной динамики показателей физического развития и физических качеств детей. Поэтому в учебно–тренировочном процессе весьма важна постановка конкретных задач обучения: умение играть в различные подвижные и спортивные игры; овладение основными техническими приемами футбола (ведение и передачи мяча, удар в ворота и др.); формирование основных физических качеств (быстрота, ловкость, выносливость, скоростно–силовые, гибкость и др.); развитие психических свойств и процессов личности (трудолюбие, внимание, память, реакции на летящий мяч, на действия соперников и партнеров); теоретическая подготовка (создание представления у детей об игре в футбол, об учебно–тренировочном процессе, о волевых качествах и др.).

В работе с юными футболистами групп начальной подготовки следует неуклонно и систематически применять доступные средства игрового содержания, использовать индивидуальный подход и, что особенно важно, объективно оценивать достижения занимающихся.На этом этапе исключается периодизация учебно–тренировочного процесса, а занятия проводятся как единый подготовительный период без специальной подготовки к соревновательным играм (продолжение учебного процесса).При обучении основам технико–тактических действий необходимо руководствоваться методикой последовательного их формирования. Прежде всего, это ознакомление юных футболистов с приёмами игры, их разучивание и начальное совершенствование при использовании методических принципов «от главного – к второстепенному», «от простого – к сложному», «от известного – к неизвестному» и игровых соревновательных упражнений [202, с. 50].

Организационные задачи сопряжены с задачами обучения и включают в себя на данном этапе комплектование учебных групп; овладение умением играть в подвижные игры, мини–футбол; соревнования в упражнениях с мячом; участие в эстафетах; освоение основных технико–тактических действий. Все это позволяет повысить уровень как технико–тактической, игровой, так и физической подготовленности ребят, а также их функциональные возможности.

Не менее важными частными задачами в учебно–тренировочном процессе являются улучшение организации самой тренировки, созданиединамики выполнения технико–тактических упражнений при творческом подходе к методике реализации применяемых средств. В занятиях, как отмечает В.Л. Решитько [16], большинство тренеров упускают главные детали обучения технико–тактическим действиям, а именно: выполнение приемов не на месте, а в движении, по возможности в прыжках, при пассивном и активном сопротивлении соперника для закрепления разученных действий в игровых условиях [12, с. 2–4].

Изучая научно–методическую литературу по проблеме исследования, Губа В.П. отмечает: «чем выше техника владения мячом и разнообразнее технические действия, тем шире возможности футболистов в осуществлении различного рода тактических планов и комбинаций, используемых в игре для достижения поставленной цели» [10, с. 43]. Для молодого футболиста подход к овладению техникой должен содержать следующие этапы:

1. Знакомство с дриблингом, начало скоростной работы.
2. Изучение основных финтов, постоянная работа с мячом в движении.
3. Закрепление навыков дриблинга.

С юношеского возраста во время тренировок закладываются все данные, необходимые для профессиональной карьеры игрока. До 13 лет в учебно– тренировочном процессе упор делается на развитие быстроты, скоростного потенциала игроков, и особое внимание уделяется развитию мышечного комплекса занимающихся.

По психологическому содержанию совершенствование техники заключается в развитии способности управления своими движениями при активном участии сознания, недостаточная связь сознания и мышечно–суставного чувства может быть помехой в достижении результата, поэтому необходимо юных футболистов обеспечить полной информацией о ходе и результатах двигательных действий. При формировании двигательного навыка у детей создается двигательном представление о техническом приёме и его элементах. При изучении любого технического приёма в учебно– тренировочном процессе используют рассказ, показ и практическое опробование разучиваемого двигательного действия. Во время рассказа необходимо точно описать приём, сообщить значение и место данного приёма в игре, объяснить основы техники выполнения, при этом рассказ должен быть кратким, чётким, образным.При показе желательно воспроизвести пространственно–временные и силовые характеристики движения, сопровождая пояснением, с целью усиления и углубления восприятия.При попытке воспроизведения изучаемого действия используется метод практического упражнения, в постоянных и упрощенных условиях, в основном в футболе используют метод целостного упражнения, черезведущую ногу и в удобную для игрока сторону. Разучивание двигательного действия по частям в футболе часто приводит к искажению его биомеханической структуры.

*Выводыи перспективы дальнейших исследований.*Изучение отечественных и зарубежных исследований, посвященных проблемам модернизации учебно–тренировочного процесса в футболе, позволяет сделать заключение о необходимости разработки современных методик обучения, направленных на увеличение «двигательного фонда» детей средствами игрового содержания и, как следствие, решение задач технико–тактической и физической подготовленности. Эффективность обучения футболистов в группах начальной подготовки зависит от соотношения игровых средств и последовательности их применения в различных частях учебно–тренировочного занятия.

Литература

1. Профилактика деформация свободов стопы у детей среднего школьного возраста средствами физического воспитания: монография / Г.И.Нарскин, С.В.Шеренда. – Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2000. – 92 с.
2. Шеренда, С.В. Спортивные игры. Футбол : практическое пособие для студентов ВУЗов / С.В. Шеренда, К.К. Бондаренко, В.П. Астахов. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2006. – 34 с..
3. Шеренда, С.В. Подвижные игры : практическое пособие по разделу «Гандбол» для студентов ВУЗов / С.В. Шеренда, А.П. Маджаров, С.Н. Кулешов. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2007. – 78 с.
4. Шеренда, С.В. Обучение основам техники нападения игры в баскетбол : практическое пособие для студентов специальности «Физическая культура» / С.В. Шеренда, С.Н. Кулешов, А.П. Маджаров. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2008. – 99 с.
5. Шеренда С.В. Динамика скоростно-силовых показателей юных легкоатлетов на этапе начальной подготовки / С.В. Шеренда, Е.П. Врублевский, Г.И. Нарскин // Стратегічнеуправліннярозвиткомфізичноїкультури і спорту: збірникнауковихпраць / Харківськадержавнаакадеміяфізичноїкультури. – Харків: ХДАФК, 2018. – С. 60-64.
6. Шеренда С.В Анализ общей физической подготовленности подготовленности хоккеистов 11-12 лет в подготовительном периодегодичногомакроцикла / С.В. Шеренда, С.В. Севдалев, Е.П. Врублевский // Игровые виды спорта: актуальные вопросы теории и практики, посвящённой памяти ректора ВГИФК В.И. Сысоева: сб. науч. статей 1-й Межд. науч.-практ. конф. — Воронеж : Научная книга, 2018. С. 69-72.

Е. К. Бондаренко, магистрант
Веронскийуниверситет, Италия;
А. Е. Бондаренко, к.п.н., доцент;
К. К. Бондаренко, к.п.н., доцент
«ГомельскийгосударственныйУниверситет имени Франциска Скорины»

ВЛИЯНИЕ КИНЕМАТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДВИЖЕНИЯ ВО ФЛОРБОЛЕ НА РИСК ТРАВМАТИЗМА КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Игроваядеятельность во флорболе характеризуетсяжесткимиприземлениями на опору с небольшимсгибанием

колена, создающаявысокуювертикальную силу реакцииопоры, связанную с повышенным риском травмыпереднейкрестообразнойсвязки. Интенсивностьпередвижений на жесткой опоре при игре во флорбол предполагаетсозданиебольшойнагрузки на суставынижнихконечностей. Условияигрыпредполагаютналичиепозыфлорболиста, так называемой «посадки», с напряженимскелетнихмышц, обеспечивающихположениезвеньевтела спортсмена, сопоставимые с положениемпозыигрока в хокей[6].

Структурапередвиженийфлорболистаопределяетсяформированиемм еханизмовадаптациискелетнихмышц к условиямигровойдеятельности [4],чтопредполагаеторганизациютренировочногопроцессаспортсменов с учетомфункціональногосостояниясклетнихмышц [1,5].Биомеханическаяоценкадвиженияпозволяетопределитьработоспособн остьскелетнихмышц и рациональноеположениесуставов в процес сеигровойдеятельности.
Недостаточноевниманиебиомеханикидвиженийигрокаможет привести к травмированиюскелетныхмышц и связок, окружающихсустав [2,9].

Наиболеераспространённой и тяжелойтравмой колена во флорболе является травма переднейкрестообразнойсвязки. Наряду с тем, чтосуществуютэффективныесредствафизическойкультуры по снижению риска травм переднейкрестообразнойсвязки, частота таких травм, особенносредимолодыхспортсменов, постоянноувеличивается [3].

Для предотвращениятравматизмакрестообразныхсвятокне обходимопониманиеёё причин. В несколькихисследованияхбылапредпринятапопуткаизучениябиомеханичес кихфакторов риска травматизмаколенныхсуставов, определяемыепроприоцепциейположения и характером жесткоговзаимодействия с опорой при неправильномположениисуставовотносительно друг друга [7]. Однако, результатыэтихисследований не отражаютпричинытравматизма в биокинематической цепи бедро-голень-стопа, с напряженностьюположений в коленном и голеностопномсуставах[8].

Неправильноеположение ноги в коленномсуставеведёт к напряжениюсуставно-связочногоаппаратанижнихконечностей в результате жесткоговоздействиявертикальнойсоставляющей сил реакцииопоры и повышает риск травматизмапереднейкрестообразнойсвязки.

Цель нашейработы явилось определениевзаимосвязикинематическихположенийсагиттальнойплоскост ибедра, колена и голеностопногосустава и риском возникновениятравмыпереднейкрестообразнойсвязки у игроков во флорбол.

Нами былипроанализированыбиомеханическиепараметрысгибаниябедра и голеностопногосустава при начальном контакте с опорой, диапазоныдвиженияебедра и голеностопногосустава, а также, пиковыемоментывнешнегосгибания колена и бедра.

В течениеигровогосезона проводилась видеосъёмкадвиженийпрофессиональныхигроков во флорбол

чемпионатаИталии.Анализпровалисьположения в суставахнижнихконечностей по 946видеограммам движений на опоре в положении «посадки», с помощьюпрограмногообеспечения «KinoVea». Фаза «посадки» фиксировалась в момент, когда сила реакцииопоры, определяемаяпосредствомпрограммногообеспечения «PhysicalToolKit», превышала 20 Н.

Оценкаположениязвеньевтела спортсмена при «посадке» на опоре при отклонении от диапазонанормы при меньшимсгибаниемибедра и большимпиковым моментом сгибания колена во внешнемположении, позволила выявить одну из причин увеличения риска травмыпереднейкрестообразнойсвязки. При болемвысокомсгибаниисуставанижнейконечности во время «посадки», происходитболеевысокоепоглощениеэнергии в скелетныхмышцах и уменьшается передача энергиипассивнымэлементамколенногосустава. Ограниченноедвижениесагиттальнойплоскоститакжеможетбытьсвязано с повышеннойнагрузкой на фронтальнуюплоскостьбиокинематической цепи. Отклонение от оптимального диапазона в момент постановки на опору приводит к пиковомунапряжениючетырехглавоймышцыбедра, чтозначительноувеличивает риск травмыпереднейкрестообразнойсвязки. Из 946видеограмм начального контакта с опорой нами зафиксировано 74 критическихположения в коленномсуставе, изкоторых 19 привели к травмепереднейкрестообразнойсвязкиразнойстепенитяжести, чтосоставило 26%.

Нами выявлено, чтонедостаточноесгибаниебедра и большеесгибание-разгибаниебедра в коленномсуставе в пиковыемоментынапряжения постановки на опору, связаны с повышенным риском травмыпереднейкрестообразнойсвязки у флорболистов. При приземлении на опору с меньшим, либо большимугломсгибаниембедра в коленномсуставеотносительно оптимального диапазонаимеетсяповышенный риск травмыпереднейкрестообразнойсвязки. Этодоказывает, чтодвижение в сагиттальнойплоскостибедра и колена оказываютвлияние на риск травмыпереднейкрестообразнойсвязки.Чрезмерноедвижениебедра во фронтальнойплоскостиилипоперечнойплоскостиспособствуетвальгусному движениюколенногосустава и, соответственно, к высокойнагрузке на колено.

Литература

1. Бобарико Р.И. Подготовкавратарей в хоккее на льду с учетоманализафункциональногосостояниясклетныхмышц / Р. И. Бобарико, К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко / Актуальныепроблемы в областифизическойкультуры и спорта. МатериалыВсероссийскойнаучно-практическойконференции с международнымучастием, посвященной 85-летию ФГБУ СПбНИИФК (27-28 сентября 2018 года). В 2 т., т.1. – СПб: ФГБУ СПбНИИФК, 2018. – С. 10-13.

2. Болотов Д. А. Травмыколенногосустава в баскетболе и других видах спорта. «Колено прыгуна» / Д. А. Болотов, Д. В. Матвеев // Мануальный терапевт. 2010. № 4. - С. 59–69.

3. Бондаренко К. К. Адекватностьфизическойнагрузкивратарей в хоккее на льду на основебиомеханическогоанализаскелетныхмышц / К. К. Бондаренко, С. В. Шилько,

Р. И. Бобарико, В. В. Магдеев /Игровыевидыспорта: актуальныевопросытеории и практики [Текст] : сборникнаучных статей 1-й Международнойнаучно-практическойконференции, посвященнойпамяти ректора ВГИФК Владимира ИвановичаСысоева / редкол.: А. В. Сысоев [и др.]. — Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2018. — С. 381-385.

4. Бондаренко К. К. Эффективностьуправляющих систем организмахоккеистов при адаптации к мышечнойдеятельности / К. К. Бондаренко, А. С. Малиновский // ИзвестияГомельскогогосударственногоуниверситетаимени Франциска Скорины. – Гомель: ГГУ, 2005. – № 4(31). – С. 102-107.

5. Бондаренко К. К. Индивидуально-типологическиеособенностиэнергетическогообеспеченияядвигательнойдеятельностихоккеистов / К. К. Бондаренко, А. С. Малиновский // ИзвестияГомельскогогосударственногоуниверситетаимени Франциска Скорины. – Гомель: ГГУ, 2003. – № 4(19). – С. 114-123.

6. Бондаренко К.К. Кинематическиепараметрыположенияколенногосустава при скольжении на лезвииконька / К.К. Бондаренко / Современныетехнологиифизическоговоспитания и спорта в практикедеятельностифизкультурно-спортивныхорганизаций: сборникнаучныхтрудовВсероссийскойнаучно-практическойконференции и Всероссийскогоконкурсанаучныхработ в областифизическойкультуры, спорта и безопасностижизнедеятельности / Подобщ. ред. доц. А.А. Шахова – Елец: ФГБОУ ВО «Елецкийгосударственныйуниверситетим. И.А. Бунина», 2019. – С. 231-234.

7. Бондаренко К.К.Определениепроприоцептивностисуставныхположенийнижнихконечностейхоккеистов / К. К. Бондаренко, Р. И. Бобарико / Современныепроблемыфизическойкультуры, спорта и молодежи Материалы V региональнойнаучнойконференциимолодыхученых. Подредакцией А.Ф. Сыроватской. 2019. - С. 65-68.

8. Бондаренко К. К. Рациональностьпередвиженийхоккеистов в зависимости от проприоцепцииколенныхсуставов / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко / Инновационныетехнологии в спорте и физическомвоспитанииподрастающегопоколения : Материалы IX Всероссийскойнаучно-практическойконференции. М.: Изд-во «Первый том», 2019 –501-504

9. Гиршин С.Г. Коленныйсустав (повреждения и болевыесиндромы) / С.Г. Гиршин, Г.Д. Лазишвили. М.: НЦССХ им. А.М. Бакулева РАМН, 2007. - 352 с.

Василенко М.В., студент групи 601ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.,
в.о. завідувача кафедри фізичної культури та спорту
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧА ДІЯЛЬНІСТЬВ ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

Сучасне суспільство вибудовує таке життя, яке за характером праці й способом буття людини, позбавляє її оптимальної рухової активності. 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 рухової активності 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 навчальною програмою з фізичного виховання для закладів загальної середньої освіти 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, форми позакласної та позашкільної спортивно-масової роботи, самостійні заняття учнів фізичними вправами вдома.

Фізкультурно-оздоровча діяльність в школі є невід'ємною складовою педагогічного процесу фізичного виховання. Виконання фізичних вправ із метою підвищення здоров'я підпорядковується певним закономірностям і принципам. Для покращення й збереження високого рівня здоров'я потрібне постійне та достатнє фізичне навантаження.

Як засвідчує аналіз наукових праць (О. І. Бичук, Т. Ю. Круцевич, В.Н. Платонов), основними формами фізкультурно-оздоровчої діяльності в закладах загальної середньої освіти є: гімнастика, фізкультурні хвилинки, фізкультурні паузи, рухливі ігри, флеш-моби, фізичні вправи на перервах, масові спортивні змагання [1; 2; 3]. Їх використовують як елементи раціональної організації фізичного виховання учнів.

Система фізкультурно-оздоровчих занять в школі здійснюється безпосередньо під керівництвом учителя фізичної культури.

Основними завданнями фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі навчального дня в школі є:

– активізація рухової активності 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 свідомого відношення до спорту та фізичної культури.

Педагогічними умовами організації фізкультурно-оздоровчої діяльності в закладах загальної середньої освіти є [1, с. 73-74]:

1) забезпечення відповідного санітарно-гігієнічного стану місця, де проводяться фізкультурно-оздоровчі заходи (приміщеня);

2) залучення педагогічного колективу школи й фізкультурного активу;

3) урахування фізіологічних закономірностей переходу від навчальних занять до виконання фізичних вправ із наступним поверненням до навчальної діяльності;

4) послідовне виконання фізичнихвправ відповідно до завдань і методичних правил кожної форми занять;

5) показ фізичних вправ, лаконічність і чіткість їх пояснення з використанням доступної для учнів термінології;

6) оптимальна рухова активність при помірному фізичному й психічному навантаженні, що забезпечує тонізуючий вплив на організм;

7) підтримання постійного інтересу учнів до занять фізичним вихованням через новизну та емоційність виконання фізичних вправ.

Основними засобами проведення фізкультурно-оздоровчої діяльності в школі 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 учнів.

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.

Ранкову гімнастику як одну з форм фізкультурно-оздоровчої діяльності проводять до уроків 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, 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 – це активний відпочинок, який проводиться на 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 під час фізкультурних хвилин виконують сидячи або стоячи біля столу чи парти. 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.

У дітей шкільного віку довільна рухова активність займає лише 15-18 % доби. Саме тому проведення фізкультурних пауз таке необхідне. Фізкультурні паузи проводять у групах продовженого дня й удома під час виконання 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 є також однією з форм фізкультурно-оздоровчої діяльності в школі. 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.

Отже, до основних форм фізкультурно-оздоровчої роботи в режимі навчального дня закладів загальної середньої освіти відносять ранкову гімнастику, фізкультурні хвилинки, 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. Луцьк : Надстир'я, 1997. 144 с.

2. Круцевич Т. Ю., Петровський В.В. Физическоевоспитаниекаксоциальноеявление. *Наука в олимпийском спорте*. 2001. № 3. С. 3-15.

3. Платонов В. Н. Современноесостояниемассовойфизическойкультуры и спортавысшихдостижений и направления перестройки физкультурногообразования. *Актуальныепроблемытеориифизическойкультуры и теорииспорта в свете задач*

перестройки высшего и среднегоспециальногообразования : сб. науч. тр. К. : КГИФК, 1990. С. 4-46.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
Д. І. Коробков, студент магістратури
спеціальності «Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОРГАНІЗАЦІЇ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Поняття «здоров'язберігаючі технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності закладу освіти щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я студентів. Здоров'язберігаючі освітні технології поділяють на три групи: організаційно-педагогічні (визначають структуру навчального процесу, яка сприяє запобіганню станів перевтомлення, гіподинамії тощо); психолого-педагогічні (пов'язані з безпосередньою роботою вчителя на уроці); навчально-виховні (програми з формування культури здоров'я, навчання навичок здорового способу життя, профілактики шкідливих звичок, захворювань, позакласні заходи, робота з батьками) [1, 4].

Мета здоров'язбережувальних освітніх технологій – забезпечення умов фізичного, психічного, соціального та духовного комфорту, що сприяють продуктивній навчально-пізнавальний і практичній діяльності учасників освітнього процесу, заснованій на науковій організації праці та культури здорового способу життя особистості. Основні здоров'язбережувальні компоненти – це :

– 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) [2,4];

– 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) [3].

У здоров'язберігаючих освітніх технологіях застосовуються дві групи методів: специфічні (притаманні тільки процесові педагогіки) та загально-педагогічні (застосовуються в усіх випадках навчання та виховання). Серед специфічних методів на основі існуючої педагогічної практики можна виокремити такі: оповідання, дидактичне оповідання, лекція, демонстрація, ілюстрація, відеометод, вправи, практичний метод, ситуативний метод, ігровий метод, активні методи навчання та ін. [1, 3].

У структурі методу виокремлюють певні прийоми як його складові та окремі етапи під час реалізації. Прийоми традиційно науковці класифікують так: профілактично-захисні (особиста гігієна та гігієна навчання); компенсаторно-нейтралізуючі (оздоровча, дихальна, коригуючи гімнастики; масаж психогімнастика та ін.); стимулюючі (елементи загартування, фізичні навантаження, прийоми психотерапії та фітотерапії); інформаційно-навчальні [4]. Всі ці методи та прийоми можуть бути застосовані для студентів спеціальних медичних груп.

Аналіз даних літератури щодоздоров'язберігаючої діяльності навчальних закладів України дозволив нам виділити такі основні форми та види робіт:

- корекцію порушень соматичного здоров'я з використанням комплексу оздоровчих та медичних заходів без відриву від освітнього процесу;
- різноманітні форми організації освітнього процесу з урахуванням їх психологічного та фізіологічного впливу на студентів;
- контроль за виконанням санітарно-гігієнічних норм організації навчально-виховного процесу;
- нормування навчального навантаження та профілактику перевтоми студентів;
- медико-психолого-педагогічний моніторинг стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку студентів;
- діяльність служби психологічної допомоги у подоланні стресів, стану тривоги;
- раціональна організація роботи спеціальних медичних груп;
- заходи, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я викладачів та студентів, створення умов для їх гармонійного розвитку [2, 4].

Література

1. Ващенко О. Здоров`язберігаючітехнології в загальноосвітніх навчальних закладах / О. Ващенко, С. Свириденко. // Директор школи. – 2006. – № 20. – С. 12–15.

2. Дубогай О.Д. Методика фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Серія "Педагогіка, соціальна робота". Випуск 33. // О.Д.Дубогай, А.В.Цьось, М.В.Євтушок. – Луцьк: Східно-європ. нац.ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – 276 с.

3. Кузнєцова О. Т. Оздоровчітехнології у фізичномувихованністудентів : теорія, методика, практика : монографія. - Рівне, 2018. - 416 с.

4. Присяжнюк С. І. Використання здоров'язбережувальнихтехнологій у фізичномувихованністудентівспеціальногомедичноговідділення. Теорія та практика: [монографія] / С. І. Присяжнюк. – К.: ЦП «КОМПРИНТ», 2012. – 464 с.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
А. В. Логвиненко, студент магістратури
спеціальності «Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ВАДАМИ СЛУХУ

Втрата слуху спричиняє виникнення у дітей різних відхилень у психічному та фізичному розвитку. Порушення слуху негативно позначається не тільки на формуванні та функціонуванні моторно-рухової сфери слабочуючих учнів, а й на розвитку їх організму в цілому. Особливості розвитку рухової сфери слабочуючих дітей зумовлені трьома основними факторами: порушенням слуху, зміною діяльності деяких функціональних систем, недостатнім розвитком мовлення.

Аналіз літератури у розрізі теми показав, що фізичний розвиток глухих дітей має деяку своєрідність, причинами якого є перенесені дитиною захворювання, соматичне ослаблення. У цих дітей відзначаються більш низькі в порівнянні з дітьми, що чують, показники росту, маси тіла, окружності грудної клітки, м'язова слабкість, зниження тонусу м'язів, вегетативні розлади. У дітей із дефектами слуху зменшена м'язова рецепція, що призводить до сповільненого розвитку швидкісно-силових якостей, точності рухів. У групі дітей з порушеннями слуху відзначаються великі індивідуальні розходження усередині однієї вікової групи. Разом з тим, у фізичному і моторному розвитку таких відзначають відзначаються тенденції, характерні для здорових дітей [3].

Однією з причин недостатнього фізичного розвитку слабочуючих є порушення постави. У глухих дітей частіше, ніж у здорових, зустрічаються сколіотична постава, плоска спина, сутулість і плоскостопість. У глухих дітей молодшого шкільного віку встановлено вірогідне зниження показників фізичної працездатності порівняно зі здоровими однолітками. У слабочуючих і глухих дітей з рано придбаними чи уродженими недоліками слуху статичні й локомоторні функції відстають у своєму розвитку. На першому році життя в глухих дітей відзначається відставання у часі утримання голови, оволодіння ходьбою. Діти з вадами слуху часто не володіють тим руховим досвідом, що є у здорових однолітків.

Сформовані рухи характеризуються порушенням координації, орієнтування в просторі, острахом висоти, сповільненістю і скутістю. Найбільша своєрідність у розвитку рухових якостей у дошкільників з порушеннями слуху відзначається в рівнях швидкісних якостей та рівноваги. Слабочуючі діти трирічного віку не виконують завдання на

збереження статичної рівноваги, з якими справляються однолітки, що чують. Хоча в дошкільному віці у дітей з порушеннями слуху починається процес поліпшення стану рівноваги, різких змін не відбувається [1].

Глухі діти за показниками якості рівноваги поступаються не тільки чуючим, але і сліпим, слабозорим і розумово відсталим дітям [2]. Багатьом слабочуючим і глухим дітям притаманні порушення дрібної моторики, що відбивається надалі на формуванні різних видів дитячої діяльності. При виконанні багатьох рухів, у тому числі і побутових, діти з вадами слуху створюють зайвий шум, неритмічні й уповільнені рухи. Це виявляється в хибкій ході, човганні ногами, некоординованих і неспритних рухах. Спостерігається асиметрія кроків, похитування корпусу, підвищена різкість рухів. Відсутність вербального спілкування в процесі формування рухів також є однією з причин, що знижують якість рухів. Серед дітей з порушеннями слуху виділяються ті, у кого є залишкові явища ДЦП, що зв'язано з паралічами і парезами тулуба, різко обмежуючи пересування дітей у просторі.

Порушення в руховій сфері глухих дітей обумовлені загальними причинами: структурою слухового дефекту, недостатністю мовної функції, скороченим об’ємом інформації, станом рухового аналізатора, ступенем функціональної активності вестибулярного аналізатора [2]. Дана сукупність причин досить яскраво відображається на координаційних здібностях, оскільки вони реалізуються на дефектній основі сенсорних систем, що беруть участь у керуванні рухами. Тому специфічні координаційні здібності у дітей із тяжкими порушеннями слуху, такі як здатність орієнтуватися в просторі, здатність до диференціювання параметрів рухів, до рівноваги, ритму, вестибулярної стійкості, проходять процес формування та становлення більш складно та тривало, ніж у дітей із нормальним слухом.

Втрата слуху у дітей супроводжується дисгармонійним фізичним розвитком. Супутні захворювання спостерігаються у 70% глухих дітей. Найбільш поширеними є захворювання дихальної системи: ГРЗ, бронхіти, пневмонії, а також затримка психічного розвитку, відхилення в розвитку інтелекту, вегетативно-соматичні розлади.

У дітей з порушенням слуху виявляється затримка розвитку локомоторних статичних функцій, що, у свою чергу, має вплив на формування міжаналізаторних зв'язків, звужує найближчий простір. Затримка в розвитку прямостояння призводить до порушення орієнтації в просторі й в предметному світі. У глухих дітей спостерігається сплутування окремих дактилів, запізнюється або порушується формування відповідних рухів, мають місце труднощі координації пальців рук [4].

Слуховий аналізатор має суттєве значення в руховій діяльності людини. Зокрема, важливе значення належить слуховому аналізатору в аналізі окремих характеристик руху (частоти, тривалість його фаз). Дефіцит слухової інформації у глухих дітей супроводжується погіршенням сприйняття просторових характеристик.Відставання в сенсорному розвитку глухих дітей пов'язане з вторинними дефектами: недорозвиненням наочної діяльності, відставанням у розвитку спілкування з дорослими, як мовного, так і невербального. Цим дітям не доступні

самостійний аналіз ситуації, виділення істотних для виконання даною діяльністю властивостей і стосунків об'єктів.

Обмежений обсяг інформації при порушенні одного або декількох аналізаторів створює незвичайні умови розвитку психіки дитини. Виключення або зниження діяльності органів слуху як результат уродженої або набутої у ранньому дитинстві глухоти або приглухуватості позбавляє дитину одного з найважливіших джерел інформації, видозмінює її пізнавальну діяльність. Порушення слуху негативно впливає і на формування особистості дитини, яке проходить в особливих умовах.

Отже, діти з вадами слуху відстають від здорових однолітків за показниками фізичного розвитку й фізичної підготовленості, координаційних здібностей. Вади слуху ускладнюють спілкування, умови соціальної адаптації та навчання.

Література

1. Байкіна Н. Г. Індивідуальні методики адаптивної фізичної культури для осіб із сенсорними порушеннями : навчальний посібник / Н. Г. Байкіна, І. М. Бабій, М. С. Бесарабов та ін. – Запоріжжя : Запорізький національний університет. – 2014. – 699 с.
2. Колишкін О. В. Адаптивне фізичне виховання слабочуючих учнів спеціальної школи : наук. вид. / О. В. Колишкін. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2003. – 156 с.
3. Мутьєв А.В. Розвиток рухової сфери глухих школярів засобами спортивних єдиноборств: автореф. дис.... кан.пед.наук / А.В.Мут'єв. – Одеса, 2003. – 16 с.
4. Яримбаш К. С. Педагогічні основи корекції рухової сфери слабозорих підлітків засобами плавання: автореф. дис. … канд. пед. наук / К. С. Яримбаш. – К., 2005. – С. 5–6.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
О. С. Печарський, студент магістратури
спеціальності «Фізична культура і спорт»
Полтавський національний технічний університет
імені Юрія Кондратюка

ЗНАЧЕННЯ ВІДПОЧИНКУ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ

Відпочинок дає змогу здійснити людині одну з фундаментальних своїх потреб в релаксації, розслабленні, переключенні зусиль і уваги з одного предмета на інший. Потреба у відпочинкові зумовлена в першу чергу біологічною природою людського організму, його фізіологією, а також різного роду психологічними та соціальними навантаженнями [1]. Потреба людини у відпочинкові невіддільна від його протилежної потреби − активності. У діяльності людей ці потреби реалізуються в ритмічному чергуванні активності та розслаблення, неспання та сну. Отже, в бюджеті добового часу людини обов'язково повинен бути період для фізіологічного відпочинку, пов'язаного з повним розслабленням. Це

непорушна умова відновлення сил, ліквідації стомлення, недопущення глибокої втоми [2].

Фізіологічний відпочинок стає засобом відтворення життєвих функцій людини, займаючи вільний від роботи час. Цей різновид відпочинку, як і ряд інших первинних потреб, створюють умови для відтворення людської активності, тому вони не зв'язуються з дозвіллям. Інша справа, що втомлена людина може вдень витратити частину вільного часу на пасивний відпочинок (дрімота, релаксація) [3].

Поняття відпочинку набагато ширше за його фізіологічну основу, пов'язану з пасивною релаксацією. Відпочинок може бути реалізований через активні форми дозвілля, що пов'язані з актуалізацією соціальних і культурних ресурсів людини. Наприклад, ефективний активний відпочинок − заняття фізичними вправами, а також улюбленою справою, особливо в тому випадку, якщо вони насичені творчими елементами. Подібний відпочинок і відновні процеси надають людині можливість вибору різних занять у вільний час, включаючи і ті, які носять яскраво виражений соціокультурний характер, наприклад, направлені на спілкування з іншими людьми, власний духовний розвиток, розкриття творчих можливостей, на заняття улюбленою справою (хобі) або фізичними вправами.

Активний відпочинок проходить в інших формах, ніж відпочинок в стані сну і неробства, він супроводжується швидким і глибоким відновленням сил, його наслідки конструктивні і набувають стійкішого характеру. Для такого відпочинку, як правило, використовуються неробочі дні тижня, а також час відпустки. В період короткого або тривалого відпочинку, коли людина варіює вибір різних занять відповідно до своїх переваг, відбувається його ефективне оздоровлення, відновлюється працездатність. Таким чином, відпочинок в цілому має складну будову, впливаючи на різні − біофізіологічні, психологічні, соціокультурні − аспекти структури особи. Відпочинок лише частково перетинається з вільним часом або дозвіллям людини, виходячи в цілому за їх рамки [4].

У широкому сенсі феномен відпочинку зближується з явищем рекреації. Під рекреацією розуміють біологічну активність людини, яка спрямована на відновлення фізіологічного, фізичного потенціалу, на оздоровлення душевних і духовних сил, які ослабляються в процесі роботи, одноманітних занять або хвороби. Рекреація трактується як цілісне фізичне і соціально-культурне оздоровлення.

Рекреаційна активність людини відповідає, по-перше, її потребам та інтересам, по-друге, традиціям його рідної культури, по-третє, поведінковим і оцінним стандартам найближчого соціального оточення. Рекреаційна активність окремої людини складається з добових, тижневих, річних і життєвих циклів. На кожному етапі життя людини вони утворюють складну мережу різноманітних передумов і мотивацій, які визначають характер, спрямованість і ефективність рекреаційної активності. Ця активність вважається результативною, якщо у результаті виникають відновні рекреаційні ефекти [2].

Рекреаційний ефект виявляється в тому, що людина відчуває бадьорість і задоволення від проведеного відпочинку, оскільки її організм

досяг необхідного рівня енергообміну з середовищем в результаті фізіологічного і психологічного оздоровлення, досягнення душевної рівноваги. Людина, що переживає рекреаційний ефект, знаходиться в стані психофізіологічного комфорту, у неї з'являється відчуття збалансованості емоційних і соціокультурних самооцінок, вона готова до нових навантажень. Сприятливі емоції і висока самооцінка засновані не тільки на внутрішніх відчуттях, але і на розумінні людиною важливості суспільних стандартів праці і відпочинку.

Фізична рекреація тісно пов'язана з культурним дозвіллям, що виступає доцільно організованою і змістовно наповненою активністю великих груп людей або конкретної людини у вільний час, яке розвивається на базі людської потреби в зміні характеру діяльності, а також з цілями рекреації і соціально-культурного розвитку. Форми і види цієї діяльності людина вибирає самостійно, зважаючи на індивідуальні переваги, можливості, рівень культурного розвитку, а також з урахуванням традицій, моди, впливу оточення. Приватним моментом культурного дозвілля, його проявом і своєрідною одиницею вимірювання служить дозвільне заняття, яке припускає залученість людини або багатьох людей в конкретний цілісний процес. Цей процес може бути обмежений за часом від декількох хвилин (наприклад, прослуховування музичного звукозапису, участь в настільній грі) до декількох днів або тижнів (участь в туристському поході, святковому марафоні). Кожне заняття має свій темп і ритм, які задаються суб'єктами цієї активності, підпорядковані особливостям їх психології і духовним запитам.

Отже, відпочинок сучасної людини має обов'язково включати фізичну рекреацію, що урізноманітнює її культурне дозвілля та позитивно впливає на психофізичний стан.

Література

1. Кірсанов В. В. Рекреаційні вимоги до організації спортивного дозвілля / В. В. Кірсанов // Вісник КНУКіМ. Серія : Педагогіка. – 2001. – № 3. – С. 26–2. Пангелов С. Б. Формування передумов виникнення фізичної рекреації як форми дозвілля людини у первинному суспільстві / С. Б. Пангелов // Молода спортивна наука України. – 2009. – Т. 4. – С. 138– 142.

2. Петрова І. В. Дозвілля у зарубіжних країнах : підручник / І. В. Петрова. – К. : Кондор, 2008. – 408 с.

3. Піча В. М. Вільний час: тенденції і проблеми розвитку / В. М. Піча. – К., 1992. – 106 с.

4. Приступа Є. Н. Фізична рекреація : навчальний посібник / Є. Н. Приступа, О. М. Жданова, Л. Я. Чеховська. – Львів : ЛДУФК, 2010. – 447 с.

Л. Б. Волошко, к.пед.н., доцент
Ю. М. Подрига, студент магістратури
спеціальності «Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ПЕРЕВАГИ ОЗДОРОВЧОЇ ХОДЬБИ ЯК ЗАСОБУЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

В останнє десятиріччя у 80% дітей шкільного віку реєструються суттєві відхилення у фізичному розвитку та стані здоров'я, і ці показники з кожним роком погіршуються. Отже, розробка програм оздоровчо-рекреаційної спрямованості є актуальним науковим завданням.

Ходьба є одним із доступних видів локомоцій. Позитивний вплив ходьби на фізичний та психічний стани людини підкреслював протягом усіх історичних періодів [1].Відомий у світі пропагандист здорового способу життя Поль Брегг уважав, що ходьба – королева фізичних вправ. На його думку, жодний інший спосіб навантаження не здатен досягти такої гармонії мускулатури, циркуляції крові й активізації роботи всіх органів і систем людського організму, як ходьба [2].

Статистичні дані засвідчують велику популярність ходьби як виду фітнесу в усьому світі. Велика кількість прихильників оздоровчої ходьби проживає в Південній Америці, у Європі, особливо в скандинавських країнах. У Японії, де тривалість життя одна з найбільших у світі, досить ефективно функціонує спеціальна програма ходьби «Кожен день – 10 000 кроків».

Дослідження психолога ЕннФлетчер із Майамського університету засвідчують, що 10-тижнева програма аеробних вправ зменшує депресію, роздратованість і покращує імунні реакції [3]. Ходьба — найприродніший вид руху та самий доступний вид фізичних вправ. У залежності від швидкості розрізняють наступні різновиди ходьби: повільна ходьба (швидкість до 70 крок/хв.). Вона в основному рекомендується хворим, для здорових людей цей темп ходьби майже не дасть тренувального ефекту; ходьба із середньою швидкістю в темпі 71-90 крок/хв. (3-4 км/год.) Вона в основному рекомендується хворим із серцево-судинними захворюваннями, тренуючий ефект для здорових людей невеликий; швидка ходьба в темпі 91-110 крок/хв. (4-5 км/год.) Вона дає тренуючий ефект на здорових людей; дуже швидка ходьба в темпі 111-130 крок/хв.

Існує значна кількість програм оздоровчої ходьби, які відрізняються за обсягом та інтенсивністю, тривалістю занять, рівня фізичного стану. У наукових роботах [1, 2] подано норми оздоровчої для дітей і студентів з ослабленим здоров'ям. Також науковці розробили рекомендації щодо техніки виконання вправи, методики тренування, контролю та самоконтролю. Оздоровчу ходьбу рекомендується починати з малого навантаження, поступово збільшуючи швидкість і тривалість занять. Як і за будь-якого тренування, слід дотримуватися заповіді: «Тренуйся, але не перетренуйся». Краще збільшити тривалість ходьби, а не її швидкість [2].

Ходьба дає дуже потужний тренуючий вплив. Вона дає роботу майже всім м'язам, задовольняє потребу в русі, дозволяє диференціювати навантаження, не потребує особливих умов. У залежності від темпу і виду ходьби енерговитрати під час неї зростають від 3-8 до 10-12 разів.

У стані спокою людина витрачає в середньому 1,5 ккал/хв. енергії. Під час ходьби зі швидкістю 5-6 км/год. людина вагою 54 кг витрачає 4,2

ккал./хв., 72 кг – 5 ккал/хв., 90 кг – 6,1 ккал/хв. Витрати енергії під час звичайної ходьби збільшуються не менше ніж в 3-4 рази.

Тренувальний ефект ходьби визначається частотою пульсу. Частота серцевих скорочень у процесі ходьби, яка використовується в оздоровчій фізичній культурі для ефективного впливу на серцево-судинну систему, повинна бути в межах 65-80% від максимальної частоти серцевих скорочень для кожного віку .

При проведенні занять варто враховувати той факт, що психофізіологічні особливості дітей мають значний вплив на коливання їх фізичної працездатності як протягом дня, так і тижня. Тому, врахування динаміки фізичної працездатності при організації фізкультурно-оздоровчих занять молодших школярів в групах продовженого дня допоможе підвищити їх оздоровчий ефект. Використання оздоровчої ходьби для молодших школярів доцільно як під час уроків, так й у групах подовженого дня 2 рази на тиждень у вигляді пішохідних переходів, цільових прогулянок або екскурсій. Особливо це доречно в міжсезоння.

Пішохідний перехід – це прогулянка, метою якої є певне фізичне навантаження та формування навичок правильного ходіння. Для пішохідних переходів розробляються спеціальні маршрути (затверджені директором школи) з визначенням часу, відведеного на них, і навантаження. Урізноманітнити пішохідні переходи можна рухливими іграми, спостереженнями, збиранням природного матеріалу [3].

Цільова прогулянка – прогулянка (орієнтовна довжина маршруту2,5 км) до якогось об'єкта, щоб знайти відповідь на конкретне питання (наприклад, до парку: яких птахів там можна побачити або яких дерев там більше тощо). Тобто метою прогулянки є не тільки фізичне навантаження, а й певні знання. Залежно від місцезнаходження об'єкта прогулянку можна збагатити рухливими іграми. Бажано вести щоденник цільових прогулянок і екскурсій. Цільова прогулянка, як і екскурсія, передбачає підготовчу роботу (вихователь відвідує обраний об'єкт, готує учнів до сприйняття матеріалу, нагадує відповідні правила поведінки) [4].

Основною перевагою оздоровчої ходьби є її ефективність при вираженій природності та доступності техніки її виконання. Ходьба легко дозується, що дозволяє здійснювати точний облік і контроль фізичного навантаження. Залежно від тривалості й інтенсивності, ця вправа показана всім, незалежно від віку і статі. Заняття оздоровчою ходьбою не вимагають спеціальних умов, мають велике оздоровче значення і, як правило, проводяться на свіжому повітрі у будь-яку пору року та в зручний час. Важливою особливістю є те, що вірно дозована ходьба не призводить до перенапруження функціональних систем організму, що особливо актуально для дітей. Під час ходьби фази скорочення м'язів чергуються з фазами їх розслаблення, що забезпечує тривалу підтримку функцій нервових центрів і тренування серцево-судинної та інших систем організму [3].

Таким чином, оздоровча дозована ходьба і біг, як найбільш доступні природні рухові локомоції, мають максимально виражений оздоровчий ефект, тому їх використання доцільне для практичного впровадження.

Література

1. Вовченко І. І. Програмування занять з оздоровчої ходьби для дітей молодшого шкільного віку з різним рівнем фізичного стану : автореф. дис... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02 / І.І. Вовченко; Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. — К., 2003. — 16 с.
2. Калініченко О. М. Методика застосування ациклічних навантажень з різними обсягами рухової активності молодших школярів на уроках фізичної культури: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.02 / О.М. Калініченко; Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. — К., 2009. — 23 с.
3. Мятыга Е. Н. Комплексноеиспользованиедозированногобега, дыхательныхупражнений и закаливающих процедур в реабилитациидетей, часто болеющихострымиреспираторнымизаболеваниями / Е. Н. Мятыга // Слобожанскийнаучно-спортивныйвестник. – Харьков: ХГАФК, 2003. – № 6. – С. 117-120.
4. Сапуга І. Є. Стан здоров'я дітейУкраїни і фактори „ризику" шкільногосередовища /І. Є. Сапуга // Основиздоров'я та фізичної культури. – 2007. – №9. – С.2-14.

А.М. Гафіяк, к.е.н., доцент,
С. Смислов, Є. Сапсай, студенти, 202-ТН
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

СТВОРЕННЯ ОН-ЛАЙН ПЛАТФОРМИ СПОРТИВНИХ ЗМАГАНЬ З ПЛАВАННЯ

Плавання - унікальний вид спорту, корисний як для дорослих, так і для дітей. Плавання дозволяє не тільки зміцнити здоров'я, а й покращити зовнішній вигляд. Воно позитивно впливає на основні показники фізичного розвитку людини: ріст, вагу, зміцнення серцево-судинної й нервової системи, розвиток дихального апарату та м'язової системи. Плавання також є прекрасним засобом профілактики та виправлення порушень постави, сколіозів, плоскостопості. Психологами встановлено, що заняття плаванням розвивають такі риси особистості, як цілеспрямованість, наполегливість, самостійність, рішучість, сміливість, дисциплінованість, уміння співпрацювати в колективі. Саме тому плавання сприятливо впливає не тільки на фізичний розвиток людини, а й на формування її особистості.Сучасна ситуація у спортивних змаганнях з плавання вимагає розробкиуніверсальної платформи для управління даними змагань. Широкий спектр призначених сайтів для полегшенняфіксації результатів змагань не відповідають усім потребам організаторів та учасників змагань.

Саме тому постала проблема розробки уніфікованого сайту для задоволення цієї потреби.

Серед переліку функцій, охоплених платформою слід зазначити:

– події створення;
– приєднання заходів до організаторів;
– підписаний облік конкурентів;

– створення команди;
– реєстрація на сайті;
– реєстрація подій;
– редагування команди як капітана команди;
– завантаження автоматично створених значків;
– завантаження документації про події;
– системне управління;
– перетворення користувачів у менеджерів для створення та редагування подій;
– надання доступу до результатів подій в режимі он-лайн.

При виконанні завдання було використано мови програмування:Python 3.7.1; Php v.7.3.0; Javascript ES6.Найкориснішою в процесі розробки платформи стала бібліотекаPython. Для реалізації таблиці стилів використано CSS - це спеціальна мова стилю сторінок, що використовується для опису їх зовнішнього вигляду. Самі ж сторінки написані мовами розмітки даних. CSS є основною технологія всесвітньої павутини, поряд із HTML та JavaScript. Найчастіше CSS використовують для візуальної презентації сторінок, написаних HTML та XHTML, але формат CSS може застосовуватися до інших видів XML-документів [1-2].

Щодо фреймворку, який розглядають як інфраструктуру програмних рішень, що полегшує розробку складних систем, то тут слід зазначити, що найбільшої уваги слід приділити наступним: Django, jQuery, Bootstrapv 4.0. Спрощено дану інфраструктуру можна вважати своєрідною комплексною бібліотекою, але при цьому вона має ряд обмежень, що задають правила створення структури проекту та написання коду (рис.1).

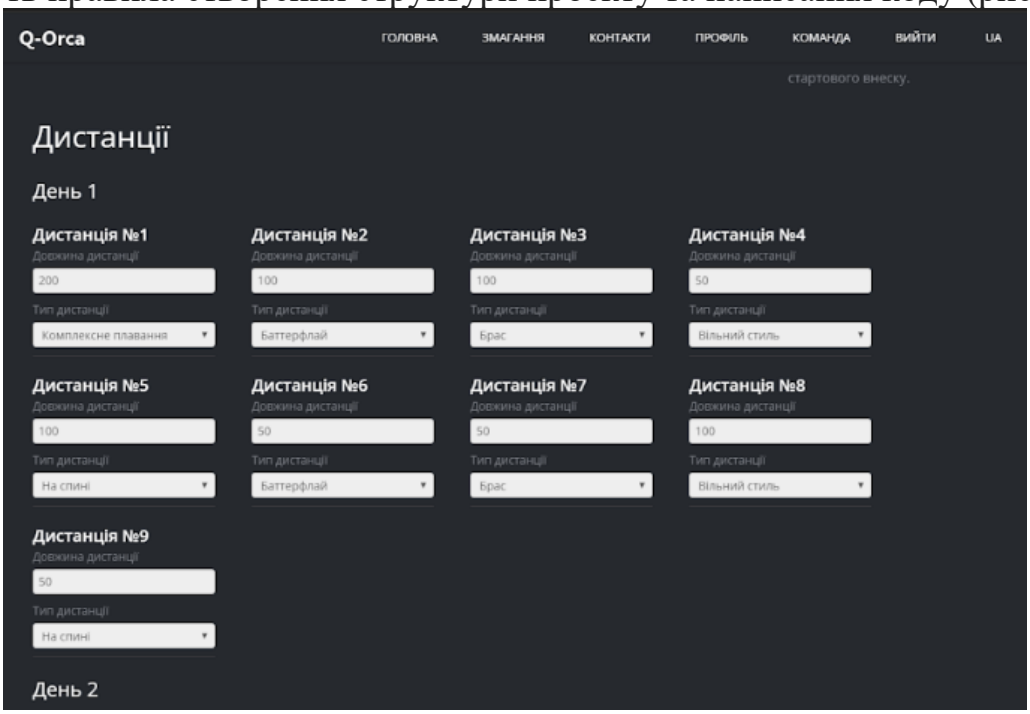

Рис. 1. Онлайн платформа Q-Orca

Література

1. Wolf M. J. P. EncyclopediaofVideoGames: TheCulture, Technology, andArtofGaming / Ed. byMark J. P. Wolf. SantaBarbara, — CA: Greenwood, 2012. — 740 p.
2. Wolf, Mark J. P.TheVideoGameExplosion: A Historyfrom PONG toPlaystationandBeyond/ Mark J. P. Wolf. ABC-CLIO, 2008. — 380 p.

В. С. Гальченко, студент групи 601ГС
спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»
Науковий керівник: Беседа Н. А. к.пед.н., доцент
Національний університет«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ДОСЛІДЖЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ ТЕХНІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Як відомо, 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.

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. Ареф'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 – обгрунтувати 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 студентові працювати в оптимальному режимі й досягати оздоровчого ефекту внаслідок занять фізичними вправами.

У процесі формувального експерименту заняття із фізичного виховання в контрольній групі проводились за традиційними методиками, а в експериментальній групі зміст занять формувався з урахуванням індивідуальних, вікових, статевих і психофізіологічних 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=28)	КГ (n=26)	Достовірність різниці
Маса тіла (кг)	До експерименту Після експерименту	69,8 68,5	70,1 72,7	<0,05 >0,05
ЖЕЛ (мл)	До експерименту Після експерименту	3640,31 3943,54	3721,80 3708,36	<0,05 >0,05
ЧСС в стані спокою (уд.за хв..)	До експерименту Після експерименту	80 76	81 82	<0,05 >0,05
Біг на 100 м (с)	До експерименту Після експерименту	14,3 13,67	13,8 13,94	<0,05 >0,05
Підтягування на перекладині (разів)	До експерименту Після експерименту	9 11	10 9	<0,05 >0,05
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 врахування психофізіологічних особливостей студентів в процесі оптимізації рухової активності сприяє збереженню й зміцненню їх здоров'я та підвищенню рівня фізичної підготовленості.

Література

1. Круцевич Т. Ю. Научныеподходы к определениюнормативовфизическойподготовленностишкольников и студентов / Т. Ю. Круцевич, Т. И. Лошицкая // СовременныйОлимпийский и Паралимпийский спорт и спорт для всех : материалы XII Междунар. науч. конгресс. – М., 2008. – Т. 3 – С. 129–130.

2. 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.

3. 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.

А. Л. Григорьянц, магистрант
«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

ОНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ (МОДЕРНИЗАЦИИ) ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЧ УЧАЩИХСЯ

Физическое воспитание в системе образования традиционно ответственно за физическое развитие и физическую подготовку молодого поколения к жизни. В Республике Беларусь оно функционирует и развивается на основе опыта и традиций советской системы физического воспитания. Теоретико-методические основы и содержание этой системы были ориентированы на подготовку подрастающих поколений к определенным условиям жизни. В настоящее время эти условия изменились. Они предъявили новые требования к физическому воспитанию.

Физическое воспитание формирует систему ценностных ориентаций личности на здоровый образ жизни, обеспечивает мотивационную, информационную, функциональную и двигательную готовность к нему. Оно осуществляется в соответствии с общими и специфическими для него закономерностями, принципами и правилами педагогического процесса. Влияет на интеллектуальные, психические, морально-волевые и другие качества личности.

Основной формой физического воспитания в дошкольном, общем, профессиональном, высшем образовании являются обязательные учебные занятия. В процессе таких занятий изучается учебная дисциплина «Физическая культура» (в школе «Физическая культура и здоровье») – структурная единица системы образования. Физическое воспитание осуществляется также в процессе семейного, внешкольного, специального, дополнительного образования и в процессе самовоспитания.

Социально значимыми результатами физического воспитания являются физическая подготовленность и физическое развитие занимающихся, знания, двигательные и методические умения, навыки и привычки, необходимые для физического самовоспитания, формирования

здорового образа жизни, культурной организации свободного времени. К ним относятся также физическое и духовное оздоровление, повышение сопротивляемости организма заболеваниям, физическая реабилитация и рекреация.

Физическое воспитание позволяет разносторонне воздействовать на личность. Вместе с тем многие социально значимые результаты физического воспитания достигаются в настоящее время лишь частично. Уровень физической подготовленности, отвечающий требованиям, предъявляемым службой в армии, оказывается недоступным значительной части юношей и мужчин – выпускников средних и высших учебных заведений. девушек и женщин. Все это свидетельствует о проблеме физической подготовки учащихся и студентов.

Физическая подготовленность – только один из социально значимых результатов физического воспитания. Он быстро утрачивается после завершения учебы, если не поддерживается самостоятельно. В то же время с возрастом мотивация занятий физическими упражнениями снижается. Поэтому одной из основных задач обязательного физического воспитания является формирование устойчивых мотивов физического самосовершенствования. Они должны подкрепляться обязательным для всех общим физкультурным образованием.

Одной из проблем, требующих последовательного решения, является преемственность физического воспитания в общеобразовательной школе, средних профессиональных, специальных и высших учебных заведениях. Об этом свидетельствуют различные названия учебной дисциплины, имеющей единую предметную основу, отсутствие преемственности целевых установок физического воспитания, недостаточная преемственность содержания практического и теоретического разделов базового учебного материала, несогласованность показателей и нормативов оценки физической подготовленности в школе, ПТУ, средних специальных учебных заведениях и в вузах.

Эффективность физического воспитания детей в семье зависит от подготовленности к нему родителей, вчерашних учащихся и студентов. В то же время в подавляющем большинстве семей родители не готовы к полноценному физическому воспитанию детей. Это свидетельствует о проблеме подготовки учащихся старших классов и студентов к физическому воспитанию в семье. Причина этой проблемы заключается в несоответствии полученного физкультурного образования тем требованиям, которые предъявляет жизнь к учащимся и студентам после окончания обучения. Следствием этой проблемы являются отклонения в физическом, психическом, интеллектуальном развитии, состоянии здоровья детей, дающие тяжелые рецидивы в последующей их жизни.

Одним из приоритетных направлений совершенствования физического воспитания является следование традиционным гуманистическим принципам отечественной системы физического воспитания , не потерявшим актуальность в наше время. К ним относятся принципы всестороннего гармонического развития личности, оздоровительной направленности, прикладности физического воспитания. Но они должны быть наполнены современным содержанием.

Одновременно необходимо формировать направления, принципы физического воспитания и требования к нему, учитывающие современную социокультурную ситуацию.

Надежной гарантией поддержания своего физического состояния, укрепления здоровья средствами физической культуры, продления творческого долголетия является способность человека делать это самостоятельно. Поэтому центральным направлением совершенствования физического воспитания, не умаляя значимости других, является его ориентация на физкультурное образование. Она достигается расширением и углублением знаний олимпийского движения, личной гигиены, значения физической культуры в современных условиях, ее влияния на телосложение, умственную и физическую работоспособность, жизнеспособность человека, обеспечивающих самостоятельное грамотное использование средств физической культуры в режиме учебного и рабочего дня, в процессе самостоятельных занятий, в семейной жизни, необходимых для самоконтроля.

Важным направлением совершенствования физического воспитания является формирование физкультурных и спортивных интересов личности. Для этого физическое воспитание должно быть эмоционально насыщенным, приносить полезные для занимающегося результаты, возбуждать и удовлетворять потребность в самопознании, вызывать чувство естественного удовлетворения от двигательной деятельности.

Совершенствование физического воспитания предполагает в процессе проектирования и реализации содержания физического воспитания соблюдение требований принципа соответствия возрастно-половым особенностям занимающихся.

Одним из ключевых для практики направлений совершенствования физического воспитания является выделение в физическом воспитании базового и вариативного компонентов. Базовый компонент включает знания, умения, навыки, уровни развития двигательных возможностей, обеспечивающие психофизическую адаптацию к изменяющимся условиям жизни. Он разрабатывается с учетом содержания традиционной национальной системы физического воспитания , которой соответствует формировавшееся многие десятилетия ресурсное обеспечение, и современных требований к физическому воспитанию.

Содержание вариативного компонента формируется с учетом того, что один и тот же результат физического воспитания может быть достигнут на основе использования различных его средств, что обусловлено переносом тренированности. Практически возможность этого подтверждается тем, что в разных странах отличающиеся по содержанию системы физического воспитания обеспечивают одинаковую степень специфической адаптации учащихся студентов к примерно одинаковым изменениям условий труда, воинской службы и др.

Физическое воспитание должно обеспечивать связь с национальной культурой. Система образования является социальным институтом, транслирующим на личность и общество ценности мировой и национальной культуры. Физическое воспитание , являясь элементом системы образования, также должно сохранять, передавать и умножать эти

ценности, используя свои специфические средства, уходящие корнями в национальную культуру. К ним относятся прежде всего народные танцы и подвижные игры.

Одним из практических направлений совершенствования физического воспитания является разработка нормативной и программной основы физического воспитания Государственного физкультурно-оздоровительного комплекса (далее «Комплекса»). Цель, задачи и требования к содержанию физического воспитания, уровни оценки физической подготовленности, шкалы оценки гармоничности физического развития, входящие в Комплекс, являются программной и нормативной основой физического воспитания и его преемственности в онтогенезе.

Основным механизмом реализации процесса совершенствования современного физического воспитания является совершенствование кадрового, материально-технического, научного, методического обеспечения, врачебно-педагогического контроля, управления физическим воспитанием. Основополагающим принципом реализации процесса совершенствования современного физического воспитания является координация деятельности заинтересованных в решении его проблем. Для реализации процесса совершенствования современного физического воспитания необходим современный специалист. Он должен освоить цикл социальных и гуманитарно-культурологических дисциплин, получить широкую общепрофессиональную теоретико-методическую, естественнонаучную и практическую подготовку, а также углубленную специальную подготовку к физическому воспитанию различных контингентов. Особенного внимания требует формирование гуманистического профессионального мировоззрения специалистов и готовности к формированию физической культуры личности занимающихся.

Необходимо создать в стране единую систему критериев оценки физического воспитания на различных уровнях управления и осуществлять периодический мониторинг его эффективности. Система критериев должна поощрять развитие приоритетных направлений процесса совершенствования современного физического воспитания.

Т. Ю. Гулько, магістр групи 601-ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

Роль зорового аналізатора у фізичному та психічному розвитку дитини велика й 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 адаптивну фізичну культуру.

Деякі вчені (Меєрсон Ф.З. [5], Толмачов Р.А. [6]) притримуються думки, що співвідношення засобів і методів фізичної культури повинно визначатися спеціальною програмою з адаптивного фізичного виховання, яка адаптована до дітей з вадами зору. Поділяємо їх думку й вважаємо, що саме для таких дітей варто розробляти спеціальні методики або програми з адаптивного фізичного виховання. Адже, дітям з порушенням зору притаманний астенічний 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 призводить до розгальмованості – низького об’єму уваги, хаотичності, тобто недостатньої цілеспрямованості, переходу з одного виду діяльності до іншого, і навпаки, до загальмованості дітей, інертності, низького рівня переключення уваги. Неуважність дітей пояснюється перевтомою завдяки тривалій дії слухових подразників. Тому у слабозрячих дітей втома наступає швидше, ніж у нормально зрячих однолітків [3, с. 54-55].

Аналізуючи особливості пам’яті дітей з порушенням зору, приходимо до висновку, що порушення співвідношення основних процесів збудження і гальмування призводить до негативного впливу на процеси запам’ятовування, слабкості збереження зорових образів і зниження об’єму довготривалої пам’яті. Утворення і запам’ятовування у незрячих дітей точних і простих рухів потребує 8-10 повторів, тоді як у нормально зрячих достатньо 6-8 повторів [1, с. 24].

Оптимальний руховий режим дітям з порушенням зору може надати адаптивне фізичне виховання (АФВ), завданнями якого є [4, с. 11]:

- виховання гармонійно розвинутої дитини;
- збереження та зміцнення здоров’я дитини;
- виховання вольових якостей;
- навчання життєво-важливим руховим вмінням, навичкам;
- розвиток фізичних якостей.

Паралельно з виконанням основних завдань слід враховувати наступні, спеціальні завдання АФВ:

- збереження 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 опоно-рухового апарату;
- розвиток комунікативної і пізнавальної діяльності.

Аналіз наукової літератури [1-6] засвідчує, що для вирішення вищеперерахованих завдань слід застосовувати спеціально підібрані фізичні вправи, а саме:

1) пересування: ходьба, біг, підскоки;
2) загальнозміцнюючі 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.);
3) вправи на формування правильної постави;
4) вправи для зміцнення склепіння стопи;
5) вправи на розвиток і зміцнення м'язово-зв'язкового апарату (зміцнення м'язів спини, передньої черевної стінки, плечового поясу, нижніх і верхніх кінцівок);
6) вправи на розвиток дихальної і серцево-судинної систем;
7) вправи на розвитокрівноваги, 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;
8) вправи для розвитку точності рухів;
9) лазіння (подолання різних перешкод);
10) вправи на розслаблення (фізичне і психологічне), розслаблення м'язів (релаксація), свідоме зниження тонусу різних груп м'язів. Вони можуть мати як загальний, так і локальний характер;
11) спеціальні вправи на вивчення прийомів просторової орієнтації на основі використання та розвитку збережених аналізаторів (залишковий зір, слух, нюх);
12) вправи на розвиток та використання збережених аналізаторів;
13) вправи на розвиток дрібної моторики руки;
14) спеціальні вправи для зорового тренування: для покращення функціонування м'язів ока; для покращення кровообігу тканин ока; для розвитку акомодаційної здатності ока; для розвитку шкірно-оптичного відчуття; для розвитку зорового сприйняття навколишнього середовища;
15) 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 деяких вчених (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 проводиться 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 порушеним 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 виявилося 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.

Отже, з метою збереження та зміцнення здоров'я дітей з порушеним зором, активізації їх рухової активності важливим є застосування різноманітних форм і методів адаптивного фізичного виховання.

Література

1. Адаптивноефизическоевоспитание и спорт / под ред. Джозефа П.Винника; пер. С англ. И. Андреев. К. : Олимп. лит., 2010. 608 с.

2. Деделюк Н.А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури : навч.-метод. посібник для студентів. Луцьк : Вежа-Друк, 2014. 68 с.

3. Дмитриев А.А. Физическая культура в специальномобразовании: учебноепособие для студентоввысшихпедагогическихучебных заведений. М.: Академия, 2002. 176 с.

5. Меєрсон Ф.З. Загальний механізм адаптації та профілактики, Х., 2009. 380 с.

6. Толмачев Р.А. Адаптивнаяфизкультура и реабилитацияслепых и слабовидящих. М. : Советский спорт, 2004. 108 с.

7. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивнойфизическойкультуры : учебноепособие. М. : Советский спорт, 2003. 464 с.

Л.А. Єракова, к.фіз.вих., доцент;
О.Р. Матченко, магістрант
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТНЕС-ПРОГРАМИ НА ОСНОВІ СТЕП-АЕРОБІКИ ДЛЯ ЖІНОК 21-25 РОКІВ

Аналіз статистичних даних та літературних джерел свідчать про значну поширеність серед населення України хронічних неінфекційних хвороб та негативні тенденції до їх збільшення. Рівень смертності жінок сьогодні майже вдвічі перевищує рівень 1990 року. На здоров'я жінок негативно впливають багато факторів, що з'явились з розвитком цивілізації: гіподинамія, хибний спосіб життя, шкідливі звички, погана

екологія та інші. На особливу увагу серед цих чинників заслуговує саме недостатня рухова активність сучасних жінок[1].

Одним з популярних напрямків фітнес-програм, найбільш сприятливих для покращення фізичного та психоемоційного стану жінок є аеробні програми. Їх типовим представником є заняття з класичної та степ-аеробіки[2, 3]. Заняття з використанням степ-платформи - це тренування, в основу якого покладені різні способи піднімання і спускання зі спеціальної степ-платформи, яка регулюється за висотою, що дозволяє більшу варіацію навантажень на заняттях, та відповідно ефективність, але має протипоказання з боку опорно-рухового апарату[4].

Популярність занять зі степ-аеробіки аеробіки на фоні недостатньої уваги науковців на необхідність обґрунтування особливостей побудови занять у формі групових, тобто диференціації навантажень і обумовило необхідність нашого дослідження, метою якого визначено - дослідити вплив фітнес-програми на основі степ-аеробіки на показники фізичного стану жінок 21 – 25 років.

Для вирішення завдань дослідження було застосовано низку методів: аналіз і узагальнення даних науково-методичної літератури;педагогічні методи дослідження (педагогічне тестування, педагогічний експеримент);соціологічні методи дослідження (опитування, анкетування);антропометричні методи дослідження;фізіологічні методи дослідження;методика визначення індексу фізичного стану за О.А. Пироговою; методи математичної статистики.

Дослідження проводилися на базі на базі фітнес-клубу «АтлетіКо». В дослідженні взяли участь 30 жінок 21 – 25 років, яких було поділено на дві групи. Перша група займалася степ – аеробікою і стала основною (ОГ), друга група жінок відвідувала заняття з класичної аеробіки та склала (КГ). Всі жінки займалися 3 рази на тиждень по 55 хвилин протягом шістьох місяців.

В результаті соціологічного опитування (анкетування) нами було виявлено мотивацію жінок що до занять степ - аеробікою. Жінки відвідують заняття для активного відпочинку та розваг, удосконалення форм тіла, покращення стану здоров’я, спілкування, зниження маси тіла. Також вони відмічають, що до занять приваблює музика, рухи, нові знайомства, проведення вільного часу з користю та обстановка на заняттях, все це було враховано нами при побудові фітнес-програми. Сьогодні степ-аеробіка є однією із самих популярнихфітнес-програм багатьох фітнес-центрів, які реалізуються у груповому форматі. Степ аеробіка надає позитивного впливу на показники фізичного стану жінок, зміцнюючи дихальну, серцево-судинну, м'язову і нервову системи, а також нормалізує артеріальний тиск і діяльність вестибулярного апарату. Вправи в степ-аеробіці спрямовані на тренування м'язів серця і вироблення кращої координації рухів, також у сучасних програмах використовують багато силових та функціональних вправ.

Нами було розроблено програму на 6 місяців, три рази на тиждень, заняття були різноманітні за змістом, але концептуально спрямовані на покращення показників фізичного стану.

Отримані результати формувального експерименту дозволяють нам спостерігати динаміку показників фізичного стану у жінок першого періоду зрілого віку, які займалися за програмами базової та степ-аеробіки. Можна відмітити, що заняття за аеробними програми позитивно впливають на показники морфо-функціонального стану. У основній групі достовірно зменшились показники маси тіла (на 10%), обхватів та відсоток жирової маси на 5%. Що стосується показників функціонального стану, то в обох групах зафіксовано позитивні зміни у ЧСС, артеріальному тиску та пробі Руф'є. Після реалізації фітнес-програми в основній групі 40% жінок показали добрий і високий рівні фізичної працездатності, більшість жінок 47% склали групу з посередньою працездатності, у всього 13% (2 жінки) залишилася на задовільному рівні.

Після 6 місяців занять ми спостерігати динаміку в показниках фізичноїпідготовленості жінок 21-25 років. Найбільший приріст відбувся в розвитку гнучкості (з 5,33 до 11,5см.) і в динамічній силі (з 25 см. до 35 см.) та у розвитку витривалості (з 1270 до 1940 метрів), це обумовлено змістом та значної кількістю аеробних навантажень в запропонованій фітнес-програмі.

Також нами було визначено динаміку рівнів фізичного стану жінок, які брали участь у педагогічному експерименті. Якщо на початку досліджень більшість жінок обох груп була на рівнях фізичного стану від низького до середнього, то після шістьох місяців регулярних занять за розробленою фітнес-програмою (тобто на при кінці формувального експерименту) спостерігається значний перехід у сторону покрашення фізичного стану жінок. Низький рівень залишився тільки у контрольній групі (7%). Більшість жінок склала середній рівень – 67% (ОГ), 60% (КГ).

Все вищезазначене свідчить про можливість використання засобів степ-аеробіки у корекції показників фізичного стану жінок, за допомогою використання науково обґрунтованих підходів та методичних прийомів.

Література

1. Осіпов В. Оптимізація фізичного стану жінок зрілого віку засобами інноваційних фітнес-технологій. В: Фізичневиховання, спорт і культура здоров’я у сучасномусуспільстві: Зб. наук.пр. Східноєвроп. нац. ун-ту іменіЛесіУкраїнки. Луцьк; 2012;4(20), с. 305–309.

2. Почерніна А., Селіванов Є., Почерніна М. Вплив занять оздоровчою аеробікою на показники психофункціонального та психофізіологічного стану студенток:Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: матеріали IXВсеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародної участю (15-16 травня 2014р.). Львів: ЛДУФК, 2014, с. 123-126.

3. Роджер В. Эрл Томас Р. БехльОсновыперсональнойтренировки.К:Олимпийская література, 2011; 724с.

4. Романчук ОП, Долгієр ЄВ. Фізичний стан жінок середнього віку з урахуванням стажу занять аеробної спрямованості. Слобожанськийнауково-спортивнийвісник. 2016;2(52):101–106.

В. О. Жамардій, к.пед.н., викладач
Українська медична стоматологічна академія

МЕТОДОЛОГІЯ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУ МЕТОДИЧНОЇ СИСТЕМИ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЙ

Методологія концепції побудови методичної системи будувалася на основі *методологічного, теоретичного і практичного* концептів, які розглядали студента як особистість, індивідуальність, суб'єкта власної діяльності, що є певною системою і сприяє засвоєнню системних освітніх знань у галузі фізичної культури та спорту, забезпечує розвиток фізичних здібностей, умінь і навичок, формування фізкультурно-оздоровчих компетентностей для впровадження засобів фізичної культури і спорту у сферу професійної діяльності та в життєві ситуації [1, с. 165].

Методологічним концептом передбачалося відображення взаємозв'язку і взаємодії наукових підходів щодо модернізації навчального процесу з фізичного виховання із змінами, які відбуваються в системі освіти України та оновленням методичного забезпечення освітнього процесу для застосування фітнес-технологій у фізкультурно-оздоровчій освіті ЗВО з метою формування фізкультурно-оздоровчих компетентностей, забезпечення фізичної підготовленості та працездатності, доброго стану здоров'я та набуття навичок дотримання здорового способу життя [2, 3]. При цьому нами застосовувалися різні підходи:

– *гуманістичний підхід*, за якого студент розглядається як неповторна унікальна особистість, яка володіє великими можливостями, що можуть бути нею реалізовані за умови надання необхідної психолого-педагогічної і фахової допомоги [1, с. 165];

– *системний підхід*, який передбачав розгляд методичної системи застосування фітнес-технологій в освітньому процесі з фізичного виховання студентів як певної педагогічної системи, що дозволяє розкривати закономірні зв'язки між окремими її компонентами, одним із яких є фізкультурно-оздоровче середовище; відображення при структуризації змісту фітнес-технологій підготовки до життєздатності та професійної діяльності з позиції міждисциплінарних інтегрованих зв'язків (фізичної культури, теорії і методики фізичного виховання, педагогіки і психології, гігієни й екології, анатомії і фізіології, валеології тощо), що забезпечують високу орієнтацію у безпеці життєдіяльності людини;

– *діяльнісний підхід*, який передбачав досягнення необхідної цілісності образу сучасного фахівця, залученням його до фізкультурно-оздоровчої діяльності, визначення мети занять фітнес-технологіями, відбору їх змісту та форм подання для майбутньої професійної діяльності;

– *особистісно зорієнтований підхід*, із позиції якого розглядається суб'єкт-суб'єктна взаємодія викладача і студента, що забезпечує трансформацію об'єктивності змісту підготовки студентів до оволодіння уміннями і навичками застосування фітнес-технологій у фізкультурно-оздоровчій діяльності;

– *інноваційний підхід*, який спрямований на вибір та застосування фітнес-технологій в навчально-виховній діяльності студентів ЗВО фізкультурно-оздоровчого та рекреаційного спрямування;

– *культурологічний підхід*, який дозволяє розглянути сукупність теоретико-методологічних положень та організаційно-педагогічних заходів, спрямованих на створення умов для опанування фітнес-технологіями, які забезпечують здорову життєдіяльність і високий рівень фізичної підготовленості студента;

– *компетентнісний підхід*, що дає можливість розглянути застосування студентами фітнес-технологій у фізкультурно-оздоровчій діяльності як сукупність певних компетентностей.

Теоретичний концепт визначав систему вихідних параметрів та оцінок, які покладені в основу розкриття змісту та структури методичної системи застосування фітнес-технологій в освітньому процесі з фізичного виховання студентів як педагогічного феномена, який включав такі основні положення:

– стандартизація, системність і безперервність, комплексний, системний і діяльнісний підходи, гуманізація є обов'язковими умовами єдиного освітнього простору, в якому має функціонувати методична система застосування фітнес-технологій у фізичному вихованні студентів;

– фізкультурно-оздоровча діяльність в освітньому просторі ЗВО (*авт.* у зв'язку із змінами в організації системи фізичного виховання студентів в Україні) має бути головним системоутворюючим компонентом оздоровчої і рекреаційної системи, який забезпечує стан здоров'я, рівень загальної і спеціальної фізичної підготовленості студентів;

– провідним у методичній системі фізичного виховання студентів має бути принцип інтеграції фундаментальності й оздоровчої спрямованості змісту, форм, методів і засобів навчання;

– зміст методичної системи застосування фітнес-технологій потребує оновлення і модернізації фізкультурно-оздоровчої діяльності у відповідності до змін упровадження сучасних технологій в систему освітнього процесу ЗВО України із змінами, які мають свої особливості в кожному навчальному закладі;

– відкритість методичної системи застосування фітнес-технологій для впровадження інноваційних оздоровчих технологій та вдосконалення і оновлення традиційних і національних українських систем фізичного виховання студентів.

Практичним концептом передбачалась перевірка ефективності функціонування методичної системи застосування фітнес-технологій в освітньому процесі з фізичного виховання та фізкультурно-оздоровчої діяльності студентів, яка мала забезпечити студентів навичками збереження здоров'я, вміннями підтримувати високий рівень фізичної підготовленості та працездатності, мотивами дотримання здорового способу життя; визначення психолого-педагогічних та організаційно-методичних і практичних умов функціонування методичної системи; оцінювання критеріїв, показників і рівнів готовності студентів до застосування фітнес-технологій під час професійної діяльності.

Функціонування методичної системи застосування фітнес-технологій обумовлено рядом нових чинників, які виникли у фізичному вихованні у зв'язку із новими вимогами до освітніх програм підготовки фахівців, це перш за все: 1) ліквідація дисципліни «Фізичне виховання» як

обов'язкової у навчальному плані ЗВО; 2) необхідністю збереження і зміцнення здоров'я та рівня фізичної підготовленості і працездатності сучасної молоді; 3) створенням нового фізкультурно-оздоровчого середовища в освітньому процесі ЗВО України. Все це обумовило модернізацію і створення нової методичної системи застосування фітнес-технологій, яка має зберегти у ЗВО України певний рівень фізичної підготовленості та здоров'я студентської молоді, забезпечити її готовність до професійної діяльності.

Література

1. Грибан Г. П. Фізичне виховання студентів аграрних вищих навчальних закладів : монографія. – Житомир : Вид-во «Рута», 2012. – 514 с.
2. Домашенко А. В. Організаційно-педагогічні засади системи фізичного виховання студентської молоді України : дис. … канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02 / А. В. Домашенко. – Київ, 2003. – 269 с.
3. Кузнєцова О. Т. Оздоровчі технології у фізичному виховані студентів : теорія, методика, практика : монографія. – Рівне : Волин. Обереги, 2018. – 416 с.

Желавський М. М., магістр групи 601ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н.,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ В УЧНІВ 1-4 КЛАСІВ З ВАДАМИ ЗОРУ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Адаптивна фізична культура (далі - АФК) – соціальний феномен, головною метою якого є соціалізація людей з обмеженими фізичними можливостями, а не тільки їх лікування з допомогою фізичних вправ і фізіотерапевтичних процедур. Адаптивна фізична культура належить до комплексних наук. Вивчення даного курсу має на меті формування комплексу знань та вмінь, які органічно вплітаються в загальну систему підготовки спеціалістів, допомагають адаптувати людей з функціональними обмеженнями до фізичних і соціальних умов оточуючого середовища.

Адаптивне фізичне виховання (далі – АФВ) – новий напрям у вітчизняній системі освіти і науки, що вивчає аспекти фізичного виховання людей, що мають стійкі порушення життєво важливих функцій організму у результаті захворювань або травм і пов'язані з ними обмеження фізичних можливостей.

Основна мета АФВ – формування та розвиток рухової активності, фізичних і психологічних здібностей, що забезпечують пристосовування особистості до свого стану здоров'я, навколишнього середовища, суспільства і різних видів діяльності [4].

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 повної або часткової втрати зору [1,2].

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.

Об’єкт дослідження – процес адаптивного фізичного виховання учнів 1-4 класів з порушенням зору

Предмет дослідження– методика розвитку фізичних здібностей в учнів 1-4 класів з вадами зору.

Бінокулярний зір – це здатність просторового сприйняття об'єму і рельєфу предметів, бачення двома очима. Його розвиток починається на 3-4 місяці життя дитини, а формування закінчується до 7-13 років. Удосконалюється воно в процесі накопичення життєвого досвіду. Нормальне бінокулярне сприйняття можливо при взаємодії зорово-нервового і м'язового апарату ока.

Периферичний зір діє в сутінках, він призначений для сприйняття навколишнього фону і великих об'єктів, служить для орієнтування в просторі. Цей вид зору має високу чутливість до рухомих предметів. Стан периферичного зору характеризується полем зору. Поле зору - це простір, який сприймається одним оком під час його нерухомого положення. Зміна поля зору (скотома) може бути ранньою ознакою деяких очних захворювань і ураження головного мозку. Розрізняються вони за місцем їх розташування. Порівняно невелике звуження меж поля зору звичайно дітьми не помічається.

Дітям з порушенням зору притаманний астенічний 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.

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.

Процес АФВ 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.

Зору належить винятково важлива роль, так як він дає дитині найбільш повну інформацію про навколишній світ. Відомо, що кількість дітей з порушенням зору росте від класу до класу і до закінчення школи більше 30% мають різні порушення органів зору.

Діти з порушенням зору, відрізняються у своєму фізичному розвитку, затримкою формування рухових здібностей, навичок і вмінь а так само оволодінні просторовими уявленнями і руховими діями.

Важливу роль у профілактиці вад зору і в припиненні його прогресування покликані зіграти засоби фізичної культури, особливо спеціальні вправи для очних м'язів (тренінг ока).

Література

1. Амосов М. М. Роздуми про здоров’я / М. М. Амосов. − К. : Здоров’я, 1990. – 258 с.

2. Анатомия человека [электронный ресурс]: учебник: в 2 т. Т. I / под ред. М.Р. Сапина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 528 с.

3. Адаптивне фізичне виховання : навч. посібник / уклад.: Осадченко Т. М., Семенов А.А., Ткаченко В.Т. – Умань : ВПЦ «Візаві», 2014. – 210 с.

4. Бегидова Т.П. Основыадаптивнойфизическойкультуры: [учебноепособие] / Т.П. Бегидова. – М. : Физкультура и спорт, 2007. – 192 с.

5. Лях В. И. Развитиекоординационныхспособностей в школьномвозрасте / В. И. Лях // Физическая культура в школе. – 1987. – № 5. - с. 25-29

6.Мухін В.М. Фізична реабілітація: Навчальний посібник. Київ. - Видавництво НУФВСУ "Олімпійська література", 2005. — 470 с.

С. О. Іванов, магистр групи 601 ГС
спеціальності017 «Фізична культура і спорт»
Наук. керівник: Беседа Н.А., к.пед.н., доцент
Національнийуніверситет «Полтавськаполітехніка іменіЮрія Кондратюка»

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ОЗДОРОВЧИМ ФІТНЕСОМ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТОК ТЕХНІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Серед головних проблем сьогодення актуальною стає проблема збереження та зміцнення здоров’я студентської молоді, рівень якого прямо впливає на рівень соціально-економічного, політичного та культурного розвитку країни. Наукові розвідки дозволяють констатувати, що в Україні спостерігається істотне погіршення стану здоров’я студентської молоді, зниження якості фізичної підготовленості, загального функціонального стану організму і резистентності до шкідливого впливу чинників навколишнього середовища [2].

У зв’язку з цим, на особливу увагу заслуговують дослідження, зорієнтовані на розробку, апробацію та впровадження у практику дійсно ефективних засобів оптимізації здоров’я студентської молоді. Одним із потужних засобів покращення стану здоров’я студентів, підвищення їх працездатності, а також оптимізації їх соціально-біологічної адаптації до нових умов життя є заняття з фітнес-аеробіки.

Слід зазначити, що аеробікою називають виконання фізичних вправ під музичний супровід з метою зміцнення здоров’я, гармонійного розвитку і вдосконалення фізичних якостей організму (сили, швидкості, витривалості, гнучкості м’язів та суглобів і спритності). Фітнес-аеробіка впливає на організм комплексно. Застосування різних фізичних вправ позитивно впливає на розв’язання поставлених завдань. Особливістю занять аеробікою є повторення вихідних та кінцевих положень. Кінцеве положення має бути зручним для початку наступної вправи, завдяки чому вправи виконуються у потрібній формі, поточним способом, без зупинок.

Результати досліджень переконливо свідчать про те, що заняття аеробікою, ритмічною гімнастикою, шейпінгом, аквааеробікою та іншими оздоровчими системами надають виражений позитивний вплив на характер змін показників здоров’я, фізичної підготовленості У працях, що містять дослідження з фітнес-аеробіки [1; 2] вказується на те, що це один із сучасних видів спорту, який викликає підвищений інтерес у молоді, приносить позитивні зміни в організмі, ліквідує дефіцит рухової активності, добре впливає на здоров’я. Перевагою занять з фітнесу слід вважати і високий рівень позитивних емоцій, що виникають після занять і

забезпечуть позитивні психофізіологічні зміни в організмі студенток технічних спеціальностей.

Метою нашого дослідження є визначення впливу занять оздоровчим фітнесом на рівень фізичної підготовленості студенток технічних спеціальностей.

До дослідження долучилися 36 студенток 1-2 курсів Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка. Розподіл за групами здійснювався в випадковому порядку: експериментальна група ЕГ (n=18) і контрольна група КГ (n=18). Студентки ЕГ упродовж навчального року відвідували секцію з фітнесу два рази на тиждень. Тривалість занять складала 70 хвилин. Натомість, студентки КГ відвідувала звичайні академічні традиційні заняття з фізичного виховання. Фізична підготовленість студенток технічних спеціальностей визначалася за результатами проведеного педагогічного тестування, що констатує рівень сформованості основних фізичних якостей, а саме: швидкості (біг на 30 м, с); спритності (човниковий біг 4х9 м, с); швидкісно-силових (стрибок у довжину з місця); сили (згинання і розгинання рук в упорі лежачи, разів, піднімання тулуба в сід за 1 хв., разів); гнучкості (нахил тулуба вперед з положення сидячи, см). Кількісні дані було оброблено за допомогою методів математичної статистики і відображено в таблиці 1.

Таблиця 1

Показники рівня фізичної підготовленості студенток до проведення педагогічного експерименту (X ± m)

Критерії	**КГ (n=18)**	**ЕГ (n=18)**	**Рівень достовірності**	
			T	**p**
Біг на 30 м, с	5,61±0,12	5,57±0,14	2,2	>0,05
Човниковий біг 4х9 м, с	10,86±0,06	10,80±0,08	1,8	>0,05
Стрибок у довжину з місця, см	175,31±1,29	176,44±1,34	2,0	>0,05
Згинання та розгинання рук в упорі лежачи, разів	15,63±1,17	16,18±1,23	2,6	>0,05
Піднімання тулуба в сід за 1 хв.	41,24±2,27	40,20±2,41	2,3	>0,05
Нахил тулуба вперед з положення сидячи, см	13,95±1,28	13,34±1,20	2,2	>0,05

Аналіз показників, висвітлених в табл. 1, вказує на те, що до початку формувального експерименту для студенток обох груп були характерні майже однакові дані, при відсутності достовірних відмінностей (p>0,05).

Результати, одержані після експериментального дослідження свідчать, що показники фізичної підготовленості в студенток технічних

спеціальностей обох груп наприкінці навчального року покращились (табл. 2).

Таблиця 2

Показники рівня фізичної підготовленості студенток після проведення педагогічного експерименту (X ± m)

Критерії	КГ (n=18)	ЕГ (n=18)	Рівень достовірності	
			T	p
Біг на 30 м, с	5,57±0,09	5,27±0,11	2,2	<0,05
Човниковий біг 4х9 м, с	10,81±0,05	10,12±0,06	1,7	<0,05
Стрибок у довжину з місця, см	176,29±1,20	184±1,26	2,2	<0,05
Згинання та розгинання рук в упорі лежачи, разів	16,27±1,012	21,10±1,15	3,1	<0,01
Піднімання тулуба в сід за 1 хв.	41,98±2,07	48,15±2,35	2,1	<0,05
Нахил тулуба вперед з положення сидячи, см	14,01±1,15	18,54±2,20	2,8	<0,01

Водночас, в учасників ЕГ порівняно з КГ показники фізичної підготовленості значно покращилися, що засвідчує ефективність занять оздоровчим фітнесом.

На основі викладеного вище, маємо підстави для **висновку**, що внаслідок занять в секції з оздоровчого фітнесу впродовж навчального року спостерігається покращення вагомих показників рівня фізичної підготовленості студенток технічних спеціальностей.

Література

1. Твеліна А.В. Вплив оздоровчого фітнесу на формування здорового способу життя жінок / А.В.Твеліна // Молода спортивна наука України: [зб. наук. праць]. – Львів, 2005. – Вип. 9. – Т.1. – С. 352-356.

2. Хоули Э. Оздоровительныйфитнес / Э.Хоули, Б.Д.Френке. – К.: Олимпийскаялит-ра, 2000. – 368 с.

Р. В. Ківнюк, здобувач ступеня магістра
Національний університет фізичного виховання і спорту України;
Р. В. Дмитрів, к. фіз. вих. і спорту
Івано-Франківський коледж фізичного виховання і спорту України Національного університету фізичного виховання і спорту України

ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ

Вступ. На сучасному етапі розвитку системи освіти існує гостра потреба знизити психологічні навантаження і підвищити рівень адаптованості учнів перших класів до сучасних шкільних вимог. У зв'язку з цим спостерігається пошук найбільш ефективних форм і методів зміцнення здоров'я дітей засобами фізичної культури, зокрема, фізичної рекреації.

Мета – охарактеризувати психологічну адаптацію дітей молодшого шкільного віку засобами фізичної рекреації.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення даних науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Перехід до шкільного навчання докорінно змінює весь спосіб життя дитини. У цей період в її життя входить навчання – діяльність обов'язкова, відповідальна, що потребує систематичної організованої праці. Ця діяльність ставить перед дитиною задачу послідовного, цілеспрямованого засвоєння знань, узагальнених і систематизованих в основах наук, що передбачає зовсім іншу, ніж у дошкільному дитинстві, структуру її пізнавальної діяльності (О. М. Леонтьєв, Л. І. Божович, Д. Б. Ельконін) [3].

Психологічна готовність до школи формується поступово з моменту народження дитини – в спілкуванні з дорослими і однолітками, в грі, в посильній праці і дошкільному навчанні. В освітньому процесі проходить розвиток індивідуальних особливостей учнів всередині кожного вікового періоду – інтересів, нахилів, здібностей, самосвідомості, самооцінки, спрямованості, ціннісних орієнтацій, навчальної мотивації та ін. Відомо, що діти в одному і тому ж класі дуже відрізняються один від одного.

Аналіз численних проблем, пов'язаних з адаптацією дитини, показує, що при всьому їх різноманітті вони зводяться в основному до трьох моментів: а) виявлення причин різного роду труднощів у навчально-виховній роботі з учнями; б) подолання і профілактики відхилень в інтелектуальному і особистісному розвитку школярів; в) допомоги у вирішенні складних питань, конфліктних ситуацій.

Поняття «адаптація» науковці визначають не лише як процес пристосування до успішного функціонування в певному середовищі, але як здатність до подальшого психологічного, особистісного, соціального розвитку. Слід зазначити, що в найпоширенішому своєму значенні шкільна адаптація розуміється як пристосування дитини до нової системи соціальних умов, нових відносин, вимогам, видам діяльності тощо. Адаптована дитина – це дитина, пристосована до повноцінного розвитку свого особистісного, фізичного, інтелектуального й інших потенціалів в даному їй новому педагогічному середовищі [2].

Труднощі, які виникають у дітей раннього віку в процесі адаптації, можуть призвести до самої несприятливої її форми – дезадаптації, яка може проявлятися в порушеннях дисципліни, ігрової та навчальної діяльності, взаємовідносин з однолітками та вчителями.

В даний час спостерігається активний пошук найбільш ефективних форм і методів зміцнення здоров'я дітей засобами фізичної культури,

зокрема – фізичної рекреації. Рядом авторів підкреслюється важливе значення фізичної рекреації для різного контингенту населення. Особливо виділяють важливість оздоровчої рекреаційної рухової активності для дітей [1, 4, 5].

Однією з форм рухової активності є організовані в позаурочний час заняття рухливими та спортивними іграми. Вони мають різнобічний вплив на організм людини, зачіпаючи одночасно рухову і психічну сферу. Таким чином, використання рухливих і спортивних ігор з цілеспрямованим впливом на формування довільної поведінки активізує розвиток фізичних якостей і інтелектуальних здібностей дітей молодшого шкільного віку.

Висновки. Процес переходу дитини із сім'ї в освітній заклад є складним і для самої дитини, і для її батьків. Дитині належить пристосуватися до зовсім інших умов, ніж ті, до яких вона звикла у родині, чи як цілеспрямований процес – в дошкільному закладі відповідно з їхньою програмою. Цілеспрямована підготовка батьків і вчителів дає свої позитивні результати навіть при важкій адаптації.

Оздоровчо-рекреаційні заняття з дітьми молодшого шкільного віку повинні бути спрямовані на розвагу дитини, на спільну парну діяльність, нести в собі емоційне забарвлення, пробуджувати інтерес до ігрової діяльності, активізувати фізичні і психічні здібності, адже вони сприяють зниженню рівня тривожності, формуванню адекватної поведінки, активності, працездатності. Все це відбувається завдяки включенню дітей в ту чи іншу соціальну ситуацію, що виникає в процесі занять.

Література

1. Бондар Т. С. Спортивні та рухливі ігри в початковій школі / Т. С. Бондар. Київ : Ранок, 2007. 192 с.

2. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. Київ: Просвіта, 2001. 416 с.

3. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія. Навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 424 с.

4. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник / Т. Ю. Круцевич, Г. В. Безверхня. Київ: Олімп. л-ра, 2010. 248 с.

5. Формування мотивації учнів молодшого шкільного віку до оздоровчої рекреаційної рухової активності / О. Андрєєва, І. Головач, І. Хрипко // Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2016. Вип. 20. С. 11–15. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fkszn_2016_20_3.

О. В. Кравченко, студент групи 501 ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОЛЬ РУХОВИХ ІГОР У АДАПТИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

Формування фізичних якостей у дітей з розумовою відсталістю закріплюється розвитком рухових вмінь. Систематичне застосування рухових ігор сприяє розширенню рухливих можливостей у дітей, які перетворюються у необхідні життєві уміння та навички. Сформовані рухові навички і уміння дозволяють економити фізичні сили та безпомилково виконувати фізичні вправи, що позитивно впливає на розвиток м'язів, зв'язок, суглобів, кісткового апарату [3; 4; 5].

Проблему формування фізичних якостей у дітей з розумовою відсталістю досліджували такі вчені, як: Борисенко А.Ф., Венгерський Г.Б., Дмітрієв В.В., Сухарев А.Г., Томенко О.А. Однак проблема розвитку фізичних якостей дітей з розумовою відсталістю засобами рухливих ігор потребує подальшого вдосконалення.

У працях Шиян Б.М. зазначено, що діти з різними нозологіями найбільше потребують у рухливій активності з використанням рухливих ігор у процесі виховання та формування в них рухових (фізичних) якостей [4].

Фізичні якості (за визначенням Круцевич Т. Ю.) – це розвинуті у процесі фізичного виховання і цілеспрямованої підготовки рухові здібності людини, які визначають можливість і успішність виконання нею певної рухової діяльності [1, с. 189].

З’ясовано, що в основі формування фізичних якостей у дошкільнят лежать вікові особливості їхнього віку. Адже, розвиток дитини супроводжується змінами в організмі, які мають кількісні і якісні показники і залежать як від біологічних, так і від соціальних факторів. Кожній віковій групі притаманні свої особливості.

Деякі вчені (Сухарев О.Г., Томенко О.А.) оцінюють фізичні якості дітей/учнів за якісними та кількісними показниками. Оцінювання успішності учнів з фізичної культури є важливим фактором підвищення якості навчально-виховного процесу на уроках. При оцінюванні учні повинні усвідомлювати вимоги правильного виконання фізичних вправ [2; 3].

Проведений впродовж першого семестру 2019-2020 навчального року констатувальний експеримент показав, що серед дітей з розумовою відсталістю немає з низьким рівнем розвитку фізичних якостей. Це пояснюється тим, що з раннього віку їх залучають до рухової діяльності, що забезпечують необхідний мінімальний фізичний розвиток. Практично всі показники фізичних якостей у дошкільного віку демонструють достатні темпи приросту, які певною мірою відображають формування структурних і функціональних властивостей організму.

Під час дослідження розроблено технологію формування фізичних якостей у дітей з розумовою відсталістю, яка включає такі компоненти:

1) цільовий, що включає методику проведення занять фізичного виховання; використання інноваційних методів; формування фізичних якостей у режимі дня; організацію фізкультурно-оздоровчої роботи; створення і реалізація організаційно-педагогічних умов;

2) змістовий компонент включає зміст проведення занять з фізичного виховання;

3) операційно-діяльнісний реалізує цільовий компонент і складає взаємодію вихователя та дошкільнят у процесі застосування різних методів та форм;

4) оцінно-результативний компонент, що включає рівні сформованості фізичних якостей;

5) контрольно-регулюючий компонент, що включає аналіз і оцінку вихователем рівня сформованості фізичних якостей.

Основним засобом розвитку фізичних якостей дітей з розумовою відсталістю є рухові ігри. Використання рухливих ігор у фізичному вихованні таких дітей відіграє велику роль у їхньому житті. Вони сприяють формуванню фізичних якостей, активізує потребу в рухових діях, забезпечує активну участь у фізкультурно-масових заходах.

Діти здебільшого мають позитивне ставлення до рухливих ігор, що пояснюється чітко визначеним бажанням досягти певних результатів. Ці перспективи і глибоке усвідомлення дорослими того, що здоров'я дитини залежить від її рухової діяльності, налаштовували їх на подолання труднощів, сприяли залученню до регулярних занять фізичними вправами та іграми.

Результати педагогічного експерименту показали, що рухливі ігри як засоби фізичного виховання можна ефективно використовувати для розвитку фізичних якостей дітей з розумовою відсталістю, а також впроваджувати їх в педагогічну практику спеціальних закладів освіти.

Література

1. Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання. К. : Олімпійська література. том 1, 2017. 392 с.

2. Сухарев А.Г. Здоровье и физическоевоспитаниедетей и подростков . М. : Школа здоров'я, 2000. 90 с.

3. Томенко О.А. Неспеціальна фізкультурна освіта учнівської молоді: теорія і методологія : монографія. Суми : МакДен, 2012. 274 с.

4. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання. Частина 1. Тернопіль : Навчальна книга «Богдан», 2008. 272 с.

А. В. Кішінець, магістр групи 601 ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Наук. керівник: Беседа Н. А., к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТІВ ТЕХНІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Одним із важливих напрямів оновлення змісту вищої освіти є втілення в практику гуманістичних ідей розвитку творчої особистості з високо сформованими цінностями й орієнтирами на здоровий спосіб життя. На фоні розвитку загрозливої тенденції щодо втрати здоров'я

молодого покоління перед суспільством закономірно постає питання віднайдення ефективних підходів до здоров'язбереження молоді. Вивчення нормативно-правової бази України в галузі здоров'язбереження підтверджує доцільність нагального розв'язання певних проблемних аспектів.

Доказом соціальної актуальності проблеми здоров'язбереження молодого покоління є низка постанов Кабінету Міністрів, програм Міністерства освіти і науки та Міністерства охорони здоров'я, законів Верховної Ради, указів Президента, а також ряд інших нормативних актів та розпоряджень. У них розкрито причини погіршення демографічної ситуації в країні на фоні стрімкого збільшення відсотку хворих дітей, окреслено систему заходів щодо покращення стану здоров'я молоді. Таким чином, державна політика сприяє здоров'язбереженню, розробляючи нормативно-правові основи, але вони, щоправда, не завжди знаходять своє практичне втілення.

Доцільність здійснення педагогічного контролю в процесі фізичного виховання в закладах вищої освіти є очевидною, оскільки інформування про результати тестування є одним із важливих стимулів мотивування студентів до занять фізичною культурою. Водночас виконання нормативів сприяють розвитку фізичних якостей, а також формуванню в них умінь і навичок контролю й самоконтролю для визначення рівня фізичної підготовленості.

Ураховуючи вищезазначене, переконані, що побудова навчальних програм з фізичного виховання з урахуванням рівня фізичного розвитку та фізичної підготовленості студентів технічних спеціальностей дасть змогу індивідуалізувати процес фізичного виховання, що сприятиме ефективному навчанню й оздоровленню молоді.

Підсумовуючи вищезазначене, маємо підстави для висновку, що оцінювання фізичної підготовленості студентів технічних спеціальностей 1-2 курсів сприяє дозуванню фізичного навантаження для кожного студента, підвищує результативність занять фізичною культурою, мотивує до подальшого самовдосконалення.

Література

1. 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.

2. Вихляєв Ю. Планування та контроль самостійної роботи студентів із фізичного виховання / Ю. Вихляєв, О. Чеченьова // Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення. – 2012. – № 2 (18). – С. 160-163.

Д. В. Кішінець, магістр групи 601 ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»;
Наук. керівник: Беседа Н. А., к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАНЯТЬ СТУДЕНТАМИ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ

Сучасний малорухливий спосіб життя студентської молоді наразі стає головною причиною розвитку проблем зі здоров'ям. Проаналізуємо розпорядок дня звичайного студента. Типовим є такі моменти: дорога до навчального закладу (зазвичай за допомогою міського транспорту), потім 5-6 годин аудиторних занять, дорога до місця проживання, виконання домашнього завдання та відпочинок (переважно перегляд фільмів або інша діяльність у Інтернеті). Як бачимо, більш 10 годин на день студенти перебувають у малорухливому положенні. Винятком можна вважати заняття в спортивних секціях або на заняттях з фізичної культури з чстотою два-три рази на тиждень і тривалістю 1-1,5 години.

На особливу увагу, з позиції нашого дослідження заслуговує харчування студентів. Мало хто з них дотримується режиму та повноцінності харчування, особливо ті, хто проживають у гуртожитках. Дуже часто в їхньому раціоні переважає їжа із «фаст-фудів», де якість та поживність продуктів дуже низька, а калорійність занадто висока [1; 2].

З огляду на це, метою нашого дослідження є оцінка впливу занять фізичною культурою на стан здоров'я студентської молоді.

Дослідження проводилося на базі Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка зі студентами 1-2 курсів навчально-наукового інституту нафти і газу. Контингент учасників становив 24 студента 1-2 курсів, попереднє опитування яких засвідчує, що всі вони виявляють моральну невдоволеність своєю масою тіла та прагнуть до її зниження. Педагогічний експеримент проводився упродовж вересня-жовтня 2019 року. Розподіл на групи відбувався довільним методом. До експериментальної групи (ЕГ) було включено 26 студентів, а контрольної групи (КГ) – 28.

Застосовано такі методи дослідження: теоретичний аналіз літературних джерел, опитування, інтерв'ювання студентів, вимірювання антропометричних даних, проба Мартине-Кушелевського, рухові тести, методи математичної статистики.

Після попереднього тестування студентів встановлено, що вони мають задовільний вихідний рівень функціонування серцево-судинної системи та фізичної працездатності. Для експериментальної групи було розроблено комплекс вправ для корекції фігури та рекомендації щодо організації раціонального харчування студентів. До того ж вони займалися фізичною культурою не тільки під час академічних занять, але й у вільний час 3 рази на тиждень упродовж 1,5 години. Навчання студентів контрольної групи здійснювалося за традиційною програмою на заняттях з фізичного виховання 2 рази на тиждень.

Аналіз результатів дослідження (табл.1) вказує на те, що після експерименту в студентів ЕГ знизилася вага, що суттєво вплинуло на зниження індексу маси тіла та рівень фізичної підготовленості.

Слід зазначити також, що поряд зі зниженням маси тіла та підвищенням рухової активності в студентів ЕГ спостерігається тенденція

до покращення функціонального стану серцево-судинної системи, засвідчена показниками часу відновлення ЧСС та АТ після навантаження.

Підсумовуючи вищевикладене, маємо підстави для висновку, що систематичні заняття фізичною культурою позитивно відображаються на корекції маси тіла студентів із зайвою вагою та рівні їхньої фізичної підготовленості.

Таблиця 1

Порівняння результатів занять студентами фізичною культурою до та після педагогічного експерименту

Показники	До експерименту		Після експерименту	
	ЕГ (n=26)	КГ (n=28)	ЕГ (n=26)	КГ (n=28)
Індекс маси тіла (кг/м²)	25,4	25,9	23,8	24,8
Проба Мартине-Кушелевського: 1) час відновлення ЧСС (сек)	104,2	105,4	68,5	98,4
2) час відновлення АТ (сек)	143,3	144,2	97,9	100,6
М'язова витривалість 1) підіймання корпусу з положення сід (кількість разів за хвилину)	27	25	56	32
2) згинання і розгинання рук від полу (кількість разів за хвилину)	17	16	29	18
3) підіймання корпусу з положення лежачи (кількість разів за хвилину)	25	23	37	26

Література

1. Бухвал А. Стан здоров'я студентів вищих навчальних закладів / А. Бухвал, О. Самчук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк : РВВ "Вежа" Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – № 3 (7). – С. 52–55.

2. Дубогай О. Тенденції розвитку оцінювання фізкультурно-оздоровчих досягнень студентів: інноваційний світовий досвід / О. Дубогай, М. Євтушок // Фіз. виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк : РВВ "Вежа" Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2008. – Т. 2. – С. 99–104.

Клеценко Л.В., к.пед., старший викладач;
Н.О. Якуба,студент ІІІ курсу спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ПОТРЕБИ У ФІЗИЧНОМУ ВДОСКОНАЛЕННІ СТУДЕНТІВ ЗВО

Фізичні вправи і заняття різними видами спорту впливають на розумову і фізичну працездатність, покращують розумові здібності та моторний інтелект у студентів. Так, проведені педагогічні та фізіологічні дослідження виявили різноманітні зміни в стані організму та розумової працездатності, що з'являються у студентів під впливом різних величин сумарної рухової активності: функціональний стан центральної нервової системи досить чітко відображається на їх розумовому інтелекті та на його динаміці впродовж навчального дня і року [4].

Разом із тим, проблема пошуку фізіологічних механізмів керування розумовою працездатністю студентів, формування мотивації до конкретної форми рухової активності ще не тільки не вивчена, а й не сформульована, через що дані літератури розрізнені, дослідження показників фрагментарні, а цілісна концепція мотивації до занять фізичними вправами ще чекає на своє обґрунтування [2]. Недостатньо вивчено питання оптимізації рухової активності та працездатності студентів із використанням засобів фізичної культури, природних і середовищних факторів та їх сполучення в рамках занять фізичним вихованням.

Усе вищеподане дає підстави вважати, що вдосконалення системи фізичного виховання у вузах, зокрема використання мотиваційних стимулів до засобів фізичного виховання і, у тому числі, фізичних вправ, для досягнення і підтримання високого фізичного рівня, є однією з актуальних проблем теорії і практики фізичної культури.Зміст потреби у здоровому способі життя становить органічну єдність трьох компонентів: емоційно-ціннісного, когнітивного і діяльнісного. Завдяки цьому концептуальному положенню формування цієї потреби повинно включати такі основні напрями – соціально-психологічний, інтелектуальний і виховання тілесної культури.

Формування потреби у фізичному вдосконаленні в багатьох випадках визначається рівнем фізкультурної освіти студента. Тому соціально-психологічний аспект фізичного виховання тісно пов'язаний з іншим, не менш важливим напрямом – інтелектуальним вихованням особистості. Одна з вирішальних умов, що визначає ефективність цього процесу – озброєння студентів системою знань, що розкривають теоретичний і методичний зміст фізкультурно-спортивної діяльності, її впливу на чуттєву сферу, емоційні переживання. Загальноосвітні знання орієнтують студента на створення цілісного уявлення про фізичну культуру, визначають її зв'язки з історією, філософією, медициною, екологією, валеологією. Спеціальна теоретична підготовка студента в сфері фізичної культури зумовлює засвоєння знань з організації власної фізичної активності і суспільно-фізкультурної практики.

Серед багатьох заходів, спрямованих на вдосконалення навчально-виховного процесу з фізичного виховання, можна назвати заняття за обраними видами спорту. Вони формують мотиви навчально-пізнавальної діяльності, сприяють виявленню розвитку майбутнього фахового

потенціалу студента, самореалізації його особистості. Зміст занять за видами спорту формують таку систему знань, в якій відображені різноманітні способи фізкультурно-спортивної діяльності і тих відношень, які проявляються в ній. Набуті знання та вміння безперервно використовуються у реальній практичній діяльності і життєдіяльності студентів, розвиваючи і збагачуючи їх новими якісними особливостями, посилюючи і прискорюючи процес формування практичних вмінь і навичок, необхідних для організації здорового способу життя, вирішення особистісно і соціально важливих завдань, що виникають у навчальній, трудовій, суспільній і побутовій сферах життєдіяльності. Практичний досвід, набутий на заняттях за видами спорту, носить творчий характер і постійно пов'язаний з оволодінням новими методами, засобами, прийомами цієї діяльності, пошуком її нових рішень, виконанням в умовах, що змінюються [1, 3].

Освітня спрямованість вузівського фізичного виховання дозволяє студенту осмислити і обирати шляхи реалізації своєї фізичної активності не тільки під час навчання у вузі, а й у наступному періоді життя. У галузі фізичної культури людина діє на власну природу за допомогою фізичних вправ, осягає розумом закони їх використання, виробляє нові види і способи фізичного вдосконалення.

Одне з пріоритетних завдань – це виховання тілесної культури – залучення студента до занять фізичною культурою не тільки як споживача, а й як активного суб'єкта. Розв'язання розглянутих завдань із формування мотивації до фізичного вдосконалення студентів потребує розробки і реалізації нової стратегії фізичного виховання, перш за все впровадження в практику навчального процесу таких напрямів:

- адекватності змісту фізичної підготовки індивідуальному стану студентів;
- гармонізації та оптимізації фізичного тренування;
- вільного вибору форм фізкультурно-спортивної діяльності відповідно до особистої схильності кожного студента [4].

При цьому вирішальним аспектом фізичного виховання стає спрямованість на формування і усвідомлене закріплення, заснованої на ґрунтовних і глибоких знаннях і переконаннях мотивації до фізичного гартування, стійкій звичці самостійно турбуватися про своє здоров'я. Для цього необхідно розкрити перед студентами особистісний сенс фізкультурно-спортивної діяльності, домогтися глибокого розуміння мети цієї діяльності і на такій основі розвити творчу активність [2].

Про формування стійкої потреби у фізичному вдосконаленні свідчить також суттєве зростання кількості студентів, які самостійно займаються фізичними вправами під час канікул. Відбулися також зміни в поясненні студентами причин, що перешкоджають заняттям із фізичного вдосконалення.

Формування потреби у фізичному вдосконаленні передбачає подання студентам великої кількості способів задоволення і право їх вільного вибору. Завдання викладача в такому випадку зводиться до того, щоб допомогти студентам зробити правильний вибір, адекватно поставити перед собою мету фізкультурної діяльності, створити їм необхідні умови

для занять, озброїти їх інформацією про стан свого здоров'я і шляхи його покращення [3].

Спеціально організовані в системі вузівської підготовки заняття з фізичного виховання зорієнтовані на розвиток у студентів потреби в фізичному вдосконаленні ведуть до формування в них стійкого особистісного змісту і стабільної установки на вдосконалення власної фізичної підготовки. Головну роль у формуванні потреби в фізичному вдосконаленні виконують змістовно зовнішні, тимчасові мотиви, утворення яких пов'язано з пошуком способів досягнення нормальної мети офіційної фізкультурної діяльності. Основними структурними компонентами, що формують мотивацію до фізичних вправ є: бажання займатися окремим видом спорту, інтерес до занять фізичними вправами, стан здоров'я і рівень розвитку рухових здібностей.

Література

1. Актуальні проблеми фізичного виховання та методики спортивного тренування // Збірник наукових праць. – Вінниця, 2004. – 132 с.

2. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.

3. Грибков В. А. Методика восстановленияумственной и физическойработоспособностистудентовсредствамифизическойкультуры в процессеучебно-трудовойдеятельности : Автореф. дис. … канд. пед. наук (13.00.04) / В. А. Грибков. – М., 2015. – 18 с.

4. Педагогічна практика з фізичного виховання (методичні рекомендації для студентів факультету підготовки вчителів початкових класів) за ред. А. В. Огнистого. – Тернопіль: ТДПУ, 2011. – 20 с

А. В. Ковалёв, преподаватель
Белорусский государственный університет культуры и искусств

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ПОДГОТОВКЕ ВОКАЛИСТОВ

Измененииефизическогосостояниявокалиста, связанное с длительностьюконцертов, проведениеих в разныхгеографических широтах и условияхисполнения, создаетнапряжение в различных системах организма, а соответственно на процессефонации и качествеисполнения. Этоплоховлияет на состояние голосового аппарата и организма в целом, чтоприводит к преждевременномупрекращениюпрофессиональнойдеятельности. Основнымсредством, позволяющимповыситьадаптацию к различнымнеблагоприятнымусловиям, увеличить силу голоса, уменьшитьвремяподготовки к сложнойконцертнойдеятельности и избавиться от вредныхпривычекявляетсяфизическая культура [5].

Одну изнемаловажных ролей играетработоспособность скелетних мышц. Напряженнаядеятельностьвокалистасроднинапряженнойдеятельности при

выполнениифизическихупражнений. Этадеятельностьоказываетвлияние на изменение функціонального состояния скелетних мышц [2]. Использованиефизическихупражнений наряду с элементамидыхательныхупражненийспособствуетформированиюадаптации кардиореспираторнойсистемы и повышениюобщейработоспособности [3,4].
Повышениефункциональныхвозможностейорганизмаопределяетсяорганизацией специальныхфизкультурно-оздоровительных занятий [1].

Целью исследования явилось определение влияния физических упражнений на формирование профессиональных навыков вокалиста.

Исследования, в которомпринялоучастие 20 студентовотделения «пение» кафедрыискусствазстрадыфакультетамузыкальногоискусства, проводились на базе УО «Белорусскийгосударственный університет культуры и искусств» в период 2018-2019 учебногогода.

Предполагалось, что использование специальных физических упражнений в совокупности с занятиями вокалом будут способствовать формированию профессиональных навыков вокалиста.

Для подтверждения гипотезы исследования, нами был организован и проведен педагогический эксперимент. Первоначально нами было проведено тестирование уровня физических возможностей и вокальных данных певцов. Проводилась диагностика голосового аппарата для выявления максимальных границ диапазона, а также тестирование уровня физических кондиций и работоспособности. По результатам предварительного тестирования были выделены две группы, одна из которых была определена как контрольная, вторая – экспериментальная.

С целью определения функциональных возможностей кардиреспираторной системы организма использовалось тестирование по методике Серкина. Ещё одним тестом для определения функциональных возможностей мышц брюшного пресса, выделяющихся статическим напряжением при длительном удержании звука и предопределяющим максимальное задействование брюшного дыхания во время пения, явился тест на статическое напряжение - «Планка» стоя на предплечьях. Результаты этого тестового упражнения отражают показатели специальной выносливости. Данное качество максимально проявляет себя в верхней части участка диапазона исполняемого произведения в особенности на fermato.

Половина студентов проходила курс обучения по инновационной методике, включающей в себя как стандартные вокальные упражнения, так и упражнения из сферы физической культуры, разделенные на два раздела: упражнения для повышения общей физической подготовки и специализированные инновационные упражнения.

Контрольная группа занималась по стандартной программе, не включая в занятия по вокалу средства физической культуры, но не ограничивая двигательные действия на остальных предметах.

Педагогический эксперимент продолжался на протяжении всего учебного года. По окончании учебного года было проведено повторное тестирование и сравнение полученных результатов с началом эксперимента, а также с результатами контрольной группы.

В целяхопределенияэффективностипроведенногоэксперимента, нами былсделансравнительныймежгрупповойанализ (Таблица 1). ДанныепробыСеркинасвидетельствуют, что по исходномууровнюдостоверностимеждугруппами нет (p>0,05). Результаты задержки дыханияпоследвадцатиприседаний и через минутуотдыхапоказываютпреимуществоэкспериментальнойгруппы над контрольной, чтосвидетельствует о болеевысокойработоспособностикардиореспираторнойсистемыорганизмас тудентов, занимавшихся в экспериментальнойгруппе (p<0,05).

Таблица 1

Сравнительныйанализмежгрупповыхпоказателей по окончанииэксперимента

ПОКАЗАТЕЛИ	Экспериментальнаягруппа	Контрольная группа	t	p
	x ± σ	x ± σ		
Задержка дыхания до нагрузки, с	60 ± 4,83	44,6 ± 5,2	1,96	> 0,05
Задержка дыханияпосленагрузки, с	30,5 ± 3,1	21,7 ± 4,92	2,22	< 0,05
Задержка дыханияпослеминутыотдыха, с	54,6 ± 5,16	38,2 ± 5,18	2,24	< 0,05
Количество нот в вокальномдиапазоне	27,2 ± 2,17	20,8 ± 2,05	2,14	< 0,05
Нижнийтембральный диапазон, Гц	28,7 ± 6,65	31,5 ± 6,8	0,29	> 0,05
Верхнийтембральный диапазон, Гц	57,9 ± 2,43	51,2 ± 2,01	2,12	< 0,05

Значительно расширился диапазон извлекаемых нот. Студенты экспериментальной группы имеют достоверно лучший показатель, нежели студенты контрольной группы (p<0,05).

Вокальный диапазон значительно увеличился у студентов экспериментальной группы. Вместе с тем, нижняя граница вокального диапазона не имеет достоверности различий (p>0,05). Расширение вокального диапазона в контрольной группе произошло из-за увеличения верней границы, что выразилось в преимуществе перед студентами контрольной группы (p<0,05).

Результат учебного года сказался на всех показателях вокальных и физических возможностей студентов. В частности, значительно изменилоськоличество нот в вокальном диапазоне студентов. Следует отметить, что и вокалисты и вокалистки экспериментальной группы увеличили количество извлекаемых нот фактически на десять единиц, в то

время как в контрольной группе средний прирост составил пять нот у женщин и четыре ноты у мужчин.Вокальный диапазон голоса студентов экспериментальной группы значительно увеличился.

Литература

1. Бондаренко, А. Е. Влияниефизкультурно-оздоровительных занятий на функциональныевозможностиорганизмастудентовспециальногоучебногозаведения / А. Е. Бондаренко, К. К. Бондаренко, Ж. А. Зыкун // ГуманітарнийвісникПолтавськогонаціональноготехнічногоуніверситетуіменіЮрія Кондратюка: зб. наук. праць [ред. кол.; гол. ред. Л. М. Рибалко]. – Полтава :ПолтНТУіменіЮрія Кондратюка, 2018. – Вип. 4. – С. 122-129.

2. Бондаренко, К. К. Изменение функціонального состояния скелетних мышцпод. воздействиемнапряженнойнагрузочнойдеятельности / К.К. Бондаренко, А.Е. Бондаренко, Е.А. Кобец // Наука і освіта. - 2010, № 6. – С. 35-40.

3. Бондаренко, К. К. Влияниедыхательныхупражнений на функциональноесостояниестудентов в группахспециальногоотделения / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко // Физическая культура, спорт, наука и образование : материалыIIвсероссийскойнаучнойконференции. Подредакцией С.С. Гуляевой, А.Ф. Сыроватской. 2018. - С. 62-65.

4. Бондаренко, К. К. Использование методики дыхательнойгимнастики на занятиях в специальномучебномотделении / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко, Г. Г. Залесская // Мультидисциплинарныйподход к диагностике и лечениюкоморбиднойпатологии : сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 29-30 нояб. 2018 г. / Гомел. гос. мед. ун-т ; А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель :ГомГМУ, 2018. – С. 59-62.

5. Ковалев, А. В. Физиологическиеосновы в формированиипрофессиональныхнавыковвокалиста / А. В. Ковалев // Навуковыпошук у сферысучаснайкультуры і мастацтва: (Мінск, 25 лістапада 2015 г.) / Беларускідзяржаўныўніверсітэткультуры і мастацтваў. - Мінск, 2017. - С. 197-201.

Д. Костенко, магістр групи 601ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»;
Наук. керівник: Гордієнко Ю. В., к.фіз.вих. та спорту, доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ҐЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІД ЧАС ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ЗАСОБАМИ ПАУЕРЛІФТИНГУ

Ґендерні дослідження виникли як потреба реконструювання індивідуального, родинного, суспільного й державного співжиття чоловіків та жінок. Різноманітність підходів та знань ґендерних особливостей у ставленні студентів та студенток до занять фізичним вихованням та спортом допомагає не тільки залучити більше учнівської молоді до занять але і створює адекватну психологічну атмосферу для студентів у всіх формах рухової активності.

Натомість, у системі вищої освіти загалом і вищої технічної освіти зокрема завдання формування гендерної культури студентів до сьогодні залишається теоретично не обґрунтованим і практично не вирішеним, незважаючи на набутий позитивний педагогічний досвід щодо інтеграції

гендерного підходу в навчально-виховний процес окремих вищих навчальних закладів.

Заняття фізичною культурою і спортом покращують здоров'я і знижує захворюваності, зменшує соціальне напруження у суспільстві. Адекватне фізичне виховання, яке задовольняє потреби і бажання як хлопців, так і дівчат – одна з основних гарантій здорового майбутнього покоління.

В сучасній системі наук, щодо фізичного вдосконалення і змагальної діяльності людини, чітко визначилась проблема, що має кардинальне значення для фізичного удосконалення організму дівчини. Тому процес фізичного вдосконалення студентки повинен проводитись по-іншому, ніж студентів.

На думку більшості науковців заняття спортивною діяльністю не дозволяють вирішити ці питання, якщо програми не диференційовані, хлопці та дівчата повинні виконувати практично одні і ті ж вправи. У програмах використовують також ґендерні стереотипи, що існують у суспільстві.

Вибір виду спорту, яким вважають за краще займатися дівчата, знаходиться в рамках прав людини і особистої свободи і залежить від особливостей мотиваційно-смислової структури особистості. У цьому аспекті представляють інтерес дослідження чоловічих і жіночих характеристик і властива даній статі поведінка. Науковцями були висунуті припущення, що чоловіки не обов'язково повинні володіти тільки чоловічими характеристиками, а жінки – тільки жіночими.

Ґендерний підхід, що розвивається останнім часом у науці, дозволяє з нової точки зору поглянути на особливості особистості, пов'язані з її статтю. Під «ґендером» мається на увазі соціальна або психологічна стать, яка формується в соціокультурному середовищу, також існують ґендерні стереотипи – уявлення про властивості та норми поведінки чоловіків і жінок. Ці норми поведінки поширюються на всі сфери життєдіяльності людини, у тому числі й на спорт. Існують види спорту, що репрезентують образи, які належать до стереотипів маскулінності (мужності, жорсткості, сили, проявів агресивності). До певної міри така характеристика стосується і пауерліфтингу

Завдяки зростанню популярності пауерліфтингу серед молоді в цілому світі та в Україні зокрема, цим силовим видом спорту починає займатися все більше студентів. Популярність пауерліфтингу пояснюється простотою, доступністю цього виду спорту для різних груп населення, єдиною проблемою впровадження в навчальний процес в закладах освіти є недостатня матеріально-технічна база. Ця проблема є актуальною і для гендерних особливостей.

Під час побудови навчального процесу варто використовувати різноманітні дидактичні методи, враховуючи вікові та статеві особливості студентів, матеріалу, що вивчається, а також наявні матеріальні можливості навчальних закладів.

Під час написання наукової роботи ми дійшли висновку, що робоча програма з «Пауерліфтингу» для вищих навчальних закладів повинна побудоватися за загальними принципами програмування навчального

процесу та за принципами силової підготовки, спираючись на чітко сформовані цілі і завдання, та враховувала інтереси та мотиви студентів.

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. Давиденко О. В. Проблемні аспекти ґендерної політики в сучасному фізичному вихованні школярів / О. В. Давиденко, В. П. Семененко, С. В. Ткачук − С. 334-336

3. Терзі П. П. Із досвіду експериментального дослідження процесу формування гендерної культури студентів вищих технічних навчальних закладів / П. П. Терзі // Науковий вісник Південноукраїнського державного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського : Зб. наук. праць. – Одеса : ПДПУ ім. К. Д. Ушинського. – 2007. – Вип. 9-10. – С.43-50.

В.І. Лесковець, магістр групи 502 ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ГАРМОНІЙНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ ШКОЛЯРІВ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ ТА СПОРТОМ

Всебічно розвинена людина – це особа з відповідним розумовим, фізичним і трудовим вихованням, яка пройшла необхідну школу морального, естетичного навчання, володіє високою виробничою культурою, різнобічною загальноосвітньою підготовкою. Гармонійний розвиток школяра залежить від того, наскільки глибоко відбувається його самоутвердження в усіх сферах діяльності включаючи і рухову – заняття фізичними вправами та спортом.

Гармонійний фізичний розвиток не є певною постійною величиною, вираженою у відповідному співвідношенні частин тіла. Фізична досконалість має бути результатом гарного здоров’я і є основою нормальної, повноцінної життєдіяльності. Однак не саме лише здоров’я є ознакою досконалого фізичного розвитку. Краса здорового, пропорційно розвиненого тіла дає ще й естетичну насолоду. Краса визначається й умінням володіти своїм тілом, гарною поставою, злагодженими рухами, тобто усім тим, що залежить від занять фізичними вправами та спортом.

У широкому розумінні фізична культура і спорт – це частина загальної культури нашого суспільства у сукупності досягнень в справі створення й використання спеціальних засобів фізичного вдосконалення. Для гармонійного розвитку дитина послідовно працює у трьох аспектах: засвоює культуру, під впливом якої формується людська особистість, розвиваються її здібності; у процесі діяльності особистість створює нові культурні цінності за допомогою засобів та методів фізичного виховання;

гармонійний розвиток полягає у тому, що культура інтегрується в сутність самої особистості.

Фізична культура як частина загальної культури може робити істотний вплив на формування школярів. Йдеться не тільки про фізичний розвиток, зміцнення здоров'я в аспектах профілактичної медицини, досягнення високого рівня сили, швидкості, витривалості, координації рухів, хорошого функціонального стану, фізичної готовності до праці, але також про збагнення сенсу фізичного виховання, естетики фізичних вправ, спортивної етики, знання основ спортивної гігієни, переконаності у важливості підтримки хорошого фізичного стану для кожної дитини, виробленню стійкої зацікавленості до регулярних фізичних вправ, дотримання відповідних гігієнічних норм.

Треба акцентувати увагу і на духовному компоненті фізичної культури який виступають в даному випадку як спосіб реалізації соціальної програми різностороннього розвитку особи, включаючи її психологічні, фізичні і соціальні компоненти.

Розглядаючи різносторонній вплив фізичної культури на школярів, на процес розвитку у них особових якостей, доцільно орієнтуватися на певні критерії їх сформованості. Це зручно в світлі осмислення феномена фізичної культури особи з урахуванням її біологічної і соціальної сторін.

Виконання фізичних вправ тісно пов’язане з активною розумовою діяльністю, спрямованою на визначення способу дії, оцінку умов її виконання, керування рухами, мобілізацію вольових зусиль, емоцій та інших психологічних процесів.

Разом з тим, фізичне виховання, розвиваючи фізичні здібності і створюючи великий запас рухових навичок і вмінь, гарантує високу продуктивність у будь-якому виді праці.

Література

1. Теорія и методика фізичного виховання. Том 2. Методика фізичного виховання різних груп населення / Под.ред. Т.Ю. Круцевич. К: Олимпийскаялитература, 2003. 392 с.

2. Раєвський Р.Т., Канішевський С.М., Домашенко А.В. Фізичне виховання як складова частина освіти учнівської молоді. Теорія *і практика фізичного виховання* : Науково методичний журнал, 2002. №1. С. 31-37.

Д. В. Лисуненко, магистрант
Гомельский государственный Университет
имени Франциска Скорины

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАТА ДЛЯ РАЗВИТИЯ БЫСТРОТЫ В КАРАТЕ

Развитиефизическихкачеств в единоборствахопределяетсяструктурными компонентами тренировки. Одним из таких компонентовявляются тест-тренировки с использованиемвспомогательныхупражнений [4].

Эффективностьприменениятренировочныхупражненийопределяется характером задействованияфункциональных систем, ответственных за формированияадаптационныхпроцессов в организме [3].

Структура формированиядвигательногонавыкаопределяется характером кинематических и динамическихпараметровдвижения [1,5]. В зависимости от этихпараметровформируетсяскоростьнакопленияутомления в скелетныхмышцах, чтопредопределяеттребования к нагружениюфункциональных систем и параметрововосстановления [2].

Исследования проводились на базеМолодежногообщественногообъединения «Гомельскаяобластнаяфедерациякаратэ» в период с 3 декабря по 31 мая и составили 26 недель.

В экспериментепринималиучастиекаратисты, занимающиеся в учебно-тренировочныхгруппах в количестве 37 человек. Участникам на момент экспериментабыло от 12 до 15 лет. Этот фактор являетсяособенностьюисследованият.к. возраст, опыттренировок, физическаяподготовкаварьируется в оченьширокомдиапазоне.

Быливыделеныдвегруппы, с количествомзанимающихся в контрольнойгруппе - 19, в экспериментальной - 18.

Занятиях в обеихгруппах проходили совместносогласно плану тренировочногопроцесса. Занятия проходили 5 раз в неделю по 2 часа. В началекаждойтренировки по 20 минутотводилось для развитияфизическогокачества «быстрота». При этом, в контрольнойгруппе давались упражнениюбщепринятогохарактера, а в экспериментальной - в качестветренировкибыстротыиспользовалисьэлементыкомплексаформальн ыхупражнений – ката «Пайко», характеризующеесябыстротойвыполняемыхдвижений.

Также, в экспериментальнойгруппе одно из занятий в неделюотводилось на целостнуюотработкувышеозначенного ката.

В экспериментальнойгруппе ката выполнялось с максимально возможнымнапряжением и темпом, с периодамиотдыхамеждуповторения до 120 секунд. При этом, использовалисьактивныеформыотдыха. Подактивнымотдыхомпонималсяотдых, организуемыйпосредствомпереключения на деятельность, отличающуюся от той, котораявызвалаутомление, и способствующуювосстановлениюработоспособности. Это означало, чтозанимающийсяпослеокончаниявыполнения ката, долженкакминимум ходить.

Во времяпроводимых в экспериментальнойгруппе раз в неделюотдельных занятий, направленных на тренировкуисключительно формального комплексаупражнений «ката», занятиястроилисьиным образом. Общеевремяосновнойчастизанятиясоставлялооколо 90 минут. Разминказаключалась в выполнениибегамалойинтенсивности по татами, общеразвивающихупражнений, акробатическихупражнений.

Структура тренировки ката включала изучениесхемы его движения с применением по ходу определенныхтехническихэлементов: стоек, блоков, ударов, различныхперемещений. Особоевниманиеуделялось ритму

исполнения ката по фазам, которыесостоятизбункая – расшифровкизначениявыполняемойтехники и еепрактическоезначение. Каждая фаза выполнялась сосвоейскоростью, могла иметьподготовительный, взрывнойэлемент, статический, расслабляющий, баллистический, а такжетребующийособойконцентрации – киай.

В ката «Пайко» спортсменынеоднократновыполнялисвязки с проявлениембыстроты, состоящиеиз фаз комбинацийсменыстоек с блокированием и ударами, в том численог. На выполнениеданных фаз необходимобылозатрачиватьминимальноеколичествовремени, чтотребуетпроявлениясскоростныхспособностей.

Быстрота – комплекс функциональныхсвойств, непосредственно и по преимуществуопределяющихскоростные характеристики движения, а такжевремядвигательныхреакций.

В ката «Пайко» нами быловыделеносемнадцать фаз, изкоторых с предельнойбыстротойвыполняютсяследующиефазы: 2, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 14. Следуетучитывать, что в приведенных фазах значитсяразличноеколичествоэлементов. Наибольшееколичествовремени (около 16 секунд) отводиться на представление ката в начале и после его окончания (камаэ).

Метод развитиябыстротызаключается в повторномвыполнениииупражнений в различных его вариантах с предельнойскоростью, повторноевыполнениескоростныхупражнений в облегченныхусловиях. Такойподходпозволяетвыполнитьдвижения при различных режимах работымышц, чтоспособствуетболемуспішномуформированиювариативныхдвигательны хнавыковвыполнениянримовкаратэ.

При этом важно соблюдать ряд условий:

- выполняемаятехника в ката должнабытьхорошоизучена и освоена;
- при выполнениияэлементов ката, а такжевыполнении ката в целомдолжна строго соблюдатьсятемпо-ритмовая структура движения [6].
- продолжительностьповтороввыполнения ката должнытбатьтакой, чтобы к концу его выполнениясскорость не знижаласьвследствиеутомления.

До начала и по окончании эксперимента нами было проведено тестирования по определению быстроты. В качестве тестов использовался бег на 20 метров, челночный бег 3 по 10 метров, количество ударов передней рукой за 10 с и теппинг-тест.

По результатам тестирования в началеэкспериментамеждугруппами не быловыявленодостоверностиразличийни по одному изтестов ($P > 0,05$). По окончаниипедагогическогоэкспериментабылавиявленадостоверностиразли чийпараметров в беге на 20 метров, количествеударовпереднейрукой за 10 с и в показателетеппинг-теста ($r = 2,23$, $r = 2,21$ и $r = 2,31$ соответственно) ($P < 0,05$). В челночномбеге 3 по 10 метровдостоверностиразличийвыявлено не было ($r = 1,07$) ($P > 0,05$).

Использование при развитиифизическихкачествэлементов и структурныхдвиженийизарсенала ката способствует не толькоразвитиюфизическогокачества, на

котороеакцентированозашифрованное в формальном комплексе действие, но и формированиюэффективноститехникидвижения.

Оценкойданнойэффективностииспользованияформальныхкомплексо вупражнений в тренировочнойдеятельностислужит, как правило, результат соревновательнойдеятельности не только в категории «ката», но и в категории «кумите».

Литература

1. Бондаренко, А.Е. Измененикинематикидвижения при выполнииударныхдействий в карате / А. Е. Бондаренко, К. К. Бондаренко, Л. В. Старовойтова, Е. А. Мочалова // Материалыдокладов 51-й международнойнаучно-техническойконференциипреподавателей и студентов. В двух томах. Том 1. – Витебск. – 2018. - С. 422-424.
2. Бондаренко, К.К.Изменениехарактерадвижений при утомлении в карате / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко // Физическая культура, спорт, наука и образование: Материалы II всероссийскойнаучнойконференции. Подредакцией С.С. Гуляевой, А.Ф. Сыроватской. – Чурапча. - 2018. - С. 68-72.
3. Бондаренко, К. Раціональність тренувальних впливів при підготовці в карате / К. Бондаренко, И. Фигуренко // Теоретико-методичні основи організації фізичного виховання молоді: Матеріали 1 регіон. наук-практ семінару. – Львів – 2006. — С. 17-19.
4. Бондаренко, К. К. Организациятренировочных занятий (тест-тренировок) в единоборствах / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко // Состояние и перспективытехническогообеспечениеспортивнойдеятельности: сб. статей (матер. IV Междунар. науч.-техн. конф.), 2016 г. – Минск: БНТУ. – С - 115 -117.
5. Старовойтова, Л.В. Биомеханическиепараметрыударныхдействий в карате / Л. В. Старовойтова, П. К. Грицева, К. К. Бондаренко // Актуальныепроблемыфизическоговоспитаниястудентов: МатериалыМеждународнойнаучно-практическойконференции, 2019. – Чебоксары: ФГБОУ ВО Чувашская ГСХА, 2019. – С. 504-507.
6. Мудрик, І.П. Ритмові моделі технічних дій каратистів високої кваліфікації / Мудрик І. П. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту – 2011. - №9. – С. 87-91.

Лукова С.В., аспірантка
Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди

ВПЛИВ СПОРТУ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКІВ

У підлітковому віці відбувається активна перебудова самосвідомості, з’являється почуття дорослості та прагнення самоствердитися [1, 5]. Це викликає у підлітка велику соціальну активність, спрямовану на засвоєння нових зразків поведінки, перетворення себе, що робить його активним суб’єктом соціалізації. Фахівці у галузі фізичного виховання і спорту підкреслюють, що підлітки, які займаються спортом і фізичною культурою, краще адаптуються до різних життєвих умов, більш впевнені у

собі, мають навички самоконтролю (Ю. Я. Кисельов [4], А. В. Алєксєєв [1], Л. І. Лубишева [6]).

Актуальність дослідження впливу спорту на особистісний розвиток підлітків зумовлена тим, що реалізація можливостей спорту вищих досягнень сприяє дорослішанню, у процесі якого відбувається формування Я-концепції.

На думку Л. С. Виготського інтереси підлітків є ключем до всієї проблеми психологічного розвитку підлітка. Заняття підлітка певним видом діяльності можуть по-різному впливати на особливості його соціалізації, соціальної поведінки, розвиток ідентичності та взаємини з однолітками і дорослими.

Оволодіння спортивною майстерністю на рівні вищих досягнень є однією з форм провідної діяльності підлітків, що сприяє ранній професіоналізації. Це пояснюється тим, що становлення спортивної майстерності збігається за часом з фізичним, інтелектуальним, соціальним та особистісним розвитком. Згідно результатів дослідження Г. Б. Горської, існує різноспрямованість впливу спорту на особистісний розвиток підлітків. З одного боку, спорт сприяє надбанню соціального досвіду, засвоєнню різних ролей,допомагає краще пізнати самого себе, самоствердитися, домогтися визнання іншими людьми. З іншого боку, спортивне удосконалення може створювати перешкоди для дорослішання: відсуває на другий план проблеми, що актуальні для однолітків, пізнання себе в різних сферах діяльності та спілкування. Уявлення про себе лише як про спортсмена може стати несприятливою умовою для реалізації повноцінної Я-концепції [2].

Спортивна діяльність являє собою багаторічний процес навчання і фізичного розвитку, який визначає не лише режим тренувань, алея й спосіб життя підлітка-спортсмена. Підліткам доводиться багато в чому обмежувати себе, позбавляти деяких задоволень, спілкування з близькими, поєднувати інтенсивні тренування і виїзди на змагання з навчальним процесом у школі, необхідним режимом відпочинку та харчування. В. Т. Кудрявцев відзначав важливість суспільно-значущої діяльності у якості провідної в період засвоєння дорослості підлітками [5]. Згідно Д. І. Фельдштейну, така соціально-схвалювана діяльність має бути чітко побудована. Навмисна побудова такої діяльності, яка має певний склад, структуру, зміст, забезпечує формування відповідної мотиваційно-потребнісної сфери особистості і призводить до того, що потреба в цій діяльності стає способом життєдіяльності [9, с.131-132]. Виходячи з цього, можна припустити, що спорт вищих досягнень може бути суспільно-значущою діяльністю підліткового періоду, яка відіграє важливу роль у формуванні психічного розвитку підлітка. Спорт відноситься до професійних видів діяльності, що дозволяє підлітку включитися у суспільно-корисну діяльність за рахунок розкриття свого особистісного потенціалу [2, 5, 10].

На думку А. В. Родіонова, визначає підлітковий вік як критичний, як час сильних психофізіологічних і психологічних змін, становлення самостійності та активного експериментування в різних сферах життя. Він відводить важливу роль спорту, що створює широкі можливості для

максимального самовираження, самореалізації, розвитку соціальної активності підростаючого покоління [7]. Роль спортивної діяльності у формуванні особистісних якостей полягає у тому, що вона створює своєрідні основи дій, у яких формуються певні риси характеру людини, його індивідуальні особливості, воля. Умови спортивних змагань вимагають також наявності певних якостей: витривалості, спритності, гнучкості, волі до перемоги тощо.

Вивчаючи вплив спорту на розвиток на розвиток особистості юних спортсменів, більшість дослідників акцентує увагу на якостях, що необхідні для досягнення і реалізації спортивної майстерності. Варто враховувати, що спортивна діяльність у підлітковому віці багато в чому визначає специфіку процесу дорослішання, формування Я-концепції та самооцінки [2, 7]. При цьому можливий як позитивний, так і негативний вплив спортивної діяльності на формування даних феноменів.

Позитивним впливом спорту є надбання підлітками досвіду власних перемог, постановку цілей та їх досягнення, подолання труднощів, вміння взаємодіяти з іншими людьми, що допомагає формувати позитивне ставлення до себе, самостійність, ініціативність, сприяє формуванню особистісної ідентичності і успішної самореалізації. На думку Г. Б. Горської позитивним є зростання інтернальності юних спортсменів, прийняття відповідальності за те, що відбувається, на себе, зниження потреби у самоствердженні через домінування у соціумі, формування готовності приймати інших такими, як вони є. Таким чином, у підлітків-спортсменів формується більш реальна самооцінка, знижується тривожність і зменшується страх перед невдачами [2].

В ігрових видах діяльності позитивним моментом є розвиток інтелекту, який реалізується здебільшого у тактичному та оперативному мисленні[3].

Негативними тенденціями, як відзначає Г. Б. Горська, є обмеженість соціальних контактів, спілкування з ровесниками, в тому числі й протилежної статі, що зумовлене жорсткою регламентацією спортивного життя, замкнутості середовища спілкування і максимальної підпорядкованості життя одному завданню – досягненню спортивної майстерності, що може відобразитися на звуженні Я-концепції юних спортсменів. До негативного аспекту занять спортом дослідниця відносить зміни нормативного розвитку взаємостосунків зі значимими іншими.Вона відзначає ослаблення тенденції значущості ровесників як референтної групи спілкування, посилення орієнтації на сім’ю та прояв потреби підлітків-спортсменів у захисті та допомозі у зв’язку з постійною емоційною напругою [2].

Таким чином, спортивна діяльність підлітків впливає на формування образу дорослості, Я-концепцію та самооцінку. До позитивних особливостей розвитку підлітків-спортсменів відносять позитивне ставлення до себе, впевненість в собі, самостійність, ініціативність, прийняття відповідальності на себе. До негативних особливостей належать обмеженість соціальних контактів, можливе звуження Я-концепції, зумовлене замкненістю середовища спілкування, підпорядкування життя одному завданню, ослаблення тенденції значущості ровесників.

Література

1. Алексеев А. В. Фактор добра в спорте / А. В. Алексеев // Теория и практика физическойкультуры. – 1998 - № 10 – С.59 – 61.
2. Горская Г. Б. Психологическиеэффектыраннейпрофессионализацииличности / Г. Б. Горская // Человек. Сообщество. Управление. – 2008. – № 3. – С. 106–113.
3. Ильин Е. П. Психологияспорта / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2008.
4. Киселев Ю. Я.Влияниеспорта на формированиеличности / Ю. Я. Киселев – М.: Знание, 1981. – 64 с.
5. Кудрявцев В. Т. Культурно-исторический статус детства: эскиз нового понимания / В. Т. Кудрявцев // Психол. журн. – 1998. – Т. 19. – № 3. –С.17–33.
6. Лубышева Л. И. Социальная роль спорта в развитии общества и социализации личности / Л. И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. – 2001. - №4. – С.11-17.
7. Родионов А. В. Психология физической культуры и спорта / А. В. Родионов. – М. :Academia, 2010. – с. 273.
8. Слободчиков В. И. Основные ступени развития субъектности человека // Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в онтогенезе : учебное пособие для вузов. – М. : Школьная Пресса, 2000. – С. 212–385.
9. Фельдштейн Д. И. Психология взросления. Структурно-содержательные характеристики процесса развития личности / Д. И. Фельдштейн. – М.: Флинта :Московскийпсихолого-социальныйинститут, 1999.
10. Чернобровкина С. В. Кризис юности у студентов как кризис взросления / С. В. Чернобровкина // ВестникОмскогоуниверситета. Серия «Психология». – 2014. – № 1. – С. 24–31.

А.О.Ляшенко., студент
спеціальність 227«Фізична реабілітація»;
Керівник: Волошко Л. Б., к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ЙОГА ЯК ЗАСБ ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ’Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Сучасний ритм життя відбивається на здоров'я студента. Дефіцит відпочинку, перенапруження, стреси – все це може суттєво підірвати здоров'я, якщо не приділяти належної уваги своєму тілу. Інформаційні, розумові та психологічні навантаження на організм студентів у процесі навчання у ЗВО неухильно зростають, що призводить до збільшення числа студентів, які мають відхилення у стані здоров'я. Виходячи зі статистичних даних, останнім часом велика кількість студентів мають протипоказання по здоров'ю і не можуть займатися фізичною культурою в основній групі.

У процесі навчання у ЗВО студенти, які мають відхилення у стані здоров'я за результатами лікарської комісії займаються у спеціальній медичній групі. У зв'язку з цим особливої актуальності набувають пошук найбільш адекватних шляхів і методів зміцнення психофізичного стану студентів і розробка оздоровчих методик, які передбачають застосування

комплексів фізичних вправ спрямованих на підвищення функціонального стану організму, профілактику серцево-судинних та інших захворювань.

Вимоги, які ставить перед нами сучасний етап розвитку суспільства, пов'язані, передусім, зі збереженням здоров'я. Найважливішими засобами в цьому напрямі є заняття фізичними вправами за визначеними оздоровчими системами. У системі фізичної культури оздоровчі технології займають особливе місце та є одним з інструментів зміцнення здоров'я молодого покоління.

Однією з най більш ефективних оздоровчих систем, що поширена у світі, є система йоги. Практика йоги гармонійно поєднує елементи фізичного, психічного й духовного розвитку людини, ураховує її особливості. Тому ця тема статті є актуальною сьогодні.

Ураховуючи напружений графік занять студентів, їм варто дотримуватися особливого розпорядку дня й спеціального режиму харчування, особливо в період занять йогою, тому що йога – це не тільки фізичні вправи, це комплексний підхід до організму людини.

Аналіз літературних джерел свідчить, що питанням класифікації засобів фізичного виховання приділяє увагу у своїх працях багато науковців. Зокрема, досліджували історичні передумови формування засобів фізичного виховання , засоби професійно-прикладної та спортивної фізичної підготовки [2], здоров'я зберігальної діяльності . Однак у науковій літературі простежено відсутність загальної класифікації засобів йоги, що обґрунтовує необхідність їх систематизації згідно з певними класифікаційними ознаками та доводить актуальність обраної проблеми [3].

Однією зі складників режиму дня є сон, проте щоб він був повноцінним та спокійним, потрібно дотримуватися деяких правил.

Фахівці з йоги рекомендують лягати спати в період із 22 до 24 години, оскільки кожна година сну в цей проміжок рівняється двом годинам сну після опівночі. [1]. Між тим йоги, виконуючи спеціальні дихальні вправи, здатні скорочувати тривалість сну без шкоди для здоров'я, але не рекомендується спати менше 6–7 годин на добу.

У практиці йоги фізичні вправи за санскритською мовою мають назву – "асани". Існують основні правила освоєння асан:

1) послідовність. Виконувати вправи потрібно поступово, переходячи від простого до складного;

2) регулярність. Перерва в заняттях не повинна перевищувати 10 днів;

3) помірність. Не слід займатися до знемоги.

Цих правил потрібно чітко дотримуватися початківцям, адже багато хто з них, не беручи до уваги ще недостатню гнучкість тіла і непідготовленість внутрішніх органів, починає форсувати заняття, намагаючись відразу ж повною мірою виконати вправу.

Фахівці з йоги радять за одне заняття проробити всі частини тіла, зробити дихальні вправи й обов'язково наприкінці заняття виконати позу розслаблення – шавасана[4].

Загалом, засобами йоги є комплекс вправ, процедур, а також відповідні знання, філософські концепції, що забезпечують різносторонній

гармонійний розвиток практикуючого йогу, формують культуру її здоров'я.

Ефективна реалізація засобів йоги і її позитивний вплив на формування культури здоров'я людини потребують певних умов, серед яких :

1) наявність інформації, потрібної для розвитку внутрішнього світу особистості практикуючого оздоровчу систему;

2) забезпечення образної та наочно-дійової форм засвоєння інформації;

3) спілкування й спільна діяльність практикуючого йогу з учителем.

При цьому важливі оптимальність підбору засобів йоги та формування програми занять з урахуванням особливостей групи чи окремої людини, котра практикує йогу.

Вправи хатха-йоги під час тренування впливають на кожну частину тіла. Розтягуючи й тонізуючи м'язи та суглоби, хребет і всю кісткову систему, асани впливають не тільки на зовнішні частини тіла, але й на внутрішні органи, залози та нервові закінчення, що дуже важливо для молодого організму студента. Усуваючи фізичну й психічну напругу, вони звільняють значні запаси енергії. На сьогодні хатха-йога – це одна з найпоширеніших і найефективніших оздоровчих систем для людей різного віку та особливо для студентської молоді.

Отже, йога як оздоровча система чинить комплексний вплив на здоров'я студентів, і на фізичний, і на духовний її стан. Засобами йоги є певні вправи, процедури, знання, філософські концепції, що зміцнюють здоров'я, загартовують організм, забезпечують різносторонній гармонійний розвиток людини й формують культуру її здоров'я.

Література

1. Вишнудэвананда С. Йога. Полноеиллюстрированноеруководство / Вишнудэвананда С. – М. : София, 2010. – 352 с

2. Домашенко А. Науково-теоретичні засади організації професійно-прикладної фізичної підготовки студентів / А. Домашенко, В. Стефанишин, С. Козіброцький // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. – Вип. 7 : у 3-х т. – Львів : НВФ «Українські технології», 2003. – Т.2. – С. 189–192.

3. Індика С. Я. Обізнаність хворих після інфаркту міокарда про роль фізичної активності у вторинній профілактиці та чинники, що її визначають / С. Я. Індика, А. В. Ягенський // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. журн. – Х. : ХОВНОКУ – ХДАДМ, 2010. – № 4. – С. 52–55.

4. Сафронов А. Г. Йога: физиология, психосоматика, биоэнергетика : [монография] / Сафронов А. Г. – Харьков : ФЛП Коваленко А. В., 2008. – 256 с.

А. С. Маслак, магістр групи 601ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКОЛАХ

Фізичне виховання учнів загальноосвітніх навчальних закладів є невід'ємною складовою освіти, яке забезпечує можливість набуття кожною дитиною необхідних науково обґрунтованих знань про здоров'я і засоби його зміцнення, методики організації змістовного дозвілля і спрямоване на формування в них фізичного, соціального та духовного здоров'я, вдосконалення фізичної та психічної підготовки до ведення активного довготривалого життя та професійної діяльності.

Головним та визначальним напрямом впровадження фізичної культури є фізичне виховання і саме воно становить органічну частину загального виховання загалом, покликану забезпечувати розвиток всіх складових людського організму, зокрема, фізичних, морально-вольових, розумових здібностей та професійно-прикладних навичок людини. Варто зазначити, що фізичне виховання завжди відігравало важливу роль у житті людини.

Важливим завданням школи є зміцнення здоров’я та сприяння правильному фізичному розвитку учнів є. Фізичний стан дитини, його здоров’я є тією базою, на якій розвиваються всі його сили і можливості, в тому числі і розумові. Необхідною умовою нормального розвитку всього організму є правильне фізичне виховання учнів. Завдяки рухової активності забезпечується розвиток серцево-судинної системи та органів дихання, поліпшується обмін речовин, підвищується загальний тонус життєдіяльності. Відомо, що коли діти мало рухаються, вони відстають у розвитку від своїх ровесників, які мають правильний руховий режим. Видатний педагог В. О. Сухомлинський велике значення надавав діяльності школи, вчителів, спрямованої на поліпшення здоров’я школярів. Він вважав, що дбати про здоров’я дітей – найважливіше завдання вчителя. [6; с.34].

Велику увагу фізичному вихованню приділяв Х.А.Гельвецій. Його основними завданнями він вважав: зміцнити тіло і дух, зробити людину сильнішою, міцнішою, здоровшою, а, отже, щасливішою. Учні щоденно декілька годин повинні приділяти таким фізичним вправам, як біг, боротьба, стрибки, плавання, заняття гирями, їзда верхи тощо.

Згідно з «Положенням про фізичне виховання учнів загальноосвітньої школи», система занять школярів фізкультурою і спортом включає такі, пов’язані між собою форми:

- уроки фізичної культури;
- фізкультурно-оздоровчі заходи протягом шкільного дня (гімнастика перед уроками, фізкультурні хвилинки під час уроків, ігри й фізичні вправи на перервах і в режимі продовженого дня);
- позакласна спортивно-масова робота (заняття в гуртках фізичної культури і спортивних секціях, спортивні змагання);
- позашкільна спортивно-масова робота та фізкультурно-оздоровчі заходи за місцем проживання учнів (заняття в дитячо-юнацьких спортивних школах, туристичних гуртках і т.д.);

- самостійні заняття учнів фізичними вправами вдома, на пришкільних і дворових майданчиках, стадіонах та інше.

Відомо, що навіть при якісному проведенні уроків їх безпосередній вплив на фізичний розвиток учнів недостатній. Науковими дослідженнями встановлено, що урок фізкультури забезпечує в середньому лише 11% гігієнічної норми рухової активності школяра. У зв'язку з цим, необхідно збагачувати і правильно поєднувати різні форми фізичного виховання учнів і фізкультурно-оздоровчої роботи.

Головна мета позакласної фізкультурно-спортивної роботи полягає в тому, щоб залучити кожного школяра до самостійного, щоденного виконання фізичних вправ [7].

Отже, фізичне виховання здійснюється з допомогою фізичного вправляння для одержання бажаних адаптаційних змін у стані учнів. Але якщо розглядати у цьому процесі лише ті зміни, що відбуваються в організмі, а не в особистості загалом, то це може призвести до викривленого, надто вузького розуміння фізичного виховання.

Література

1. Присяжнюк С.І. Фізичне виховання молоді / Присяжнюк С.І. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 504 с.
2. Ведмеденко Б.Ф. Теорія і методика виховання інтересу в учнів до занять фізичною культурою. – Дис...докт.пед.наук. – К., АПН України, 2005. – 701 с.
3. 8. Віндюк А.В. Основи технології самостійних занять фізичними вправами учнів молодших класів // Автореф. к. н. ф. в. с. – Запоріжжя. ГУ: 2002. – 24 с.
4. Оржеховська В. М. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя дітей і молоді // Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку: матеріали IV Міжн. наук.-практ. конф. (2–4 квітня 2004 р.). – Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2004. – Т. III. – С. 138–143.
5. Гнітецький Л.В. Формування потреби займатися фізичними вправами у дітей молодшого шкільного віку: Автореф. дис. … канд. наук з фіз. вих. і спорту. 24.00.02 / Волинський держ. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2000. – 23 с.

Д.А. Моденков,магістр
Гомельский государственный университет имениФ.Скорины

РАЗВИТИЕСИЛОВЫХ СПОСОБНОСТЕЙСРЕДСТВАМИ ОФП У СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР

В настоящеевремяпрофессиональнойподготовкесотрудников силових структуруделяетсяогромноезначение. Высокийурівеньфизическойподготовки и профессионализмаважен не только для обеспеченияязаконности и выполнения поставленных задач, но и для сохраненияжизни и здоровья самих сотрудников. Однойизприоритетных задач повышенияфизическойподготовленностиявляетсястепеньразвитиясилових

способностей, необходимых для успішногопреодолениясопротивления и задержанияправонарушителей[3].

Характер применениях физическихнагрузок в профессиональнойподготовкесотрудников, решающихзадачи, связанные с экстремальнымиситуациями (задержаниеправонарушителей, спасательныеоперации) определяетсядифференцированнымподходом к примененииюспециальныхупражнений и развитиюфизическихкачеств [1]. Участникам на момент экспериментабыло от 22 до 40 лет. Этот фактор являетсяособенностьюисследованият.к. возраст, стаж работы, физическаяподготовкаварьируется в оченьширокомдиапазоне.

Сотрудники, не имеющиеотклонений в состоянииздоровья, для выполнения занятий и нормативов по физическойподготовке в соответствии с ихвозрастомраспределяются на медико-возрастные группы:1-я - до 25 лет;2-я - от 25 до 30 лет;3-я - от 30 до 35 лет; 4-я - от 35 до 40 лет [3].

В каждомизтрехвзводовбыливыделены одна контрольнаягруппа и одна экспериментальная. Условноонибылиобозначеныкак 1-А, 2-А, 3-А, этобылиэкспериментальныегруппы. И соответственно 1-Б, 2-Б, 3-Б быликонтрольные. Занятия в контрольныхгруппах проводились согласно плану учебных занятий.

Занятия в контрольных группах строились на основании комплексныхрекомендаций и планов занятий в рамках служебной подготовки. В экспериментальных группах как минимум один раз в неделю проводился в тренажерном зале. Кроме этого на общем дне занятий, который проводится обязательно раз в неделю, отводилось время на упражнения силового характера.

По окончаниипедагогическогоэксперименталыловыявлено, чтоиспользованиеспециальныхсиловихупражнений и комплексов, направленных на укреплениемышечного корсета и развитиесиловихспособностей, положительновлияют на ростстановойсилы, а, следовательно, увеличениесиловихвозможностейвсехмышцтела.

Ожидаемый результат приростастановойсилы в результате целенаправленногоприменениях специальныхсиловихупражнений получили в незначительнойстепени в группе «Б» и в большей, значимойстепенигруппах «А». Показатель в экспериментальныхгруппахувеличился от 8,14% до 10,40%. Следовательно, два целенаправленныхзанятиясиловойнаправленностизвеличилисиловойпоказатель не зависимо от возрастаиспытуемых.

В контрольнихгруппахприростстановойсилывырос не значительно в среднем на 3%. Этоможнообъяснитьначальнымвисокимуровнемпоказателя.Тем, что одного занятиясиловойнаправленности не совсемдостаточно для високогоразвитиясиловыхспособностей, а такжеспецификойрежима дня и режимапитания в святисослужебнойдеятельностью.

Профессиональнаядеятельностьсиловыхподразделенийпредъявляетповышенныетребования к уровнюразвитияихфизическихкачеств, в том

числеи силовых. Какпоказывает практика, физическаяподготовкаявляется одним изнеобходимыхфакторов, оказывающихсущественноевлияние на эффективностьвыполнениясотрудникамислужебно-оперативных задач. Поэтому вся система профессионально-прикладнойфизическойпідготовкидолжнастроиться на научнойоснове с учетомспецифікипрофессиональнойдеятельности. Немало важнымкачествомздесь, является и развитиесилы.

Проведенныйпедагогическийэкспериментпоказал, что правильно организованныезанятиямогутувеличитьсиловыепоказателистановой, а следовательно и других показателейсилы, не зависимо от начального уровняфизическойподготовки и возрастазанимающихся.

Литература

1. Бондаренко, К.К. Примененииедифференцированногоподхода к оценкеспециальнойподготовкипожарных-спасателей / К.К. Бондаренко, Д.Н. Григоренко // Пожарнаябезопасность. 2005. № 2. - С. 83-89.

2. Ворожцов, А.М.Развитие и поддержкасиловыхспособностейсотрудниковоргановвнутреннихдел / А.М. Ворожцов // Совершенствованиебоевой и физическойподготовкикурсантов и слушателейобразовательныхучрежденийсиловыхведомств. – Иркутск: ВСИ МВД России, 2011. – С. 40–43.

3. Григоренко, Д.Н. Индивидуальноенормированиетренировочныхнагрузок в пожарно-спасательном спорте / Д.Н. Григоренко, К.К. Бондаренко, А.Е. Бондаренко // В сборнике: Спорт высшихдостижений: интеграция науки и практики. 2018. - С. 37-42.

В.Н. Никитенко, магистр
Гомельского Государственного Университета
имени Франциска Скорины

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Однойизосновных задач физическоговоспитаниядетейдошкольноговозрастаявляетсяоздоровление. В основу решенияэтойзадачивходитохранажизни, укреплениефизическогоздоровья, а такжесодействиесвоевременномупсихопатическомуразвитию. Неотъемлемойчастьюрешенияэтойзадачиявляетсясовершенствованиезащитныхфункцийорганизмаребенка при помощизакаливания, повышенияфизической и умственнойработоспособности, устойчивости к различнымзаболеваниям и неблагоприятнымвоздействиямокружающейсреды.

Существует ряд трудностей в ходерешенияоздоровительных задач. Первойтрудностьюявляется то, чтопідготовкаруководителей по физическомувоспитаниюориентирована в основном на работусоздоровимидетьми. Однако за последнеедесятилетиенаблюдаетсяснижениеуровняпсихического и физическогоздоров’ядетейдошкольноговозраста. К сожалению, практически в каждойгруппеестьвоспитанники с ослабленнымздоровьем.

Второйтрудностьюявляется то, чторуководствофизическимвоспитаниемдетей в современныхдошкольныхобразовательныхучрежденияхосуществляют педагоги, имеющиепрофессиональноефизкультурноеобразование, но которые не всегдазнают и понимаютспецифікупедагогическойдеятельности с детьмидошкольноговозраста. А основнуюфизкультурно-оздоровительнуюдеятельность в течении дня проводятвоспитатели, которыезнаютдетскуюпсихологию и методику дошкольногообразования, однакоиспытывающиетрудности в нормированиинагрузки на занятиях и поборе средствфизическоговоспитания, а также в осуществлениипедагогического контроля за физическимсостоянием и здоровьемдетей.

Третейтрудностьюявляетсяпоявлениемоднихтехнологийоздоровления, которыеуспішноиспользуются в работесовзрослымиилиучащимисясредних и высшихучебныхзаведениях, таких как: "стретчинг", "аэробика", "ритмическаягимнастика" и т.п.. Зачастуюэтисредстваиспользуютсявместотрадиционных для дошкольныхобразовательныхучреждений занятий и форм физкультурно-оздоровительнойработы в течении дня. Однако, возможностьихприменения для оздоровлениядетейдошкольноговозраста не всегдапрошладолжнойнаучнойпроверки.

Ещеоднойтрудностьюявляется то, что в настоящийпериод в системедошкольныхобразовательныхучрежденийпреобладаетнаправленностьфизическоговоспитания на реализациюдвигательнойактивностидетей. Также не уделяетсядолжноговниманияформированию знаний у дошкольников в сферефизическойкультуре и здорового образа жизни. Важностью знаний о значениифизическихупражнений для физического и психическогоздоровья, гигиенических правил ихиспользования, способствуетсознательномуотношениюдетей к собственномуздоровью, средствам и методам его сохранения.

Физкультурно-оздоровительнаядеятельность в дошкольномучреждении направлена на физическоеразвитие и укреплениездоровьяребенка, включая: развитиефизическихкачеств, развитиедвигательнойактивности, становлениефизическойкультурыдошкольников, закаливание, профилактикуплоскостопия и формированиеправильной осанки, воспитаниепривычки к повседневнойфизическойактивности и заботе о здоровье и др.

Для решенияоздоровительных задач физическоговоспитаниядетейдошкольноговозрастаиспользуются: гигиеническиефакторы, естественныесилыприроды, физическиеупражнения и др. Полноценноефизическоевоспитаниедостигается при комплексномпримененииивсехсредств, так каккаждоеиз них по-разномувлияет на организм. К гигиеническим факторам относятся: режим дня, режим занятий, отдыха, питания и сна, гигиенаодежды, обуви, физкультурногооборудования, инвентаря и др.

Значимостьестественных сил природы таких как: солнце, воздух и вода очень велика. В процессе занятий физическимиупражнениями на воздухеили в воде (плавание) повішаютьсяфункциональныевозможностиотдельныхорганов и систем организма (большепоглощаетсякислорода, усиливаетсяобменвеществ и т. д.).

Такжеприродныефакторы (солнце, воздух и вода) используются для закаливанияорганизма, в результате чегочеловекприобретаетспособностьорганизмасвоевременнореагировать на разнообразныеклиматическиеизменения.

Важноезначение в воспитанииребенказанимаютфизическиеупражнения. За времяпребывания в дошкольномучреждении при целенаправленномпедагогическомвоздействии в развитиидвиженийпроисходятбольшиеизменения: от непроизвольных, хаотичнихдвижений при рождении до овладениявсемиосновнымидвижениями, спортивнимиупражнениями и координациейдвижений.

Физическиеупражнениясспособствует росту костей, надкостницы, росту и развитиюмышечнойсистемы, укреплениесердечнососудистой и дыхательной систем. Такжефизическиеупражненияблагоприятновлияют на работу головного мозга: улучшается его кровоснабжение, повышаетсяобщий тонус коры, благодарячемуусиливаетсядеятельностьвсеханализаторов, улучшаютсяосновныесвойстванервнойсистемы (ее сила, подвижность, уравновешенность).

Эффективностьвлиянияфизическихупражнений на организмзависит от: периодичности и длительности занятий, интенсивности и дозировки, режима дня и отдыха. Важно грамотнопланироватьфизическиенагрузки, как в течении дня, недели, так и в течениимесяца.

В оздоровительнойпрограмнефизическойкультурыдошкольниковдолжнысодержаться: упражнения на выносливость (бег в медленном и среднем темпе); силовыеупражнения с собственнымвесомтела, преждевсегообщеразвивающиеупражнения; упражнения для суставов, позвоночника, а такжеупражнениязмененииположенияпостелы (наклонытуловища).

При осуществлении dоспитательноговоздействия на ребенка методами физическоговоспитания и физкультурнойдеятельностинеобходимоакцентироватьвнимание на здоровых формах движения, которыеспособствуютукреплениюиммунитетаребенка и снижают риск развитиязаболеваний, особеннодыхательной, сердечнососудистой и нервнойпатологии. В заключенииможеносказать, чтоукреплению и сохранениюздоровьяспособствуетздоровый образ жизни и любовь к физическойкультуре, котораязакладывается и формируется с раннеговозраста.

Литература

1. Алямовская, В.Г. Каквоспитать здорового ребенка / В.Г. Алямовская. - Нижний Новгород: Линка Пресс, 1993. - 110с
2. Антонов, Ю.Е.Основныеположенияпрограммы «Здоровыйдошкольник» / Антонов // Обруч. - 1996. - № 1. - С. 5-6.
3. Аршавский, И.А. Физиологическиемеханизмы и закономерностииндивидуальногоразвития / И.А. Аршавский. - М.: Наука, 1982. - 270с.
4. Белкина, В.П.Дошкольник: обучение и развитие. Воспитателям и родителям. / В.П. Белкина, Н.Н. Васильева, Н.В. Елкина. - Ярославль: Академияразвития, 2001. - 217с.
5. Болотина, Л.Р. Дошкольнаяпедагогика / Л.Р. Болотина. - М.: Академия, 1997. - 240с.
6. Гелецкий, В.М. О комплексномразвитиифизическихкачеств у детей 3-7 лет в режиме детскогосада / Гелецкий, Высоцкий, Алехина // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. - 1998. - №4. - С.52-60.
7. Змановский, Ю.Ф. Воспитательно-оздоровительнаяработа в дошкольныхучреждениях. Концептуальныеположения / Ю.Ф. Змановский //Дошкольноевоспитание, 1993. - №9.
8. Осокина, Т.И. Физическая культура в детском саду / Т.И. Осокина. - М., 1991. - 146с.

О.В. Омельяненко, викладач
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ПЕДАГОГІЧНІЕ ВИХОВАННЯ ЯК ОСНОВИ СПОРТИВНОЇ ДИСЦИПЛІНОВАНОСТІ УЧНІВ-СПОРТСМЕНІВ

Тенденції вивчення проблеми шкільної дисципліни у світовій педагогічній думці в Новітні часи відобразилися у виділенні цілі шкільної дисципліни і способів її досягнення (Я. А. Коменський); запереченні необхідності фізичних покарань (Д. Локк, Ж-Ж. Руссо); розробці послідовності дій дорослих у формуванні дисципліни дітей (І. Кант); визначенні напрямів гармонізації між усвідомленими індивідом етичними ідеями і його волею (І. Гербарт); обґрунтуванні школи як своєрідного містка між сім'єю і громадянським суспільством у дисциплінуванні дітей (Г. Гегель); узагальненні головних засобів досягнення оптимальних результатів у формуванні дисциплінованості учнів.

Мета нашого дослідження - прагнення довести, що одним із найбільш дієвих способів формування дисциплінованої особистості є необхідність регулярних спортивних тренувань, збільшення кількості уроків фізичної культури в школі і обов’язкове відвідування будь-яких спортивних секцій у позаурочний час.

Дисципліна - поведінка людини, яка відповідає прийнятим в його середовищі існування нормам. В одному випадку дисципліна - це прояв результату підпорядкування загальним правилам, які існують у суспільстві; в іншому дисципліна – це особисте морально- етична якість людини, дисциплінованість.

Серед засобів попередження недисциплінованості школярів найбільш оптимальними були такі: своєчасне ознайомлення дітей зі своїми обов'язками; систематичний контроль вчителя за діями і вчинками учнів; залучення школярів до активної участі в боротьбі за зміцнення дисципліни, як найбільш дієвому факторі їх дисциплінування; зразок вчителя, його характер, моральність і переконання, як засіб проти порушення дітьми норм і правил шкільного поведінки (В. Бєлінський, Н. Добролюбов, О. Духнович, М. Пирогов, К. Ушинський та інші).

Фізичне виховання спрямоване на зміцнення здоров'я, на оволодіння життєво важливими руховими навичками і вміннями, на досягнення високої працездатності та має велике значення у підготовці людини до продуктивної праці. Крім фізичних якостей (швидкість, сила, витривалість, спритність), при цьому розвиваються цінні психічні якості (наполегливість, воля, цілеспрямованість, рішучість, самовладання). Засобами фізичного виховання є різноманітні фізичні вправи, спорт. Ним займаються в домашніх умовах (ранкова гімнастика - зарядка), у школі - відвідують уроки фізичної культури, в спортивних і туристичних секціях, у дитячих і юнацьких спортивних школах.

Висновки. Дисципліна займає головне місце у формуванні особистості, допомагаючи дотримуватися загальних вимог колективу, виконувати встановлені правила співіснування в ньому, утримуватися від неадекватних бажань, які суперечать загальним інтересам або можливостям їх виконання, принципам організації поведінки, самоконтролю. Дисциплінованість слід розглядати, як результат всієї виховної роботи. Виховання свідомої дисципліни - одне з найважливіших завдань виховання підростаючого покоління. Дисципліна в школі будується на принципах високої свідомості й добровільного підпорядкування інтересам колективу. Поєднання високої вимогливості з повагою до особистості учня, його людської гідності - одна з особливостей дисципліни в школі. Свідома дисципліна - не тільки результат виховного процесу, а й неодмінна умова, засіб, що забезпечує успішну роботу школи та життєдіяльності учнівського колективу. Спортивне тренування характеризується глибоким індивідуалізмом, «втручанням» в особисте життя спортсмена, у багатьох випадках впливає на вибір професії, навчання і роботи. Дисципліна завжди виступає як форма суспільного добробуту людей. Такою вона може бути тільки в тому випадку, якщо будується за системою активізації особистості в найрізноманітніших галузях трудового і суспільного життя. Отже, дисциплінованість - результат виховного процесу в цілому, результат насамперед зусиль самого колективу школярів, які виявляються у всіх сферах його життя. Але для того, щоб дисципліна сприймалася як явище моральне і політичне, у кожному колективі дітей слід роз'яснювати її необхідність, забезпечувати підтримку доцільного, точного режиму, застосовувати різні педагогічні тактики і прийоми, не зупиняючись тільки на методах вимоги і покарання. Дисципліна є основою спортивного тренування і будується на основі

педагогічних принципів. Спортивне тренування - спеціальне розвиток фізичних якостей спортсмена за допомогою методів, засобів і принципів тренувань. У спортивному тренуванні визначилися наступні принципи: всебічності, усвідомленості, поступовості, наочності, повторюваності, індивідуалізації.

Література

1. Аросьев Д. А. Методика физического воспитания школьников / Д. А. Аросьев, Л. В. Бавина, Г. А. Баранчукова. – М.: Просвещение, 1989. – 143 с.

2. Буданова М. А. Воспитание сознательной трудовой дисциплины в производственном коллективе / М. А. Буданова // Проблемы социальнополитического развития советского общества. – М.: Изд-во МГУ, 1974. – С. 33-229.

3. Гончарова О. В. Проблема формування дисциплінованості учнів у вітчизняній педагогічній думці 20-70-х рр. XX століття : автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.01 / Оксана Валеріївна Гончарова. – Харків : Б.в., 2009. – 20 с.

4. Макаренко А. С. О Целостном изучение человека/ А. С. Макаренко // Сочинениия : в 7 т. / А. С. Макаренко. – М., 1958. – Т. VII. – С. 449-450.

Р. В. Оніщенко, магістр групи 601 ГС
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ РУХЛИВИХ ІГОР

У сучасних умовах розвитку суспільства проблема формування, збереження і зміцнення здоров’я дітей дошкільного віку засобами підвищення рівня їх рухової активності, розвитку та удосконалення фізичних якостей є основною у галузі фізичного виховання.

Найефективніше здійснювати фізичне виховання дітей дошкільного віку за допомогою рухливих ігор. Адже рухливі ігри є засобом комплексного вдосконалення фізичних якостей, які у дітей проявляються через рухові навички та вміння, а вони, у свою чергу, обумовлені достатнім рівнем їх фізичного розвитку.

Формування фізичних якостей у дітей закріплюється розвитком рухових вмінь. Систематичне застосування рухових ігор сприяє розширенню рухливих можливостей у дітей, які перетворюються у необхідні життєві уміння та навички. Сформовані рухові навички і уміння дозволяють економити фізичні сили та безпомилково виконувати фізичні вправи, що позитивно впливає на розвиток м'язів, зв'язок, суглобів, кісткового апарату [1; 4; 5].

Аналіз наукової літератури показав, що проблему формування фізичних якостей у дітей дошкільного віку досліджували такі вчені, як: Ареф’єв В.Г., Бондаревський Є.Я., Борисенко А.Ф., Венгерський Г.Б.,

Дмітрієв В.В., Круцевич Т.Ю., Сухарев А.Г., Томенко О.А. Однак проблема розвитку фізичних якостей дітей дошкільного віку засобами рухливих ігор потребує подальшого вдосконалення.

У працях Шиян Б.М. зазначено, що молодший шкільний вік є найбільш сприятливий час для використання рухливих ігор у процесі виховання та формування в дітей рухових (фізичних) якостей [4].

Фізичні якості (за визначенням Круцевич Т. Ю.) – це розвинуті у процесі фізичного виховання і цілеспрямованої підготовки рухові здібності людини, які визначають можливість і успішність виконання нею певної рухової діяльності [1, с. 189].

З'ясовано, що в основі формування фізичних якостей у дошкільнят лежать вікові особливості їхнього віку. Адже, розвиток дитини супроводжується змінами в організмі, які мають кількісні і якісні показники і залежать як від біологічних, так і від соціальних факторів. Кожній віковій групі притаманні свої особливості.

Деякі вчені (Сухарев О.Г., Томенко О.А.) оцінюють фізичні якості дітей/учнів за якісними та кількісними показниками. Оцінювання успішності учнів з фізичної культури є важливим фактором підвищення якості навчально-виховного процесу на уроках. При оцінюванні учні повинні усвідомлювати вимоги правильного виконання фізичних вправ [2; 3].

Проведений впродовж першого семестру 2016-2017 навчального року констатувальний експеримент показав, що серед учнів 1-х класів немає дітей з низьким рівнем розвитку фізичних якостей. Це пояснюється тим, що з раннього віку їх залучають до трудової та рухової діяльності, що забезпечують необхідний мінімальний фізичний розвиток. Практично всі показники фізичних якостей у дошкільного віку демонструють високі темпи приросту, які певною мірою відображають формування структурних і функціональних властивостей організму. Найбільш суттєвий приріст в учнів 1-го класу відзначається за швидкісно-силовими показниками, що узгоджується з дослідженнями науковців.

Під час дослідження розроблено технологію формування фізичних якостей у дітей дошкільного віку, яка включає такі компоненти:

1) цільовий, що включає методику проведення занять фізичного виховання; використання інноваційних методів; формування фізичних якостей у режимі дня; організацію фізкультурно-оздоровчої роботи; створення і реалізація організаційно-педагогічних умов;

2) змістовий компонент включає зміст проведення занять з фізичного виховання;

3) операційно-діяльнісний реалізує цільовий компонент і складає взаємодію вихователя та дошкільнят у процесі застосування різних методів та форм;

4) оцінно-результативний компонент, що включає рівні сформованості фізичних якостей;

5) контрольно-регулюючий компонент, що включає аналіз і оцінку вихователем рівня сформованості фізичних якостей.

Основним засобом розвитку фізичних якостей дітей дошкільного віку є рухові ігри. Використання рухливих ігор у фізичному вихованні дошкільнят відіграє велику роль у житті дитини. Вони сприяють

формуванню фізичних якостей, активізує потребу в рухових діях, забезпечує активну участь у фізкультурно-масових заходах.

Діти здебільшого мають позитивне ставлення до рухливих ігор, що пояснюється чітко визначеним бажанням досягти певних результатів. Ці перспективи і глибоке усвідомлення дорослими того, що здоров'я дитини залежить від її рухової діяльності, налаштовували їх на подолання труднощів, сприяли залученню до регулярних занять фізичними вправами та іграми.

Результати педагогічного експерименту показали, що рухливі ігри як засоби фізичного виховання можна ефективно використовувати для розвитку фізичних якостей дітей дошкільного віку, а також впроваджувати їх в педагогічну практику дошкільних закладів.

Література

1. Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання. К. : Олімпійська література. том 1, 2017. 392 с.

2. Сухарев А.Г. Здоровье и физическоевоспитаниедетей и подростков . М. : Школа здоров'я, 2000. 90 с.

3. Томенко О.А. Неспеціальна фізкультурна освіта учнівської молоді: теорія і методологія : монографія. Суми : МакДен, 2012. 274 с.

4. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання. Частина 1. Тернопіль : Навчальна книга «Богдан», 2008. 272 с.

Л.М. Оніщук, к.пед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНЕ ЗАГАРТУВАННЯ КОЗАКІВ – ШЛЯХ ДО ДУХОВНОГО СТАНОВЛЕННЯ НАЦІЇ, ВИХОВАННЯ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ

Козацький рух був однією з найяскравіших сторінок боротьби українського народу за свою незалежність. М. Грушевський зауважує, що період існування Запорозької Січі - найбільш яскравий і цікавий період українського життя. Козаки стали тією силою, яка стояла на сторожі свободи і гідності України як незалежної, суверенної держави.

«У нас над усе честь і слава, військова справа, щоб і себе на сміх не дати, і ворогів під ноги топтати», - говорили козаки.

Козаки були середнього зросту, плечисті, міцні та сильні. За словами Г. Боплана, запорожці в своїй більшості були міцної статури, легко переносили голод, холод, спрагу й спеку; у війні невтомні, відважні, хоробрі, або, точніше, дерзновенні і мало дорожать своїм життям. Французький посол в Константинополі барон де Сезі з захопленням писав: "Ці люди впевнено почувають себе на суші, у воді і в повітрі, скрізь вміють дати собі раду і взяти гору в усіх стихіях".

Слава запорозького війська була така велика, що багато істориків порівнювали козаків з найсильнішими і наймужнішими народами світу.

БернарКоннф у своїй "Історії Польщі в особистих листах до знатних осіб" підкреслює витривалість, хоробрість й військову винахідливість козаків, порівнюючи їх з іспанськими магілетами або ж із шотландськими горцями.

Англійський дослідник Сімур у книзі "Росія на Чорному та Азовському морях" (1885 р.), характеризуючи запорозьких козаків, зауважує": "Власне кажучи, це були пірати, що володіли мистецтвом бою такою самою мірою, що й наші давні пращури англи, сакси, юти і дани".

Француз Н. де Бартеон дає таку характеристику запорозьких козаків: "Ці люди виросли в праці, як скіфи, загартовані всілякими злигоднями, як гуни, здатні до війни, як готи, засмаглі на сонці, як індійці, і жорстокі, як сармати. Леви в переслідуванні ворога, схожі на турків у підступності, подібні до скіфів у люті, вони християни за своєю вірою".

Виходячи з цього, та багатьох інших історичних свідчень та посилань, можна дійти висновку, що у запорожців існували досить ефективні спеціальні фізичні і психофізичні вправи, спрямовані на самопізнання, саморозвиток, тілесне, психофізичне та моральне вдосконалення воїна. Ця система, за твердженням сучасників, була однією з найкращих у світі.

Про те, що Січ була своєрідною школою лицарства та мужності, яку проходило багато українців, пише Проспер Меріме: "Сюди приходили вчитися воєнному ремеслу, вправлялись у морських походах, пробували свого хисту в якійсь відважній вилазці". І далі: "…Більшість українців у молоді роки воювали в рядах запорозького війська".

На вимоги щодо фізичної загартованості вказує і такий факт: майбутній козак повинен був пропливти певну відстань супроти течії в смузі Дніпровських порогів.

Крім тугого, Запорожці приймали на Січ, як запевняє А. Сокур, лише того, хто, осідлавши дикого лошака - чолом до хвоста! - без сідла й вуздечки, міг проскакати полем і повернутися неушкодженим.

Виходячи з історичних відомостей слідує те, що єдиних критеріїв відбору молодих козаків не існувало. Справжнім козаком ставав лише той, хто проявив себе у військовому поході, довів свою військову зрілість і здатність переносити всі негаразди військового життя.

Хлопчики навчались в школі, що існувала при церкві Святої Покрови у двох відділах: в одному вчилися ті юнаки, що готувались на паламарів та дияконів - їх було завжди 30. У відділі молодиків вчились сироти, хрещеники козацького старшини та інші діти. У школі вихованці оволодівали читанням, письмом, хоровим співом і музикою, їх привчали до національного способу життя та поведінки, оборонно-військовій справі.

У школах здійснювався суворий курс фізичного та військового виховання. С. Сірополко, який досліджував систему виховання в Січовій школі, писав: "...Молодиків у школі і поза школою вчили Богу добре молитися, на коні реп'яхом сидіти, шаблею рубати і відбиватися, з рушниці гострозоре стріляти та списом колоти". Важливе місце відводилося також формуванню в учнів умінь плавати, веслувати, керувати човном. Вихованців вчили добре маскуватися в різних умовах, від чого часто залежало їх життя. Сюди належало перебування під водою за допомогою очеретини: "...Виріже собі очеретину, простромить у колінці

її дірочку і, взявши до рота, поринає в воду з головою. Краєчок очеретини, вистромлений з води поміж очеретом та осокою зовсім був непомітний, а проте козак через нього дихав і міг досить довго сидіти під водою, поки татари відходили далі".

Усе це фізично розвивало учнів, підносило їх дух, віру в свої сили та можливості.

Як і старше козацтво, молодь на свята народного календаря, під час народних ігор змагалася на спритність, силу, винахідливість, точність. Традиційними були змагання на конях (скачки, перегони та ін.). Молодь розвивала свої природні задатки, вдосконалювала тіло й душу в іграх, танцях, хороводах, різних видах змагань і боротьби.

Щовесни вище Дніпровських порогів козаки влаштовували змагання з веслування поперек бурхливої річки. Перемагав той, чий човен фінішував на протилежному березі точно навпроти місця старту.

Ось як описує перехід через пороги Е. Лясота: "Пороги - це підводні камені або скелясті місця, де Дніпро тече через суцільні кам'яні скелі, частина з яких під водою, частина на рівні з нею, а деякі виступають високо на водою, тому пливти дуже небезпечно, особливо коли вода низька. В небезпечних місцях люди виходять, й частина їх притримує човни на довгих мотузках чи линвах, а інші заходять у воду, підіймають човни над гострим камінням і переносять. При цьому ті, хто притримує човни линвами, повинні уважно стежити за тими, хто у воді, й натягати чи попускати линви за їх командою, аби човен не вдарився, бо його легко пошкодити".

У дніпровських плавнях молоде козацтво під наглядом старших запорожців постійно загартовувало своє здоров'я, силу і спритність у полюванні, плаванні, рибальстві, змаганні з веслування.

Навіть тоді, коли молодика приймали до "істинного" козацтва, він не залишав заняття фізичними вправами, адже в Запорозькій Січі, так само як і в стародавній Греції, існував культ фізичної досконалості. Як свідчать літописи, слабку людину січове товариство ніколи не вибирало в старшини. З цього приводу сучасник козаків німецький дослідник Мюллер писав: "Військо без вождя - тіло без душі, а у міцного вождя - міцне тіло. Виходячи з військової необхідності, вони обирають вождя серед сильних людей. Таким могутнім вождем був Іван Підкова, гетьман низових козаків, який був такої міцної породи, що гнув підкови. Ось чому за ним закріпилося прізвисько Підкова".

У гарній фізичній формі завжди були Б. Хмельницький, П. Сагайдачний, Ґ. Богун, І. Свірчевський та ін. А французький дипломат Жан Балюз про гетьмана Мазепу писав: "...Тіло його міцніше, ніж тіло німецького рейтара, і їздець із нього знаменитий".

Запорожці вільний свій час використовували для фізичної підготовки, зокрема об'їжджали коней, вправлялися в стрільбі, фехтуванні на шаблях. Аналогічні свідчення наводить і Д.І. Яворницький: "Хто об'їжджав коня, хто розглядав зброю, хто вправлявся в стрілянині, а хто просто лежав на боку, розповідаючи про власні подвиги на війні...".

В ті часи популярністю користувалися різноманітні змагання на силу, спритність, витривалість. Як стверджує А.Ф. Кащенко, козаки,

побравши з військового косяка своїх коней, часто виїздили за січові окопи на герць. Найбільш охоча до герців була січова молодь. Молоді козаки виробляли на конях всілякі вигадки: розігнавши коня, ставали ногами на кульбаку, підкидали догори шапку і влучали в неї кулею з рушниці, перестрибували кіньми рівчаки й тини, вибігали кіньми на крутобокі могили і т.ін., а далі зводилися один з одним рубатися шаблями "до першої крові". Дивитися на змагання збирались всі вільні козаки, тих бійців, що побились до першої крові розводили, щоб часом у запалі вони один одного не повбивали.

Значного поширення набули системи єдиноборств серед козаків. Найвідоміша лягла в основу козацького танцю гопак, всі збережені на сьогодні елементи - складні акробатичні вправи, багато ударів ногами і руками - були складовими самозахисту наших предків у боротьбі з ворогами.

На думку В.А. Артикула, бойовий гопак являє собою стрибкову систему віддаленого бою, що не поступається світовим стилям східної боротьби.

Життя запорозьких козаків відрізнялося своєрідним аскетизмом власного набутого досвіду. Козаки, які не були у шлюбі, метою свого життя вважали максимальний фізичний і психофізичний розвиток. Вони настільки розвивали свої можливості, що таких козаків називали характерниками, цей вид боротьби овіяний нев'янучою славою, ореолом легендарності серед людських переказів.

В сучасних умовах національно-патріотичного виховання історичний досвід загартування часів козацьких є неоціненним скарбом у практичному застосуванні при підготовці майбутніх фахівців фізичної культури і спорту. Вищезгадані елементи козацього загартовування можуть використовуватись як при проведенні аудиторних занять, так і виховних заходах, таких як тур зліт з нагоди Всесвітнього дня туризму, вело маршрути, водні походи на туристичних байдарках, тощо. Дані заходи є традиційними для Полтавського національного технічного університету ім.. Юрія Кондратюка і надалі будуть використовуватись у освітньому прцесі новоствореного факультету фізичної культури і спорту.

Література

1. Бабишин С.Д. Школи Запорозької Січі. *Рідна школа*. № 91. С. 83-85.

2. Історія українського війська : ун-т. Т. 1. Львів, 1936. С. 8-12.

3. Мірошниченко В. Флібустьєри, мінітмени, лицарі. *Наука і суспільство*. 1993. № 1. С. 24-25.

4. Мюллер Й. Історична дисертація про козаків. *Всесвіт*. 1988. № 6. С. 131-137.

5. Пристула О. Спас – бойове мистецтво запорозьких козаків. *Шлях перемоги*. 1993. № 12. С. 81-87.

Б.Є.Очеретько, к.фіз.вих., старший викладач;
Л.А. Єракова, к.фіз.вих., доцент;
І.С. Щуковський, магістр;
В.О. Бутирін, магістр

Національний університет фізичного виховання і спорту України

СТАВЛЕННЯ ЧОЛОВІКІВ ЗРІЛОГО ВІКУ ДО ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ НА СВІЖОМУ ПОВІТРІ

За тривалістю життя українці посідають 135 місце серед 192 країн світу. Вірогідність смертності українських чоловіків у віці від 15 до 60 років становить 384 особи на 1000, що є одним з найгірших показників серед цивілізованих країн світу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), з 62 років середньої тривалості життя сучасного українця тільки 55 років можна вважати здоровим існуванням, решта життя – це боротьба з хворобами[3,4]. Такі показники стану здоров'я населення України призводять до небажаних економічних та соціальних наслідків.

Єдина можливість попередити трагічний розвиток подій – докорінна зміна способу мислення сучасної людини, формування у пересічного громадянина уявлення про можливості зберігати та зміцнити своє здоров'я. Очікувати будь-яких позитивних змін у даній ситуації можна лише за умов формування у суспільстві «моди» на здоровий стиль поведінки [1,2].

Мета дослідження: дослідити ставлення чоловіків зрілого віку дооздоровчо-рекреаційних занять на свіжому повітрі, як передумови для розробки програм оздоровлення.

Ставлення чоловіків до оздоровчо-рекреаційних занять нами вивчалось за допомогою анкетування. В опитуванніприйняли участь 50 чоловіків другого періоду зрілого віку. Середній вік опитаних становив 42,6 роки.

Близько третини опитаних (26%) відповіли що не займаються рекреаційною діяльністю. Приблизно така ж кількість опитаних (30%) чоловіків визнали що займаються але не регулярно. Також близько третини (26%) займаються регулярно рекреаційною руховою активністю, 18 відсотків займаються частіше ніж тричі на тиждень.

На думку респондентів, до факторів що не сприяють рекреаційним заняттям,відносяться: лінь (14%), відсутність умов для занять (27%), відсутність компанії для занять 26%, відсутність фінансової можливостей для занять (21%). 12 відсотків респондентів не вважають за потрібне брати участь оздоровчо-рекреаціними

Далі респондентам було запропоновано висловити свою позицію що до умов занять, яким вони надають превагу, тобто заняття в приміщенні, або заняття на свіжому повітрі. Для більшості опитаних (56%) не мають особливого значення умови занять. 30% опитаних надали перевагу заняттям на свіжому повітрі. Тільки 14 % надали перевагу заняттям в приміщеннях.

Наступним питанням анкети було визначити види рекреаційної діяльності на свіжому повітрі до яких схильні респонденти.

Прихильність респондентів розподілилась між спокійними іграми, де непотрібно швидко пересуватися, немає контакту з суперником (24%); активними спортивними іграми типу футбол, баскетбол(20%); циклічними

вправами (26%); військовими іграми на кшталт пейнтбола чи страйкбола (10%); полюваннями чи рибалкою (20%).

Таким чином нами було встановлено близько третини опитаних чоловіків другого періоду зрілого віку регулярно займаються рекреаційною діяльністю, що збігайтеся з оцінками викладеними в літературних джерелах.

Важливими факторами що заважають чоловікам другого періоду зрілого віку регулярно займатись рекреаційною діяльністю названо підходящу компанію для занять, наявність умов для занять, економічні можливості. Більшість опитаних схвально ставиться до рекреаційних занять на свіжому повітрі. Чверть опитаних чоловіків серед видів рухової активності вибрала для рекреаційної діяльності циклічні вправи.

Виходячи з аналізу даних анкетування, серед чоловіків другого періоду зрілого віку найбільш популярними можуть бути заняття в яких поєднуютьсязаняття в колективі, циклічний характер вправ, можливість занять як на свіжому повітрі так і в приміщенні, помірна екстремальність занять. Заняття з використанням різновидів веслування (академічне, байдарка та каное, човни «Дракон», SUP) можуть поєднувати всі перелічені фактори. А серед опитаних нами чоловіків 52 % відповіли що хотіли би спробувати такий вид оздоровчо-рекреаційних занять.

Література

1. Андрєєва О. В.,Благій О. Л.Сучасні підходи до проектування оздоровчо-рекреаційної діяльності різних груп населення// Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції (10–11 травня 2018 року, м. Львів). – Львів: ЛДУФК, 2018. – С. 13–16.
2. Медико-демографічний атлас України: Екологічні передумови міжрегіональних варіацій захворюваності та смертності населення, 2008 рік. Вип. 11. К.: «Фенікс», 2010. — 40 с.,
3. Смертність населення України у трудоактивному віці (монографія) / Відпов. ред. Е. М. Лібанова. — К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. — 211 с.
4. ECD/EU (2018),Healthat a Glance: Europe 2018: StateofHealthinthe EU Cycle, OECD Publishing, Paris.https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

М. Ю. Приведьон, магістр групи 601 ГС
спеціальності «Фізична культура та спорт»;
Наук. керівник: Рибалко Л.М., д.пед.н., ст.н.сп.,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНЕ 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 кожний 7 студент належить до спеціальної медичної групи. Деякі викладачі фізичного виховання не достатньо володіють необхідним рівнем знань про особливості організації та методику 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 уміннями 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 спеціальнох медичної без достатніх підстав. Перестрахування, 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. Кам'янець-Подільський, 1998. ч. 2. 243 с.

2. Булич З. Г. Фізичне виховання у спеціальних медичних групах. К. : Олімпійська література, 1986. 178 с.

3. Дубогай О.Д., Завацький В. І., Короп Ю. О. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи : навчальний посібник. Луцьк : «Надстирря», 1995. 240 с.

4. Круцевич Т. Ю. Методыисследованияиндивидуальногоздоровьяподростков в процессефизическоговоспитания: учебноепособие. К. : Олімпійська література, 1999. 188 с.

5. Мурза В. П. Фізичні вправи та здоров'я. К. : Здоров'я, 1988. 84 с.

О.А. Притуляк, магістрант;
Л.А. Єракова, к.фіз.вих., доцент;
Н.О. Гоглювата, к.фіз.вих.
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТНЕС-ПРОГРАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПІДВІСНИХ ПЕТЕЛЬ TRX У КОРЕКЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ЮНАКІВ

У системі підготовки юнаків функціональний фітнес може стати важливим засобом формування в них здорового способу життя, розвитку відновлення фізичних і духовних сил, реабілітації й корекції здоров'я. Факт існування тісного зв'язку між станом здоров'я юнаків і організацією їх оздоровчо-рекреаційної рухової активності доведено рядом науковців [1, 3].

Водночас, через зростаючий інтерес молоді до занять з обладнанням і саме з функціональними петлями, необхідно більш ретельно досліджувати питання, пов'язані з її застосуванням в роботі з студентською молоддю, з огляду на її індивідуальні морфологічні характеристики, а також функціональні та психологічні можливості[2]. У формуванні сучасних наукових уявлень щодо функціонального тренінгу із функціональним обладнанням у тому числі петлями TRX є безліч

протиріч, пов'язаних із термінологією, підходами до дозування навантажень та інше. Взагалі досвід функціонального тренінгу йде попереду наукового обґрунтування. Зустрічаються лише епізодичні дослідження присвячені ефективності вправ з петлями TRX, тому ми обрали тематикою дослідження організаційні аспекти реалізації програм функціонального тренінгу.

Мета роботи: вивчити ефективність функціональних вправ із використанням підвісних петель TRX у фітнес-програмі, спрямованої на корекцію показників фізичного стану юнаків 18-19 років.

Методи дослідження: Теоретичний аналіз спеціальної науково-методичної літератури; педагогічні методи (педагогічне тестування, педагогічний експеримент); антропометричні методи; фізіологічні методи; методика визначення фізичного здоров'я Г.Л. Апанасенка; методи математичної статистики.Дослідження проводилось на базі фітнес-клубу «Sportand SPA-Лук'янівка» м. Київ. У педагогічному експерименті взяли участь 12 юнаків віком 18-19 років, які займалися за програмою функціонального тренінгу.

Нами було визначено особливості фізичного стану юнаків та на підставі аналізу і з урахуванням існуючих у спеціальній літературі рекомендацій розроблена фітнес-програма для реалізації у груповому форматі. Розроблена нами програма спрямована на створення належних умов тренування та психоемоційного відновлення юнаків після навчальних занять. Програма базується на принципах систематичності, регулярності, орієнтації на фізкультурно-оздоровчі інтереси, інноваційності, адекватності, комунікативності, доступності, має 2 етапи. У зміст програми було включено вправи, які виконуються із вихідних положень: стоячи обличчям до точки кріплення, стоячи спиною до точки кріплення, стоячи боком до точки кріплення, горизонтально з опорою на руки, горизонтально на спині, горизонтально на боку. Комплекси вправ були підготовлені для двох етапів: для початкового етапу (період 1 місяць) та для основного етапу. Вправи були підготовлені таким чином, щоб у кожному занятті була задіяна кожна група м'язів (спина, грудна клітина, м'язи стабілізатори, ноги та руки). На заняттях використовували диференційований підхід та змінювали інтенсивність навантаження за рахунок модифікації вправ, положень петель та частин тіла.

За результатами перетворювального експерименту ми визначили вплив занять функціональним тренінгом з використанням петель TRX на показники фізичного стану юнаків. Достовірні зміни зафіксовано у обхватах грудної клітини та стегна (близько 9%); збільшилась маса тіла за рахунок м'язової компоненти; індивідуальні показники фізичного розвитку наблизились до гармонійного стандарту тілобудови. Стосовно показників кардіо-респираторної системи: достовірно знизився ЧССсп (78,5), підвищилась ЖЄЛ (2956), проби Генчі та Штанге (у середньому на 10 с.). Достовірні зміни у прояві загальної витривалості та сили зафіксовано за результатами повторного тестування. Що стосується фізичної працездатності то, на початку досліджень більшість юнаків відносилось до задовільного та поганого рівня фізичної працездатності (83%), після мезоциклу занять 80% юнаків перейшли на більш високий

рівень фізичної працездатності. Аналогічні зміни спостерігалися у рівнях фізичного здоров'я – 58,3% юнаків покращили фізичне здоров'я на один рівень після трьох місяців занять за програмою функціонального тренінгу з використанням петель TRX, більшість юнаків відповідала середньому РФЗ – 42%.

Перспективою подальших досліджень може бути побудова програм функціонального тренінгу та визначення їх ефективності для студентів (юнаків та дівчат) та школярів, що може сприяти залученню до занять оздоровчо-рекреаційної рухової активністю, профілактикою порушень постави, покращення показників фізичного стану.

Література

1. Благій О. Сучасні підходи до управління фізичним станом чоловіків зрілого віку в процесі кондиційного тренування / О. Благій // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2015. – No 1. – С. 22–25.
2. Головачук В. Особливості проведення занять на функціональних петлях TRX для дітей 7-9 років/ Головачук Валентина, Медвідь Анжела Історичні, теоретико-методичні, медико-біологічні аспекти фізичної культури і спорту : мат. наук.-практ. конференції (Чернівці, 6- 7 квітня 2016 р.) // за ред. Я. Б. Зорія. – Чернівці: Чернівецький нац. ун., 2016. – С. 17-23.
3. Сергієнко К. Визначення антропометричних показників чоловіків першого періоду зрілого віку, які займаються функціональним тренінгом з використанням петель TRX/ Сергієнко К., Ткачук М., Бишевець Н. // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції (10-11 травня 2018 р.) . – Львів: ЛДУФК, 2018. – С. 154-157.

О. О. Радченко, студент
Т. О. Синиця, старший викладач
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ

Тенденції розвитку вищої освіти характеризуються переходом до інтенсивних форм навчання, пошуком в уже сформованих системах внутрішніх ресурсів підвищення якості підготовки фахівців. Дана проблема набуває ще більшої актуальності у зв'язку із здійсненням соціально-економічних реформ, які нерідко суперечливі і до кінця не визначені [5].

Разом з тим, зміни, що відбуваються в нашій країні, створили певні передумови для підвищення ефективності діяльності вузів, підняття їх ролі на більш високий рівень. Перехід на ринкові відносини об'єктивно вимагає принципового оновлення всіх соціальних інститутів і систем, що забезпечують професійну підготовку [4].

В даний час система підготовки педагогічних кадрів зазнає серйозних змін у зв'язку з затребуваністю фахівців, що володіють знаннями, вміннями в своїй області діяльності, яка характеризує педагогічну майстерність фахівця. Існуюча система підготовки, на думку ряду авторів [3]. не в повній мірі дозволяє випускнику опанувати професійно-педагогічною майстерністю, що відповідає соціальним запитам суспільства, в процесі вузівської освіти. Аналізуючи становлення професійно-педагогічної майстерності фахівців з фізичної культури, автори вказують на те, що необхідний рівень формується в процесі професійно педагогічної діяльності і досягає необхідного рівня через 7-8 років педагогічної діяльності.

Професійна освіта і професійне становлення викладача на всіх рівнях функціонує в тісному взаємозв'язку з науковими і виробничими організаціями. Вони забезпечують підготовку професійно-компетентних викладачів, здатних ініціативно і творчо вирішувати проблеми навчання і виховання молоді. Професійна школа повинна розвиватися на принципах динамізму; варіативності, різноманітності організаційних форм, гнучкого реагування на потреби суспільства, особистості, виробництва. Професійне становлення в вузі зажадає переходу від пасивних форм навчання до активних [2].

Педагогічна майстерність тренера - це комплекс умінь, необхідних для продуктивного вирішення педагогічно-психологічних завдань. Педагогічні вміння – це система способів, прийомів і дій, яка спирається на сукупність знань, досвіду і здібностей, і свідомо реалізується тренером в педагогічній практиці. Уміння так само є критеріями розвитку педагогічних здібностей. Однією з умов підвищення майстерності є органічна єдність теоретичної, методичної та практичної діяльності тренера, що забезпечує своєрідну діючу систему його знань та умінь, Майстерність у вихованні та спілкуванні юних спортсменів передбачають високу ступінь розвитку педагогічних знань, умінь та здібностей [1].

Діяльність спортивного педагога, як правило, розглядає дуже вузько, виділяючи лише її зовнішню сторону, - керівництво тренуванням. Однак у дійсності вона має багатофакторний педагогічний характер і здійснюється в межах визначеної педагогічно-психологічної системи.

Таким чином, з підвищенням професійного стажу рівень педагогічних умінь в реалізації навчально-виховних завдань зростає. Набуваючи педагогічний досвід, викладачі підтримують досягнуту ефективність своєї праці за рахунок більш якісної організаційно методичної підготовки заходів, що проводяться. Тим часом, тренери-викладачі і вчителі, які мають як різний, так і рівний професійний стаж, оцінювали себе і фактичний рівень професійних педагогічних умінь не однаково.

Література

1. Борытько Н.М. Педагог в пространствахсовременноговоспитания: Монография / науч. ред. Н.К. Сергеев. – Волгоград: Перемена, 2011. – 214 с.

2. Бутенко Н.Ю. Комунікативна майстерність викладача: Навч. посібник. – К., 2005. – 336 с.

3. Васянович Г.П. Морально-правова відповідальність педагога (теоретикометодологічний аспект): Монографія. – Львів, 1997. – 163 с.
4. Васянович Г.П. Педагогічна етика. – Львів, 2005. – 344 с.

Л. М. Рибалко, д. пед. н., ст. наук. сп.
Національний університет «Полтавська політехніка Імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І СПОРТ В КОНТЕКСТІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА

В умовах оновлення суспільно-економічного життя актуальною залишається проблема формування, збереження та зміцнення здоров’я людини. Згідно Конституції України людина, її життя і здоров'я визнаються найвищою соціальною цінністю.

Наразі нинішнє суспільство характеризується зниженням стану здоров’я українців, які кінець кінцем потребують фізичної реабілітації. Помітно знизився й індекс людського розвитку, який визначається тривалістю життя людини, рівнем її освіти (ступенем грамотності й можливості доступу людини до початкової, середньої та вищої освіти) та станом здоров’я. Свідченням цього є дані про те, що продовж 2010-2015 років Україна за індексом людського розвитку знизилася з 45 до 75 місця, а тривалість життя середнього українця станом на 2015 рік становить 65,1 років, тоді як у 2005 році вона становила 69,2 роки, що на 10 років менше, ніж у США та Західній Європі, на 4 роки менше, ніж у Польщі, на 2 роки менше, ніж в Угорщині.

Оскільки людство підійшло до критичного стану свого розвитку за станом здоров’я та якістю життя – часу, коли воно має визначитися з власним майбутнім, постає потреба у необхідності сталого розвитку суспільства.

Сталий розвиток – це такий розвиток суспільства, який задовольняє потреби нинішніх поколінь і не ставить під загрозу можливості наступних поколінь задовольняти свої потреби.

Для досягнення сталого розвитку суспільства необхідно:

• створити політичну систему, що гарантуватиме прогресивний економічний і соціальний розвиток суспільства;

• створити соціальну систему, яка забезпечить розв'язання проблем, які виникли внаслідок негармонійного розвитку;

• створити систему охорони здоров’я, яка забезпечить підвищення стану здоров’я населення України, покращить його моніторингові показники;

• створити систему освіти, яка забезпечить сформованість цілісних знань про здоров’я та його культуру в молодого покоління, переорієнтації уваги із забезпечення учнів та студентів знаннями на опрацювання проблем і пошук можливих рішень, що вимагає сформованості у них відповідних життєвих компетентностей і предметних компетенцій.

Одним із ключових завдань сталого розвитку суспільства є вирішення питання пропагування здорового способу життя поряд із подоланням екологічних, економічних і соціальних проблем людства.

З огляду на це фізична культура і спорт як соціальна проблема, яка вирішує поряд з іншими питання формування, збереження і зміцнення здоров’я людини, в контексті сталого розвитку суспільства беззаперечно є актуальною на глобальному, регіональному та локальному рівнях. Адже, фізична культура посідає чільне місце в суспільстві і використовується в соціальній та професійній галузі як виховний та адаптаційний засіб з метою комплексного відновлення фізичного здоров'я і працездатності хворих та інвалідів. Основною формою її застосування є система фізичних вправ та природні фактори.

Фахівець з фізичної культури посідає одне з провідних місць у формуванні здорового способу життя учнівської і студентської молоді. Саме він розробляє методику застосування фізичних і психологічних вправ, добирає засоби і форми адаптивного фізичного виховання, окреслює та виконує програму фізичної підготовки та фізичного розвитку. У випадках інвалідності фахівець із фізичної культури допомагає пацієнту індивідуально виробити новітні рухи і компенсаторні навички, психологічно відновитися, адаптуватися до протезів та інших технічних пристроїв та апаратів засобами фізичної кульутри, тренує пацієнта виконувати цілісні рухові вправи, а також допомагає оволодіти новою професією і, таким чином, адаптує потерпілу людину до життя у змінених умовах існування.

В умовах освіти для сталого розвитку особливо актуальною є підготовка кваліфікованих і компетентних фахівців, конкурентоспроможних на ринку праці. Процес підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації, зберігаючи традиційний підхід до викладання окремих дисциплін, водночас має відкривати можливості для міждисциплінарного аналізу ситуацій з реального життя. Це впливає на структуру навчальних програм та методику викладання і вимагає від викладачів відмовитися від ролі тільки носіїв інформації, а осіб, які навчаються впродовж життя.

Саме тому не менш важливим є питання якісної підготовки майбутніх фахівців із фізичної культури в ЗВО, здатних володіти фундаментальними 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.

Підвищення якісної підготовки майбутніх фахівців з фізичної кульутри вбачаємо через впровадження інноваційних підходів до навчання, зокрема компетентнісного підходу в навчальному процесі. Останній забезпечить формування компетентнісного фахівця з фізичної культури і спорту. 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 СВЕ

(Competence – basededucation), що базується на засадах компетентнісного підходу до навчання, що 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 уможливлює формування єдиного європейського простору вищої освіти і створення загальноєвропейської системи вищої освіти, результат якої пропонується оцінювати рівнем компетентності фахівця-випускника ВНЗ.

Отже, галузь фізичноїкультури і спорту в умовах сталого розвитку суспільства потребує кваліфікованих та компетентних фахівців, ефективність підготовки яких вбачаємо на засадах компетентнісного підходу.

Ю. В. Рощак, вчитель біології, хімії,
КЗ «Розсошенська гімназія Щербанівської сільської ради Полтавського району Полтавської області»

ОБІЗНАНІСТЬ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ З ПРОБЛЕМ ЙОДОДЕФІЦИТУ

Актуальність теми.Йододефіцит – актуальна проблема сучасного суспільства. Близько 2мільярдівнаселенняЗемліпроживає в умовахпостійного йодного дефіциту. Організмлюдининедоотримуєнеобхіднукількість йоду, якийповинен надходити з води, повітря та продуктівхарчування. Добова норма йоду для дорослої людини складає 150 мкг, тоді як сучаснийспоживачотримуєлише 40-50 мкг. Як наслідок, цепризводитьдойододефіцитнихзахворювань, яківідповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я посідають третє місце у списку 38 найбільш поширених неінфекційних захворювань людини.

В Україні дефіцит йоду спостерігається у 70% населення. Найчастіше від недостачі йоду страждають вагітні та діти шкільного віку, зокрема віком до 14 років. Статистичні дані Міністерства охорони здоров'яУкраїни засвідчують, що за рівнем профілактики йододефіциту Україна посідає останні позиції у світі. Однією з причин цього вбачаємо низький рівень обізнаності сучасної молоді з питань йододефіциту.

Мета дослідження –дослідити рівень обізнаності учнівської молоді з проблем йододефіциту, розробити рекомендації щодо індивідуальної йодної профілактики.

У дослідженніна добровільних засадахвзяли участь учні 5-11-х класів Розсошенської гімназії.

Об'єкт дослідження – процес обізнаності учнівської молоді з питань йододефіциту.

Предмет дослідження – рівень обізнаності учнівської молоді з проблем йододефіциту та рекомендації щодо профілактики йододефіциту.

З метою вивчення рівня обізнаності учнівської молодіз проблеми йододефіциту, проведено соціологічне опитування учнівської молоді. Розроблено анкету, до якої включено десять питань, що розкривають сутність і зміст йододефіциту. Всього проанкетовано 192 респонденти, у тому числі учнів 5-8 класів – 133, 9-11 класів – 59.

Результататидосліджень.Аналіз результатів дослідження учнівської молоді вказує на те, що лише 35 % респондентів знайомі з інтерпретацією терміну «йододефіцит» та знають, до яких захворювань він призводить. 12% учнів 5-8 класів та 81% учнів 9-11 класів знають, що саме щитоподібна залоза має потребу в йоді. Суттєва різниця у відповідях між учнями 5-8 та 9-11 класів, на нашу думку, є логічним поясненням того, що учні 5-7 класів ще не вивчали курс «Біологія людини», а учні 8-х класів тільки розпочали його вивчення.Лише 15% учнів 5-8 класів та 57% учнів 9-11 класів знають про те, як йод впливає на організм людини.Поряд із цим, 90% респондентів не володіють інформацією щодо добової потреби в йоді.Більшість опитаних (85%) хибно вважає, що йод потрапляє в організм людини лише з їжею. Незначний відсоток респондентів володіє інформацією про те, що джерелом йоду в організмі крім продуктів харчування є вода та повітря. Лише 6 учнів серед опитаних (3% від загальної кількості респондентів) свідомо вживають морепродукти 3-4 рази на тиждень, 13 учнів (7%) – 1-2 рази на тиждень, 29 учнів (15%) – 1-2 рази на місяць, 40 учнів (21%) –інколи. Турбує той факт, що 104 учні (54% від загальної кількості респондентів) зовсім не вживають морепродуктів. Проблема полягає в тому, що йодовмісні продукти коштують дорого. Більшість учнів поповнюють дефіцит йоду в організмі шляхом вживання йодованої солі: 27 % опитаних включають її до раціону щодня, 39% – інколи, а 34% зовсім не вживають.Із підвищеним рівнем йоду споживають продукти 53% опитаних, а 29% вживають йодовмісні препарати, вітамінні комплекси, біологічно активні добавки, тощо. 81% учнівввважають, що йододефіциту можна запобігти, шляхом уживання профілактичних заходів.

Аналіз і узагальнення результатів дослідження вказує, що рівень обізнаностіучнівськоїмолоді з проблеми йододефіциту низький.

Рекомендації щодо профілактики йододефіциту.Йододефіциту можна запобігти. Для вирішення даної проблеми застосовують методи індивідуальної, групової та масової йодної профілактики.

Спираючись на дані соціологічного опитування учнівської молоді з проблемйододефіциту, зважаючи на їх низький рівень обізнаностіучнівської молоді з даного питання, намирозроблено рекомендації щодо індивідуальної йодної профілактики:

1. Споживайте морепродукти: морську рибу, морські водорості, молюски, ракоподібні (краби, креветки, омари) 2-3 рази на тиждень.

2. Споживайтейодовмісні продукти рослинного походження: яблука, хурму, солодкий перець, волоські, кедрові горіхи, фундук, чорноплідні горобину, сливи, курагу, чорнослив, родзинки, горох, квасолю, буряк, моркву, капусту, шпинат.

3. Споживайтейодовмісні продукти тваринного походження: сметану, вершки, молоко, кефір, ряжанку, сир, яйця, печінку яловичу, м'ясо баранини, курки.

4. Включайте щоденно до раціону харчування йодовану сіль: вживати разом із їжею 5–6 г такої солі.Слід пам’ятати, що йодованасільзберігаєсвоївластивості лише 4 місяці (за умовигерметичноїупаковки). Рекомендованододаватийодовану сіль лише в готовістрави.

5. За неможливості регулярного споживання морепродуктів та продуктів із достатньою кількістю йоду споживайтейодовмісні медичні препарати, але лише під контролем лікаря.

6. Необхідно пам’ятати:

- термічна обробка продуктів харчування здатна зруйнувати до 65% йоду, що міститься в них (особливо в рибі та інших морепродуктах);

- засвоєнню йоду заважає надмірне хлорування і фторування питної води.

Профілактика йододефіциту набагато ефективніша, ніж лікування його наслідків.

Групова йодна профілактика передбачає призначення препаратів йоду під контролем спеціалістів у групах найбільшого ризику розвитку йододефіцитних захворювань, особливо в організованих колективах. Вона здійснюється шляхом регулярного тривалого вживання медикаментозних препаратів, що містять йод.

Масова йодна профілактика вважається найбільш ефективним й економічно вигідним методом і досягається шляхом додавання солей йоду до найбільш затребуваних продуктів харчування (кухонна сіль, вода, хліб).

Протипоказанням до проведенням індивідуальної та групової йодної профілактики є териотоксикоз різного ґенезу та індивідуальна непереносимість препаратів йоду [9].

Практична значимість роботи полягає в упровадженні результатів дослідження у закладах загальної середньої освіти Полтавського району, об’єднаних територіальних громад, м.Полтави з метою ознайомлення та формування знань про йододефіцит в учнів.

Література

1. Владимирова І. М. Фармакотерапевтичні напрямки застосування йодовмісних лікарських рослин при різних групах захворювань щитоподібної залози / І. М. Владимирова, В. А. Георгіянц // ScienceRise. Фармацевтичні науки. – 2015. – № 11(4). – С. 46–54.

2. Лебединець В. Т. Наукові пошуки подолання йодного дефіциту в Україні / В. Т. Лебединець, Л. Ю. Буряченко, Л. М.Багрій, У. І. Ярошик // Товарознавчий вісник. – 2017. – С. 14-22.

3.Маменко М. Є. Профілактика йододефіцитних захворювань: що має знати та може зробити педіатр і лікар загальної практики? (Клінічні рекомендації) / М. Є. Маменко //Сучасна педіатрія – 2017. – №2 (82). – С. 8-15.

4. Шахненко В. І. Теорія, методика та актуальність проведення профілактики йододифіциту в закладах освіти України / В. І. Шахненко // Педагогіка, психологія та

медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Серія «Фізичне виховання» : зб. наук. пр. – Х. : ХДАДМ, 2009. – № 5. – Вип. 9. – С. 154-160.
5. http://old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110428_1.html
6. https://ukurier.gov.ua/uk/articles/jododeficit-znishuye-osobistist/

Д.О. Руденко, магістрант
Національнийуніверситетфізичноговиховання і спорту України

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПАЇ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Актуальність. Протягом багатьох років неврологічне захворювання – дитячий церебральний параліч (ДЦП), яке виникає внаслідок впливу на організм дитини чинників різного ґенезу: інфекційного, інтоксикаційного, запального, токсичного, радіаційного, екологічного, травматичного, і досі залишається ключовою причиною соціальної деривації та тривалої, іноді навіть довічної дитячої інвалідності [1, 3].

У хворих на ДЦП порушено формування рухових функцій, спостерігається також зниження м’язового тонусу, сповільнення редукції безумовних тонічних рефлексів, ускладнюється маніпулятивна діяльність. Усе вищезазначене сприяє погіршенню розвитку психоемоційної сфери дитини,зниженню реалізації життєвого потенціалу, соціальній інтеграції, а якщо до вказаних проблем додати ще й психологічний стан їх батьків, які також страждають від діагнозу своєї дитини, це і визначає дане захворювання як світову медико-соціальну проблему [1, 2]. У вирішенні завдань, спрямованих на комплексне покращення стану здоров’я дітей хворих на ДЦП, та профілактику його погіршень у вигляді появи вторинних ускладнень засвідчено вагоме значення застосування сучасних методів фізичної терапії [2].

Метою дослідження визначити методи використання фізичної терапії у сучасній науці для відновлення дітей, хворих на церебральний параліч.

Результати досліджень. На основі системного аналізу інформаційних джерел, визначено безліч ефективних авторських і традиційних методів, методик, підходів до фізичної терапії при ДЦП: Бобат-терапія, Войта-терапія, ТАНДО-терапія, методика В. І. Козявкіна, сенсорна корекція, метод послідовного кінезогенезу, кінезіотейпування і це далеко не весь представлений арсенал, що забезпечує корекцію рухових порушень та сприяє максимальній соціальній адаптації дітей.

Багато вчених [2, 3, 5] наполягають на тому, що весь розвиток моторики у дітей з церебральним паралічем має здійснюватися в тій же послідовності за тими ж етапами, які мають місце у здорової дитини – метод послідовного кінезогенезу. Навчання руховим навичкам проводиться в зоні найближчого розвитку дитини, починаючи з того рівня, на якому вона зупинилася, незалежно від віку. В залежності від уже набутих навичок дитини, певні етапи можна пропускати.

Нейроразвиваючий підхід Бобат-терапії спрямовано на регуляцію

сенсомоторних компонентів м’язового тонусу, пригнічення дії патологічних рефлексів на ОРА, блокування патологічних рухових стереотипів, забезпечення постурального контролю, тобто на ті компоненти, які найбільш імовірно порушуються при ураженні нервової системи [2]. Основними засобами Бобат-терапії є спеціальні фізичні вправи, лікування положенням, навчання навичок самообслуговування тощо. В основу методу покладеновплив на дистальніабопроксимальні точки контролю, завдякиякимспеціалістможенайбільшефективноконтролювати та змінюватиположеннятіла в просторі та виконуватидовільнірухи в тих частинахтіла, де констатованопорушенням’язового тонусу [2].

МетодВойта-терапії використовує вроджені здібності дитини для здійснення природних рухів тіла. Фізичні вправи мають вигляд фіксації дитини в певному вихідному положенні в спеціальній позі рефлексу, що визначається індивідуально залежно від рухових порушень й інтенсивності відповідних рефлекторних реакцій. Даний метод дає змогу відновити природні моделі руху, оскільки впливає на вже наявні нервові зв’язки на різних рівнях тіла. Дана терапія несумісна з використанням преформованих фізичних чинників (електростимуляціями м’язів і загальними електоропроцедурами), які входять у стандартний комплекс фізичної терапії даного контингенту дітей, що є суттєвим недоліком цієї терапії [1].

Метод ТАНДО-терапія полягає у тому, що дитина з ДЦП з’єднана жорсткими механічним зв’язком в усіх суглобах із фізичним терапевтом, або ТАНДО-терапевтом. Будь-який рух, виконаний спеціалістом, за рахунок відповідного механізму передачі руху змушує дитину виконати аналогічний рух чи рухову дію. Завдяки цьому вона вчиться виконувати побутові рухи, природні локомоції, що суттєво знижує наслідки ДЦП. Варіанти механічного зв’язку можуть бути різними і використовуватися як разом, так і окремо (залежно від того, яким рухам треба навчати) [1, 5].

Метод динамічної пропріоцептивної корекції (ДПК) надає можливість одночасно корегувати аферентний вестибуло-пропріоцептивний потік, який надходить у центральні структури рухового аналізатора в процесі руху з усіх точок м’язово-суглобового апарату, який здійснює функцію антигравітації, яка виникає при виконанні дитиною довільних рухів у модифіковано рефлекторно-навантажувальних пристроях Аделі, Атлант Гравітон[5].

Перераховуючи сучасні авторські методи фізичної терапії, потрібно виокремити й *методику В. І. Козявкіна, або інтенсивної нейрофізілогічної реабілітації (СІНР)***.** Основними компонентами якої є програми біодинамічної корекції рухів. Позитивний вплив цієї методики полягає не лише в зміні біомеханіки рухів суглобів, а й у комплексній зміні роботи функціональних систем організму, нормалізації м’язового тонусу, покращенні кровопостачання, трофіки тканин. Однакізольованезастосування методу, на думку самого автора, стає лишестартом для подальшогорозвиткудитини[3].

В арсеналі засобів фізичної терапії, використовуваних для хворих із різними формами ДЦП, усе міцніші позиції посідають методи сенсорної

корекції. [3]. Сенсорна кімната – це своєрідний тренажерний зал, де корекція порушених рухових функцій ефективно потенціюється синхронною можливістю гасіння нередукованих примітивних тонічних рефлексів і корекцією процесів сприйняття, уваги тощо. Вона укомплектовується варіабельно, залежно від реабілітаційних цілей. До складу її обладнання входять: «сухий басейн», спеціальні сидіння, що набувають форми тіла; водяні циліндри висотою від підлоги до стелі, які мають особливий пристрій, що забезпечує вертикальні пасажі різнокаліберних і різнобарвних повітряних бульбашок у рідкому середовищі; стереоскопічне мобільне панно з мінливими картинками, що проектується на стіни кімнати; стенд для вироблення навичок маніпулятивної активності, тонкої моторики і стимуляції тактильної чутливості, забезпечений пучком світловодів з оптичних волокон, що змінюють своє забарвлення безпосередньо в руках у дитини [2, 5].

Методика кінезіотейпування технічно полягає в накладенні тейп-срічки на різні ділянки тіла згідно з обраною технікою, що сприяє активізації нервової й кровоносної систем організму дитини. Терапевтичний ефект кінезіотейпування полягає в корегуванні патологічного положення постави стоп (еквінус), відзначається поліпшення постави. Недоліком методу є незначна ефективність його ізольованого застосування [4].

Висновки. Узагальнений аналіз сучасних джерел літератури щодо відновного лікування методами фізичної терапії у клініці дитячого церебрального паралічу показав, що багато спеціалістів схиляються до того, що фізична терапія повинна бути комплексним, систематичним, а саме головне постійним процесом.Представлено найбільш застосовувані методики при ДЦП насьогодні: Бобат-терапія, Войта-терапія, ТАНДО-терапія, методика В. І. Козявкіна, сенсорна корекція, метод послідовного кінезогенезу, кінезіотейпування.Усі вони є дієвими, направлені на різні ланки прояву захворювання та мають на меті одну ціль – соціальну адаптацію та інтеграцію дитини.

Література

1. Альошина А. Сучасні методи фізичної реабілітації дітей, хворих на дитячий церебральний параліч / А. Альошина, О. Бичук, Т. Суворова // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичневиховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. – Луцьк, 2018. − Вип. 29. – С. 76-81.

2. Буховець Б. О.Ефективність застосування методу Бобат в корекції психофізичного стану дітей дошкільного віку з руховими розладами / Б. О. Буховець // ScienceRise. – 2015 – № 2/5 (19). – С. 21–25.

3. Козявкін В. І. Динаміка показників психічного та моторного розвитку дітей з аутизмом в ході їх лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В. І. Козявкіна / В. І Козявкін, Л. Ф. Шестопалова, Т. Б. Волошин // Український вісник психоневрології. – 2015. – № 1(82). – С. 12–16.

4. Субботин Ф. А. Кинезиотейпирование / Ф. А. Субботин // Мануальная терапия. – 2014. – № 3(55). – С. 86–93

5. Kiselev D. A. Kinesiotaping method at rehabilitation of children with Cerebral Palsy / D. A. Kiselev, V. E. Tuchkov, V. V. Gubanov // Medicus International medical scientific journal. – 2015. – № 5 (5). – P. 65–71.

Р. А. Самійленко, студент;
Д. А. Возний, студент;
Я. В. Маліновський, студент
Національний університет фізичного виховання і спорту України

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ПАЦІЄНТІВ, З ДЕГЕНЕРАТИВНО – ДИСТРОФІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА ДОРСАЛГІЯМИ

Актуальність. Загострення больового синдрому в попереково-крижовому відділі хребта за даними різних досліджень щорічно відзначають 25% дорослого населення, в той час як протягом усього життя з даною проблемою стикається майже 85% популяції [1-3]. Представлені статистичні дані не залежать від статі, віку, демографії, і лише незначно відрізняються між людьми різного роду діяльності. Дані епідеміологічних досліджень підтверджують той факт, що біль попереково-крижового відділу хребта є глобальною соціальною проблемою і її рішення залежить від різноманітних, не тільки медичних чинників.

Актуальність дослідження, вперше чергу, обумовлена відсутністю системного підходу в лікуванні болю попереково-крижового відділу хребта. Багато фахівців, володіючи обмеженим практичним досвідом намагаються лікувати пацієнтів за стандартною схемою без урахування анамнезу, точної причини больового синдрому, його інтенсивності і тривалісті. Розвиток високотехнологічних методів діагностики відкинули на задній план клінічний огляд пацієнта, який є вирішальним в точному визначенні причини больового синдрому, і відповідно, проведенні таргетних лікувальний заходів [4].

Мета дослідження – визначити особливості застосування фізичних вправ в процесі реабілітації пацієнтів із проявами дорсалгій на рівні попереково-крижового відділу хребта.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань використано такі методи дослідження, як аналіз науково-методичної літератури.

Результати та обговорення. Основна мета фізичної реабілітації пацієнтів з дорсалгіямипопереково-крижового відділу хребта спрямована на ліквідацію проявів больового синдрому при його наявності, корекцію клінічних проявів захворювання і, як наслідок, формування нормального рухового стереотипу. При призначенні фізичних навантажень слід пам’ятати, що вибір вправ здійснюється з урахуванням індивідуального регресу даного захворювання у пацієнта. Зі зменшенням больових відчуттів і збільшення обсягу рухів додаються вправи з більшим зусиллям,

опором, обтяженням і т. ін., що сприяють зміцненню паравертебральної мускулатури.

У В.П. лежачи можна добитися ізольованого напруження м'язових груп з вилученням з роботи м'язів, що не вимагають зміцнення. До таких В.П. належать:

В.П. лежачи на животі, що використовується, головним чином у вправах, які зміцнюють м'язи плечового пояса й спини, а також екстензиційних вправах;

В.П. лежачи на боці, застосовується для однобічного зміцнення м'язів спини й живота, для корекції деформацій поперекового відділу хребта;

В.П. лежачи на спині, використовується для зміцнення м'язів живота, розвантаження хребта, корекції дефекту поперекового відділу хребта.

При виконанні вправ у В.П. лежачи, коли сегменти тіла розташовані симетрично, є можливість утримати хребет у правильному положенні.

В.П. колінно-кистьове застосовувалося у спеціальних вправах для збільшення рухливості хребта й кінцівок, а також корекції дефектів постави.

У положенні стоячи в упорі на колінах, так само як і у В.П. лежачи досягається розвантаження м'язів тулуба від утримання маси тіла й звільнення хребта від ваги вище розташованих частин тіла.

При опорі на таз і плечовий пояс хребет провисає й, перебуваючи в положенні невеликого тотального лордозу, отримує можливість найбільшої рухливості у всіх відділах.

При виконанні вправ у В.П. стоячи навколішки можна втягнути в ритмічну роботу велику кількість м'язових груп. Ця робота переважно носить динамічний характер, що сприятливо впливає на обмінні процеси у кістково-зв'язковому й нервово-м'язовому апаратах.

Також використовуються вправи у положенні вису на гімнастичних снарядах. У таких положеннях внаслідок дії сили ваги тіла відбувається витяжіння хребта по поздовжній осі, що веде до збільшення його рухливості. Крім того, у даному В.П. здійснюється своєрідна робота м'язів, особливо плечового пояса в умовах розтягання.

Висновки. Основні принципи застосування фізичних вправ в реабілітації пацієнтів з больовим синдромом хребта полягають у виключенні несприятливих стато-динамічних навантажень, щадному режимі, відновних заходах, своєчасності, наступності, комплексності та безперервності.

Література

1. *Корж Н.А.*Малоинвазивнаяхирургияпозвоночника. Здоров'я України. Листопад, 2012. – 37с.

2. *Продан АИ, Радченко ВА, Корж НА.*Дегенеративныезаболеванияпозвоночника. Харьков: Т.2. Консервативноелечение.Контраст, 2009. – 262 с.

3. A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation forbackpain .Cherkin D. C., ShermanK. J., Deyo R. A. [etal.] .Ann. Intern. Med.. 2013. – 138, (11). –: P. 898 – 906.

4. *Airaksinen O.* European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain Eur Spine J, 15 (Suppl 2) (2016). – P. 192–300.

М. С. Селюков, *м*агистрант
«Гомельскийгосударственный Университет имени Франциска Скорины»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ УПРАЖНЕНИЙ (КАТА) В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ШКОЛЬНИКОВ

Физическоевоспитание в современномучреждениобщегосреднегообразования не предусматривает в своїйпрограмнезанятияединоборствами.

Однакодетиимеютвозможностьзаниматьсяимитолько в спеціальнооборудованных залах, которых не так много. Тем не менее, спортивнеединоборства в настоящеевремяоченьбістроразвиваются. Этомуспособствуетурівеньжизни, появлениеновихталантливыхспециалистов (тренеров, спортивныхпедагогов, инструкторов).

Актуальностьвыбраннойтемызаключается в том, чтосохранениездоровьядетейявляетсяоднойизглавных проблем современногообщества, а занятия единоборствами, оказываютположительноеврлияние на здоровьезанимающихся, отличноразвиваютскелетную мускулатуру, положительновлияют на нервную систему и общий тонус организма.

Развитиефизическихкачеств в єдиноборствахопределяетсяструктурными компонентами тренировки. Одним из таких компонентовявляются тест-тренировки с использованиемвспомогательныхупражнений [4]. Эффективностьпримененияятренировочныхупражненийопределяется характером задействованияфункциональных систем, ответственных за формированияадаптационныхпроцессов в организме [3].

Структура формированиядвигательногонавыкаопределяется характером кинематических и динамическихпараметровдвижения [1,5]. В зависимости от этихпараметровформируетсяскоростьнакопленияутомления в скелетнихмышцах, чтопредопределяеттребования к нагружениюфункциональных систем и параметрововосстановления [2].

Исследования проводились на базе ГУО «Средняя школа № 61 г. Гомеля»

В экспериментепринималиучастие ученики среднегошкольноговозраста 13 – 14 лет. В период с 16 сентября 2018 года по 15 апреля 2019 года.

Былавыделенаоднаэкспериментальнаягруппа, с количествомзанимающихся в группе –17 человек.

На предварительномэтапебылипроанализированыданныенаучно-методической и медицинскойлитературыс цельюизученияевозрастныхособенностейдетейсреднегошкольноговозраста.

На второмэтапе проводилось исследованиефизическойподготовленности, показателейфизическогоразвития и функціональногосостояниядетей.

На основномэтапеисследованияпроводилсяпедагогическийэксперимент с участиемдетейэкспериментальнойгруппы, которымпомимо занятий по утвержденнойучебнойпрограмме, былорекомендованыдополнительныекомплексыспециальныхфизическихупражнений для улучшенияфизическогосостояния.

Комплекс формальнихупражнений (ката) выполнялся два раза в неделю на урокефизическойкультуры и здоровья в заключительнойчасти. Данный комплекс способствовалукреплениюорганизма, развитиюфизическихкачеств, улучшениюфункціональногосостояниядетейсреднегошкольноговозраста

В экспериментальнойгруппе ката выполнялосьс максимально возможнымнапряжением и темпом, с периодамиотдыхамеждуповторения до 120секунд. При этом, использовалисьактивнеформыотдыха.

Подактивнымотдыхомпонималсяотдых, организуемыйпосредствомпереключения на деятельность, отличающуюся от той, котораявызвалаутомление, и способствующуювосстановлениюработоспособности.Это означало, чтозанимающийсяпослеокончаниявыполнения ката, долженкакминимум ходить.

Общеевремяосновнойчастизанятиясоставлялооколо 45 минут.Разминказаключалась в выполнениибегамалойинтенсивности, общеразвивающихупражнений, акробатическихупражнений.

Структура тренировки ката включала изучениесхемы его движения с применением по ходу определенныхтехническихэлементов: стоек, блоков, ударов, различныхперемещений. Особоевниманиеуделялось ритму исполнения ката по фазам, которыесостоятизбункая – рас шифровкизначения выполняемойтехники и еепрактическоезначение. Каждая фаза выполнялась сосвоїйскоростью, могла иметьподготовительный, взрывнойэлемент, статический, расслабляющий, баллистический, а такжетребующийособойконцентрации – киай.

.При этом важно соблюдать ряд условий:

- выполняемаятехника в ката должнабытьхорошоизучена и освоена;
- при выполнения элементов ката, а такжевыполнении ката в целомдолжна строго соблюдатьсятемпо-ритмовая структура движения [6].
- продолжительностьповторовв выполнения ката должныбатьтакой, чтобы к концу его выполнения скорость не знижаласьвследствиеутомления.

До начала и по окончанию эксперимента нами было проведено тестирования физических качеств. В качестве тестов использовались сгибание разгибание рук в упоре лежа, челночный бег 4 по 9 метров, прыжок в длину с места.

Показателисгибания и разгибания рук в упоре лежашкольниковвначалеэксперимента и по окончаниюдостовірноотличались (t=4,64<0,01)и составили в

начале38,4±2,71 раз, в конце22,1±2,15 раз. Данныерезультаты могутбатьобусловлены тем, чтомышцыверхнегоплечовогопояса у школьников, по окончаниюэкспериментаразвитыбольшечем в началеэксперимента.

Результаты теста прыжок в длину с места так же достоверно увеличились: на начало исследования –173,1±2,8 см, в конце исследования 181,2±3,1 см($t=2,17$; $p<0,05$),что подтверждает достоверность различия.

В ходесравнительногоанализапоказателейфизическойподготовленностиотмечено, что по исследуемымпоказателям, за исключениемчелночногобега 4х9м быливыявленыявныедостоверныеразличия. Так же увеличиласьбыстрота и ловкость за счетмногочисленныхрезкихударов с выдохом, стала лучшекоординациядвижений , за счетпередвижений в различных стойках увеличилась сила ног и верхнегоплечевогопояса, способностисохранятьравновесие.

Использование при развитиифизическихкачествэлементов и структурныхдвиженийизарсенала ката способствует не толькоразвитиюфизическогокачества, на котороеакцентированозашифрованное в формальном комплексе действие, но и формированиюэффективноститехникидвижения.

Литература

1. Бондаренко, А.Е. Измененикинематикидвижения при выполнииударныхдействий в карате / А. Е. Бондаренко, К. К. Бондаренко, Л. В. Старовойтова, Е. А. Мочалова // Материалыдокладов 51-й международнойнаучно-техническойконференциипреподавателей и студентов. В двух томах. Том 1. – Витебск. – 2018. - С. 422-424.
2. Бондаренко, К.К.Изменениехарактерадвижений при утомлении в карате / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко // Физическая культура, спорт, наука и образование: Материалы II всероссийскойнаучнойконференции. Подредакцией С.С. Гуляевой, А.Ф. Сыроватской. – Чурапча. - 2018. - С. 68-72.
3. Бондаренко, К. Раціональністьтренувальнихвпливів при підготовці в карате / К. Бондаренко, И. Фигуренко // Теоретико-методичніосновиорганізаціїфізичноговихованнямолоді: Матеріали 1 регіон. наук-практсемінару. – Львів – 2006. — С. 17-19.
4. Бондаренко, К. К. Организациятренировочных занятий (тест-тренировок) в единоборствах / К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко // Состояние и перспективытехническогообеспечениеспортивнойдеятельности: сб. статей (матер. IV Междунар. науч.-техн. конф.), 2016 г. – Минск: БНТУ. – С - 115 -117.
5. Старовойтова, Л.В. Биомеханическиепараметрыударныхдействий в карате / Л. В. Старовойтова, П. К. Грицева, К. К. Бондаренко // Актуальныепроблемыфизическоговоспитаниястудентов: МатериалыМеждународнойнаучно-практическойконференции, 2019. – Чебоксары: ФГБОУ ВО Чувашская ГСХА, 2019. – С. 504-507.
6. Мудрик, І.П. Ритмовімоделітехнічнихдійкаратистіввисокоїкваліфікації / Мудрик І. П. // Педагогіка, психологія та медико-біологічніпроблемифізичноговиховання і спорту – 2011. - №9. – С. 87-91.

Т.О.Синиця, старший викладач
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

В умовах реформування усіх галузей господарства на шляху сталого соціально-економічного розвитку одним із пріоритетних напрямів державної політики є покращення демографічної ситуації, підвищення якості та забезпечення здорового способу життя населення, як визначального фактору національної безпеки.

Утім, попри реформаційні зміни, сучасний стан здоров'я населення України характеризується вкрай високими показниками захворюваності та смертності, низьким рівнем тривалості життя, відсутністю можливості отримувати належну медичну допомогу. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України показали, що станом на 2012 рік Україна посідає 30 місце за чисельністю населення на планеті. Серед європейських країн – п'яте місце, серед країн СНД – друге [1].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна має один з найнижчих показників природного приросту населення серед європейських країн. Так, середня тривалість життя в Україні на п'ять років нижча, ніж у Європейському регіоні, і на дев'ять – ніж у країнах Європейського Союзу – лише 15% від загальної кількості наших громадян є старшими за 65 років [3].

Це підтверджує аналіз даних, наведених Державною службою статистики України. Так, станом на 1 березня 2017 року чисельність населення становила 42 млн 541 тисячу 633 особи (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції). За січень-лютий 2017 року чисельність населення зменшилася порівняно з 2016 роком на 42911 осіб. Нажаль, в нашій країні смертність перевищує народжуваність. У середньому за добу помирає 50 українців. Також спостерігається тенденція старіння населення. Аналіз даних Державної служби статистики України щодо вікових груп засвідчив невпинне збільшення питомої частки осіб старше 60 років [4]. Загалом за останні чотири роки населення України скоротилося на 2млн 885,4 тисяч (Табл. 1).

Н. С. Шерстюк та А. В. Соколова відзначають зміни в динаміці міського та сільського населення України. Так, якщо раніше число міських жителів збільшувалося, а сільських скорочувалося, то упродовж останніх років міське населення також має динаміку до скорочення [5].

Невтішними є прогнози провідних світових інституцій. Зокрема, за даними ООН, до 2050 р. кількість громадян нашої держави скоротиться до 33 млн. осіб, а за даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи Національної академії наук України – до 39 млн. осіб [2].

Таблиця 1

Динаміка чисельності населення України 2014-2017 роки

(за даними Держстату України)

2014 р.		2015 р.*		2016 р.*		2017 р.**	
45426,2 млн		42929,3 млн		42760,5 млн		42541,6 млн	
жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
24327,6	20918,3	22971,9	19787,8	22930,0	19717,9	22873,0	19532,2

* Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя

**Станом на 1 березня 2017 року

Вищезазначене зумовлене, насамперед, незадовільним рівнем і якістю життя, відсутністю стратегічної політики щодо збереження та зміцнення здоров'я громадян нашої держави та дієвих механізмів її реалізації. Це, своєю чергою, містить загрози економічної та політичної безпеки країни і нації, адже «стан здоров'я населення є показником культурного, трудового, оборонного потенціалу держави і відображенням соціально-економічних, екологічних умов, способу життя населення, стану медичного забезпечення» [6].

Таким чином, аналіз статистичних даних та наукової літератури щодо соціально-демографічних показників дозволяє стверджувати, що в сучасних умовах розвитку суспільства в Україні назріла глибока криза, проявами якої є зменшення народжуваності і збільшення смертності, прискорене старіння населення, високий рівень захворюваності та поширення хвороб. У ситуації, що склалася, актуалізується необхідність розроблення комплексного підходу щодо вирішення соціальних, поведінкових, біологічних проблем, які впливають на підвищення рівня фізичної підготовленості та формування і зміцнення здоров'я населення України. Особливої гостроти означена проблема набуває щодо жінок І-го зрілого віку, від яких залежить здоров'я, резервні та функціональні можливості майбутніх поколінь, оскільки саме на жінку покладено високий соціальний обов'язок – продовження роду, народження дітей. На цю функцію неабияк впливає стан фізичного, емоційного та психічного здоров'я, що, своєю чергою, зумовлюються економічними, політичними, екологічними, макро- та мікросоціальними та багатьма іншими факторами.

Література

1. Дудник С. В. Динаміка стану здоров'я дорослого населення / С. В. Дудник, В. П. Лисак, В. С. Комар. за ред. В. В. Шафранський. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. Київ: МОЗ України. – 2016, С. 66 – 75.

2. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. (колектив авторів)/ за ред. чл.-кор. НАНУ, д.е.н., проф. Е. М. Лібанової. – К.: Український центр соціальних реформ, 2006. – 138 с.

3. Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: постанова Верховної Ради України [Інтернет]. 2016 [цитовано 2018 Жовт 15]. Доступно: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1338-19

4. Чисельність населення (за оцінкою) на 1 березня 2017 року та середня чисельність у січні-лютому 2017 року:Держстат України[Інтернет]. – [цитовано 2018 Жовт 16] Доступно: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/ds/kn/kn_u/kn0217_u.html

5. Шерстюк Н.С. Здоров'я населення України та його вплив на демографічну ситуацію / Н.С. Шерстюк, А.В. Соколова // Економіка та суспільство : Електронне наукове фахове видання. – Випуск 5. 2016. – С. 316 – 319 .

6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік/ за ред. Шафранського В. В. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

О.Є. Сінякевич, здобувач.
Національний тренер збірної України з більярду
Кременецька обласна гуманітарно-педагогічна академія
ім. Тараса Шевченка

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ БІЛЬЯРДНОГО СПОРТУ: ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗОРУ

«Краще один раз побачити, ніж сто разів почути», - говорить народна мудрість. Саме завдяки зору ми здатні пізнавати всю повноту навколишнього світу, саме завдяки зору ми можемо правильно орієнтуватися в просторі і сприймати багатющу палітру колірних відтінків[1].

Ще в 19 столітті професор ФедірГільтебрантдписав «Дужебагатолюдей роблятьсякороткозоримивід перших обставинїхвиховання. Чомуніколи не бувають такими ті, які з молодихроків жили на вільномуповітрі, як-то матроси і візники. Навпаки того, діти, виховані в місті і яких в першіліта не випускали з кімнати, здебільшогобуваютькороткозорими. На жаль, досить дурне виховання, як міждеякими дворянами, так і міжгіднимигромадянами, дужебагатьомдітямдає причину до короткозорості з перших же років, часто по тіснотідитячоїкімнати, часто через дрібніграшки і малого руху на вільномуповітрі ...»[2, с.26].

Учені встановили, що близько 95% інформації про нинішній світ ми отримуємо за допомогою зору. Недарма у багатьох народів досі існують різні обряди поклоніння богам, яких зображують в образі очі. Володарям нормального зору цей звичай може здатися дивною примхою, але досить один раз випробувати на собі тяготи зорових розладів, як починаєш дійсно цінувати зір на вагу золота[1].

Невід'ємною умовою для повноцінної життєдіяльності кожної людини є зір. Щоднянавантажуючиочі, не забувайте про відпочинок для них,

особливо добре для всьогоорганізму, коли відпочинок проходить активно. Доситьдієвим і ефективним способом відновлення і поліпшенняроботизоровогоапаратулюдинивважаєтьсятренуваннязору за допомогоюгри. Вибирайтегру так, щоб вона не сприймалася як рутинне і нуднезаняття, а була в радість вам та вашим близьким.

Середігор, якісприяютьполіпшеннюзору, лідируючемісцезаймаєбільярд – улюбленабагатьма і усімвідомагра. Під час грипідвищуєтьсяточністьфокусування на кулях, якізнаходяться на різнійвідстані, і чимчастішепереміщаєтьсябільярдна куля, тимбільшрухлива наша увага, а значить, і наш погляд. В процесіцієїгризміцнюютьсяочнім'язи, завдякичому і поліпшуєтьсягостротазору[3].

Ще в 1804 році, доктор хімії і медициниФедірГільтебрантд, ад'юнкт-професоркафедрифізіології та анатоміїМосковської медико-хірургічноїакадемії, у своїйкнизі «Про збереженнязору(Твір для народу)»[2] писав про це так: «Для очей, якіцілий день займаютьсяважкоюроботоюзівсіхігор, в якихзазвичайпроводятьзимовівечори, більярд є прекраснимзасобомпротивтоми очей і заслуговуєвеликої похвали…»[2, с.76].

Обізнанійлюдинібуло нескладно уявити, щовідбувається з нашими очима, коли вся увагазосереджується на кінчику кия, а потімспрямовуєтьсяслідом за кулями, якірозлітаються в усісторони[3].

Є багато робіт науковців[3-6], де подані рекомендації по корекції зору. ТакМигунова Р.Р. в своїй роботі[4] пропонує для покращення зору «…Зміцнення м'язів очей, розвиток окорухових функцій, розширення поля зору. Розвиток стійкої зорової фіксації (локалізації): використовувати червону крапку на білому тлі. Дивитися, бачити, напружувати зір. Відновлення просторової локалізації»[4]. В рекомендації для батьків дітей з порушеннями зору[5] «…Вправи для візуально-рухової орієнтації:1. Відвести погляд вправо, вліво, не повертаючи голови. Вправу можна виконувати стоячи або сидячи.2. Підняти очі вгору, голова нерухома. Потім опустити погляд вниз»[5]. В статті «Косоокість у дітей причини, симптоми, лікування»[6] пропонується «Взяти в руки тонкий і довгий предмет - наприклад, вчительська указка абокий для більярду.Потрібнопоставитийого на стіл / стілець і швидкимирухамиперекидати з руки в руку - погляд при цьому повинен бути сфокусований на кінчику предмета» [6].

Історіядослідженьметодівлікування очей нараховуєкількастоліть. Цікавіфактиможнапочерпнути з старих книг. Ось один з них.Більше ста років тому булопомічено, щогра в більярдсприяєвідпочинку очей і відновленнюзору. Під час гри, очнім'язивідпочиваютьефективнішеніж при просто відсутностіроботи. Цевідбувається через особливостібільярду, де потрібностежити за кулями однаковогорозміру на різнихвідстанях, якіпостійнозмінюються. Цемаєдеякусхожість з руховимивправами для очей. Помічено, що у тих хтопрофесійнограє в більярддуже хороший зір[7].

Наші дослідження показали, що протягом двох –трьох років регулярних тренувань за більярдним столом, спортсмени невимушено виконують рекомендації учених описаних вище і результати того вартують: із 30% дітей які починали тренування через 2-3 роки тільки біля 10% дітей в окулярах, але і в них зір покращився!!!

Яскравим прикладом є вихованець школи, Чемпіон світу серед юніорів Тихий Андрій, який при зарахуванні в секцію більярду мав «-4», а тепер золотий медаліст і студент Київського національногоуніверситету імені Тараса Шевченкавилікував короткозорість та став бачити на 100%.

Ми з'ясували, що більярдний спорт – це корисний і цікавий захід, який сприяє поліпшенню зору. І крім того, він єтакожпозитивним фактором для їхпсихоемоційного стану та настрою гравців на хороший результат!

Література

1. Федоров А. И. Методыулучшениязрения: какизбавиться от очков. — СПб.: ИК «Невский проспект»,2001— 189с. (сер. «Советует доктор»).

2. Федор Гильтебрандт О сохранениизрения (сочинение для народа). Москва. Типография Платона Бекетова,1804, 249 с.

3. Корисніігри для здоров'я очей. URL: https://centr-zory.com.ua/uk/blog/news/aktivni-igri-dlya-zdorov-ya-ochej/(дата звернення: 01.10.2019)

4. Мигунова Р.Р. Коррекционно-педагогическаяработа по развитиюзрительноговосприятия у детей с нарушениемзренияURL:https://urok.1sept.ru/статьи/504911/(дата звернення: 04.10.2019)

5. Рекомендации для родителейдетей с нарушениямизренияURL:https://nsportal.ru/detskii-sad/korrektsionnaya-pedagogika/2017/05/10/rekomendatsii-dlya-roditeley-detey-s-narusheniem(дата звернення: 24.10.2019)

6. Косоокість у дітей причини, симптоми, лікуванняURL:https://www.ze-signon.com/articles/oftalmologiya/kosoglazie-u-detej-prichini-simptomi-lechenie.html(дата звернення: 24.10.2019)

7. КористьбільярдуURL:http://vidnovlennya-zoru.com/neveliki-novini/korist-bilyardu.html(дата звернення: 01.11.2019)

О. О. Солтик, к.фіз.вих, доцент
Хмельницький національний університет

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ НАДІЙНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В УМОВАХ ВИЩОЇ ШКОЛИ

Проблема забезпечення якісної підготовки майбутніх учителів фізичної культури є однією із важливих у сучасній освіті. Успішне вирішення освітніх завдань, які полягають у збережені здоров'я молоді, організації їх рухової активності, забезпеченні високого рівня розвитку рухових вмінь та навичок, підвищенні адаптаційних та функціональних резервів організму тощо, в великій мірі обумовлені рівнем підготовки педагога, якістю формування професійних компетентностей, індивідуальними якостями особистості педагога тощо. Сучасний стан життя людини, що характеризується зниженням рухової активності молоді, погіршенням рівня здоров'я, викликаним внаслідок масової інформатизації суспільства, всебічного впровадження в різні сфери

життєдіяльності людини автоматів та механізмів тощо, лише підвищує роль та значення професії вчителя фізичної культури. Водночас вирішення проблеми професійної підготовки майбутніх вчителів фізичної культури повинно базуватись на існуючих реаліях, враховувати сучасні тенденції вищої школи, включати в себе новітні підходи і напрямки підвищення якості професійного навчання. Серед перспективних напрямів покращення якості професійної підготовки розглядаємо формування професійної надійності майбутніх учителів фізичної культури у процесі навчання в закладах вищої освіти.

Незважаючи на широке застосування терміну надійності в різних сферах життєдіяльності людини в освітянській сфері надійність залишається маловивченою і недостатньо дослідженою проблемою. Поодинокі наукові роботи не дають повноцінного уявлення про процеси формування професійної надійності майбутніх педагогів. Ще більший дефіцит наукової уваги констатуємо по відношенню до професії вчителя фізичної культури.

Серед відомих праць відмічаємо дослідження О. Осадчук, в яких автор розглядає професійну надійності педагога як інтегративну властивість, що об'єднує в собі особистісні, суб'єктні та індивідні властивості [1].

Саме єднання цих якостей з одночасним використанням механізмів саморегуляції, допомагають педагогу якісно реалізовувати педагогічні функції у змінних умовах освітнього середовища. Д. Романов пропонує розглядати професійну надійність педагога через стійкість і резистентність до емоційного вигорання та інших негативних чинників, які впливають на професійну діяльність [2].

Існують інші погляди на професійну надійність педагога [3]. Так, на думку авторів надійний той вчитель, який рідко запізнюється або відсутній у школі. Окрім того, надійність разом із відповідальністю розглядаються, як складові професіоналізму вчителя. До характерних ознак надійності відносять послідовне виконання професійних обов'язків та завдань; пунктуальну і відповідальну роботу із документами тощо.Водночас, відмічаємо те, що переважна більшість закордонних вчених при досліджені надійності педагога акцентує увагу в більшій мірі на його оцінювальній діяльності. Відповідно надійність вчителя характеризується тим, як точно і правильно була виставлена оцінка вчителем.

Узагальнюючи відомості, щодо професійної надійності у педагогіці нами з'ясовано роль та значення професійної надійності у педагогічній діяльності. З професійної надійністю пов'язують: здатність вирішувати освітянські проблеми, прийняття правильних управлінських рішень, збереження якості реалізації педагогічних функцій, стійкість та резистентність емоційного вигорання, здатність діяти під впливом перешкод, здатність здійснювати вибір форм і методів навчання відповідно цілям і завданням уроку, міцність засвоєння учнями навчального матеріалу, впевненість у думках і професійних діях тощо.

Разом із тим, проведення одного теоретичного аналізу наукових джерел, присвячених проблемі надійності у педагогіці, недостатньо для визначення професійної надійності майбутнього учителя фізичної

культури. Оскільки визначальну роль у формулюванні головного терміну відіграє професійна діяльність.

Специфіка професійної діяльності вчителів фізичної культури в контексті формування професійної надійності зумовлена впливом низки об'єктивних і суб'єктивних чинників. До об'єктивних чинників належать змінні зовнішні умови праці, залежність від погодних умов, складність і напруженість у роботі, підвищений шум, неврівноваженість поведінки та підвищена емоційна збудливість учнів, дотримання норм охорони праці, профілактика травматизму. Серед суб'єктивних чинників професійної діяльності вчителів фізичної культури виокремлено фахові знання, професійні дії, сформовані психічні якості, мотиваційну сферу, розвинуту силу волі й самовіддачу, належний рівень фізичної підготовленості, високу відповідальність за здоров'я учнів.

Саме інтеграція знань теорії надійності і врахування специфіки професійної діяльності дозволили нам сформулювати головне визначення професійної надійності майбутніх учителів фізичної культури. Під ним розуміємо інтегративну професійно-особистісну якість, що забезпечує здатність ефективно, з оптимальними ресурсними витратами виконувати професійні дії, спрямовані на розв'язання комплексних освітніх, оздоровчих і виховних завдань у заданих умовах професійної діяльності впродовж певного часу.

Зважаючи на подане представлення професійної надійності її формування в умовах вищої школи потребує здійснення низки цілеспрямованих заходів у процесі професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури. Серед найбільш важливих заходів відмічаємо оновлення змісту професійної підготовки на основі інтегративного підходу. Оновлення змісту професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури пов'язано із виділенням сукупності професійних знань, необхідних для підвищення ефективності виконання професійних дій майбутніми учителями фізичної культури.

Зважаючи на важливість вміння майбутніх учителів фізичної культури використовувати фізичні вправи у своїй професійній діяльності серед пріоритетних заходів у професійній підготовці вказаних фахівців є формування у них великого арсеналу рухових умінь і навичок.

Серед інших важливих заходів відмічаємо необхідність формування у майбутнього учителя фізичної культури відповідної мотиваційної сфери, виховання важливих особистісних якостей, зокрема: дисциплінованості, відповідальності, наполегливості, прагнення до самовдосконалення, толерантності до невизначеності тощо.

Зважаючи на те, що виконання професійних дій майбутнім учителем фізичної культури, можливе лише під час педагогічної практики особливу увагу необхідно приділяти якості її проходження. Серед головних завдань, які пов'язані із підвищенням рівня професійної надійності під час педагогічної, нами визначено формуваннянизки професійних умінь: комунікативні уміння, уміння диференційовано використовувати різні засоби фізичного виховання;уміння раціонально використовувати навчальний час на уроці; уміння розробляти структуру уроку та дотримуватись її; уміння прогнозувати можливі небезпеки.

Отже, успішне формування професійної надійності майбутніх учителів фізичної культури можливе при умові цілеспрямованого здійснення відповідних впливів і заходів під час професійної підготовки.

Література

1. Осадчук, О. Л. (2007). *Профессиональнаянадежность педагога: теоретико-методологическийанализ*. Омск: КАН.
2. Романов, Д. А. (2014). Профессиональнаянадёжность педагога. *Наука. Техника. Технологии*, 2, 83–87.
3. Shon, C. K. (2006). Teacherprofessionalism. TheKoreanJournalofVisualImpairment, 22 (1), 43–59.

О. В. Тозик, к.пед.н., доцент;
А. С. Ивкович, магистрант
Гомельскийгосударственныйуниверситет имени Ф. Скорины»

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОСРЕДАХ

*Введение.*Очевидно, что здоровье подрастающего поколения является главной проблемой ближайшего и отдаленного будущего любой страны. Юноши и девушкипредставляютсобой репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв государства[2,3].

Какотмечаютрядисследователейсостояниездоровьячеловекаопределяетсядвумя факторами: внутренними (генетическойнаследственностью) и внешними (воздействиемокружающейсреды). И хотя с моментачернобыльскойтрагедиипрошел уже большойпериодвремени, даннаяпроблема все равнопродолжаетоставатьсяактуальнойкак для жителейРеспублики Беларусь, так и за еепределами. Очевидно, что, несмотря на естественныйпроцессраспадарадиоактивныхматериалов, основнезагрязнениящезием и стронциемпродолжают нести опасность для здоровья людей [1].

Следует добавить, чтоне благоприятнымэкзогенным фактором, снижающимурівеньздоровья людей, является не толькорадиация. В настоящеевремя в ряде регионовБеларуси, как и в России, существуетсвой комплекс экологическихфакторов, способныхвызыватьснижениеуровняфизическогоразвития, функціональногосостояния людей и повышениеуровнязаболеваемости.

Цель исследования:изучитьособенностифизическогосостояниячащихсястаршихклас совипровестисравнительныйанализфизическогоразвития и функціональногосостояниячащихся старших классов г. Гомеля (уровень

РЗС до 5 Ки/км^2) саналогичнымипоказателямишкольников г. Ветка (уровень РЗС от 15 до 40 Ки/км^2).

В соответствии с поставленнойцелью в ходеисследованийпредстоялорешитьследующиезадачи:

1. Изучитьособенностифизическогоразвития и функціональногосостояниячащихсястаршогошкольноговозраста, проживающих в неблагоприятныхэкорадиационныхусловиях.

2. Сравнитьпоказателифизическогоразвития и функціональногосостояниячащихся старших классов г. Гомеля саналогичнымипоказателямишкольников г. Ветка.

Организация ссследованияпредусматриваласледующуюпоследовательность.

На предварительномэтапеизучаласьнаучно-методическаялітературапоисследуемойпроблеме.

Основнойпедагогическийэкспериментпроводился с цельювыявлениясобенностейфизическогоразвития, функционального состояния и физическойподготовленностиучащихся старших классов, проживающих в неблагоприятныхрадиоэкологическихусловиях. Всего в исследованиипринялиучастие 453 старшеклассника.

Одним из непременных условий эффективного управления процессом физического воспитания и своевременного внесения необходимых педагогических коррекцией в методику занятий по физической культуре является систематический медико-педагогический контроль за физическим развитием, функциональным состоянием и физической подготовленностью школьников, проживающих в неблагоприятных радиоэкологических условиях.

С этой целью нами был проведено сравнительный анализ физического состояния учащихся старших классов гг. Гомеля (РЗС до 5 Ки/км^2) и Ветки (до 40 Ки/км^2). Всего в исследовании приняло участие 453 школьника 10-11 классов. Полученные результаты представлены в Табл. 1.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика физическогоразвития и функциональногосостояниямальчиков и девочек 10-11 классов

Показатели	Мальчики			Девочки		
	Гомель	Ветка	Р	Гомель	Ветка	Р
Длина тела, см	178,48± 5,55	174,98 ± 6,36	0,01	164,21± 4,26	164,02 ± 5,34	
Масса тела, кг	65,62±6, 77	62,93± 7,05	0,05	53,93±4, 81	55,29± 5,67	
Индекс Кетле, г/см	368,54± 7,18	359,65 ± 6,59	0,01	328,36± 6,21	337,12 ± 5,96	0,01

ОГК, см	88,48±6,04	88,07±5,15		83,15±4,03	86,31±5,81	0,01
ЖЕЛ, мл	4061,69±373,13	3716,28±532,26	0,01	3009,02±273,54	2631,82±336,03	0,01
Жизненный индекс, мл/кг	61,69±5,28	59,05±4,89	0,05	55,98±5,77	47,60±5,27	0,01
Динамометрия правая, кг	40,16±5,93	37,27±9,01	0,05	19,36±4,89	18,16±3,39	
Динамометрия левая, кг	35,33±6,24	33,56±5,92		17,44±4,69	17,20±3,90	
Относительная сила пр., %	61,41±5,85	59,22±4,89	0,05	33,11±4,36	35,76±4,26	0,05
Относительная сила лев., %	53,75±5,92	53,33±5,19		32,1±5,08	31,11±3,98	
ЧСС, уд/мин	83,30±8,19	75,14±7,79	0,01	75,89±9,10	76,86±9,63	
АДС, мм.рт.ст.	118,36±12,57	117,67±10,48		117,87±12,89	110,68±11,49	0,01
АДД, мм.рт.ст.	76,18±10,20	71,28±9,64	0,05	74,22±6,96	69,31±8,73	0,01
Пульсовое давление, мм.рт.ст.	42,45±3,19	46,39±4,59	0,01	43,59±3,51	41,36±4,42	0,05

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в показателях физического развития юноши г. Гомеля имели преимущество над учащимися г. Ветка по показателям длины тела, массы тела и индекса Кетле, относительной силы правой кисти, ЖЕЛ и жизненного индекса. Сравнительный анализ физического развития девушек выявил несколько иную тенденцию: ветковские девушки превзошли гомельских в показателях индекса Кетле, окружности грудной клетки и относительной силы правой кисти. Однако в показателях ЖЕЛ и жизненно индекса они достоверно уступают гомельским, что согласуется с уже имеющимися данными (В.А. Барков, 1995)[1].

Таким образом, результаты проведеного исследованиясвидетельствуют о негативномвлияниповышенногорадиационногофона на физическоесостояниестаршеклассников, чтообусловливаетнеобходимостьпоискаэффективныхсредствфизическоговоспитания, способствующихповышениюнеспецифическойрезистентностиорганизмадетей и подростков, проживающих на территориях, загрязненныхрадионуклидами, укреплениюихздоровья и повышениюфизической и функциональнойподготовленности.

Литература

1. Барков В.А. Анализфизическогоразвития, функциональной и двигательнойготовности 10-летних детей, проживающих в различныхэкологическихусловиях // Проблемыоздоровл. насел. Средствамифизкультуры в новыхсоц.-эконом. услов.: Тез. докл. Респ. научн.-практ. конф. 20-21 июня 1995 г.–Минск, 1995.– с. 47.

2. Барчуков, И.С. Физическая культура и спорт: методология, теория, практика: учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / И.С. Барчуков, А.А. Нестеров; подобщ. ред. Н.Н. Маликова. – М.: Академия, 2006. – 528 с.

3. Даниленко, О.С. К вопросу о состоянии здоров'я детскогонаселенияГомельскогорегиона / О.С. Даниленко, О.В. Тозик// МатериалыVIIIМеждународнойнаучно-практическойконференции. – Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2009. – С.40-42.

А.В.Черменський, викладач
А.В. Бондаренко, студентка групи 201- ГС
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ТА РОЗВИТОК ЗДІБНОСТЕЙ СПОРТСМЕНА З НАСТІЛЬНОГО ТЕНІСУ

Актуальність теми. Безперервне зростання майстерності спортсменів у настільному тенісі обумовлює необхідність подальшого вдосконалення їхньої системи підготовки на основі використання сучасних засобів і методів тренування.

З метою досягнення найбільших успіхів при спеціалізованому тренуванні юні спортсмени повинні пройти попередню підготовку тривалістю 3-5 років. При цьому організація тренувального процесу юних спортсменів повинна здійснюватися з урахуванням закономірностей розвитку їхнього організму, становлення різних сторін підготовленості, формування адаптаційних процесів у провідних функціональних системах, важливих для даного виду спорту.

Фізична підготовка — це процес розвитку працездатності основних функцій організму і підтримання їх високого рівня. Фізична підготовка не лише розвиває природні фізичні якості людини, але й забезпечує її великою кількістю нових рухових навичок.

Загальнофізична підготовка зміцнює здоров'я, сприяє гармонійному розвитку організму і створює необхідну базу для досягнення високих результатів у тому чи іншому виді спорту. Ці аспекти фізичної підготовки

необхідно пам’ятати протягом усього процесу навчання і тренування спортсменів-тенісистів.

Досягнення високих результатів у спорті передбачає, крім гармонійного розвитку людини, ще й розвиток специфічних фізичних якостей, необхідних для певного виду спорту.

Фізичні якості — це розвиток у процесі виховання та цілеспрямованої підготовки рухових здібностей людини, які визначають можливість та успішність виконання нею певної рухової діяльності.

Фізичні якості, що проявляються в різноманітних формах, прийнято об’єднувати в основні групи: швидкість, гнучкість, витривалість, сила, спритність, координація. Ступінь розвитку цих якостей різна, так само як різна й здатність до їхнього вдосконалення. Значна різноманітність фізичних вправ дозволяє цілеспрямовано впливати на розвиток і вдосконалення фізичних якостей.

Від рівня розвитку фізичних якостей і здібностей, специфічних для гри у настільний теніс, залежить оволодіння техніко-тактичними навичками. Чим вищий рівень розвитку спеціальних якостей і здібностей, тим швидше можна оволодіти основами техніки і тактики гри.

Основні завдання загальної та спеціальної фізичної підготовки гравця в настільний теніс полягають у наступному:

1) всебічний гармонійний фізичний розвиток, що пов’язаний з удосконаленням таких важливих навичок, як вміння добре і правильно бігати, стрибати, метати тощо;

2) досконале оволодіння технікою гри;

3) творче опрацювання і практичне втілення тактичних завдань;

4) виховання і вдосконалення спеціальних фізичних якостей (швидкості, витривалості, гнучкості, спритності), необхідних для гри.

Вправи або комплекси вправ для розвитку спеціальної фізичної підготовки добирають з урахуванням особливостей ігрових дій у настільному тенісі.

Настільний теніс як вид спорту характеризується такими особливостями:

1) комплексним проявом фізичних якостей;

2) зміною інтенсивності зусиль;

3) вольовим характером дій в умовах спортивного двоборства;

4) тривалістю ігрових фаз;

5) залежністю ігрових дій від ситуації, що миттєво змінюється в процесі змагань.

Гравці мають бути у стані постійної готовності, щоб здійснювати своєчасний вихід на кульку, що летить. Тому на тренуваннях необхідно вдосконалювати ривки у різних напрямках як з місця, так і в процесі руху.

Спеціалізовані вправи, які орієнтовані для розвитку фізичних якостей тенісиста:

1. Багатоскоки на одній нозі, з ноги на ногу, поштовхом двома ногами.

2. Стискання в долонях тенісної кульки.

3. Підскоки з навантаженнями.

4.Жонглювання кулькою однією, двома руками.

5. Вправи з кулькою і ракеткою.

6. Імітація ударів з ракеткою, без ракетки, з ракеткою з обтяженнями, біля столу, стінки, дзеркала, з тренажерами.

7. Імітація нападаючих ударів з набивним м'ячем.

8. Гра обтяженою ракеткою (манжетами, паском).

9. Гра у "крутилку" в один бік, в другий за рахунок пересування на двох або одній нозі.

Отже, для фізичної підготовки та розвитку здібностей спортсмена з настільного тенісу використовується багато різноманітних вправ і методів, які допомагають досягнути великих результатів у спорті. Для цього потрібний не тільки гармонійного розвитку людини, а ще й розвиток специфічних фізичних якостей, які впливають на фізичну підготовку спортсмена та його здібності.

Література

1. Зюзь В.М. Вдосконалення цілісної точності та змісту навчально-тренувального процесу спортсменів-тенісистів 8-14 років: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання та спорту. — Харків: Харківська державна академія фізичної культури, 2011. — 19с.

А. М. Шипіцина, магістр групи 601ГС;
Ю.В. Гордієнко,к.фіз. вих
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕССУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Формування національної системи фізичного виховання студентів вимагає нового змісту та пошуку ефективних форм, засобів і методів підготовки викладача фізичного виховання навчального закладу, створення відповідного навчально-методичного забезпечення.

Фізична культура покращує здоров'я і знижує ризик захворюваності, зменшує соціальне напруження у суспільстві. Адекватне фізичне виховання, яке задовольняє потреби і бажання як юнаків, так і дівчат – одна з основних гарантій здорового майбутнього покоління. Та треба зазначити, що у теорії та практиці недостатньо вивчені педагогічні умови формування свідомого ставлення студента до фізичного виховання, що неможливо здійснити й реалізувати без найтіснішого особистісного співробітництва між викладачем і студентом.

Загальновідомо, що саме фізичне навантаження є природним фактором впливу як на фізичний, так і на психологічний розвиток молодої людини. Це особливо важливо при проведенні як навчального так і тренувального процесів. На жаль, не завжди є значущим те, що фізичне виховання (як академічний предмет, так і позанавчальні форми у вигляді тренувань поза розкладом занять) дуже необхідне для повноцінного розвитку і покращення здоров'я студентів.

Провідними фахівцями були запропоновані нові та різноманітні підходи як до проведення навчального і тренувального процесу зі студентами так і ставлення до стану здоров'я студентів і визначення у них рівня функціонального і фізичного розвитку. Дослідження науковців та висновки їх наукових праць зводяться до того, що фізичні навантаження можуть замінити лікувальні процеси та процеси відновлення після різноманітних захворювань, але за умови творчого підходу до проведення занять з фізичного виховання. Саме тому для зміцнення здоров'я та морфологічного вдосконалення організму молоді треба цілеспрямовано впливати на організм людини за допомогою нових методик і нових методичних підходів до проведення навчальних та тренувальних занять із студентами.В закладах вищої освіти не використовуються інноваційні технології, тобто відсутня система біологічних, медичних, технічних, педагогічних та інших способів і засобів зміни стану рухової функції і якостей організму в процесі занять фізичними вправами, заснована на знаннях про методи і прийоми здійснення корекційно-профілактичних, кінезіотерапевтичних виховально-освітніх і рекреаційних засобів.

Новим підходом до вирішення проблем фізичної підготовки в процесі навчання є утвердження прикладного значення фізичного виховання, формування мотивації в міру реальної необхідності і корисності запропонованих фізичних вправ, які диференційовані, з урахуванням стану здоров'я і подальших кар'єрних очікувань, через професійне і особисте становлення молоді.

Також треба зазначити, що успішне вирішення завдань з фізичного виховання студентської молоді багато в чому залежить від особистості викладача, його спортивної кваліфікації, педагогічної підготовленості, загальної культури, рівня інтелекту, організаторських здібностей.Спираючись на вищесказане ми вважаємо потрібним пошук і втілення нових методичних підходів до проведення занять з фізичного виховання як в основних групах так і в спеціальних медичних групах.

Література

1. Жукова О. С. Роль інноваційних процесів у підготовці майбутніх фахівців / О. С. Жукова // Педагогічні, психологічні та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту / за ред. С. С. Ермакова – 2007. – № 11. – 122 с.

2. Кашуба В. Про використання інформаційних технологій у фізичній рекреації / В. Кашуба, О. Андрєєва // Теорія і методика фізичного виховання і спорту // Науково-теоретичний журнал. – Х., 2008. – № 1. – С. 114–118

3. Цибіс Г. Г. Фізичне виховання студенток технологічного ВУЗу / Г. Г. Цибіс, І. П. Кухта, Н. І. Черниш, М. М. Гусаченко // Педагогіка, психологія та методико-біологічні проблеми фіз. виховання та спорту: Зб. наукових праць під ред. Єрмакова С. С. – Х.: ХІПІ, – 2008. – № 1. – С. 151-155.Давиденко О. В. Проблемні аспекти ґендерної політики

Н.М. Щербина, студентка
О.О. Шийка, студентка
Національний університет «Полтавська політехніка

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, вольових 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 оздоровлені 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. Андрощук, М. Андрощук, — Т. :Підруч. і посіб., 2006.
5. Формування здорового способу життя молоді : підлітковий вік / І. Рудніцька // Психолог. — 2004.

А.В. Яригіна, студентка групи 101-ГД,
О.В. Омельяненко, викладач
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

НАУКОВО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ’Я СТУДЕНТІВ У ВНЗ

СьогодніВищаосвіта в Україні покликана сприятизабезпеченню і вирішеннюсоціально-економічних і екологічних проблем, які є актуальними для суспільства і вимагають активного розв'язання на теоретичному і практичному рівнях. Питаннярозвиткукультуриздоров'ястудентів у вищомунавчальномузакладімаєсвоїпринциповіособливості, пов'язані з тим, щонеможливопримусити студента системно оволодіти способами і прийомами 15 здоров'язбережувальноїдіяльності. Придатнимиможуть бути лишетакі шляхи, якістимулюють студента опосередковано, активізуютьйого як суб'єктасвогоінтелектуального і професійногостановлення, розвитку й саморозвитку. Тобтопроцесрозвиткукультуриздоров'ястудентівмає бути спрямований, насамперед, на розвитокїхніхособистіснихякостей як майбутніхфахівців.

Метоювищоїпрофесійноїосвіти, з поглядуокресленоїпроблеми, є формування у студентівстійкогоінтересу до здоров'язбережувальнихпитань, визнанняїхактуальності і необхідності. Підвпливомпрофесійноїосвіти у студентівутверджуєтьсяпогляд на здоров'язбереження як важливу справу, покликанусприятизміцненнюсвогоздоров'я та оточуючих.

Для ефективногоспрямуванняпрофесійноїпідготовкистудентів як майбутніхфахівціввідповідно до окресленої мети необхідновизначитиконкретніпедагогічніумовирозвиткукультуриздоров'ястудентів в освітньомусередовищівищогонавчального закладу: здоров'язбережувальнеспрямуванняпрофесійноїпідготовкистудентів; формування в студентівсистемиздоров'язбережувальнихзнань; оволодіння студентами здоров'язбережувальнимитехнологіями та вміннямирозроблятиіндивідуальноздоровчупрограму; упровадженнякомплексноїпрограмирозвиткукультуриздоров'ястудентів у процесіфаховоїпідготовки. Урахуваннявсіхзазначених педагогічних умов можезабезпечитиефективний і цілеспрямованийпроцесрозвиткукультуриздоров'ястудентів в освітньомусередовищівищогонавчального закладу. Можнавизначити, щорозвитоккультуриздоров'я – цепроцес і результат цілеспрямованого й організованогооволодінняцілісністюпоняття "здоров'я", "здоровий спосібжиття", стійкимиособистіснимиздоров'язбережувальними рисами і якостями, необхідними для успішноїжиттєдіяльності [5]. Відповідно, мета здоров'язбережувальноїпідготовки в умовахосвітньогосередовищавищогонавчального закладу – цестановленнякультуриздоров'яособистостістудентів, щовиражається у готовностіїх як майбутніхфахівцівреалізовувати в майбутнійпрофесійнійдіяльностіотриманізнання про здоров'я і способиздоров'язбереження.

Ефективністьреалізаціїзазначених педагогічних умов можлива за умови опори на фундаментальніідеїнауковихметодологічнихпідходів, а саме: системного, особистісноорієнтованого і діяльнісного.

Так, *особистісноорієнтованийпідхід* до педагогічногозабезпеченняпроцесурозвиткукультуриздоров'ястудентівперед бачаєїхнєнавчання на засадах всебічноговрахуванняіндивідуальних потреб і можливостей. Метою цьогонавчання є створення умов для індивідуальноїїхсамореалізації, розвитку і саморозвиткуособистіснихякостей

[2, с. 326]. Особистісноорієнтованийпідхідбазується на суб'єктивномупідході до діяльностііндивіда.

Особистісноорієнтованийпідхід у професійнійосвітівимагаєстворення умов для розвиткусуб'єктівнавчально-виховногопроцесу, розробкуваріативногозмістунавчальнихпрограм, якіспрямовані на розширеннямożливостейпрофесійногосамовизначення і саморозвиткуособистості студента, у тому числіакцентуванняувагивикладачів на розвитокпрофесійноважливихякостейособистості студента; застосування в навчально-виховномупроцесісучаснихосвітніхтехнологій; забезпеченнямоніторингунавчальнихдосягненьстудентів, моніторингупрофесійно-педагогічноїдіяльностівикладачівфаховихдисциплін.

Під час підготовкистудентівособистісноорієнтованенавчанняможе бути ефективним за умовиактивізаціїсамостійностістудентів, залучення до активноїпізнавальноїдіяльності, розробки і вдосконаленнясвоєїкультуриздоров'я. Основнимипедагогічними методами впровадженнявказаногопідходу є: тренінги (формуванняпрофесійноважливихякостей), навчальніігри (відпрацюванняпроблемнихситуацій у ролях), евристичні (пошукідей) тощо. Особистісноорієнтованийпідхідвраховуєіндивідуальніможливостістудентів, їхнімотиви, інтереси, здібності до організаціїпроцесунавчання. Розвитоккультуриздоров'ястудентів у процесіпрофесійногонавчаннянеможливе без використанняособистісноорієнтованогопідходу, якийзабезпечуєрозробкумеханізмівформуваннянеобхіднихкомпонентівкультуриздоров'я і необхіднихякостейособистості студента.

Діяльнісний підхід до педагогічногозабезпеченняпроцесурозвиткукультуриздоров'ястудентівбазується на теоріїдіяльнісногопідходу, яка розробляласьвітчизняними і зарубіжнимивченими (І. Бех, Л. Виготський, О. Леонтьєв, С. Рубінштейн та ін.). Згідно з діяльнісним підходомпроцесрозвиткуособистостіздійснюється у тіснійзалежностівідтієїдіяльності, у яку вона включена. Тобтоформуваннящілісноїособистостінеможливе без включенняїї в різноманітнівидидіяльності, шляхом проектування, планування, організації та управліннящроцесомїїдіяльності.

На думку В. Богословського, реальна дійсністьвимагаєгнучкого, адаптивного підходу до визначенняспіввідношеннявідповідних пріоритетів. Цепідтверджуєтьсятим, що система професійноїпідготовки (абопрофесійноїосвіти) одночасномаєзабезпечити і виконання державного замовлення на спеціалістів (тобтодіяльність є зорієнтованою), і стати етапом і засобомжиттєвогосамовизначенняособистості (тобто є особистісно значущою) [4, с. 128].Прихильникидіяльнісногопідходувважають, щодіяльність є сутністюпроцесунавчання, а формування способу діймайбутньогофахівця – кінцевою метою навчання. Професійнапідготовка – цепроцеснавчання, щовідтворює структуру діяльності. Завданнявикладачаполягає в тому, щобнавчитипрацюватичивиконуватидії та операції, за допомогоюякихреалізуєтьсядіяльність. Знанняможнаопануватилише у

процесіїхньоговикористання в діяльності, лишеоперуючи ними. Цезумовленотим, щозасвоєннязнаньвідбуваєтьсяодночасноізопануваннямспособівдій. Важливими є методологічніпринципи, розроблені О. Леонтьєвим, про єдністьсвідомості і діяльності, зовнішньої і внутрішньоїдіяльності; положення про провіднудіяльність як основу психічногорозвитку.

Як зазначено у Концепціїформуванняпозитивноїмотивації на здоровий спосібжиття у дітей і молоді, "діяльніснийпідхідвимагаєкультивуваннядієвоїпозиціїособистості з метою власногостановлення й розвиткуії морального і духовного самовдосконалення" [3, с. 6]. Перевагидіяльнісногопідходу у 17 розвиткукультуриздоров'ястудентівполягають у тому, що: студентизасвоюютьнавичкиформування здорового способу життя; збереження і зміцненняздоров'я; зменшенняпсихологічногонавантаження; створенняневимушеноїатмосферитощо.

Отже, діяльніснийпідхідпередбачаєвизнанняособистості студента як носіявласногодосвіду, включеннястудентів у здоров'язбережувальнудіяльність і стимулюванняїхньоїактивності, поетапневключеннястудентів у процесреальноїпрактичноїпрофесійноїдіяльності.

Системнийпідхід до педагогічногозабезпеченняпроцесурозвиткукультуриздоров'ястудентівдозволяєрозкритисистемоутворювальніелементи, яківступають у специфічнінавчально-професійнівідносинизгідно з цілямипрофесійноїосвіти конкретного фахівця. Зазначенийпідхідпередбачаєвивченнякультуриздоров'я як цілісноїсистеми, щоскладаєтьсяізвзаємопов'язанихелементів, і комплекснеорганізаційно-методичнезабезпеченняпроцесуформуваннязазначеного виду культури у студентів.

Теоретичніположенняцьогопідходу і необхідністьйоговпровадження у вищійшколізнайшливисвітлення у працях таких учених, як Ю. Бабанський, Ю. Бойчук, В. Бутенко, О. Острянська та ін. Необхідність системного підходузумовленатим, щопитаннярозвиткукультуриздоров'ястудентівмає бути предметом уваги не лишеокремих кафедр університетучивикладачів. Ціпитаннямаютьнабувати у вищійшколі системного характеру і маютьвирішуватися на основі комплексного використанняосвітньо-виховногопотенціалудисциплінздоров'язбережувальної, психолого-педагогічної та культурологічноїспрямованості.

Системнийпідхід, за визначенням С. Гончаренка, застосовують для розробленняскладнихкомплекснихдовгостроковихпрограмізрозв'язаннянайважливішихосвітньо-виховних проблем, оскількивибір у процесіприйняттярішень треба робити в умовахневизначеності. Ю. Бабанськийрозглядаєнавчальнийпроцесізпоглядусистемності [1] і вважає, щонавчальнийпроцесможнарозглядати двояко: як систему, у якійфункціонуєпроцес; як склад самого процесу. У складісистеминавчаннявченийвиділяєтакіосновніелементи, як: викладачі та іншісуб'єктинавчання й виховання; студенти; умовинавчання.

Перевага системного підходу над іншимиполягає у тому, щопроцесрозвиткукультуриздоров'ястудентіврозглядається не вузькопрофільно, а як комплексна програма, яка покликана інтегруватинавколопроблемиздоров'я і їївирішення.Найважливішічинникивпливу у вищійшколі, а саме: навчальнізаняття, науково-дослідну роботу студентів, набуття практичного досвіду, участь у гуртковій і клубнійроботі. За таких обставинсуттєворозширюютьсямасштабиздійсненнянавчально-виховноговпливу у вищійшколі. У Концепціїформуванняпозитивноїмотивації на здоровий спосібжиття у дітей та молоді "системністьполягає у взаємопогодженихзнаннях, уміннях і навичках, сформованих у дітей та молоді, щозабезпечуютьнеобхіднийрівеньїхньоїпрацездатності, моральності та духовності. Для цьогопотрібнізнанняосновнихположеньфізіології, психологіїлюдини, соціології, іншихсуміжнихдисциплін, що в сукупності дозволять реалізуватинеобхіднітехнології, якізберігають,зміцнюютьздоров'я, формуютьсвідоместавлення до власногоздоров'я і виявляються у відповіднихпозитивнихдіях і вчинках" [3, с. 26-27].

Застосування системного підходупередбачаєвзаємодіюсуб'єктівнавчальногопроцесу у різних видах діяльності: навчальній, позааудиторній, самостійній, практичній з метою розвиткукультуриздоров'ястудентів.

Отже, спираючись на фундаментальніідеїособистісноорієнтованого, діяльнісного і системного науковихпідходів і на визначеніпедагогічніумови, можназабезпечитидостатньовисокуефективністьпроцесурозвиткукультуриздоров'ястудентів.

Література

6. Бабанский Ю. К. Проблемы повышения эффективности педагогических исследований. – М.: Педагогика, 1982. – 286 с.
7. Еникеев М. И. Энциклопедия. Общая и социальная психология. – М.: Изд. ПРИОР, 2002. – 560 с.
8. Концепціяформуванняпозитивноїмотиваціїна здоровий спосібжиття у дітей та молоді // Директор школи. – 2004. – № 40. – С. 23–29.
9. Общая психология / под ред. В. В. Богословского, А. Г. Ковалева, А. А. Степанова. – М.: Просвещение, 1981. – 383 с.
10. Оржеховська В. М. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя дітей і молоді // Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку: матеріали IV Міжн. наук.-практ. конф. (2–4 квітня 2004 р.). – Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2004. – Т. III. – С. 138–143.

РОЗДІЛ 3
СУЧАСНІ ЗДОРОВЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Н.М. Атаманчук, к.психол.н., доцент
Полтавськийнаціональнийпедагогічнийуніверситет імені В. Г. Короленка

АДАПТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ ДО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ

Демократичні зміни України у суспільному житті зумовили нове бачення, розуміння та переоцінкубагатьохсталихположень. Прогресивнаосвітняполітикасьогоденнявизначаєсоціальнуінтеграціюдітей з особливимиосвітніми потребами в загальноосвітнійпростір шляхом створення та функціонуваннязакладівосвітиінклюзивного типу.

У сучасному українському суспільстві особливо гостро постає проблема адаптації дітей з особливими освітніми потребами до освітнього простору. Таким дітям складніше прилаштуватися до умов суспільства, побудувати стратегію власного життя, свого майбутнього, оволодіти необхідними уміннями і навичками.

Маленькі діти переживають свої вади здоров'я епізодично, але чим старшими вони стають, тим гострішою є реакція на навколишнє середовище. Підлітки із наявними вадами дуже легко травмуються. Високий рівень переживань, порушення самооцінки, проблем у спілкуванні з однолітками, труднощі із виконанням фізичних вправ та розумових навантажень – негативно впливають на розвиток соціальних навичок дитини.

Соціальна ізоляція підлітків заважає формуванню стійкості життєвої позиції та почуттям довіри до навколишнього світу. У майбутньому виникають проблеми професійного самовизначення, спілкування з людьми і створення сім'ї в подальшому.

В іншому випадку, складні вади дитини призводять до порушення функціонування сім'ї, утворення неповних сімей або виховання у бабусі, що в свою чергу, негативно впливає на спілкування та налагодження продуктивних контактів з однолітками. У результаті – виникають психологічні бар'єри у комунікації. Тому батькам потрібно зайняти активну позицію у розширенні кордонів спілкування та взаємодії дитини з особливими освітніми потребами.

Література

1. Атаманчук Н. М. Інклюзія в освітньому середовищі // Сучасний вимір та стратегії розвитку особистісно-професійної компетентності педагога: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції / За заг. ред. Ю. О. Нікітін, С. М. Грицай, А. В. Вознюк, С. В. Драновська, О. М. Кириченко (м. Київ, 15 березня 2019 року). Суми: НВВ КЗ СОІППО, 2019.С.10-12.

О.О. Безносюк, професор
Кременецька обласна гуманітарно-педагогічна академія ім. Тараса Шевченка

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ

У сучасних умовах зростання соціальної динаміки життя та інших чинників роль здоров'я майбутнього фахівця значно підвищується, оскільки конкурентоспроможною є лише фізично здорова, активна, соціально адаптована людина.

Аналіз фізичного стану здоров'я молоді сьогодні є досить невтішним. Сучасна екологічна ситуація, катастрофічні наслідки Чорнобильської аварії, ускладнення соціального та економічного становлення в Україні, і особливо в сільській місцевості, низький рівень культури харчування, медичних та валеологічних знань, безпечної життєдіяльності, фізичної активності спричиняють погіршення здоров'я підростаючого покоління.

В науковій літературі існує близько 300 визначень поняття «здоров'я». У Вікіпедії зазначено, що згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, «здоров'я - це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або фізичних дефектів».

Здоровий спосіб життя об'єднує все, що сприяє виконанню людиною професійних, суспільних, сімейних і побутових функцій в оптимальних для здоров'я умовах і визначає спрямованість зусиль особи в збереженні і зміцненні індивідуального і суспільного здоров'я. Це, передусім, сприятливе соціальне оточення; духовно-етичне благополуччя; оптимальний руховий режим, гартування організму; раціональне харчування; особиста гігієна; відмова від шкідливих звичок; позитивні емоції [1, с.107].

Сучасні науковці зазначають, що єдина зброя людини в захисті здоров'я – це культура його збереження, тому потрібне формування нової культури управління здоров'ям підростаючого покоління, яке є стратегічним ресурсом України та могутньою складовою якості людських ресурсів. Тому актуальною постає проблема реалізації концепцій здоров'язбереження у навчальному процесі. Аналіз наукової літератури засвідчив, що основним шляхом вирішення проблеми є реалізація ідей здоров'язберігаючих технологій.

Під *здоров'язберігаючою освітньою технологією* розуміють систему, що створює максимально можливі умови для збереження, зміцнення і розвитку духовного, емоційного, інтелектуального, особового і фізичного здоров'я всіх суб'єктів освіти (студентів, педагогів та ін.) [2, с. 37-39].

Зрозуміло, що здоров'язберігаюча педагогіка не може виражатися якоюсь однією конкретною педагогічною технологією. Це поняття об'єднує в собі всі напрями діяльності педагогів з формування, збереження і зміцнення здоров'я учасників освітнього процесу.

Теоретичні дослідження показали, що в освітніх закладах усіх рівнів не створено системи формування, збереження і зміцнення здоров'я. *Причинами* низького рівня сформованості культури здоров'язбереження молоді є відсутність особистісного ціннісного ставлення у студентів до власного здоров'я, заходів стимулювання здоров'язбережувальної діяльності студентів у навчальний та позанавчальній діяльності, недостатня мотивація у руховій активності, низький рівень здоров'язберігаючої компетентності, відсутність знань, умінь та навичок профілактики професійних хвороб. У зв'язку з цим росте число «прикордонних» станів у молодих людей з наявністю виникнення психофізичних розладів. За результатами медичних досліджень лише 10% випускників можуть вважатися здоровими, 40% мають хронічну патологію. У кожного виявлено декілька хронічних захворювань.

У сучасному світі важко переоцінити роль здоров'я людини, оскільки рівень здоров'я окремої особи і нації в цілому є одним із найважливіших чинників благополуччя країни, його творчого і виробничого потенціалу. Здоров'я - безцінне надбання не лише кожної людини, але й усього суспільства.

За даними щорічної доповіді міністерства молоді та спорту України Президенту та Верховній Раді України про становище молоді в державі досить значна частина молоді має проблеми зі здоров'ям. Упродовж шкільних років зменшується відсоток здорових дітей – з 35% до 18% та зростає їх кількість із хронічною патологією (з 22,5% до 53%). Крім того, в ході оцінки фізичного здоров'я школярів відзначено, що більшість із них мала нижчі за середні та низькі показники такого здоров'я (28,4% та 29,7%), що пов'язано з детренованістю дітей, нераціональним способом життя та погіршенням соматичного стану здоров'я. При вивченні психологічного стану підлітків у 58% з них було виявлено психічну втому, у 49,3% – стан тривожності, у 9,8% – стресові реакції, що можна пояснити великим шкільним навантаженням і напруженим режимом праці й відпочинку. За даними Міністерства освіти і науки України, 36% учнів загальноосвітніх шкіл мають низький рівень фізичного здоров'я, 34% – нижчий за середній, 23% – середній, 7% – вищий середнього і лише 1% – високий [3].

Багаторазово доведено, що здоровий спосіб життя є важливим фактором формування і зміцнення здоров'я студентської молоді, яке залежить на 50% від нього і навіть більше. Самими активними компонентами здорового способу життя виступають: раціональна праця студентів, раціональне харчування, раціональна рухова активність, загартування, особиста гігієна, відмова від шкідливих звичок [4].

Саме тому важливе значення має компетентність керівника, що веде навчальний заклад до досягнення мети, а головною метою будь-якого навчального закладу є збереження здоров'я студента. Саме керівник створює імідж закладу, формулює місію навчального закладу, визначає домінанти діяльності, а головне – комплектує команду працівників, які у своїй діяльності: навчальній, виховній, використовують здоров'язберігаючі технології. Адже саме завдяки їм НЗ зможе досягти поставлених перед собою цілей.

Дослідження взаємозв'язку фізичної і розумової працездатності набувають значної актуальності у зв'язку з можливістю їх підвищення в умовах цілеспрямованого і системного управління організмом людини засобами фізичної культури і спорту.

При мисленні виникає кровонаповнення судин мозку, звужуються периферичні судини кінцівок і розширюються судини внутрішніх органів, тобто спостерігаються судинні реакції, протилежні тим, які виникають при роботі м'язів. Функції серцево-судинної системи змінюються мало. Інша справа, якщо така робота супроводжується емоційними переживаннями.

Дослідження взаємозв'язку фізичної і розумової працездатності студента і викладача набувають значної актуальності, у зв'язку з можливістю їх підвищити в умовах цілеспрямованого і системного управління організмом людини засобами фізичної культури і спорту.

Література

1. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – 2-е изд., испр. и доп. –М.: АРКТИ, 2006. – 320 с.

2. Науменко Ю.В. Здоров'язберігаюча діяльність школи// Педагогіка.-2005.-№6.-С.37-44.

3. Національно-патріотичне виховання – державний пріоритет національної безпеки : щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2014 року) / Держ. ін-т сімейної та молодіжної політики; [редкол.: І. О. Жданов, гол. ред. колег., І. І. Бєляєва, С. В. Митрофанський та ін.]. – К., 2015. – 200 с.

4. Дубогай О.Д. Фізкультура як складова здоров'я та успішного навчання дитини / О.Д.Дубогай. – К.: Вид. дім «Шкільний світ»: Вид. Л.Галіцина, 2006. – 128 с.

І.П. Василашко, завідувач
сектору STEM-освіти відділу STEM-освіта
Інститут модернізації змісту освіти

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІЯК ДОМІНАНТНИЙ АСПЕКТ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Сучасні процеси модернізації система освіти направлені на виконання соціального замовлення від суспільства на виховання конкурентоспроможного молодого покоління компетентного в різних життєво важливих сферах. Стан превентивної освітивизначає якість життя кожної людини і українського суспільства в цілому.Чим вищий освітній рівень молоді, тим кращі, як правило, узагальнені показники здоров'я. Томуключові питання щодо здорового способу життя (ЗСЖ) та безпеки життєдіяльності (БЖД) потрібно розв'язувати, насамперед, педагогічними засобами, комплексно. Компетентність «Екологічна грамотність і здорове життя» входять до переліку 10 ключових компетентностей, визначених в

Концепції Нової української школи (НУШ), які є основою для успішної самореалізації учня, як особистості, громадянина, майбутнього фахівця [3].Рівень сформованості компетенції ЗСЖ, БЖД молоді багато в чому залежить від професіоналізму та зусиль усього педагогічного колективу,від здатності впроваджувати здоров'язбережувальні технології (ЗЗТ) у всі сфери діяльності закладу освіти[1].

Загалом позитивні зміни,що були введені уДержавний стандарт початкової, базової та повної середньої освіти,програми, навчальні плани в умовах НУШ спричинили загострення проблеми якісної професійної підготовки педагогічних працівників та формування їх здоров'язбережувальної компетентності (ЗЗК) на необхідному рівні. Відсутність пріоритетності культури здоров'я в ієрархії цінностей сучасного українського суспільства, стало причиною лише фрагментарного впровадження ЗЗТ в освітній процес на всіх рівнях, у тому числі і під час підготовки, перепідготовки педагогів. У зв'язку з цим не реалізуються на якісному рівні концептуальні засади НУШ, цілі та основні завдання освітньої галузі «Здоров'я і фізична культура», зокрема предмета ОЗ [5].Усе це актуалізує виховання культури здоров'я, розвиток ЗЗК у самих педагогічних працівників.

Швидко підготувати необхідну кількість педагогів відповідного рівня кваліфікації можливо у системі післядипломної педагогічної освіти (ППО) з її традиціями, можливостями і перспективами модернізації. Очевидно, що за сучасних темпів соціальних змін курси підвищення кваліфікації один раз на п'ять років не можуть забезпечити підтримку належного рівня професійної кваліфікації педагога.Тому відділ STEM-освіти ІМЗО з 2017 року реалізує соціальний інноваційнийосвітній проект «STEM-школа» на платформі Українського проекту«Якість освіти» за підтримки видавництва «Видавничий дім «Освіта»,ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» [4]. Головною метою якого єознайомлення із інноваційними освітнімитехнологіями, необхідними для реалізації положень НУШ,пошук і підтримкаперспективних науково-методичних ідей, зокрема ЗСЖ та ЗЗТ.За короткий період існування STEM-школа об'єднала когортуспікерів (210 осіб) з унікальним педагогічним досвідом та охоплено очним і дистанційним навчанням понад7000 слухачів. Очікуваний результат: створення системи неперервного підвищення кваліфікації педагогічних працівників, доступність спілкування не залежно від того, в якій частиніУкраїни проживаєш.

Також, відділ STEM-освіти ІМЗО сприяє реалізації заходів програми проекту «HealthySchools: заради здорових і радісних школярів», яка проводиться за ініціативи Центру «Розвиток КСВ» та MondelēzInternationalFoundation.Програма має на меті сприяти розвитку здорового харчування, фізичних активностей та свідомого ставлення школярів до власного здоров'я. Протягом трьох років буде залучено більше ніж 17 500 дітей з 500 закладів освіти України.Кожний учасник розвиваєЗЗК через проектну діяльність [2].

Система роботи з формування ЗСЖ учнівської молоді може виявитися не результативною без переорієнтації системи післядипломної

педагогічної освіти на індивідуальні траєкторії професійного розвитку педагогічних працівників.

Література

1. Василашко І.П. Структура здоров'язбережувальної компетентності вчителів основ здоров'я та моніторинг як метод її розвитку в післядипломній педагогічній освіті / І.П.Василашко // Вісник післядипломної освіти: зб. наук. пр. / Ун-т менедж. освіти НАПН України ; редкол. : О. Л. Ануфрієва [та ін.]. — К., 2005. — Вип. 12(25) / голов. ред. В. В. Олійник. — К. : Атопол, 2014. — с. 26-38

2. Василашко І.П. «HealthySchools: заради здорових і радісних школярів. Практичнекерівництво для навчальних закладів» / І.П. Василашко та ін. //. — К.: Видавництво «Юстон», 2019 — с. 54

3. Концепція Нової української школи. Ухвалено рішенням колегії МОН від 27 жовтня 2016 року. [Електронний ресурс] — Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/.../ukrainska-shkola-compressed.pd...

4. Коршунова О.В., Гущина Н.І., Василашко І.П., STEM-освіта. Професійний розвиток педагога: збірник спецкурсів – К.: Видавничий дім «Освіта», 2018. – 80 с.

5. Софій Н. З., Онопрієнко О. В., Найда Ю. М., Пристінська М. С., Большакова І. О.Нова українська школа: порадник для вчителя / Підзаг. ред. Бібік Н. М. — К.: ТОВ «Видавничийдім «Плеяди», 2017. — 206 с.

Н. О. Гончарова, к. пед.н.
ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти»;
В. В. Сіпій, к. пед.н.
Інститут педагогіки НАПН

ВИКОРИСТАННЯМ ПРИНЦИПУ BYOD ПРИ ФОРМУВАННІ КЛЮЧОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ «ЕКОЛОГІЧНА ГРАМОТНІСТЬ ТА ЗДОРОВЕ ЖИТТЯ» В ГІМНАЗІЇ ТА ЛІЦЕЇ

Інваріантна складова освітніх програм закладів загальної середньої освіти містить чіткий розподіл годин на навчальні предмети відповідно до вимог Типових освітніх програм затверджених Міністерством освіти та науки України. Частка варіативної складової освітніх програм становить 5–15 % й використовується здебільшого для допрофільної підготовки в основній школі (гімназії) та на профільні спецкурси та факультативи у старшій школі (ліцеї). Неможливо істотно виділити час для широкого впровадження спецкурсів та факультативів, що формують здоров’язбережувальну компетентність школярів [4]. Хоча поодинокі випадки впровадження спецкурсів наявні, зокрема, науковцями Інституту громадського здоров’я імені О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України розроблено спецкурс «Гігієна харчування» для учнів 5–11 класів який апробується у закладах загальної середньої освіти м. Києва.

Відповідно до вимог Державного стандарту базової і повної загальної середньої освіти у 2012 році було розроблено навчальні програми для загальноосвітніх навчальних закладів, які зазнали розвантаження у 2016 році та оновлення у 2017 році відповідно до положень концепції «Нова українська школа». У Концепції Нової української школи однією з ключових компетентностей є екологічна грамотність і здорове життя, яка передбачає уміння розумно та

раціонально користуватися природними ресурсами в рамках сталого розвитку, усвідомлення ролі навколишнього середовища для життя і здоров'я людини, здатність і бажання дотримуватися здорового способу життя.

В оновленій пояснювальній записці до навчальної програми з фізики зазначено, що фізика разом з іншими предметами робить свій внесок у формування ключових компетентностей [3]. Однією з таких ключових компетентностей, що формуються під час освітнього процесу на уроках фізики є «Екологічна грамотність та здорове життя» реалізувати яку рекомендується під час виконання навчальних проектів здоров'язбережувального та екологічного спрямування. Додатково у навчальній програмі виокремлено наскрізні змістові лінії, які є засобом інтеграції навчального змісту і не передбачають будь-якого його розширення чи поглиблення.

Проте, попри повсякчасне наголошення про необхідність будувати навчальний процес на засадах компетентнісного підходу, реальне його впровадження залишається незадовільним [2]. Проблема реалізації компетентнісного підходу полягає ще й у тому, що компетентість – це динамічна комбінація знань, умінь, навичок, цінностей, що визначає здатність учнів успішно соціалізуватися, не формується в межах уроку, а передбачає міжпредметну інтеграцію знань, вміння проявляти свої компетенції на конкретних прикладах.

Одним з напрямів модернізації природничо-математичної освіти на компетентнісній основі, що успішно впроваджується в закладах загальної середньої освіти України є STEM-освіта. Однією з ключових особливостей STEM-освіти є її міжпредметний характер, адже передбачено інтеграцію природничих наук (Science), технологій (Technology), інженерії (Engineering) та математики (Mathematics), як мови на якій людина спілкується з природою. Впровадження STEM-освіти в освітній процес передбачає використання сучасного лабораторного обладнання, потужної комп'ютерної техніки, робототехніки, нано- та біотехнологій тощо [1].

Заклади загальної середньої освіти, що впроваджують STEM-орієнтовані методики навчання переважно забезпечені навчальним обладнанням з орієнтацією на впровадження і використання різних цифрових вимірювальних комплексів. Разом з тим більшість закладів загальної середньої освіти не має такого обладнання через відсутність його централізованого постачання і недостатнього фінансування оновлення матеріально-технічного оснащення кабінетів природничого циклу. Через недостатню кількість сучасного навчального обладнання в школах України та наявність запиту від громади на впровадження елементів STEM-освіти в освітній процес почалось впровадження принципу BYOD, що прийшов в освітню практику зі сфери бізнесу [5].

BYOD (Bring Your Own Devices – «візьми свій власний пристрій») – це принцип активного використання в освітньому процесі власних цифрових пристроїв учнів. Використання цього принципу в закладах загальної середньої освіти школі тісно пов'язано з застосуванням принципу політехнізму й дозволяє підвищити ефективність освітнього процесу.

Сучасні смартфони та планшети оснащені потужними процесорами та десятками датчиків. Саме використання датчиків допомагає учням у проведенні навчальних досліджень, оскільки смартфон фактично використовується у якості цифрового вимірювального комплексу. Мобільний пристрій дозволяє навчити школярів не просто вимірювати різні параметри навколишнього середовища, а й проводити аналіз і статистичну обробку результатів з допомогою спеціальних додатків. Перевірити, якими датчиками оснащений смартфон чи планшет, можна за допомогою спеціальних додатків, наприклад, програми Sensor Kinetics.

За допомогою акселерометра, лічильника кроків, датчика GPS смартфон може підраховувати кроки, малювати трек пробіжки, показувати її інтенсивність, швидкість та час. Використовуючи значення фізичних величин отримані під час вимірювання можна скласти значну кількість практикоорієнтованих задач. Крім того, є значна кількість мобільних фітнес застосунків, що оперують цими фізичними величинами й допомагають сформувати графік заняття спортом. У поєднанні з використанням фітнес браслета можливості смартфонів зростають, оскільки в режимі реального часу є можливість записувати графік пульсу й не лише під час фізичних навантажень, але й під час сну. Також додатки для смартфонів можуть допомогти створити власний правильний раціон харчування. Для цього достатньо обрати з переліку необхідні продукти, і додаток повідомить, скільки кілокалорій, білків, вуглеводів, жирів містить їжа й зорієнтує по віковим нормам споживання враховуючи антропологічні дані користувача. Ознайомлюючи здобувачів освіти з такими додатками, ми сприяємо формуванню ключових компетентностей: «інформаційно-цифрової» та «екологічна грамотність та здорове життя».

Впровадження мобільного навчання, широке використання принципу BYOD, як і будь-яких інших інноваційних підходів у навчанні та вихованні покоління, що підростає в умовах модернізації змісту освіти потребує ретельного дослідження здоров'язбережувальної складової даних нововведень. Зокрема, фітнес застосунки, що використовуються для формування здорового способу життя повинні враховувати вікові особливості школярів, оскільки організм підлітку й дорослої людини має особливості життєдіяльності.

Література

1. Гончарова Н. О. Здоров'язбережувальна складова у навчанні STEM-дисциплін. Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції, 24 листопада 2016 р. ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка, Полтава, 2016, С. 52–53.

2. Засєкін Д. О. Реалізація наскрізної лінії «Екологічна безпека та сталий розвиток» у процесі навчання фізики в гімназії. Природнича освіта і наука для сталого розвитку України: проблеми і перспективи. Збірник наукових матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (10-11 жовтня 2019 року, м. Глухів), Суми, 2019, С. 169–172.

3. Навчальні програми 5–9 класів, 2017 рік. Фізика. URL.: https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/programy-5-9-klas/onovlennya-12-2017/7-fizika.doc. (дата звернення 12.10.2019).

4. Непорожня Л. В. Формування екологічної компетентності учнів гімназії засобами сучасного підручника фізики. Проблеми сучасного підручника: збірник тез міжнародної науково-практичної конференції (наукове електронне видання), 14 травня 2019 р., Київ, 2019, С. 89–90.

5. Сіпій В. В. Формування ключових компетентностей учнів основної школі в процесі навчання фізики з використанням смартфонів. Проблеми та інновації в природничо - математичній, технологічній і професійній освіті : збірник матеріалів V-ї Міжнародної науково-практичної онлайн-інтернет конференції , м. Кропивницький , 10–13 жовтня 2017 р. Кропивницький, 2017, С. 41–42.

В.Я. Гришко, вчитель біології та основ здоров'я
Щербанівський ліцей;
В.М. Пискун, вчитель біології та основ здоров'я
Степненський НВК;
Н.В. Чайка, вчитель біології та основ здоров'я
Пальчиківський НВК

ВИКОРИСТАННЯ ЕДЬЮТЕЙНМЕНТУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ОСНОВ ЗДОРОВ'Я

За експертними оцінками в концепції реалізації державної політики у сфері реформування загальної середньої освіти "Нова українська школа" на період до 2029 року наголошується, що найбільш успішними наринку праці в найближчій перспективі будуть фахівці, які вміють навчатися впродовж життя, критично мислити, ставити цілі та досягати їх, працювати в команді, спілкуватися в багатокультурному середовищі та володіти іншими вміннями [1].

Концептуальні засади Нової української школи радять педагогам долучитися до освоєння двох основних новацій - компетентнісної парадигми освіти й педагогіки партнерства. Концепція Нової української школибазуєтьсянаякісноновомурівніпобудовивзаємовідносинміж

педагогами, учнями, їхніми батьками та громадськими організаціями. Проблема співпраці сім'ї і школи у вихованні дітей досить складна і багатоаспектна. Насамперед це стосується структури взаємодії, розподілу обов'язків, ролей, завдань і функцій між усіма учасниками навчально- виховного процесу, вироблення спільних дій. Батьки можуть створювати свої органи громадського самоврядування, а отже – впливати на освітній та виховнийпроцеси» [1,2].

Педагогіка партнерства учителів, учнів і батьків є цілями та прагненнями, добровільними та зацікавленими партнерами, рівноправними учасниками освітнього процесу, відповідальними за результат. Новий зміст освіти щодо співробітництва педагогів орієнтує вчителів, батьків на особистісний розвиток учнів, на поважне ставлення до дітей. Актуальність зазначеної проблеми досить очевидна, оскільки школа має ініціювати новий зміст та форми використання педагогіки партнерства, глибше залучати родини до побудови освітньої траєкторії дитини [2].

Питання поліпшення здоров'я дітей сьогодні постає надзвичайно гостро і потребує невідкладного вирішення. Серед дітей шкільного віку спостерігається негативна тенденція динаміки рівня захворювань, поширення інвалідності внаслідокхвороб.

Інформаційне перевантаження, стресові ситуації, модернізація навчального процесу вимагають від дитячого організму великого напруження, що разом із іншими факторами такими (обмеження фізичної активності, використання комп'ютерних технологій, недостатнє природне та штучне освітлення, відсутність раціонального харчування), спричиняють спочатку функціональні порушення, а згодом і формування органічноїпатології [3].

Відповідно, мета сучасної школи – підготовка дітей до життя. Кожен учень має отримати під час навчання знання, що знадобляться йому в дорослому житті. Здійснення зазначеної мети можливе за умови запровадження технологій здоров'язбережувальноїпедагогіки.

Саме інтегрований курс «Основи здоров'я» покликаний формувати в учнів позитивну мотивацію здорового способу життя, розвивати здоров'язбережувальну компетентність у дітей та підлітків, інформувати школярів про ризики для здоров'я та негативний вплив на їх організм психостимулюючихречовин.

У контексті оновлення змісту освіти перед учителем основ здоров'я постають наступні завдання :

– поглибити в учнів знання про власне здоров'я, фізичний розвиток, необхідність ведення здорового способу життя, безпечну поведінку, фізичну культуру особистості, взаємозв'язок організму людини з навколишнім природним середовищем;
– формувати в учнів знання про здоровий і безпечний спосіб життя, фізичнукультуру;
– підвищити рівень рухової активності;
– удосконалити життєво необхідні уміння та навички, вміння використовувати їх у навчальній та повсякденній діяльності;
– створити мотивацію учнів щодо дбайливого ставлення до власного здоров'я, занять фізичною культурою, вдосконалення фізичної, соціальної, психічної і духовної складовихздоров'я;
– сприяти усвідомленню учнями цінності життя і здоров'я, значущості здорового і безпечного способу життя та фізичноїкультури;
– збагачувати власний досвід учнів щодо збереження здоров'я;
– розширювати функціональні можливості організму учня шляхом цілеспрямованого розвитку природних здібностей, основних фізичнихякостей;
– готувати молодь до забезпечення власної безпеки та безпеки інших людей у надзвичайних ситуаціях мирного і воєнногочасу.

Як свідчить практика, *інфромаційно-просвітницький підхід* (знання заради знань), що домінував протягом багатьох років, виявився неефективним у вирішенні завдань профілактики тютюнопаління, уживання алкоголю, наркотиків, поширення ВІЛ-інфекції тощо. На сьогодні альтернативним є *компетентнісний підхід* (знання заради вмінь). Він базується на основі розвитку життєвих навичок, обґрунтовує

необхідність формування усвідомлених поведінкових реакцій, що дозволяють успішно розв'язувати завдання самозахисту від ризикової поведінки, долати життєві труднощі, повсякденні проблеми та інші питання, які розкриваються у змісті навчального предмета.

Саме тому доцільно визначити такі напрями реалізації здоров'язбережувальних технологій в освітньому середовищі:

– створення умов для зміцнення здоров'я школярів і їхнього гармонійногорозвитку;

– організація навчально-виховного процесу з урахуванням його психологічного й фізіологічного впливу на організм учня;

– розробка й реалізація навчальних програм із формування валеологічної культури й профілактики шкідливихзвичок.

Освіта в галузі здоров'я на основі життєвих навичок є підходом, що передбачає використання різноманітного досвіду методик навчання та ставить за мету розвиток знань, формування спеціальних навичок, необхідних для діяльності, спрямованої на дотримання здорового способу життя [3].

При викладанні основ здоров'я доцільно використовувати одну з нових методик навчання - едьютейнмент.

Едьютейнмент – являє собою нову форму процесу освіти, в якому освітньо-інформаційний матеріал подається на основі розважальних методик при залученні інформаційних технологій. Слід нагадати, що термін едьютейнмент (edutainment) був отриманий за допомогою злиття двох англійських слів – "education" (навчання) та "entertainment" (розвага). Таким чином учень в один і той же час отримує потрібні знання та задовольняє власну цікавість. Таке поєднання здатне забезпечити глибоке захоплення проблемою, яку пропонує наставник чи формулює самадитина [4].

Головний посил едьютейнменту – двостороння взаємодія педагог-учень. Сучасний викладач зобов'язаний включити в практику актуальні на сьогодні наукові можливості, щоб передати інформацію у будь-якому форматі. Це може бути не тільки аудіо-, чи відеоформат. Цікави будуть учням доречно вставлені анімаційні фрагменти або яскраві презентацій. Запропонувати вирішити завдання у вигляді відеоігри чи з залученням комп'ютерної програми здається найбільш перспективним [4, с. 5].

Ось чому пошук передових підходів в організації сучасного процесу навчання, як і підготовка навчальних матеріалів і технологій з урахуванням можливостей мобільних пристроїв та розроблених для комп'ютерів програм є найактуальнішим завданням українськоїпедагогіки.

Література

1. Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері реформування загальної середньої освіти "Нова українська школа" на період до 2029 року. Режим доступу: https://osvita.ua/legislation/Ser_osv/54258/

2. Педагогіка партнерства як умова реалізації завдань розвитку особистості дитини у контексті Нової української школи.Режим доступу: http://lib.iitta.gov.ua/

3. Погорєлова Л. В. Особливості викладання основ здоров'я в умовах модернізації сучасної освіти. Миколаїв : ОІППО, 2016. 60 с.

4. Дьяконова О. О. Понятие "эдьютейнмент" в зарубежной и

отечественнойпедагогике. *Сибирскийпедагогический журнал*. 2012. № 6. С. 182–185. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-edyuteynment-v- zarubezhnoy-i-otechestvennoy-pedagogike

5. Пасічник М.В. Використання технологій едьютейнмент в методиці навчання хімії в школі. *JournalSienceRise: PedagogicalEducation*. №7(27). 2018. С.25-28.

Т. Ю. Гулько, викладач
Аграрний коледж управління, економіки і права ПДАА

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ НАЦІЇ

Проблеми здоров'я завжди посідали і посідають важливе місце в соціальному, економічному та культурному житті суспільства і пов'язані з розвитком суспільного виробництва та формуванням суспільного буття.

Цілком закономірно, що на різних етапах розвитку суспільства вивченню проблем здоров'я завжди приділялася увага. Вчені, лікарі, філософи, правознавці робили спроби проникнути в таємниці феномена здоров'я, визнати його сутність з тим, щоб навчитися вміло керувати ним, економно використовувати здоров'я протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження.

Правовий аспект здоров'язбереження реалізується при використанні синергічного підходу –відповідності законодавчій базі та державним нормативним документам.

На сьогодні в Україні найважливішим пріоритетом державної політики є збереження та зміцнення здоров'я нації на підставі не лише формування здорового способу життя, а і проведення реформування сфери охорони здоров'я в цілому, з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги. У пошуку шляхів реформування охорони здоров'я спостерігається збереження та навіть укріплення ролі держави в охороні здоров'я.Водночас в Україні запроваджуються не лише процеси децентралізації галузі охорони здоров'я, а навіть здійснюються спроби запровадити оплатну медицину за рахунок пацієнтів, що тим самим порушує не лише конституційні гарантії щодо права на охорону здоров'я, а й вимоги міжнародних інституцій. І саме кризові явища та інтегрування економіки країни у систему тіньових фінансових потоків є головною причиною спроб з боку Уряду розробити концептуальні документи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні такого змісту.

Однак починаючи з 2014 р. з боку Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України здійснено декілька спроб запровадити нові ідеї реформування сфери охорони здоров'я за іншими підходами, ніж ті, що задекларовані у сучасній правовій системі України — у тому числі шляхом розроблення проекту Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 років.

Заслуговують також уваги такі законопроекти, як «Про внесення змін до статей 3, 8 та 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», «Про додаткові державні фінансові гарантії надання

медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують її проведення», «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу». Необхідно зауважити, що проекти вищезазначених нормативних актів не відповідають ні вимогам Конституції України, ні міжнародній практиці.

Теоретичні проблеми дослідження засобів регулюючого впливу держави на діяльність у сфері охорони здоров'я привертають увагу багатьох науковців. Їх досліджували, зокрема А.О. Гаркуша, З.С. Гладун, Е.А. Греков, Р.А. Майданик, А.О. Олефір, І.Я. Сенюта, С.Г. Стеценко.

Загальнонаціональна система охорони здоров'я – поняття досить розпливчасте, і на практиці воно реалізується різними способами, у кожній країні – це продукт її унікальних характеристик, історії, політичного процесу і національного характеру народу.

Література

1. Юридичні нормативи у сфері охорони здоровя. К. : Юрист, 2018. 190 с.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., старший викладач
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ ВЗО

Навчально-виховний процес у ВЗО комплексно впливає на особистість студента: крім професійних знань та вмінь останній набуває певних професійних якостей, соціально-психологічних характеристик, цінностей та ідеалів. Цінності виступають в ролі орієнтирів, здатних у потоці зовнішніх життєвих явищ виділити найбільш важливі аспекти для життєдіяльності, поведінки, тобто визначають вибірковість світовідношення, життєву позицію студентів, їх вищі потреби та спрямованість інтересів.

Важливість вивчення та формування системи цінностей у процесі професійної підготовки обумовлена тим, що вони входять в структуру особистості, є ядром її спрямованості та визначають світоглядні переконання у професійній сфері. В структурі особистості цінності представлені у вигляді взаємопов'язаних компонентів зі складними взаємозв'язками, знання яких дає можливість викладачеві використовувати в повсякденній практиці психологічний прогноз з метою педагогічного спрямування діяльності майбутніх спеціалістів в професійно значиме русло. Отже, для успішного вирішення завдань професійної освіти викладачеві необхідні не лише ґрунтовні знання свого предмета і володіння основами педагогіки, а й психологічні знання: про вікові та індивідуальні особливості студентів, закономірності засвоєння знань,

особливості формування вмінь і навичок та професійних ціннісних орієнтацій.

Стартовим етапом закладання ціннісної свідомості особистості є вивчення психічних процесів, що зумовлюють формування в особистості тієї чи іншої системи цінностей, притаманних їй ціннісних орієнтацій [1, с. 991]. В свою чергу, провідним психічним процесом, задіяним у засвоєнні знань, формуванні вмінь, навичок та професійних ціннісних орієнтацій є сприйняття студентами навчального матеріалу.

Сприйняттям називається відображення предметів і явищ дійсності в момент їх дії на органи чуття [2, с. 163]. Фізіологічною основою сприйняття є складна аналітико-синтетична діяльність кори головного мозку. Цей процес залежить не тільки від інформації органів чуття, а й від настрою, інтересу до об'єкта, очікувань, життєвого досвіду особистості, її індивідуально-психологічних особливостей; до того ж сприйнята інформація накладається на ту, яка вже закладена в свідомості. Сприймаючи предмети і явища навколишнього світу, особистість дістає відомості про них, про їх різноманітні зовнішні якості, створює їх образи; сприйняття нового розширює знання про світ.

При сприйнятті студентами запропонованого навчального матеріалу останнійнабуває психологічну форму, яка покликана перетворити зовнішні професійні вимоги у внутрішні спонукання майбутніх спеціалістів. Тому викладачеві необхідно ретельно та обдумано підходити до вибору змісту навчального матеріалу і способів його подання студентам. Визначаючи ієрархію професійних цінностей та розробляючи з її урахуванням методичне забезпечення, викладач повинен дбати про те, щоб обрані цінності були суголосні не лише з суто професійними вимогами до фахівця, а й з соціальними нормами – типовими зразками діяльності, загальнолюдськими еталонами поведінки при виконанні професійних обов'язків, які в комплексі забезпечать високоморального професіонала своєї справи. Адже саме в студентському віці формується цілісна система поглядів, знань і переконань − світогляд особистості, а основним мотивом пізнавальної діяльності є прагнення набути професію та самоствердитися в соціумі [3, с. 34]. Особливу увагу слід звертати на осмисленість сприйняття: студенти мають розуміти навчальний матеріал та пов'язувати попередній досвід і враження із щойно сприйнятими.

Сприйнятий матеріал суттєво позначається на професійній діяльності майбутніх фахівців, адже їх активна самостійна пізнавальна діяльність, формування пізнавальних потреб та потреб в професійній самореалізації в майбутньому базуватимуться на сформованому у ВНЗ світогляді. Отже, сформована система цінностей, відповідних суспільним нормам та професійним вимогам є обов'язковою передумовою успішної самореалізації в суспільстві майбутнього спеціаліста, а її дотримання має стати професійно та суспільно значимою потребою особистості.

Підтримку думки про важливість потреб студентів у формуванні суспільно значущих ціннісних орієнтацій знаходимо у працях вітчизняних та зарубіжних вчених. Видатний педагог А. Макаренко вважав добір і виховання людських потреб (у знаннях, співпраці, моральній поведінці, творчості) найважливішим завданням виховної роботи [4]. Американський

психолог А. Маслоудотримувався думки, що особистість має потребу в ціннісній системі відліку, у філософії, відповідно до якої можна жити і розуміти життя на основі задоволення потреб. Ним створена багаторівнева ієрархічна піраміда потреб людини відома широкому загалу науковців, яка свідчить, що самореалізація особистості можлива лише при повному задоволенні фізіологічних (виживання організму) та психологічних (визнання у соціумі) потреб. А орієнтиром та визначальним фактором якості самореалізації особистості слугують життєві цінності останньої, підвалини яких базуються на сприйнятті оточуючого світу. Позицію А. Маслоу щодо зв'язку цінностей з самореалізацією підтримує Д. Равен, який твердить, що здібності індивіда неможливо оцінювати незалежно від цінностей – спочатку необхідно визначити цінності індивіда, і тільки після цього оцінювати його здатність до самореалізації в суспільстві[5, с. 152].

Така інтерпретація психологічного підґрунтя розуміння цінностейдозволяє зробити висновок, щовизначальну роль дляформування ціннісних орієнтаційвідіграє процес сприйняття, яке, на думку видатного педагога К. Ушинського, має виключно важливе педагогічне значення оскільки є активним, творчим процесом та передумовою успішного навчання [6, с. 317]. Ефективність сприйняття дійсності, рівень і якість обізнаності особистості виражається в її діяльності, зокрема, професійній, поняття якої утворює вся сукупність видів суспільної активності. Ціннісне сприйняття дійсності може суттєво прискорити вирішення таких актуальних проблем, як організація і стимулювання праці, вдосконалення соціальної сфери, стимулювання самореалізації та прояву творчості в працівників. Під час навчання особливого значення набуває формування ціннісних орієнтацій відповідних суспільним нормам, адже це передумова вихованнясвідомої молоді – майбутнього нації, рушійної сили, яка спроможна вирішувати зобов'язання перед суспільством на високому рівні; молоді із вищими моральними, естетичними, духовними ідеалами. Від правильної ціннісної спрямованості залежить нині духовне оновлення нашого суспільства, зміст суспільних норм і правил і, загалом, наше майбутнє.

Література

1. Енциклопедія освіти / [*Акад.пед.наук України*/ голов.*ред. В.Г.Кремень*]− К. : Юрінком Інтер, 2008. − 1040 с.
2. ВенгерЛ. А. Психология / Л.А. Венгер, В.С. Мухина.− М.: Просвещение, 1988.– 336 с.
3. Лисянська Т.М. / Педагогічна психологія : [навч. посіб.] / Т. М. Лисянська. – К.: Каравела, 2009. – 224 с.
4. Макаренко А.С. Методика виховної роботи / А. С. Макаренко. – К.: Радянська школа, 1990.–366 с.
5. Равен Д. Компетентность в современномобществе: выявление, развитие и реализация / Джон Рамен ;[пер. с англ.В.И. Белопольского]– М. Когито-Центр, 2002. – 396 с.
6. УшинськийК. Д. Вибрані педагогічні твори: в 2 т. / К. Д. Ушинський.– К.: Радянська школа, 1983. – Т.2.: Проблемиросійськоїшколи–359 с.

О. В. Кофанова, д. пед. н., к. хім. н., професор
Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут
імені Ігоря Сікорського»

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ-ІНВАЙРОНМЕНТАЛІСТІВ

Охорона навколишнього природного середовища від забруднень промисловості, енергетики, аграрного сектору, комунального господарства й транспорту на сьогодні є надзвичайно актуальним завданням. І пріоритетне місце у вирішенні цього завдання належить питанням запобігання забрудненню атмосферного повітря, ґрунтів і водного басейну на урбанізованих територіях.

Напрям «Екологічна інженерія» («Environmental Engineering») має на меті захист людини і природи від несприятливих техногенних впливів, надзвичайних ситуацій тощо, пов'язаних з господарчою діяльністю людини, а також забезпечення раціонального збалансованого використання природних ресурсів. Тому у технічних закладах вищої освіти (ЗВО), зокрема у КПІ ім. Ігоря Сікорського, багато років дві кафедри готують майбутніх інженерів-екологів (інвайронменталістів).

До професійної сфери інженерів з охорони навколишнього природного середовища належать моніторингові дослідження, розробка нормативної документації, проектування систем очистки повітряного середовища, ґрунтів, водойм тощо, запобігання забрудненню компонентів довкілля стічними водами та скидами стічних вод, переробка побутового та виробничого сміття і багато інших завдань. Майбутні студенти-інвайронменталісти вирішують також проблеми зеленого виробництва й сталого збалансованого розвитку суспільства й біосфери.

Важливим завданням професійної підготовки студентів-екологів, особливо у технічному ЗВО, є формування у них під час навчання ключових здоров'язбережувальних компетентностей. Отже, кожна з дисциплін навчального плану підготовки майбутнього фахівця-інвайронменталіста (зокрема, хімія з основами біогеохімії, біологія, геологія, гідрологія, ґрунтознавство, урбоекологія, екологія людини, техноекологія, інші фахові дисципліни) не тільки створює фундамент його професійної компетентності, а й забезпечує формування здоров'язбережувальних компетентностей.

Зокрема, дисципліна «Хімія з основами біогеохімії» окреслює коло хімічних сполук та їх взаємодій у природі, що можуть призвести до порушень природної рівноваги й здоров'я людини. При цьому студенти вивчають і ті процеси, за допомогою яких можна мінімізувати шкідливий вплив токсикантів на довкілля та/або здоров'я людини, запобігти потраплянню забруднювачів у атмосферне повітря, водойми, ґрунти тощо. На рис. 1 на прикладі вивчення теми «Каталіз» показано взаємозв'язок між деякими хімічними і професійно орієнтованими дисциплінами з виокремленням найважливіших для формування у студентів-інвайронменталістів здоров'язбережувальних компетентностей тем.

Хімія на доуніверситетському етапі навчання (шкільна програма):
поняття про каталіз та каталізатори;

амінокислоти як структурні одиниці білків;
побудова білкових макромолекул;
ферментативна роль білкових макромолекул.

Загальна хімія: загальні принципи каталізу; гомогенний, гетерогенний та ферментативний каталіз; кислотно-основні процеси; окисно-відновні перетворення; хімічні властивості металів

Аналітична хімія: застосування кислотно-основних, окисно-відновних процесів для аналізу компонентів довкілля; комплексні сполуки; процеси комплексоутворення, їх застосування; визначення йонів металів

Біогеохімія: біогеохімічні цикли важких металів, їх перетворення у компонентах довкілля

Екологія людини:
амінокислоти, білки, їх будова, властивості, біологічні функції; білки-ферменти; ферментативні реакції в організмі, фермент-субстратний комплекс; класифікація і номенклатура ферментів, порушення рівноваги в організмі людини.

Рис. 1 Взаємозв'язок між деякими хімічними і професійно орієнтованими дисциплінами з виокремленням тем, найважливіших для формування у студентів здоров'язбережувальних компетентностей (на прикладі вивчення теми «Каталіз»).

Експерти вважають, що техногенний тиск на довкілля у 21-му столітті зростатиме все сильніше і сильніше. Розвиток медицини, фармакології тощо, покращення умов життя сприятиме подовженню тривалості життя людей [1]. Проте це певним чином загострить проблему перенаселення Землі. Експерти ООН прогнозують, що до 2050 року чисельність населення світу може досягти 9,8 мільярдів людей, що практично на 30 % більше, ніж на планеті проживає зараз [2, 3]. При цьому досить велика частка людей, особливо молодого віку, вживає алкоголь, наркотики, інші препарати, має табакозалежність тощо.

Отже, інженери-інвайронменталісти відіграють вирішальну роль у забезпеченні людства чистим повітрям, водою, родючими ґрунтами тощо, розробляють і впроваджують новітні технології очистки компонентів довкілля від різноманітних (органічних і неорганічних) забруднювачів,

способи утилізації відходів виробництва й споживання тощо. Все це сприятиме сталому збалансованому розвитку суспільства й біосфери, збереженню здоров'я людей, покращенню умов їх життєдіяльності.

У Порядку денному ООН до 2030 р. щодо сталого розвитку (United Nations' 2030 Agenda for Sustainable Development [1]) серед 17 стратегічних цілей як мінімум 8 присвячені саме професійній діяльності інженера-інвайронменталіста [4], а саме: ліквідація голоду; міцне здоров'я і самопочуття людини; чиста вода і каналізація; доступна і чиста енергія; промисловість, інновації та інфраструктура; сталі міста й громади; відповідальне споживання та виробництво; запобігання змінам клімату тощо.

Отже, екологічні виклики 21-го століття стають все серйознішими, а тому потребують якісної екологічної освіти і високої фахової компетентності майбутніх інженерів-інваройнменталістів. Серед важливих завдань майбутнього варто відзначити [2]:

– стале постачання їжі, води та енергії;

– запобігання змінам клімату на планеті та розробка адапційних механізмів до його наслідків;

– проектування майбутнього людства без забруднень і відходів;

– створення ефективних, здорових, стійких міст;

– екологічна просвіта, наукові дослідження та сприяння усвідомленню людством екологічних ідей, перебудова їх свідомості.

Література

1. Cutler D., and G. Miller. The role of public health improvements in health advances: The 20th century United States / *Demography*. 2005. N 42(1). P. 1–22.

2. Environmental Engineering for the 21st Century: Addressing Grand Challenges. National Academy of Sciences. Washington, DC: National Academies Press, 2019. 124 p. DOI 10.17226/25121.

3. United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2017. World Population Projected to Reach 9.8 Billion in 2050, and 11.2 Billion in 2100.

4. World Bank. 2017. No Poverty. Atlas of Sustainable Development Goals. Washington, DC.

О.М.Купченко, учительбіології
Тахтаулівськийнавчально-виховнийкомплекс
Полтавської районної ради Полтавської облас
і

ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОЛОГІЧНИХ ВПРАВ НА УРОКАХ БІОЛОГІЇ ТА ХІМІЇ

У школі все найважливіше для школяра відбувається на уроці, оскільки за роки свого навчання він відвідає майже 10 тисяч занять і не менш як 98 % робочого часу вчителя буде присвячено саме уроку: його плануванню, проведенню, модернізації, рефлексії.Школа починається з уроку. Відньогозалежить усе: культура, доброзичливість у взаєминахміжучнями, вчителями і батьками.

Сучасний урок — це перш за все урок, на якому створено умови для інтелектуального, соціального, морального становленняособистостіучня, щодозволяєдосягтивисокихрезультатів у навчанні.Емоційний та фізичний стан учня забезпечують результативність роботи на уроці. Чи можливе ефективне навчання без руху? Людина приблизно в одному темпірухається та мислить, недармапід час глибокихроздумів ми починаємоходити по кімнаті. Рівеньрозвиткумовленнядітейперебуває в прямійзалежностівідступенясформованостірухів.

Кінезіологія — це наука про розвиток головного мозку через рух. Їївикористовують у всьомусвіті. Засновникомнауковоїкінезіології в СтародавнійГреціївважавсяАсклепіад, який жив понад 2000 років тому. Елементикінезіологіїмістиладавньоіндійська йога, Конфуцій та Гіппократтакожкористувалисякінезіотерапією.

Секрет краси і молодостіКлеопатриполягав у тому, що вона протягомусьогожиттявикористовувалакінезіологічнівправи, за рахунокякихпід- тримуваласвіймозок в активному стані.

Відомо, щостарінняорганізмупочинаєтьсязістаріннямозку. Підтримуючимозок у станімолодості, ми не даємозмогистарітивсьомутілу. ФундаментальніроботиВ.М.Бехтерева,А.Р.Лурія, Б.Н.Анохіна, і М. Сечєнова довели впливманіпуляції рук на функціївищоїнервовоїдіяльності та розвитокмовлення. Загальновідомо, що будь-якідії рук абонігспочаткуімпульсамипроходять через мозок. Саметакийзв'язок головного мозку і дійузяли за основу засновникицієї науки. Вони стверджують, щообидвіпівкулі головного мозкуможутьефективнорозвиватися через спеціальнідії — кінезіологічнівправи.

Василь ОлександровичСухомлинський уважав, щорухпальцівпризводить до збудженнямовленнєвихцентрів головного мозку і посиленнядіяльностімовленнєвих зон. Розвитокінтелектубезпосередньозалежитьвідсформованостіпівкуль головного мозку та їхньоївзаємодії.

Кінезіологія — це наука про розвитокрозумовихздібностей і фізичногоздоров'я через певніруховівправи. Цесвоєрідна «гімнастикамозку». З їїдопомогоюпроцеснавчання і виконання будь-якого виду діяльностістаєефективнішим. Завдяки «гімнастицімозку» організмкоординує роботу правої та лівоїпівкуль, розвиваєвзаємодіютіла й інтелекту. Півкулімозкулюдинивідповідають за певніфункції: Права півкуля головного мозку-гуманітарна, образна, творча-відповідає за тіло, координаціюрухів, просторове і кінестетичнесприйняття.Лівапівкуля головного мозку-математична, знакова, мовленнєва, логічна, аналітична-відповідає за сприйняттяслуховоїінформації, постановку мети і побудовупрограм. Для того щобтворчоосмислити будь-яку проблему, необхідніобидвіпівкулі та взаємодія й синхронізаціяміж ними.

Проблеми навчання у дітей виникають саме через відсутність синхронізації у діяльності півкуль.

На уроках біології та хімії, коли учень має засвоїти великий об'єм інформації ці вправи дозволяють відпочити та сконцентруватися. Також слід зазначити, що особливості кабінету хімії не дають можливості провести руханки з вправами, що потребують простору.

На своїх уроках я використовую такі кінезіологічні вправи: дихальні, окорухові, для розвиткудрібної моторики, масаж, вправи на релаксацію.

На уроці вправи виконуються 3-4 хвилини. Діти з великим задоволенням виконують вправи«Вухо-ніс» - лівою рукою беруться за кінчик носа, а правою рукою — за протилежневухо. Одночасновідпускаютьвухо і ніс, плескають у долоні, змінюютьположення рук «з точністю до навпаки».

«Горизонтальнівісімки» -витягнути руку вперед, зігнути в лікті, підняти великий палець руки на рівеньперенісся, описуватівісімки в горизонтальному полібачення. Стежити за рухом великого пальця, тількиочима. Малюватівісімки справа наліво і зліва направо, зверху вниз. Повторити 8–10 разів.«Дзеркальнемалювання» - малювати на аркушіпаперуодночаснообома руками дзеркально-симетричнімалюнки, літери.

Таких вправ багато, тому їх можна підбирати відповідно до віку учнів та особливостей класу. Кінезіологічні вправи універсальні, цікаві як для дітей так і для дорослих, не вимагають спеціальної підготовки. Діти гарно їх сприймають та виконують із задоволенням.

Література

1. Лічман Н.М. Кінезіологія як засіб розвитку мовлення та інтелектуальних здібностей дітей з особливими освітніми потребами /Н.М. Лічман -Логопед- 2018р. №6
2. Сиротюк А. Л. Корекціярозвиткуінтелектудошкільнят.- М. : ТЦ Сфера, 2001. - 48 с.
3. URL:https: Навчальна кінезіологія: проста гімнастика для мозку https://naurok.com.ua/post/navchalna-kineziologiya-prosta-gimnastika-dlya-mozku
4. URL:https: Вправи, що допоможуть учням краще запам’ятовувати та налаштовують на роботу https://osvitoria.media/experience/22416/

О.О. Лаврентьєва, д. пед. н., доцент

Криворізький державний педагогічний університет

ЕРГОНОМІЧНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ЗДОРОВЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА

Однією із суттєвих проблем вищої школи, що виокремилися в зв’язку з нарощуванням інформатизації освітнього процесу, запровадженням нової техніки й технологій разом із підвищенням питомої ваги самостійних видів робіт студентів, є побудова комфортного для його суб’єктів – викладачів і студентів – освітнього середовища.

Загальновідомими причинами некомфортного та, в ряді випадків, стресогенного стану викладачів і студентів є несприятливі фактори довкілля, його природні (фізичні, хімічні, біологічні) й соціальні чинники, а також стан здоров’я людей загалом, який сьогодні виявляє тенденцію до погіршення. Поряд із цим, усе більше заявляють про себе ті комплексні фактори неблагополучного середовища, коріння яких міститься в способах і підходах до функціонування освітнього закладу з одного боку, та організації навчальної діяльності студентів – з іншого. Ці фактори

позначаються на якості освітнього процесу, а також безпосередньо чи побічно, миттєво чи в майбутньому здатні вплинути на якість життя, фізичне та психічне здоров'я викладачів і студентів, їх професійний та особистісний розвиток.

Усвідомлення науковцями й педагогами-практиками ризиків, пов'язаних з особливостями функціонування освітнього середовища, організацією в ньому навчально-пізнавальної та викладацької діяльності, зумовило виникнення одного із напрямів психолого-педагогічних досліджень, що опікується питаннями створення адаптивного й розвивального освітнього середовища.

Освітнє середовище вважається частиною соціокультурного простору, зоною взаємодії освітніх систем, їх елементів, освітнього матеріалу і суб'єктів освітніх процесів [5, с. 25]. Ураховуючи багатоаспектність потрактувань освітнього середовища – від державного, регіонального до освітнього середовища конкретного закладу освіти (Н. Крилова), – розглянемо сутність останнього як провідного першоелементу в досліджуваній нами науковій площині.

Освітнє середовище закладу в першоджерелах (Л. Корчак, Н. Крилова, В. Левін, Л. Макар, І. Улановська, І. Якиманська, В. Ясвін) аналізується як інтегральна характеристика впливу всього комплексу умов, соціального й просторово-предметного оточення, де відбувається життєдіяльність студентів і викладачів, на становлення, формування і розвиток їхньої особистості [4].

У освітньому середовищі здоров'язбережувального типу з'являються об'єктивні можливості для соціальної й професійної адаптації та особистісного розвитку всіх суб'єктів освітнього процесу – викладачів і студентів. Здоров'язбережувальна діяльність забезпечується проектуванням системи заходів, спрямованих на збереження й зміцнення їх здоров'я. Ця система охоплює: створення здоров'язбережувальної інфраструктури закладу; раціональну організацію освітнього процесу; оптимізацію фізкультурно-оздоровчої діяльності в ньому; просвітницько-виховну роботу з формування цінності здоров'я й ціннісного ставлення до здорового способу життя; організацію системи просвітительської діяльності з різними верствами населення й методичної роботи з педагогами, фахівцями та іншими працівниками; медичну профілактику та моніторинг стану здоров'я учнівської молоді, що безпосередньо пов'язується із функціонуванням певної моделі освітнього здоров'язбережувального середовища [2, с. 141].

Услід за М. Левіною виокремлюємо такі компоненти освітнього здоров'язбережувального середовища, як-от: соціальний, що забезпечує задоволення й розвиток потреб суб'єктів освітнього процесу у відчутті фізичної й психічної безпеки, в збереженні та поліпшенні самооцінки, у визнанні з боку суспільства й в самоактуалізації; просторово-предметний – це власне дизайн середовища, із притаманним освітнім системам гетерогенністю й складністю, взаємопов'язаністю різних функціональних зон, гнучкістю й керованістю середовища як носія символічного спілкування; психолого-педагогічний, що охоплює педагогічне

забезпечення задля реалізації цілей функціонування освітнього здоров'язбережувального середовища [2, с. 101].

Під час розробки змісту здоров'язбережувального освітнього середовища відтворюють послідовність факторів, що попереджають руйнування здоров'я його суб'єктів, та будують систему сприятливих для здоров'я студентів та викладачів умов. Ураховують, що: в кожної особи свій потенціал здоров'я; здоров'я – є тим станом організму, яким необхідно навчитися управляти; фізичне й психічне здоров'я – взаємопов'язані; зі свого боку, гарне здоров'я – результат власних зусиль; існують базові вимоги до циклу життєдіяльності здорової людини, в тому числі – її рухової активності, фізичного й розумового навантаження, психоемоційного напруження, задоволення її матеріальних, соціальних і духовних потреб [3, с. 26].

Урахування впливів факторів середовища уможливить пояснення особливостей функціонування освітньої системи закладу загалом, дозволить передбачити хід її подальшого розвитку, спрогнозувати зміни, які відбудуться у ній, здійснити діагностування стану та на цій основі спроектувати комплекс заходів попереджувального, випереджального чи перетворювального здоров'язбережувального характеру [4, с. 232].

Ергономічний підхід є значущим інструментарієм, певною тактикою побудови здоров'язбережувального освітнього середовища та моніторингу його функціонування. Ергономічний підхід передбачає, що будь-яка діяльність, зокрема й навчальна, розглядається як процес перетворення інформації й енергії в системі «викладач-студент-навчальне середовище». Педагогічна ергономіка диференціює навчальне середовище на зовнішнє та внутрішнє з огляду на спосіб проходження інформаційних процесів. Зовнішнє фізичне середовище оточує суб'єктів навчальної діяльності та забезпечує зовнішні інформаційні процеси взаємодії викладача і студента із джерелами інформації, зокрема за допомогою комп'ютера. Зі свого боку, внутрішнє середовище обумовлює психофізіологічний бік навчання, оскільки ініціює внутрішні інформаційні процеси, впливає на внутрішній світ і в такий спосіб уможливлює виховний та розвивальний вплив освітнього середовища закладу на студентів і викладачів загалом [5].

Тож, ефективність освітньої діяльності залежить як від особливостей самої інформації, так і від можливостей органів чуття студентів сприймати її. Очевидним є врахування ергономічних вимог до різних видів навчальної інформації (зорової, слухової, мультимедійної, тактильної, кінетичної), оскільки використання в освітньому процесі всіх аналізаторів сприяє розширенню інформаційного каналу організму, а отже, певною мірою збільшенню його пропускної здатності [1, с. 40].

Водночас, на засадах ергономічного підходу можливо спроектувати доцільні варіанти конкретних видів навчальної діяльності, пов'язаних із використанням нової техніки; сформулювати вимоги до технічних та комп'ютерно зорієнтованих засобів навчання, до рівня готовності їх використання як викладачами, так і студентами задля реалізації розмаїття моделей педагогічної взаємодії (В. Зінченко, Н. Карапузова, В. Муніпов, Л. Окулова, С. Скидан та ін.

Отже, ергономічний підхід дає змогу визначити ряд умов до проектування здоров'язбережувального освітнього середовища. Зокрема, з-поміж педагогічних умов важливими є: модернізація змісту та оновлення цілей навчання для досягнення мети професійного становлення майбутніх фахівців з опорою на педагогіко-ергономічні принципи; диференційований підхід до організації навчальної діяльності студентів, що сприяє підвищенню рівня їх працездатності; варіативність відбору комп'ютерних засобів навчання та їх поєднання із традиційними технічними засобами на засадах функціонального комфорту; наявність кадрового потенціалу, здатного здійснити ергономічний підхід.

До організаційних умов відносимо: проектування навчального середовища з урахуванням вимог педагогічної ергономіки; побудова й модернізація навчальних приміщень з урахуванням особливостей сучасного освітнього процесу та досягнень науки і техніки; створення ергономічного навчально-предметного середовища; ергономічне оформлення інтер'єрів. Умови дидактичного ергодизайну охоплюють естетичність і функціональний комфорт елементів освітнього середовища та сприяють ефективності його функціонування.

Література

1. Адонкина, Е.В. Эргономика в образовательном процессе. Материалы Международной Интернет-конференции «Проблемы качества графической подготовки в техническом вузе в условиях перехода на образовательные стандарты нового поколения». Пермь: ПГТУ, 2010. С. 88–89.

2. Баетова, Д.Р. Построение информационнопредметной среды учебного кабинета вуза на основе эргономического похода: дисс. … канд. пед. наук: 13.00.08. Омск, 2007. 197 с.

3. Віртуальна лабораторія як засіб забезпечення колективної науково-методичної роботи / В. Ю. Михайлов, В.М. Гостєв, В. В. Кугуракова [та ін.]. Зб. праць XII міжнародної конференції «ІТО-2002». Київ: Проспект, 2002. С. 125-135.

4. Воронина, Е.В. Научная организация педагогического труда. Педагогическая эргономика: учеб. пособие для академического бакалавриата. 2-е изд., испр. и доп. Москва: Издательство Юрайт, 2019. 117 с.

5. Гервас, О. Г. Ергономіка: навч.-метод. посібник. Умань: Видавничо-поліграфічний центр «Візаві», 2011. 130 с.

Т. І. Мієр, д.пед.н., доцент
Київський університет імені Бориса Грінченка

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНА ДИДАКТИКА ЯК НОВИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ ТЕОРІЇ ОСВІТИ І НАВЧАННЯ

У Законі України «Про освіту» [4] зазначено, що метою освіти є всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, її талантів, інтелектуальних, творчих і фізичних здібностей, формування цінностей і необхідних для успішної самореалізації компетентностей, виховання відповідальних громадян, які здатні до

свідомого суспільного вибору та спрямування своєї діяльності на користь іншим людям і суспільству, збагачення на цій основі інтелектуального, економічного, творчого, культурного потенціалу Українського народу, підвищення освітнього рівня громадян задля забезпечення сталого розвитку України та її європейського вибору.

Аналіз цього тлумачення породжує міркування про відсутність прямого зазначення на один із найважливіший аспектмети освіти – це забезпечення здоров'я людини. Звісно можна вишукувати натяки на цей аспект урядках законодавчо визначеного тлумачення мети освіти як-отзгадування про «фізичні здібності» чи можевказівка на «формування цінностей», або пояснювати його відсутність організацією освіти впродовж життя, якою охоплено людину від народження й до завершення свого життя. Але і в контексті неперервності освіти знову таки актуалізується питання людського здоров'я, з огляду на те, що «цілісність онтогенези психіки слід розглядати як цілісність життєвого шляху людини від народження до смерті» [2, с. 7] та враховувати при цьому те, що «специфіка онтогенетичного розвитку людини полягає в тому, що її розвиток підпорядковується і дії біологічних законів (як і розвиток тварин), і дії суспільно-історичних законів»[2, с. 7], «привласнені соціальні засоби змінюють морфофізіологію людини, а зміни в організмі, в свою чергу, спрямовують подальший процес навчання» [2, с. 570].

Значущі напрацювання дидактики та невпорядкованість їх у ранзідидактичного інструментарію, що слугує здоров'язбереженню, призводять до необхідності введення в науковий обіг поняття «здоров'язбережувальна дидактика» на позначення нового напряму теорії освіти і навчання як теоретично й нормативно-прикладної галузі педагогічної науки, що виявляє закономірності, які діють у процесі навчання, розкриває парадигми, принципи, підходи, визначає методи, засоби, організаційні форми навчання на основі збалансованості внутрішнього (духовні, моральні, когнітивні, емоційні, фізіологічні, фізичні потенції індивіда та його психічні стани (піднесення, робочий, пригнічення)) із зовнішнім (вимоги соціального оточення, організація процесівнавчання, виховання, взаємодії), що попереджає виникнення психотравматичних станів, сприяєформуванню здатності до саморегулювання, вихованню культури психологічної самооцінки і самоконтролю під час навчання та самонавчання, виховання та самовиховання.

За М. Савчиним, «освіта є сферою, де внаслідок помилок взаємодії дорослих з дітьми виникають психічні травми – негативні переживання з приводу невдач, неподоланих психічних бар'єрів. Невдачі, що переживаються, залишають слід. Чим значущою була діяльність, чим більше перешкод і труднощів доводилося долати, тим сильніша травма, якщо не було задоволення результатом діяльності. Такі травми негативно впливають на формування емоційно-ціннісної структури особистості школяра, свідчать про неблагополуччя освітнього процесу» [5, с. 83].

Психолог акцентує увагу на тому, що негативне застрявання на невдачах і пов'язані з ними переживання зумовлюють страждання дитини, які емоційно виражаються у[5]:

- побоюваннях (приміром, «Як би це зробити, щоб мене не лаяли» – думає школяр біля дошки);

- неспокої (як-от, «Що буде, якщо викличуть відповідати?»);

- незадоволеності (наприклад, «Усе відповів(ла), а вчитель(ка) знову поставив(ла) низький бал»);

- засмученні («Не отримав високий бал – не там поставив кому»);

- боязні та нервозності (не виконав домашнє завдання, тому нічого здавати вчителю);

- гніві й роздратованості (на несправедливе, на думку учня, зауваження вчителя);

- горі та печалі (розлучення батьків, переведення друга (подруги) в інший клас (школу) тощо);

- страху й паніці (боязнь з'ясовування причин непристойного вчинку, викликубатьківдо школи);

- відчаї й депресії (у табелі за чверть небажаний бал – немає настрою, нічого не хочеться робити).

Одним із важливих критеріїв оцінювання ефективності організації освітнього процесу має стати низький рівень «фонової психогенності», підготовка учнів до розумових напружень,передбаченняпсихотравматичнихвпливівта використання дидактичного інструментарію, що знижує їх рівень. Як приклад розглянемо формувальне оцінювання та звернімося до напрацювань О. Локшиної [1], яка узагальнює міркування зарубіжних учених про формувальне оцінювання як проінтерактивне оцінювання учнівського прогресу, що дає змогу вчителям визначати потреби учнів, адаптуючи до них процес навчання. Зокрема:

- швейцарський учений Ф. Перрену (PhilippePerrenoud, 1991) трактує формувальне оцінювання як будь-яке оцінювання, яке допомагає учневі навчатися та розвиватися», наголошуючи на активній ролі самого учня;

- новозеландські вчені Б. Коуві (BronwenCowie) та Б. Белл (BeverleyBell, 1999) – як двосторонній процес між учителем та учнем з метою оптимізації процесу навчання, підкреслюючи аспект співробітництва;

- британський учений П. Блек (PaulBlack, 2000) – як діяльність учителя та учнів, що надає інформацію, яку можна використати як зворотний зв'язок для кореляції навчального процесу, підкреслюючи ідею важливості реагування в процесі навчання на запити дитини.

Вважається, що «концепт формувального оцінювання зароджено в біхевіористській моделі навчання. У 1967 р. тодішній президент Американської асоціації з оцінювання М. Скрайвен (MichaelScriven), досліджуючи проблему оцінювання навчальних програм, уперше запропонував розрізняти формувальне й підсумкове оцінювання. Він вважав, що формувальне оцінювання повинно використовуватися для оптимізації розвитку та покращення об'єкта, незалежно від того, чи йдеться про учня, програму, інший дидактичний «продукт». Тоді як підсумкове оцінювання – для оцінювання результатів досягнення об'єктом, який оцінюється (програми, особи тощо), поставлених цілей. Учений уперше наголосив на різниці між цілями обох функцій оцінювання та

шляхами використання інформації, що отримується в результаті їх застосування.

У 1971 р. американські Б. Блум (BenjaminBloom), Т. Хастінг (ThomasHasting), Дж. Мадаус (George Madaus) у роботі «Посібник з формувального та підсумкового оцінювання навчання учнів», сповідуючи біхевіористські ідеї, завершили обґрунтування концепту формувального оцінювання, проголосивши його необхідним для діагностики засвоєння учнями навчального змісту» [1,с. 224].

Також О. Локшина зазначає, що «Брюссель розглядає формувальне оцінювання як засіб підняття стандартів освіти та рівня мотивації учнів до навчання. <…> У дослідженні Європейської комісії «Національне тестування учнів в Європі: цілі, організація та використання результатів» зазначається, що в усіх країнах Спільноти, формувальне оцінювання, застосовуючись вчителями на постійній основі як невід'ємна складова їхньої діяльності упродовж навчального року, орієнтовано на удосконалення процесу викладання та навчання шляхом отримання безпосереднього зворотного зв'язку між учителем та учнями.

Інтенсифікація використання формувального оцінювання у навчальному процесі шкіл країн ЄС забезпечується шляхом:

- створення відповідної законодавчої бази;
- здійснення методичного супроводу;
- надання ресурсної підтримки: забезпечення шкіл і вчителів належними ресурсами й технологіями для його застосування у навчальному процесі;
- інтеграції концепту формувального оцінювання до системи підготовки та підвищення кваліфікації вчителів» [1,с. 227].

Приміром, у Франції формувальне оцінювання інтегровано в навчальний процес для забезпечення покращання якості останнього, а також для допомоги учневіу навчанні, сприяти його впевненості у власних силах, надавати орієнтири, корисну інформацію на певних етапах навчання, сигналізувати про складнощі, забезпечити діалог «учитель-учень», формувати стратегію успішного навчання, змістити процес відслідковування навчальних досягнень на індивідуальний рівень, проєктуючи учня у центр навчання.

У вітчизняному досвіді здоров'язбережувальна дидактика знайшла вияв у змісті нормативно-правового документа «Методичні рекомендації щодо оцінювання навчальних досягнень учнів другого класу»[3].У цьому документі визначено, що навчальні досягнення учнів других класів підлягають формувальному і підсумковому (тематичному та завершальному) оцінюванню. Оцінювання результатів навчання учнів у другому класі здійснюється вербально.

Формувальне оцінювання як невід'ємний складник освітнього процесу здійснюється постійноз метою відстеження особистісного розвиткуучнів, процесу опанування ними навчального досвіду, як основи компетентності, забезпечення індивідуальної траєкторії розвитку особистості.

Формувальне оцінювання передбачає організацію вчителем діяльності учнів щодо усвідомлення ними цілей та очікуваних результатів

навчання, способів їх досягнення та визначення подальших навчальних дій щодо покращення досягнень за результатами зворотного зв'язку.

Застосування формувального оцінювання уможливлює розв'язання таких освітніх завдань:

- підтримання бажання вчитися та прагнути максимально можливихрезультатів;
- сприяння оптимальному темпу здобуття учнями освіти;
- формування в учнів упевненості в собі, усвідомлення своїх сильних сторін;
- формування в учнів рефлексивного ставлення до власних помилокі розуміння їх як невід'ємних етапів на шляху досягнення успіху;
- забезпечення постійного зворотного зв'язкущодо сприйняття та розуміння учнями навчального матеріалу;
- здійснення діагностуванняособистісного розвитку та навчальних досягнень учнів на кожному з етапів навчання.

Отже, акцентування уваги на розроблені й реалізації в освітньому процесі дидактичного інструментарію здоров'язбережувальної дидактики слугуватиме організації освітнього процесу як такого, що є для його учасників (маються на увазі учень, його батьки, вчитель, адміністрація) бажаним, оскільки відповідає освітнім суспільним і особистісним запитам, пізнавальним потребам, вмотивовує, надихає.

Література

1. Локшина О. І. Зміст шкільної освіти в країнах Європейського Союзу: теорія і практика (друга половина XX – початок XXI ст.): монографія. Київ: Богданова А. М., 2009. С. 223–227.

2. Максименко С. Д. Психологія учіння людини: генетико-моделюючий підхід: монографія. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2013. 592 с.

3. Методичні рекомендації щодо оцінювання навчальних досягнень учнів другого класу»: Наказ МОН від 27.08.2019 р. № 1154.

4. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2017. № 38-39. Ст.380.

5. Савчин М. В. Педагогічна психологія: навч. посібник. Київ: Академвидав. 2007. 424 с.

С. А. Остапенко, вчитель біології
Опорний заклад «Кобеляцький ліцей №2 імені О.Гончара»

ЗАСТОСУВАННЯ ОЗДОРОВЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА УРОКАХ БІОЛОГІЇ

Усім відомий той факт, що здоров`я сучасної людини залежить не тільки від спадкових факторів,способу життя, звичок, фізичної активності,умов навчання чи праці,а й від стану довкілля, у якому вона живе.

Опікуючись власнимздоров`ям, не слід забувати про «здоров`я» самої природи. Лише духовно збагачена людина дбає як про чистоту своїх думок, так і про чистоту довкілля.

Світогляд дитини закладається і формується у сім`ї, а розвивається у суспільстві. Привчити дитину змалку не смітити довкола так само просто, як, скажімо, чистити зуби двічі на добу. І вже, закладені в родинному колі водночас прості,але дуже важливі, моральні та етичні цінності, компоненти елементарної екологічної культури, необхідно продовжувати наповнювати новим змістом під час навчально-виховної співпраці батьків, дитини й педагога. Недаремно в сучасній системі освіти актуальним залишається виховання не лише конкурентно-спроможної особистості, а ще здорової, зі сформованою безпечною екологічною свідомістю,людини.

Дані медичної статистики, психологічних служб про стан фізичного, морального і психічного здоров'я невтішно приголомшують кожного пересічного українця, спонукаючи замислитись над питанням: «А що буде далі із кожним із нас та Україною в цілому?». Тому саме вихователю,вчителю, викладачеві традиційно відводиться першочергова роль у формуванні як здоров'язберігаючих поглядів, так і здоров'язберігаючих практичних навичок і вмінь, якими дитина керуватиметься далі у житті, незважаючи на різносторонній вплив рекламної кампанії, ЗМІ чи різних прошарків суспільства взагалі.

Необхідним наразі є запровадження у навчальних закладахукраїнських сіл та містечок різних екологічних проектів та ініціатив, стратегій регіонального чи, навіть, всеукраїнського масштабу. Наприклад, роздільне сортування відходів зі шкільної їдальні для їхнього подальшого компостування, збір вторинної сировини за окремими фракціями «Папір», «Пластик», «Кришечки», «Батарейки»для їхньої переробки , як це реалізується у нашому опорному закладі «Кобеляцький ліцей №2 імені Олеся Гончара».

І хоча насправді поки що немає відпрацьованої і налагодженої системи переробки твердих побутових відходів у переважної більшості міст та сілУкраїни, держави в цілому, я вважаю, потрібно зараз вчити учнівську молодьберегти своє здоров'я через формування екологічно безпечної поведінки, тобто культивування звичок жити за Стратегією сталого розвитку.Учнів необхідно вчити саме нам, вчителям у школі і,навіть, спершу вихователям у дитсадочках, наприклад,елементарно сортувати сміття, пояснюючи при цьому здоров'язберігаючу метудляподальшогорециклінгу. Діти поступово залучатимуть спершу батьків, старше покоління, а в майбутньому своїх власних дітей. Потрібно таку проблему не одного століття зрушити з «мертвої точки», що є досить складно, а потім нова стратегія поведінки суспільства набуватиме з роками звичного характеру. Українці розумітимуть, що назад вороття немає, особливо, якщо державна екологічна політика почне ефективно реалізовуватися згідно окреслених в Національній Стратегії управління відходами цілей.

Які ж це цілі?

Поліпшення екологічної ситуації та підвищення рівня екологічної безпеки (збільшення до 2020 року в 1,5 рази обсягу заготівлі, утилізації та

використання відходів як вторинної сировини;запровадження новітніх технологій утилізації твердих побутових відходів).

Забезпечення сталого розвитку природно-ресурсного потенціалу України (стимулювання розвитку інфраструктури управління відходами).

Забезпечення інтеграції екологічної політики у процес прийняття рішень щодо соціально-економічного розвитку України

Рис. 1. Основні цільові показники визначені Національною Стратегією управління відходами до 2030 року щодо побутових відходів

- 2023 рік- перероблення 15%, роздільне збирання - 23 % населення
- 2030 рік - перероблення 50%, роздільне збирання - 48 % населення

Література

1. Закон України про відходи.
2. Розпорядження КМУ № 820-р
3. Розпорядження КМУ "Про затвердженняНаціонального плану управліннявідходами до 2030 року"
4. Національний план управліннявідходами до 2030 року
5. Національна стратегіяуправліннявідходами до 2030 року

В.В. Перерва, асистент кафедри ботаніки та екології
Криворізький державний педагогічний університет

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ХОДІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ВЧИТЕЛІВ БІОЛОГІЇ

Зростання актуальності здійснення здоров'язберігаючої діяльності майбутнього вчителя обумовлене загальною тенденцією до погіршення

стану здоров'я дітей. Проблема набуває особливогозначення у зв'язку зі зростанням негативних наслідків антропогенної діяльності людини; тенденціями до росту захворюваності, особливо серед дітей та молоді; широким поширенням шкідливих звичок, гіподинамії, залежності від гаджетів тощо.

Виховання та навчання здоровому способу життя (ЗСЖ) підростаючого покоління має здійснюватися послідовно, обґрунтовано та систематично. Одним із важливихнапрямків професійної діяльності майбутнього вчителя біології є формування як теоретичних, так і практичних основ здорового способу життя учнівської молоді.

Дослідженню основ здоров'язберігаючого виховання присвячені наукові праці В. Брехман, В. Горащук, О. Дубогай, В. Лозинського, З. Малькова, В. Оржеховської, М. Таланчук, Л. Татарнікової. Досліджували поняття «здоров'язберігаюча компетентність» в наукових працях Д. Воронін, О. Антонова, І. Анохіна, Н. Тамарська, А. Маркова, Л. Мітіна та ін. [2].

Метою даної роботи є визначення сутність поняття «здоров'язберігаюча компетентність» та виявлення специфіки її формування в ході фахової підготовки майбутнього вчителя біології.

Однією із складових компетентності, що належить до проблеми збереження та зміцнення здоров'я людини, науковці виділяють компетентність здоров'язбереження (І. Зімняя, Д. Воронін, А. Хуторський, В. Сергієнко, Л. Грицюк, О. Савченко) [2].

«Здоров'язберігаючукомпетентність» трактують як інтегральну якість особистості, яка проявляється у загальній здатності та готовності до здоров'язберігаючої діяльності, що ґрунтується на інтеграції знань, умінь, навичок, ціннісних ставлень особистості, спрямованих на збереження фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я – свого та оточення [1, с. 87-89].

Формування здоров'язбережувальної компетентності вчителя-біолога є невід'ємною складовою їх фахової підготовки, результуючою якої є не тільки передача знань, а й формування практичних умінь здоров'язбереження та створення здоров'язбережувального середовища в ході подальшої професійної діяльності.

Отже, розглянемо специфіку та спрямування формування здоров'язберігаючої компетентності в ході фахової підготовки майбутнього вчителя біології. Навчальним планом підготовки бакалаврів за спеціальністю 014.05 Середня освіта (біологія та здоров'я людини) передбачені такі навчальні дисципліни циклу професійної підготовки, які мають на меті формування здоров'язбережувальні компетентності майбутнього педагога (рис.1).

Цикл професійної підготовки		
Фундаментальна (природничо-наукова) підготовка	**Психолого-педагогічна підготовка**	**Науково-предметна підготовка**

Основи медичних знань та безпеки життєдіяльності	Біосферологія	Основи екології та охорони природи	Загальна цитологія та гістологія	Мікробіологія та вірусологія	Екологія рослин	Регіональна екологія	Методика виховної роботи	Методика навчання біології	Методика навчання основ здоров'я	Основи ембріології	Лікарські рослини (фітоіндикація)	Екологія людини та її здоров'я	Екологічний ризик та безпека	Здоров'язберігаючі технології для дітей різного віку
Формування поняття «здоров'я», «здоров'язберігаючі технології», «здоровий спосіб життя»; організм та надорганізмові системи як відкриті динамічні самовідновні системи; патогенез; вплив абіотичних, біотичних та антропогенних факторів на живі організми (у тому числі і здоров'я людини) та ін.							Форми, методи та прийоми виховної роботи, спрямованої на становлення життєвої позиції щодо ЗСЖ			Формування поняття «здоровий спосіб життя»; вплив наслідків антропогенної діяльності на фізіологічні процеси та функціонування систем органів людини; «здоров'язберігаючі технології» та ін.				

Рис.1. Складові циклу професійної підготовки майбутнього вчителя біології здоров'язберігаючого спрямування

Таким чином, професійне становлення майбутнього вчителя біології нерозривно пов'язанеіз формуванням здоров'язберігаючої компетентності, що обумовлює можливість виховання свідомого ставлення до власного здоров'я, створення здоров'язбережувального освітнього та виховного середовища та широкого застосування здоров'язбережувальних технологій.

Література

1. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека з освітньої політики / Під заг. ред. О.В. Овчарук. – К.: "К.І.С.", 2004. – 112 с.

2. Панасенко Т.В. Формування здоров'язберігаючої компетентності майбутніх вчителів початкової школи у внз І-ІІ р.а. / Т.В. Панасенко // YoungScientist. – 2016. – № 9.1 (36.1). – С.130-134.

О. А. Пермяков, к. пед. н, доцент,
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ СТУДЕНТІВ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ

Аналіз сучасної педагогічної літератури свідчить про те, що останні рокі в України характеризуються різким погіршенням стану здоров'я учнівської та студентської молоді, зростанням в них інвалідності.

Дослідники даної проблеми стверджують, що це пов'язано із різними причинами як об'єктивного, так і суб'єктивного характеру. До них відносяться: низький рівень життя більшої частини студентства; відсутність або низький рівень позитивної мотивації до систематичних занять фізичними вправами, до здорового способу життя; відсутність в них механізмів стимулювання культури здорового способу життя; недотримання режиму навчання та відпочинку, правил харчування і особистої гігієни, оптимального рухового режиму; недостатні знання про здоров'язбережувальні та здоров'ярозвивальні технології; наявність шкідливих звичок (куріння, прийом алкоголю, наркотичних речовин); низький статус фізичного виховання у багатьох ВНЗ; неякісну організацію процесу фізичного виховання у ВНЗ; недостатню спортивно-матеріальну базу вишів, гіпокінезію та багато інших.

Таким чином, вищезазначені причини актуалізують у ВНЗ питання навчання студентів важливими здоров'язбережувальними та здоров'ярозвивальнимикомпетентностями; створенням умов, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я студентів; формування у них умінь і навичок ведення здорового способу життя.

Рішення та вимоги до формування здорового, життєздатного покоління молоді визначаються соціальною політикою державі, яка вже визначила свої погляди та вимоги до формування здоров'язбереження, впровадження здорового способу життя низкою документів і нормативно-правових актив.

У сучасній фаховій літератури досліджуються різні аспекти проблем здоров'язбереження. Так, А. Афонін, Н. Беседа, Н. Башавец, К. Бондаревська, О. Ващенко, С. Гаркуша, Л. Горяна, О. Дубогай, В. Єфімова, М. Носко, Л. Попова, І. Поташнюк та інші висвітлюють теоретичне підгрунтяздоров'язбережувальних технологій. О. Аксьонова, М. Безруких, С. Безушко, Т. Бойченко, В. Вишневський, Н. Завидівська, В. Коваленко, О. Момот, Л. Рибалко, Н. Смирнов розглядають питання чинників формування здоров'язбережувального освітнього середовища; формування культури здоров'язбереження студентів; принципи, зміст, форми й методи здоров'язбережувальної педагогіки; здоров'язбережувальні технології як педагогічну і соціальну проблему; оптимізації процесу здоров'язбережувального навчання студентів у системи фізичного виховання.

В працях Т. Бойченко, О. Ващенко, О. Воєділова, С. Гаркуши, М. Гончаренко, М. Носко, І. Поташнюк, М. Смирнова представлені класифікації здоров'язбережувальних технологій. Д. Давиденко, Н. Завидівська, Є. Приступа, Л. Сущенко акцентують увагу на питаннях професійно орієнтованих технологіях здоров'язбереження. Г. Гребінка, О. Заліско, Я. Кубрак, В. Оліярник виділяють критерії ефективності здоров'язбереження. О. Кисла, Т. Овчинникова визначають компоненти здоров'язбережувального середовища.

На думку В. Єфімової «поняття «здоров'язбережувальні технології» використовують як синоніми валеологічної освіти, формування здорового способу життя, культури здоров'я, як розрізнені медичні або гігієнічні засоби, як фізкультурно-оздоровчі технології; у деяких прикладних дослідженнях цей термін асоціюється із збереженням здоров'я школярів у цілому, з педагогічним супроводом первинної профілактики, загартуванням і окремими медичними технологіями оздоровлення та інше». Тому поняття «здоров'язбережувальні технології» на сьогодні не має однозначного значення.

Проаналізував і узагальнив наукову літературу з даної проблеми, Л. Рибалко виокремила основні підході до трактування дефініції «здоров'язбережувальні технології»: системний, діяльнісний, компетентнісний, інтегрований, середовищний, особисто орієнтований. Вид того, яким з підходів буде користуватися педагог, залежить ефективність реалізації здоров'язбережувальних технологій у навчальному закладі.

Розглянемо деякі трактування поняття «здоров'язбережувальнітехнології».О. Іонова і Ю. Лукьянова вважають: «У педагогічному аспекті здоров'ябереження особистості – це процес навчання й виховання, що не наносить прямо або опосередкованої шкоди здоров'ю студентів, створює безпечні й комфортні перебування їх у навчальному заклади, забезпечує індивідуальну траєкторію навчання й виховання, запобігання стресів, перевантаження, втоми і тим самим сприяє збереження й зміцнення здоров'я студентів.

Л. Рибалко пише: «Здоров'язбережувальні технології в системи фізичного виховання поясняємо як систему оздоровче-фізкультурних заходів і методичних прийомів, що забезпечують формування, зміцнення та збереження здоров'я студентів і спрямовують освітній процес на формування в них здоров'язбережувальної та здоров'ярозвивальноїкомпетентностей, навичок здорового способу життя та відповідної культури здоров'я».

Одним з перших вчених, хто запропонував класифікацію здоров'язбережувальних технологій, був М. Смирнов . Він запропонував поділити всі здоров'язбережувальні технології, застосовуваних у вищих навчальних закладах і в яких використовуються різні підході до охороні здоров'я, різні форми і методі роботи, на п'ять груп.

До першої групи він відніс медико–гігієнічні технології (дотримання санітарно-гігієнічних норм, надання повноцінної медичної допомоги суб'єктам навчально – виховного процесу тощо); до другої – фізкультурно–оздоровчі технології (загартування, розвиток в студентів сили, швидкості, гнучкості, витривалості); до третьої – екологічні технології (підвищення рівня духовно – етичного здоров'я студентів, формування у них екологічної свідомості та прагнення до збереження навколишнього середовища); до четвертої – технології забезпечення безпеки життєдіяльності (дотримання правил пожежної безпеки, охорони праці, цивільної оборони); до п'ятої – здоров'язбережувальні освітні технології(застосування психолого-педагогічних методів і прийомів,

спрямованих на збереження здоров'я студентів і підвищення ефективності навчально – виховного процесу).

С. Безушко розробив наступну класифікацію здоров'язбережувальних технологій:

1) організаційно–педагогічні (стосуються організації освітнього процесу, передбачають формування і структуру навчальних планів, розподіл учбового навантаження на день, неділю, семестри і т. д.);

2) психолого–педагогічні (пов'язані з психолого – педагогічним супроводом всіх елементів освітнього процесу);

3) організаційно–виховні (спрямовані на мотивацію пізнавальної активності студентів щодо підтримання здорового способу життя, формування культури здоров'я, попередження від шкідливих звичок);

4) медико–соціальні (спрямовані на медичний супровід освітнього процесу, створення ефективних санітарно – гігієнічних умов, включення медичного працівника щодо корекції фізичного навантаження студентів, формування культури здорового харчування).

Аналіз сучасної літератури з проблем здоров'язбережувальних технологій показав, що існують різноманітні підходи до визначення поняття «здоров'язбережувальні технології. На наш погляд, це зв'язано з тім, яку мету та завдання ставлять перед собою дослідники.

Нам імпонує таке визначення: здоров'язбережувальні технології – це система оздоровче-фізкультурних заходів і методичних прийомів, що забезпечують формування, зміцнення та збереження здоров'я студентів і спрямовують освітний процес на формування в них здоров'язбережувальної та здоров'ярозвивальноїкомпетентностей, навичок здорового способу життя та відповідної культури здоров'я.

Мета і завдання дослідження обумовлюють також різні підходи до класифікації здоров'язбережувальних технологій. Але слід зазначити, що великий інтерес дослідників до проблеми здоров'язбережувальних технологій, суперечність підходів до тлумачення її понять, структурних компонентів свідчить про недостатню теоретичну розробку даного феномена і актуальність проблеми у цілому.

Перспективами подальших досліджень може бути обгрунтування і більш глибоке вивчення конкретних здоров'язбережувальних технологій.

Література

1. Рибалко Л.М. Педагогічні умови формування здорового способу життя в студентської молоді. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Вип. 147. Т. ІІ / Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г. Шевченка ; гол. ред. Носко М.О. Чернігів : ЧНПУ, 2017. С. 118-121. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт).

Н. Пилипенко, вчитель-методист з біології
КЗ «Полтавська гімназія «Здоров'я» №14 Полтавської міської ради

РОЗВИТОК КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ УЧНІВ ЗАСОБАМИ ЗДОРОВ'ЯФОРМУВАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ

В одвічних пошуках істини люди все ж таки зрозуміли, що головна соціальна цінність – це життя і здоров'я кожної людини, а рівень цивілізації визначається духовним, інтелектуальним і фізичним розвитком кожного. Переконана: тільки гармонійно розвинена, фізично і духовно здорова особистість несе в навколишній світ тепло, красу, розуміння, любов. Тож першою метою вчителя, тим паче, вчителя гімназії «Здоров'я», є створення позитивного емоційного клімату, збереження та зміцнення фізичного, духовного та психічного здоров'я дитини в навчально-виховному процесі.

Закономірною є пильнаувага, щоприділяєтьсяпитаннюзбереженняздоров'я внашійкраїні. Здоров'ядітей і підлітків є не тількиїхнімголовнимнадбанням, необхідним для самореалізаціїжиття, але й запорукоюмайбутньогоблагополуччякраїни, оскількилежить в основістабільностітрудовихресурсів, зростанняекономіки, сталості морального клімату в суспільстві.

Досліджуючипроблему«Розвитокключових компетентностей учнівзасобами здоров'яформувальноїпедагогічноїтехнології», прийшла до висновку, щопорядізформуванням суто предметних компетентностей, шкільнийкурс «Біологія»маєітакуважливу мету: мотивувати підростаюче покоління до ведення здорового способу життя. Такий спосіб життя – це не лише дотримання певних правил та поведінкових норм, а й, у першу чергу, зміна мислення, спрямована на формування культури здоров'я.

Система роботи по впровадженнюздоров'яформувальноїпедагогічноїтехнології відображена в розробленій моделі (рис.1).

Цільовий блок моделі містить мету, методологічні підходи, виокремлені компоненти ключових компетентностейучнів.

Операційно-діяльнісний блок містить характеристику дидактичного і методичного складників, етапів формуваннякомпетентностей учнів, організацію і проведення урочних та позаурочних занять спрямованих на здоров'яформування, забезпечення взаємодії учнів, учителів, батьків, громади у реалізації мети.

Контрольно-оцінний блок відображає критерії, показники і рівні сформованості ключових компетентностей учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології.

Експериментальне дослідження перевірки дієвості та ефективності моделіпредставлені в таблиці1.

Таблиця 1

Динаміка розвиткуключовихкомпетентностейучнівзасобамиздоров'яформувальноїпедагогічноїтехнології

Рівень	семикласник	дев'ятикласни	одинадцятикл

розвитку	**и**		**ки**		**асники**	
	Експерименталь-нийклас	Контро-льнийклас	Експерименталь-нийклас	Контро-льнийклас	Експерименталь-нийклас	Контро-льнийклас
Низький	**17**	15	**4**	10	**-**	8
Достатній	**50**	48	**36**	47	**10**	40
Середній	**33**	37	**41**	39	**52**	43
Високий	**-**	**-**	**19**	4	**38**	9

У ході впровадження розробленої моделі виявлено, що на етапі констатувального експерименту рівні розвиткуключовихкомпетентностейучнів сьомого класу експериментальної та контрольної груп було приблизно однаковими. Низький рівень для контрольних класів (КК) складав 15%, для експериментальних класів (ЕК) – 17%, достатній рівень для КК становило 48%, для ЕК – 50%, середній рівень для КК – 37%, для ЕК – 33%. Учнів, які б мали високий рівень розвитку ключових компетентностей в КК та ЕК не було.

Після поетапного впровадження розробленої педагогічної моделі відбулися статистично значущі зміни. Так, після закінчення дев'ятого класу в ЕК збільшилася кількість учнів зсереднім (від 33% до 41%), високим (від 0% до 19%) рівнями, а з достатнім (від 50 до 36%) та низьким рівнями (від 17 до 4 %) одночасно зменшилася. У КК за цей час зміни за всіма чотирма рівнями незначні.

Цільовий блок	***Мета діяльності*** –ураховуючи пріоритети збереження та зміцнення здоров'я,сприяти розвитку ключовихкомпетентностей учнів. ***Методологічні підходи*** – особистісно-розвивальний, діяльнісний, компетентнісний, культурологічний. ***Ключові компетентності*** – здоров'язбережувальна, ціннісно-смислова, комунікативна, загальнокультурна, базова компетентність в [illegible] природознавства.

Здоров'яформувальна технологія – процес, спрямований [illegible] підвищення рівня знань,

умінь і навичок формування відповідальної поведінки щодо свого здоров'я.

пера	**Дидактичний складник**	**Методичний складник**

	Етап I (6 – 8 класи)	***Форми роботи:*** • урок (комбінований, узагальнення, подорож, гра); • навчальна екскурсія (музеї УМСА, ПНПУ, мед. заклади); • практична робота; • години спілкування; • тренінги для учнів та батьків; • інтелектуальні та розвивальні ігри; • спецкурс «Аптека природи» • відеолекторії; • просвітницькі акції («Убережи себе від ВІЛ», «Подолаємо туберкульоз разом», «Репродуктивне здоров'я підлітків»). ***Прийоми роботи:*** • профілактично-захисні (гігієна навчання); • компенсаторно-нейтралізаційні (фізкультхвилинки, аудіо-хвилинки, пальчикова, дихальна гімнастики).	***Специфічні методи (притаманні тільки процесу педагогіки):*** ✓ оповідання; ✓ лекція; ✓ демонстрація; ✓ ілюстрація; ✓ відеометод; ✓ практичний метод; ✓ ситуативний метод; ✓ ігровий метод; ✓ активні методи навчання. ***Загальнопедагогічні методи (застосовують у всіх випадках навчання та виховання):*** ✓ кольоротерапія; ✓ казкотерапія; ✓ калланетика.
	Етап II (9 – 11 класи)	***Форми роботи:*** • диспути; • аукціон знань; • проектна діяльність; • конференції за участю науковців • круглі столи із залученням медиків, психологів; • виховні заходи за участю громадських організацій «Червоний хрест», «Світло надії», клініки «Дружні до молоді»; • гурток «Школа проти СНІДу». ***Прийоми роботи:*** • стимулювальні (фітотерапія); • інформаційно-навчальні (розробка буклетів, листівок);	

онто	**Рівні**	**Критерії та показники**

	Низький **Достатній** **Середній**	***Наявність знань про:***фактори, що впливають на фізичне, психічне, соціальне здоров'я людини (харчування, відсутність шкідливих звичок, режим дня, рухова активність, емоції, генетика, екологія тощо); способи профілактики хвороб та недугів (фітотерапія, аромотерапія, загартовування). ***Наявність умінь:***дбати про власне здоров'я, здоров'я нащадків та здоров'я оточуючих; протистояти маніпуляціям; аналізувати власні вчинки; здійснювати емоційно-вольову саморегуляцію. ***Наявність навичок***ведення здорового способу життя, який забезпечить гармонійний фізичний, психічний, інтелектуальний та соціальний розвиток особистості.
	Результат: ***сформованість ключових компетентностей учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології***	

Рис. 1 Модель розвитку ключових компетентностей учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології

Аналіз оцінки рівніврозвитку ключових компетентностейодинадцятикласників, показав, що в результаті впровадження педагогічної моделітакож відбулися позитивні зміни. Так, в ЕК збільшилася кількість учнів з високим (з 19 до 38%) і середнім (з 41 до 52%) рівнями, одночасно зменшилася кількість учнів з достанім (з 36 до 10%) і низьким (з 4 до 0%) рівнями розвитку ключових компетентностей. У КК за цей час динаміка про всіх чотирьох рівнях змінювалася менш істотно (рис. 2, 3).

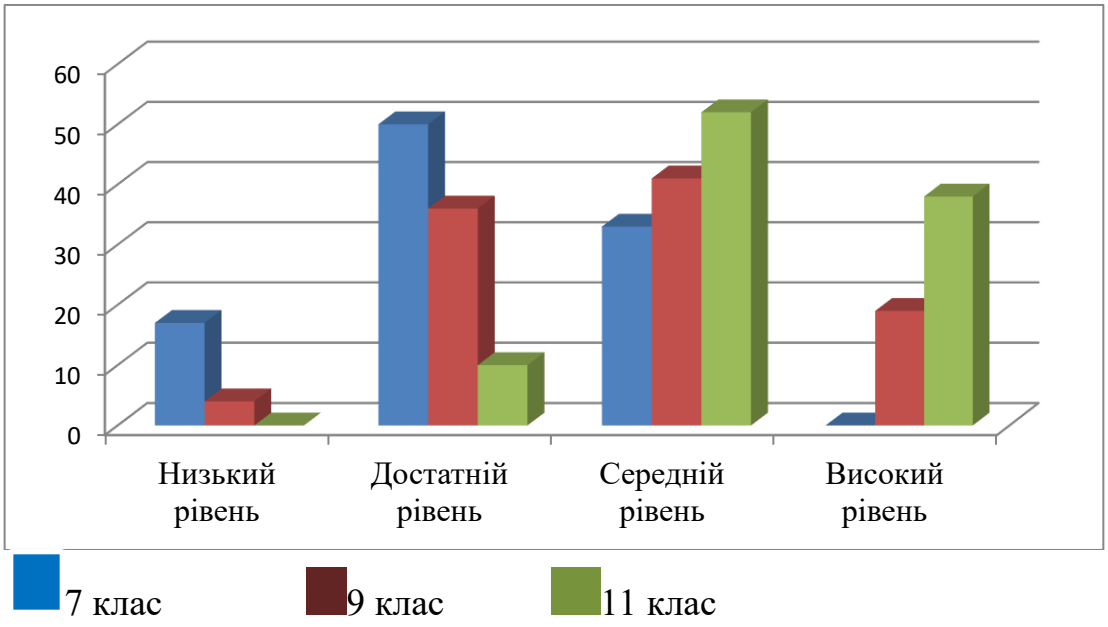

Рис. 2. Динаміка розвиткуключовихкомпетентностейучнівзасобамиздоров'яформувальноїп едагогічноїтехнології в експериментальних класах

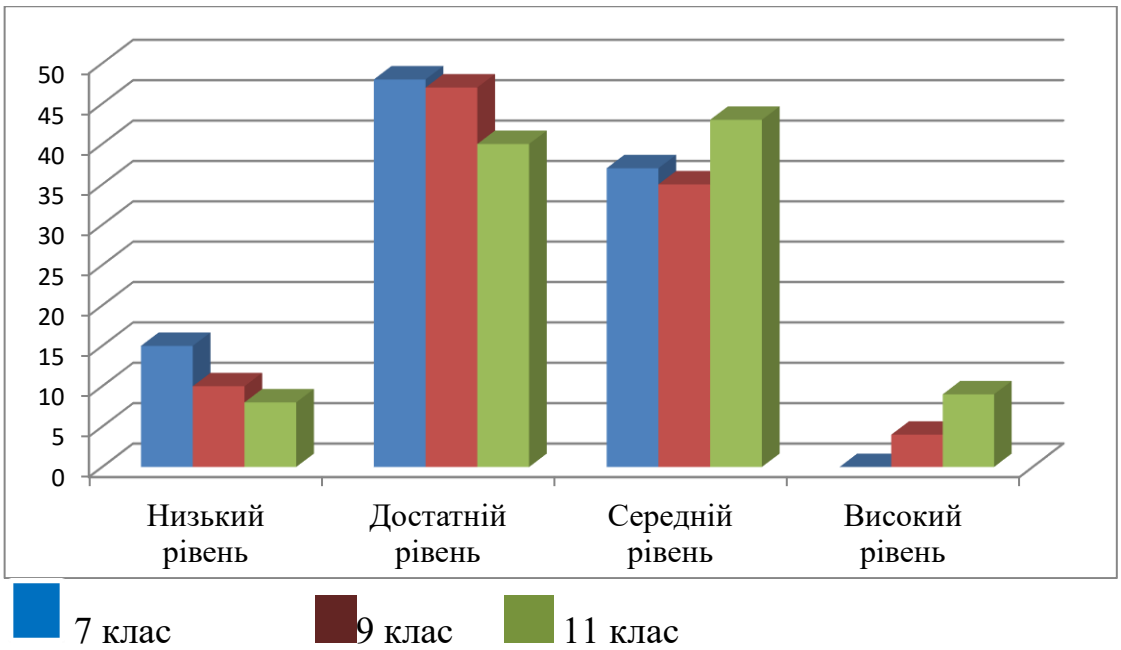

Рис.3. Динаміка розвиткуключовихкомпетентностейучнівзасобамиздоров'яформувальноїп едагогічноїтехнології в контрольних класах класах

Таким чином, застосування здоров'яформувальної технології є важливою складовою професійної компетентності сучасного педагога, який спроможний створити здоров'язбережувальне освітнє середовище.

Л.М. Рибалко, д.пед.н., ст.н.сп.;
Я. Сірапутська, магістр 5 курсу
спеціальності 017 «Фізична культура та спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ УЧНІВ ІЗ ВАДАМИ СЛУХУ ЗАСОБАМИ СПОРТИВНОГО ТРЕНУВАННЯ

Вади слуху – це повне (глухота) або часткове (туговухість) зниження здатності виявляти та розуміти звуки. Такі порушення слухової функції мають суттєвий вплив не тільки на адаптацію особистості у соціальній сфері, але й на її психічний та фізичний розвиток. Особливо негативний вплив зниження чи втрати слуху проявляється у молодшому шкільному віці [3; 4].

Аналіз наукових досліджень засвідчує, що у молодшому шкільному віці відбувається інтенсивний розвиток координаційних здібностей, про що свідчать дослідження багатьох провідних науковців, а також надбання нових знань, умінь і навичок. Від розвитку координаційних здібностей залежать подальші рухові навчання інших фізичних якостей (сили, швидкості, гнучкості, витривалості), які тісно пов'язані між собою [2].

Саме тому одним із завдань фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку із вадами слуху є розвиток рухової функції й уміння керувати своїми рухами в просторі, тобто координації рухів.

Низкою фахівців обґрунтовано, що з метою оздоровлення, гармонійного розвитку дитини, доцільним є пріоритетне використання спортивного тренування з улюбленого виду спорту.

В. П. Помиткінзазначає, що розвиток координаційних здібностей під час занять бадмінтоном забезпечується використанням наступних методичних прийомів:

- незвичайні вихідні положення для виконання вправ (подача волану стоячи на підвищенні: лавці, степі);
- «дзеркальне виконання вправ (гра рукою в залежності від того, яка рука є ведучою);
- зміна швидкості та темпу виконання вправ (гра в прискореному темпі);
- зміна просторових кордонів, в межах яких виконуються вправи (гра на збільшеному по розмірах полі: в одиночній грі в межах площадки для парної гри; гра на зменшеному полі: зменшення довжини площадки);
- ускладнення вправ шляхом додаткових рухів (виконання удару під час гри з наступним виконанням завдання: поворот навколо себе з наступним присіданням, випригуванням);
- комбінування вправ (застосування нових прийомів техніки разом з раніше розученими прийомами);
- зміна протидії, тих, хто займається (застосування тактичних комбінацій у грі);
- зміна умов виконання вправ (використання ракеток різної ваги, різних видів покриття площадки, пластикових та пір’євих воланів) [4].

Зокрема, для розвиткувидівкоординаціїзастосовуютьсянаступнівправи:

- для реагуючоїздатності – жонглюваннятеніснимм'ячем за 15 с; жонглювання воланом за 15 с; жонглювання воланом за 30 с;
- для кінестетичноїздатності – переміщення по волановійдоріжці за 15 с;
- для здатностізбереженнярівноваги – виконанняударів по волану на гімнастичнійлавці;
- для здатності до орієнтації у просторі – переміщення по волановійдоріжці, відбиваючиволани вправо, вліво; переміщення у трьохметровомуквадраті [4].

Автори[1; 3; 4] стверджують, щопід час дій з ракетками, воланами створюютьсяумови для включенняв роботутакож і лівої руки, щоважливо для повноцінногорозвиткудитини. Знову ж таки, вправи з воланами, ракетками розвивають не лишевеликі, а й дрібнім’язи, збільшуютьрухливістьсуглобівпальців та кисті. Вони укріплюютьм’язи, щоутримують хребет, і сприяютьформуваннюправильноїпостави.

Отже, можна стверджувати, що розвиток координаційних здібностей учнів молодших класів із вадами слуху є досить актуальною проблемою. Різноманітність засобів та методичних прийомів у процесі занять

бадмінтоном здатні сприяти розвитку наступних здатностей: реагуючої, кінестетичної, збереження рівноваги, орієнтації у просторі.

Література

1. Байкина Н.Г., Крет Я.В., Сермеев Б.В. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих. М. : Советский спорт, 2000. 64 с.

2. Дьячков А. И. Системыобучения глухих детей. М. : ФиС, 2001. 348 с.

3. Івахненко А. А. Корекція та розвиток психомоторної функції глухих дітей молодшого шкільного віку засобами рухливих ігор. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту* : зб. наук. праць / за ред. С. С. Єрмакова. Харків, 2011. № 3. С. 66-69.

4. Смирнов Ю. Н. Бадминтон. *Физкультура и спорт*. 2001. 32 с.

А.П. Самодрин, д. пед.н., професор
Міжнародного гуманітарно-педагогічного інституту
«Бейт-Хана» (м. Дніпро)

ПСИХОПЕДАГОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗЦІЛЕННЯ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

Проблема внутрішнього світу людини – головна проблема сучасності, є ключовою до розв’язання всіх інших світових проблем в час, коли в біосфері нелінійно, фрагментарно і неконтрольовано зростає ноосфера П. Тейяра де Шардена – Е. ЛеРуа – В.І. Вернадського [1; 4; 5]. А поряд, недоосвічена людина і її споживацька поведінка призводить не лише до сліпого зростання біомаси людства й формування відходів «господарювання», а й до дистрофії мислі, формуючи по суті некросферу (за В.П. Казначеєвим [2]). Отже, нині людський фактор – найбільша загроза Землі й людству. Щоб розібратися в складності нашого відрізку часу треба в собі вибудувати і цей час, і наступний крок як освітню парадигму, уточнивши зміст освіти (не лише чому навчати, а головне – чому навчити, що має засвоїти індивід на задану перспективу). А це вимагає більшого за масштабом охоплення дійсності – космічного. Можливо, чимось схожого на період V-III ст. до н.е., або - XIV-XV ст., або ж опиратися на аналіз В.І. Вернадського, К.Е. Ціолковського, О.Л. Чижевського, М.Г. Холодного та інших представників наукового ренесансу XX ст. По новому постає тоді і проблема людини, її цілісності.Повільно реагує на ці процеси шкільна освіта та і університетська в цілому мало прагне втілення ідей космізму...

Наука безперервно встановлює рівні реальності, формуючи домінантність в поглядах на людину і світ у майбутньому. Діалектика когнітивної сфери особистості як організаційна форма думки останню вивищує як множину мислимих спроб навколо найсильнішої спроби. Цим саме людське життя зумовлює сильна думка, спрямована в майбутнє. Саме вона наділена гіпотетичною здатністю відчуття напряму раціональності й усвідомлення віри. Це і є канал освіти – процес розпізнання власного духу на траєкторії життя. Вектор цього розпізнання як на нас спрямовується як

час, стріла якого прочитує минуле, окреслюючи його словом, адресованим в майбуття. Тож, попереду розпізнання наступного кроку в житті – завжди бар'єр, що зчитує наша віра, далі спрацьовує рефлекс мети, який і торує нашу освіту. Освіті належить виготовити дію й спрямувати її в житті задля користі людини, що своєю сутністю наповнює цей світ – олюднює.

Як свідчить практика, вплив сторонніх сил відбувається як втручання в *час людського життя* для його посилення або послаблення. Тож, така дія збоку на час може носити як позитив – зцілення, так і негатив – руйнацію здоров'я. Про, так званих, хронофагів (убивць часу) колись гарно висловився французький письменник Андре Моруа в«Листах незнайомці»: «Хронофаг – ценайчастіше людина, у якої нема справжньої справи і яка, не знаючи як убити власний час, вирішує заповнити власне дозвілля, пожираючи ваш. Нахабство цієї тварини неймовірне… Не сподівайтеся умаслити хронофага, жбурнувши йому частку вашого часу. Він ненажерливий... Звідси мораль: тримайтеся з хронофагами твердо й безпощадно винищуйте їх. М'якістю йпедантичністю нічого не досягнете. Навпаки, саме ці якості й створюють мікроклімат, в якому хронофаг благоденствує»[3].

Найважче піддаються винищенню нездорові риси людини, що становлять її переконання, збудовані на інстинктах і застарілих комплексах: жадоба, злість, брехня. Ось тому, будь-яка педагогіко-відновлювальна технологія повинна розпочинатися і супроводжуватися психологічною наукою, якщо ми реально націлені досягти позитивних змін стосовно конкретного індивіду. Більше того, психологічна й за часту педагогічна підтримка мають носити виключно специфічний характер. Окрім суб'єкт-об'єктної психологічної підтримки мають бути розроблені й кореспондовані об'єкту певні психологічні знання щодо забезпечення суб'єкт-суб'єктного психопедагічного супроводу. Зазначимо, що без позбавлення самого себе від хронофагії будь-яке зцілення ставатиме затяжним, а в деяких моментах, загрозливим процесу оздоровлення тіла, душі, духу.

Через психологічно занедбаний конкретний індивідвідбувається акцентована детермінація суспільного розуму:

- внаслідок диференціації поглядів крізь порожні політичні декларації;
- завдяки виробництву хронофагії з боку заангажованих ЗМІ і соціальних мереж;
- в побуті невпинно зростає поклик душі на істину як віртуальну реальність;
- картина світу змінюється реально поза увагою особистості – дуже стрімко, *вибухово*, роблячи все нові виклики сучасній людині, освіті й школі у світовому вимірі: ІТ для управління масовою свідомістю, гібридні сценарії життя, зміни клімату, ерзацхарчування тощо.

Все це наповнює душу учня, вихованця, громадянина хаосом.

На часі – методологічний прорив, який треба вже давно розпочати в освітній практиці. Ми увійшли в такий час, коли діє ефект айсберга – 1/8 є реально діючою сферою освіти, а 7/8 – має становити проектну сферу освіти, очолювану потужною методологією науки і освіти. Без такого

наукового супроводу наступає схоластика освіти, саме 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 (в кожній особистості) й біосфері планети.

Освіта для педагога і батька – це той сад добра, котрий педагогу-садівнику можливо й не дочекатися 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, зосереджений в людині істинній.

Нині Україні потрібен вчитель-діяч з відчуттям реальності, велика особистість, яка оволоділа собою, усвідомлена діяльність якої була б спрямована на культивування такої якості освіти, яка б дозволяла боготворити особистість цінностями, притаманними її часу згідно з умовами біосоціальної адаптації – синтезатор культурно-етичної і структурно-функціональної парадигми, організатор коеволюції культурно-психологічних парадигм.

Література.

1. Вернадский В. И. Биосфера и ноосфера / В. И. Вернадский. – М. : АЙРИС-ПРЕСС, 2002. – 576 с.

2. Казначеев В. П. Феномен человека: космические и земные истоки / В. П. Казначеев. – Новосибирск: Кн. изд-во, 1991. – 128 с.

3. Моруа А. Письма незнакомке. – М.: АСТ, Астрель, 2011. – 365 с.

4. Шарден П. Тейяр де. Феномен человека / Пьер Тейяр де Шарден. – М. : Наука, 1987. – 240 с.

5. Le Roy E. L’exigenceidealiste et le fait d’evolution / E. Le Roy. - Paris, 1927.

Р.Р. Сіренко, к.наук з фізвих. і спорту, доцент
Львівський національний університет
імені Івана Франка

ДОТРИМАННЯ НАЛЕЖНОГО СТАНУ ЗДОРОВ’Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІЧЕРЕЗ ПРИЗМУ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ ПІДХОДІВ

Постановка проблеми. Сучасний стан збереження та підвищення рівня здоров’я студентської молоді протягом останніх десятиріч знаходиться у прогресуючій кризі, яка обумовлена відображенням багатьох проблем соціально-економічного розвитку суспільства.

Несприятливі екологічні умови, посилені наслідками Чорнобильської катастрофи погрішили стан здоров'я на генетичному рівні, що негативно відобразилось на здоров'ї молодого покоління. Крім об'єктивних причин, які призводять до зниження рівня здоров'я, характерним є недбале ставлення молоді до нього та брак елементарних знань щодо його підтримання та покращення засобами фізичного виховання і спорту [1]. Також, вагомими причинами є знецінення соціального престижу здоров'я студентської молоді, ролі фізичної культури і масового спорту, як засобу зміцнення здоров'я і фізичного розвитку з врахуванням таких факторів, як акселерація, недостатня рухова активність, збільшення навантажень розумової діяльності у навчальному процесі, поширення шкідливих звичок.

Виклад основного матеріалу. На думку багатьох дослідників, зниження інтересу до занять фізичною культурою в наш час пояснюється недосконалою системою фізичного виховання та невисоким рівнем фізкультурної освіченості фахівців середніх навчальних закладів. Головною причиною є несформованість потреби у фізичній культурі, відсутність знань про здоровий спосіб життя, фізичне вдосконалення, нерозуміння ролі фізичної культури як соціальної цінності. Дана ситуація розглядається науковцями як соціально-економічна основа життя нації та результат політики держави, що формує у громадян духовну потребу ставитися до свого здоров'я як до головної цінності, що забезпечує повне біосоціальне функціонування, фізичну та інтелектуальну працездатність, адаптацію до природних впливів та мінливості зовнішнього середовища [3].

Аналіз наукової літератури з даної проблеми показав, що, не дивлячись на різноманіття наукових підходів, у вітчизняній науці досліджуються лише загальні тенденції збереження здоров'я сучасної студентської молоді [2]. Відтак, стає відчутною проблема пошуку механізмів державного регулювання програм збереження здоров'я, умов та чинників впливу на її формування, усвідомлення особистої відповідальності та ціннісного ставлення до здорового способу життя.Сучасний стан системи збереження та підвищення рівня здоров'я студентської молоді обумовлений фрагментарністю і непослідовністю у проведенні перетворень, відсутністю загальної економічно обґрунтованої концепції її трансформації, що привело до необхідності розробки теоретичної бази та практичних рекомендацій із реформування цієї системи.

Перманентне зростання вимог суспільства щодо самовдосконалення інтелектуальних, креативних і фізичних можливостей потребують впровадження новітніх освітньо-виховних технологій та засобів. Це включає, зокрема, формування широкого культурницького світогляду, національної самосвідомості й фахових компетенцій на засадах відповідального ставлення до власного здоров'я як вагомих складових базису, на якому будується майбутня стратегія кар'єрного та життєвого успіху молоді. Важливою проблемою життєдіяльності студентської молоді на сучасному етапі розвитку суспільства є збереження та зміцнення здоров'я, підвищення рівня розумової та фізичної працездатності, дотримання основ здорового способу життя.

Саме оздоровча функція фізичного виховання дає підставу вважати розв'язання найважливішого соціально-суспільного завдання – досягнення високого рівня здоров'я та його компонентів, що забезпечують гармонійний розвиток студентської молоді та їхню адаптацію до ефективної професійної діяльності та соціальної успішності. Гуманістична сутність фізичного виховання тісно пов'язана із проблемою загальної культури людини у тій її складовій, що стосується процесів покращання стану здоров'я та вдосконалення фізичних якостей, а також свідомої відповідальності за стан здоров'я, право вибору мети, засобів та методів його корекції із врахуванням власних потреб і мотивацій.

Враховуючи низку проблем, якізумовленіпевнимиоб'єктивними та суб'єктивними причинами, головнимисередяких є недостатнійсоціально-економічнийрозвитокдержави та невідповідний менеджмент інституційусіхрівнівсистемиохорониздоров'я, органидержавноївладиповинніприділятибільшеувагикультурі здорового способу життямолоді, їїсоціальномустановленню.Громадськістудентськіорганізації, щоутворювались на грунтінезадоволеностімолоддюнеспроможністювладидосягтипозитивнихзмін, стали посередницькими структурами міжнаселенням і владними органами. Вони повиннізабезпечувалипоінформованістьсуспільства, контроль громадськості, доступ до оперативного моніторингуситуації, корегуваннясоціально-економічноїполітики в разі потреби.

Системний підхід до вирішення проблем підтримки здоров'я студентської молоді означає залучення не лише самої галузі охорони здоров'я, але й галузі освіти, культури, соціального забезпечення та молодіжної політики. Серед актуальних проблем публічного управління варто виділити вивчення закономірностей та динаміки змін умов і факторів, що визначають функціонування збереження здоров'я на тлі недосконалих елементів ринкових відносин, наростання негативних тенденцій у стані рівня і якості здоров'я населення. При цьому, необхідно враховувати тісний взаємозв'язок медико-демографічних і соціально-економічних показників, до якого має пряме відношення освітня політика держави, залежність стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних установ від недостатнього рівня фінансування та забезпеченості ресурсами системи збереження здоров'я. Дотепер, ще не вирішена проблема встановлення й оцінки причинно-наслідкових зв'язків між рівнем здоров'я населення і соціально-економічними умовами в державі.

Висновки. Встановлено, що в основі системи збереження та підняття рівня здоров'я студентської молоді лежить комплекс взаємопов'язаних особливостей: спадковість, виховання, навчання, умови проживання, фізичний розвиток, рівень фізичної підготовленості, формування потреби у здоровому способі життя, знання та розуміння ролі фізичної культури для розвитку особистості; визнання фізичної культури як соціально-особистісної цінності. Тому, потрібно розробити нові підходи щодо вдосконалення форм і методів публічного управління на всіх рівнях горизонтальної та вертикальної взаємодії цієї складної структури.

Першочерговим завданням у реформуванні системи має стати створення законодавчих та організаційно-правових механізмів щодо зростання числа громадських студентських організацій в Україні, розмаїття сфери їхньої діяльності, посилення ролі молоді у різних суспільних процесах.

Література

1. Грибан Г. Аналіз стану здоров'я студентів вищих навчальних закладів / Г. Грибан, Т. Кутик // Спортивний вісник Придніпров'я, 2004. – С. 130–132.

2. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : [навч. посіб.] / І.М.Солоненко, Л.І.Жаліло – кер. автор. Колект. – Київ: вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.

3. Парубчак І.О. Публічне управління суспільно-виховними процесами в українському соціумі на засадах здорового способу життя / І.О. Парубчак, Р.Р. Сіренко // Вісник НУЦЗУ. Серія : Державне управління. – Вип. 1 (6). – Харків : НУЦЗУ, 2017. – С. 244–52.

С.П. Яланська, д.психол.н., професор
Полтавський національний педагогічний університет
імені В. Г. Короленка

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО БАЛАНСУВАННЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ В УМОВАХ АЕРОАПІФІТОТЕРАПІЇ

В умовах швидких темпів технологічних трансформацій, значного інформаційного перевантаження важливим є знаходження ефективних шляхів антистресового захисту, психофізіологічного балансування організму людини. Апітерапія є одним із таких шляхів.

Дослідження перспективного методу апітерапії – вуликотерапії в Україні було здійснено М. Яровим (м. Суми), який запатентував цей вид оздоровлення, П. Балашем (м. Ніжин) – автором пересувної міні-лежанки, С. Зуєвим (Запорізька обл.), на пасіці якого за участю науковця кафедри нанофізіології В. Жулинського (Запорізький медичний університет) пройшли перші клінічні обстеження та отримані результати позитивного впливу бджололежанок на організм людини. Серед позитивного впливу сеансів апітерапії відмітили мікровібраційний масаж, що йде із вулика, а також особливий іонний склад повітря вулика при постійній роботі бджолиної сім'ї [1,2]. Оздоровлення людини біополем бджолиної сім'ї з успіхом застосовують у США.

Результатом наукової праці професора М. Степаненка, професора С. Яланської, доцента С. Степаненка стало отримання патенту на корисну модель «Спосіб психологічного та психофізіологічного розвантаження» (№ 36198 від 12.08.2019 р.).В основу корисної моделі покладено завдання забезпечення комплексного позитивного впливу на психічне і психофізіологічне здоров'я людини засобами апітерапії шляхом комбінації з іншими факторами впливу на організм, які здійснюють взаємопосилення оздоровлювального ефекту.

Заявлений спосіб доцільно використовувати в психологічній і психотерапевтичній практиці для попередження проблем психологічного характеру, корекції психологічного і психофізіологічного стану людини, покращення її психологічного здоров'я.Пропонований спосіб психологічного розвантаження має ряд суттєвих відмінностей від традиційних:

1) спосіб відрізняється тим, що на кожному послідовному етапі здійснюється аероапіфітотерапія. Упродовж виконання всіх послідовних процедур людина перебуває в апіфітокліматі приміщення, що сприяє психофізіологічному балансу організму;

2) під час лежання на вулику-лежанці забезпечується апівібромасаж, що сприяє самокорегуванню функцій внутрішніх органів, оптимізації обмінних процесів, енерго-інформаційному балансу організму;ф

3) біологічне магнітне поле бджолиної сім'ї сприяє вирівнюванню порушень електромагнітного поля людини;

4) легко відтворюваний, доступний, нешкідливий, характеризується високими можливостями психологічного розвантаження порівняно з традиційними способами[3].

Література

1. Курик М. В. Механізм оздоровлення людини біоенергоінформаційним полем бджіл [Текст] / М. В. Курик, О. О. Пащенко // Пасіка. – 2013. – № 1. – С. 16-17.
2. Пащенко О. О. Вуликотерапія – перспективний метод [Текст] / О. О. Пащенко, О. Є. Галатюк // Пасіка. – 2014. – № 9. – С. 11-12.
3. Степаненко М.І, Яланська С.П., Степаненко С.В.Патент на кориснумодель «Спосіб психологічного та психофізіологічного розвантаження» (№ 36198 від 12.08.2019 р.)./ http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/

А.В. Яригіна, студентка групи 101-ГД
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ

"Я не боюсь ще раз і ще раз повторювати: турбота про здоров'я − це найважливіша робота педагога. Від життєдіяльності, бадьорості дітей залежить їх духовне життя,світогляд, розумовий розвиток, міцність знань, сили"
В. Сухомлинський

Проблема зміцнення здоров'я дітей і молоді гостро постає сьогодні, оскільки складні соціально-економічні умови, екологічні, духовно-культурні проблеми спричинили значне зниження рівня здоров'я підростаючого покоління. Зростає чисельність дітей з порушеннями стану здоров'я та дітей з інвалідністю. У зв'язку з цим першочерговим є завдання формування здорового способу життя як умови збереження

української нації, перспективи справжнього духовного оновлення наступних поколінь, запоруки якісних перетворень у масштабах держави. Зазначене вище зумовлює таку важливу проблему в сфері освіти, як необхідність забезпечення здоров'язбережувального характеру навчальновиховного процесу. Тому йтиметься не тільки про педагогіку як мистецтво виховання, а про здоров'язбережувальну педагогіку. Здоров'язбережувальна педагогіка це сукупність прийомів і методів організації навчально-виховного 204 процесу, безпечного для здоров'я учнів і вчителів [1; 2; 3]. В основі здоров'язбережувальної педагогіки лежать освітні технології.

Серед загальної класифікації освітніх технологій виокремилася нова група – *здоров'язбережувальні технології*, які об'єднують в собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів.

Метою використання здоров'язбережувальної освітньої технології є збереження здоров'я учнів упродовж періоду навчання у школі; формування у них необхідні знань, умінь навичок здорового способу життя; навчання отриманих знань в повсякденному житті.

З педагогічної точки зору В. Сухомлинського піклування про здоров'я дитини має забезпечити вчитель. "Педагог має справу з мислячою матерією, здатність якої в роки дитинства сприймати й пізнавати навколишній світ значною мірою залежить від здоров'я дитини. Ця залежність дуже тонка й важко вловима. Вивчення внутрішнього духовного світу дітей, особливо їхнього мислення, – одне з найважливіших завдань учителя" [4].

Отже, система впровадження здоров'язбережувальних технологій передбачає професіоналізм учителя, який має виступати гарантом збереження та зміцнення здоров'я всіх суб'єктів цілісного навчально-виховного процесу. Крім того, необхідно викликати в кожної дитини цікавість до перевірки та суб'єктивної оцінки свого фізичного й психічного стану, а також стимулювати учнів до самовдосконалення та самоствердження.

Тому для збереження здоров'я учнів на заняттях необхідно використовувати модель *здоров'язбережувального уроку*, що передбачає: фізкультпаузи і фізкультхвилинки (включаючи і вправи для очей, і дихальну гімнастику, спрямовані на зняття втоми, активізацію уваги і проводяться 2-3 на урок); релаксаційні паузи; використання "сольових мішечків" (для профілактики сколіозу та короткозорості – бо при їх використанні дитина більшість часу тримає рівну поставу, не нахиляється надто низько над книжкою чи зошитом); виконання правил з техніки безпеки; створення сприятливого психологічного клімату; дотримання санітарно-гігієнічних норм у навчальному кабінеті (свіже повітря, відповідне освітлення, тепловий, звуковий, кольоровий режим, вологе прибирання, відповідність парт зросту і віку учнів); дозування навчального матеріалу; раціональне використання завдань, спрямованих на розвиток пам'яті, уваги, мислення, мови; оцінювання навчальної діяльності дітей шляхом порівняння навчальних досягнень учня не з іншими, а з самим собою; кваліфіковане застосування елементів музикотерапії, рухотерапії, ароматерапії, кольоротерапії, артотерапії тощо;

особистісна зорієнтованість уроку; виключення стресових ситуацій; врахування працездатності вікових особливостей учнів; урахування особливих потреб дитини (вад розвитку); оптимізація навчального процесу (зміна діяльності на уроці, оптимальний розподіл навчального матеріалу, середньо-швидкий темп уроку); гармонійне поєднання навчання, виховання й розвитку учнів у навчальній діяльності; виключення авторитарних методів навчання; бесіди з питань збереження та зміцнення здоров'я.

Загалом, педагогіка здоров'я включає у себе велику низку дій та процесів, які сприяють вихованню й навчанню здоров'я як окремих індивідів, так і груп людей упродовж усього життя. Важливим елементом цієї концепції є застосування цілісного підходу до розуміння здоров'я людини, що складається з кількох взаємозалежних компонентів (фізичне, психічне, духовне, сексуальне, емоційне здоров'я) та передбачає заходи, завдяки яким люди можуть учитися дбати про здоров'я власне і суспільства.

У висновку наголосимо, що педагогіка здоров'я покликана сформувати цілісну систему здоров'язбереження кожної особистості, навчити критично мислити, розв'язувати проблеми і приймати самостійні рішення. Учні, які отримують базові навички здорового способу життя, беруть активну участь у діяльності навчального закладу, що керується завданнями педагогіки здоров'я, підтримують здоровий спосіб життя не тільки під час навчання, але й протягом усього життя.

Література

1. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – 2-еизд. – М.: Молодая гвардия, 1979. – 192 с
2. Вишневський О. Сучасне українське виховання. – Л., 1996. – С. 114–119.
3. Маленкова Л.И. Воспитание в современной школе: кн. для учителя-воспитателя. – М.: Пед. о-во России: Ноосфера, 1999. – 300 с.
4. Сухомлинський В. О. Здоров'я, здоров'я і ще раз здоров'я / // Вибрані твори: В 5 т. – К.: Рад. школа, 1976. – Т. 3. – С. 103–111.

Л.М. Лимар, студентка
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ АПРАКСІЇ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Актуальність:Інсульт є другою провідною причиною смерті і основною причиною інвалідності в усьому світі.Україна посідає одне з перших місць у Європі за показниками захворюваності та смертності.Ерготерапія орієнтована на поліпшення особистої діяльності щоденного життя після інсульту, покращує працездатність і знижує ризик погіршення цих здібностей[1,5].

Апраксія- один з когнітивних дефіцитів, що безпосередньо впливає на функціональні здібності і представляє дефіцит в русі, подання жестів і порушення пам'яті.Приблизно 30% пацієнтів у гострій фазі інсульту показують ознаки апраксії. Як правило, частота апраксії вище після пошкодження лівої півкулі (50%), ніж при пошкодженні правої півкулі

(<10%). Крім того, апраксія стійка до різних підходів лікування, ознаки апраксії на 20- му тижні присутні у 88% пацієнтів.В клінічної практиці не рідкість, що більше одного типу апраксії присутні у одного хворого[2,3].

Мета дослідження –сформувати та науково-обґрунтувати програму обстеження та втручання при ідеомоторній апраксії для осіб після гострого порушення мозкового кровообігу використовуючи метод безпомилкового навчання.

Методи дослідження. В дослідженні приймало участь 16 пацієнтів з ідеомоторною апраксією, вік 40-70. Всі пацієнти були поділені на 2 групи: контрольна (КГ) n=8 і основна (ОГ)n=8.

Програма терапії тривала 3 тижні. Основна група отримувала втручання, що базувались на методі безпомилкового навчання та включала в себеосвоєння базових активностей повсякденного життя, таких як, прийом їжі, одягання та знімання футболки та кофти на довгий рукав і проведення ранково-гігієнічних процедур (вмивання, чистка зубів, розчісування волосся та гоління для чоловіків). Контрольна група отримувала втручання, що базувались на методиці лікувального закладу.

Результати дослідження. За результатами проведених втручань ОГ показала кращі результати за шкалою Бартел, що оцінює активність повсякденного життя та підвищила показники скринінгового тесту на апраксію TULIA(AST) та Монреальська когнітивна оцінка (MoCA).

Висновки.Досвід проведеного дослідження дає змогу оцінити ефективність терапії у осіб з ідеомоторною апраксією. Результати дали можливість зробити висновок, що використання методу безпомилкового навчання покращив показники за всіма шкалами та покращив виконання активностей повсякденного життя. Контрольна група мала значно гірші показники та була залежними в самообслуговуванні від інших.

Література

1. Галушко О. Інтенсивна терапія хворих на гострий інсульт при супутньому цукровому діабеті / Галушко О. – Київ. – 2018. – 38с.
2. Faltynek P. AphasiaandApraxia / P. Faltynek, K. Salter, A. Cotoi. – 2018. – С.58.
3. Jennifer E. Assessmentandinterventionwithclientswithapraxia: Contributionsfromtheliterature/ E.Jennifer, S.Spaulding - London, Ontario.– 2016. – С. 52–59
4. Katan M. Globalburdenofstroke / M. Katan, A. Luft. // SeminNeurol. – 2018. – №38. – С. 11–28.

Г. М. Шиманський,
Л. Р. Безсмертна,
Д. Т. Герасимець
Національний університет фізичного виховання та спорту України

ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЖІНОК ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ

Формування здорового способу життя – це ціла система суспільних і індивідуальних видів, способів, форм діяльності, активності, спрямованих на подолання чинників ризику виникнення і розвитку захворювань, оптимального використання в інтересах охорони здоров'я соціальних, психологічних і виробничих умов і факторів способу життя [1].

Збереження і відновлення здоров'я у жінок другого періоду зрілого віку є однією з найактуальніших проблем сучасності і представляє не тільки науково-практичний інтерес, а й сприяє вирішенню економічних, соціальних, демографічних і культурологічних завдань суспільства. Здоров'я багато в чому визначає якість життя людини, є передумовою повноти його особистісних проявів, високих досягнень у професійній і особистісній сфері. Стан здоров'я людини залежить від багатьох факторів, серед яких велике значення має сформована мотивація [2].

Мотивація до здорового способу життя – це найважливіший фактор самоздійснення, однією з основних складових якого є ставлення і до фізкультурно-оздоровчої діяльності. Сформована позитивна мотивація жінки другого періоду зрілого віку на ведення здорового способу життя допомагає ставитися до свого здоров'я свідомо і активно, мобілізовувати зусилля на його зміцнення і підтримку. тань здоров’я, здорового способу життя та формування мотивації до здорового способу життя [3, 4].

Тому *метою* наших досліджень було – обґрунтувати шляхи формування мотивації до здорового способу життя серед жінок другого періоду зрілого віку.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних спеціальної літератури;; анкетування; методи математичної статистики. В дослідженнях взяло участь 30 жінок другого періоду зрілого віку.

Аналіз результатів показав, що переважна більшість (60%) вважає, що рівень їх здоров'я можна вважати вище середнього та високим і тільки 6,6% респондентів може назвати рівень свого здоров’я низьким. Для з'ясування рівня відповідальності за свій рівень здоров'я було поставлено таке питання: «Чи звертаєтеся Ви до лікарів з проблем власного здоров’я?». Тож, 46,7% респондентів «майже ніколи» не звертаються до лікарів з проблем власного здоров'я; 26,7% звертаються «інколи»; 10 % не звертаються зовсім і лише 16,6% звертаються до лікарів часто. З одного боку це свідчить про відсутність хвороб у респондентів, а з іншого може вказувати на низький рівень відповідальності за рівень власного здоров'я. Далі, за результатами опитування, ми визначили наявність хронічних хвороб у респондентів і 43,3% відмітили, що не мають хронічних захворювань; 30% підтвердили наявність хронічних захворювань; 26,7 % не змогли відповісти на дане питання.

Наступним блоком нашого опитування стали питання стосовно дотримання здорового способу життя, а також уточнення наявності негативних факторів та шкідливих звичок в житті респондентів. Відмічено,

що у 40% респондентів стресові ситуації трапляються в їхньому житті 1-2 рази на місяць; 23,3% – кілька разів на тиждень; 16,7% мають стреси кожного дня; та лише 10% стверджують, що стресові ситуації трапляються не частіше ніж один раз на пів року. 20% респондентів зазначили, що займаються оздоровчим фітнесом 3-4 рази на тиждень; 30% – 1-2 рази на тиждень; а 26,7% тільки 1 раз на місяць, інші респонденти фітнесом не займаються взагалі. В результаті анкетування виявлено, що 26,7% палять кожного дня; 60% респондентів стверджують, що вживають спиртні напої 1-2 рази на місяць; тоді як 20 % не вживають спиртні напої зовсім. Наступне питання нашого дослідження стосувалося режиму харчування, а саме, чи дотримуються респонденти його. Відмічено, що 70% не дотримується правильного режиму харчування.

Переважна більшість респондентів (93,3%) вважають, що успіх в інших сферах людської діяльності прямо залежний від здорового способу життя; і лише 6,7% так не вважають. Ці результати вказують на високий ступінь усвідомленості що до важливості переходу до здорового способу життя, як для покращення загального стану організму та здоров'я.

Результати проведеного соціологічного дослідження дозволяють сформулювати такі практичні рекомендації щодо шляхів формування та підвищення рівня мотивації до здорового способу життя жінок другого зрілого віку та впровадження їх у практику:

- для формування самосвідомості та ціннісного відношення до здорового способу життя необхідно чітке визначення мотиваційно-ціннісного, емоційно-вольового, діяльнісного компонентів цього процесу.
- необхідно також враховувати вплив наступних факторів на формування мотивації до здорового способу життя: соціально-демографічного; матеріально-побутового; соціально-психологічного; психолого-педагогічного; організаційно-методичного; особистісно-духовного.
- необхідно формувати у жінок мотиви, що відрізняються високим ступенем інтересу до здорового способу життя. Важливі умови і мотиви, що дозволяють жінкам через цінності здоров'я, самопізнання і самовизначення реалізовувати свої особисті життєві плани.
- активізувати внутрішню та зовнішню мотивацію та ціннісні орієнтації, які пов'язані із зусиллями щодо зміцнення свого здоров'я, формування іміджу.
- важливо навчити жінку методам самопізнання (самоспостереження, самоаналізу, самопереконання), надавати практичну допомогу в пізнанні своїх особливостей і можливостей (вивчення стану свого здоров'я, фізичної підготовленості, розвитку особистісних якостей, рухового режиму).

Таким чином, проведені дослідження будуть покладені в основу розробки комплексної програми формування мотивації жінок другого періоду зрілого віку до здорового способу життя засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Література

1. Благій О.Л. Організаційно-педагогічні умови формування мотивації студентів до рухової активності в процесі фізичного виховання. / О. Л. Благій, Є.О. Захаріна // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. –2009. – №4. – С.92-96

2. Дутчак М. В. Теоретичні аспекти впливу способу життя на здоров'я / М. В. Дутчак О. Л. Благій // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2011. – Випуск 91. – Т. І. – С. 147–149.

3. Круцевич Т. Ю. Потреба людей різного віку у руховій активності як природний фактор залучення населення до рекреаційно-оздоровчої діяльності. /Т.Ю. Круцевич, О. В. Андрєєва, О. Л. Благій // Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького держ. пед. ун-ту: Науково-теоретичний вісник, Переяслав-Хмельницький, 2015. – С. 430-439

4. Круцевич Т.Ю.Формування мотивації осіб зрілого віку до рекреаційної діяльності / Т. Ю. Круцевич, В. І. Воронова, О. Л. Благій, О. В. Андрєєва //Гуманітарний вісник Перяслав-Хмельницкого держ.пед.університету.: Науково-теоретичний вісник, 2011. – С.335-340.

В. О. Благій,
А. О. Блецко,
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ПРОГРАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕНІНГУ НА ПЛОТАХ ДЛЯ ЖІНОК ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ

Другий зрілий вік охоплює період з 36 до 55 років, він пов'язаний із розквітом професійної та соціальної зрілості. Однак, саме в цей період у більшості жінок поступово згасають функції статевих залоз та втрачаються дітородні можливості. Багато жінок страждають від надмірної маси тіла, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, гіперпластичних процесів у молочних залозах й ендометрії. Зміни торкаються й фізичного стану жінок: знижуються показники сили, витривалості, гнучкості, погіршується координація й спритність. Збільшується жирова маса, знижується тонус скелетних м'язів, погіршується здатність виконувати складно координаційні вправи, зменшується фізична працездатність [3].

Досвід передової практики та аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що в сучасних умовах гіподинамії зростає роль різних форм і видів оздоровчого фітнесу [2, 4]. У зв'язку з цим величезного значення набувають заняття різними видами оздоровчого фітнесу, спрямовані на поліпшення показників фізичного стану тих, хто займається.

Аналіз даних спеціальної літератури свідчить, що досить популярними сьогодні залишаються функціонального тренування [1]. Тому актуальним є розробка структури та змісту програми функціонального тренінгу на плотах для жінок другого періоду зрілого віку.

Тому *метою* наших досліджень було – теоретично обґрунтувати, розробити та перевірити ефективність програми функціонального тренінгу на плотах для жінок другого періоду зрілого віку.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних спеціальної літератури; педагогічні методи; антропометричні фізіологічні методи; психодиагностичні методи; методи оцінки захворюваності, методи оцінки рухової активності, методи математичної статистики. В дослідженнях взяло участь 28 жінок другого періоду зрілого віку.

На основі даних констатувального експерименту обґрунтовано програму функціонального тренінгу «Aquaflat» для жінок другого періоду зрілого віку. Заняття проводились три рази на тиждень по 30 хвилин. У програмі використовувались вправи з вихідних положень: стоячи фронтально, стоячи сагітально, стоячи на колінах, упор лежачи (висока планка), планка на ліктях, бічна планка, сидячи,лежачи на спині, лежачи на животі. Програма включала вправи: з вагою власного тіла із застосуванням підвісних петель (TRX); на нестабільній платформі bosu; силові вправи з гумовим кільцевим еспандером Тренування проводилось за методикою «Tabata» (30 с роботи і 20 с відпочинку, від 6-8 серій, між якими по 1 хвилині відпочинок, де використовувались вправи на розтягування).

В результаті проведених досліджень відмічена позитивна динаміка антропометричних показників (маси та складу тіла) жінок. Результати досліджень наприкінці педагогічного експерименту показали покращення реакції серцево-судинної системи на динамічне навантаження у жінок. Слід зазначити, що після проведення експерименту знизилася кількість жінок із низьким та нижче середнього рівнем фізичного стану порівняно з вихідними даними.

Спостерігалась позитивна динаміка зниження частоти захворюваності. Так після експерименту виявлено зменшення кількості жінок, які хворіли протягом року з 35,7 % до 14,2 %. Спостерігалось достовірне ($p<0,01$) підвищення індексу рухової активності жінок другого періоду зрілого віку. Було встановлено, достовірно ($p<0,05$) вищі середньостатистичні результати проби Ромберга з закритими очима, результати в тесті «балансування на нестабільній платформі».

В кінці педагогічного експерименту у жінок статистично значимо ($p<0,05$) покращилися результати в показниках самопочуття, активності, настрою.

Таким чином, проведені дослідження виявили ефективність занять функціональним тренінгом на плотах в оптимізації структури рухової активності, корекції показників фізичного та психоемоційного стану жінок другого періоду зрілого віку.

Література

1. Благій О.Л. Тенденції розвитку групових фітнес-програм / О.Л.Благій, Н.М. Лисакова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту – Київ: Олімпійська література, 2013.–№ 2.– С.54-58

2. Булатова М. М., Андрєєва О. В., Благій О. Л. Фітнес-програми та сучасні рекреаційно-оздоровчі технології у фізичному вихованні / Теорія і методика фізичного виховання. – Т.2 – К: Олімпійська література, 2017. – С. 415-439

3. Иващенко Л.Я. Программирование занятий оздоровительным фитнесом / Л. Я. Иващенко, А. Л. Благий, Ю. А. Усачев - К.: Наук. світ, 2008 – 198с.

4. Мартин П. М. Корекція фізичного та психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчого фітнесу / П. М. Мартин, В.О. Благій, Г. М. Шиманський // Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії та перспективи: тези доповідей III Всеукраїнській науково - практичній інтернет-конференції. – Полтава, 2017.–С.149-151

А. О. Стрижак ,
А. І. Вдовіна
Національний університет фізичного виховання та спорту України

ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛУЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ДО ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ В УМОВАХ ФІТНЕС-ТУРІВ

Світовий туристичний ринок розвивається динамічно. Щороку з'являються нові туристичні продукти, збільшується якість та обсяг пропозиції традиційних туристичних послуг, впроваджуються новітні технології обслуговування споживачів. В той же час особливістю ринку туристичних послуг є те, що споживачі очікують інноваційних продуктів. В останні десятиліття зростає інтерес туристів до активного відпочинку [1**Error! Reference source not found.**]. Все частіше замість звичних пляжних турів обирають екстремальні, пізнавальні, пригодницькі тощо. Аналіз зарубіжного досвіду свідчить, індустрія активних видів туризму поділяється на екстремальний туризм, "треккінг" (активні тури) і пригодницький туризм [4, 5**Error! Reference source not found.**].

Впродовж останніх років в Україні розвиваються нові види рекреаційно-туристичної діяльності: сільський туризм, агротуризм, екотуризм, екстремальний туризм (полювання; рафтинг – практикується на швидких ріках в надувних латексних човнах; дайвінг – ознайомлення туриста з підводним світом; сноубординг – спуск по снігу з гірських схилів на спеціально обладнаній дошці; вейкбординг – комбінація водних лиж, сноуборду, скейту і серфінгу; фрірайд – спуск по схилах гір, де не прокладено спеціальних трас; польоти на повітряних кулях та дельтапланах; прогулянки по гірських дорогах на квадроциклах) [2,3,4**Error! Reference source not found.**].

Популярність оздоровлення і підтримання фізичної форми у сучасних умовах настільки велика, що в останні роки отримав

розповсюдження особливий вид спеціалізованого туризму – фітнес-туризм. *Фітнес-тур* (від «фітнес», англ. fitness від to fit – бути у гарній формі), це вид туризму, основною метою якого є фізичне й ментальне (психологічне) оздоровлення туриста за допомогою спеціальних методик, які включають фізичні вправи аеробіки, аква-аеробіки, силових занять, танців, пілатесу, йоги та ін., а також – дієту.

Фітнес-тури з'явилися в Україні всього кілька років тому, є спільним продуктом туристичних компаній та фітнес клубів, і вже користуються великою популярністю. Туристичний ринок пропонує велику кількість турів, що здійснюються як на території України так і за її межами.

Результатом туру може бути зменшення маси тіла, нормалізація емоційного стану, формування позитивного настрою, покращення загального стану організму. Під час такого відпочинку турист також отримує комплекс практичних знань від фахівців у галузі фітнесу, що допоможе у подальшому вести здоровий спосіб життя, правильно тренуватися, корегувати власну масу тіла. Фітнес-тур може бути корисним для тих, хто бажає розкрити коло спілкування, адже групи комплектуються із людей, які об’єднані спільним захопленням.

Проведені дослідження свідчать, що в Україні організацією фітнес-турів займаються як і фітнес-клуби, так і туристські фірми. Для організації таких подорожей вони, як правило, об’єднують свою роботу (розробляють програму туру, враховують всі аспекти його проведення). Туристська фірма бере на себе зобов’язання щодо організації трансферів, проживання, харчування, екскурсій в обраній країні. Фітнес-клуб несе відповідальність за організацію й проведення тренувального процесу на відпочинку. Інструктор щоденно проводить два-три повноцінних тренування зі своєю групою, слідкує за фізичними навантаженнями, надає рекомендації щодо здорового способу життя й харчування. Він повинен володіти не тільки сучасними методиками оздоровчого фітнесу, але й знаннями з психології спілкування та організації дозвілля. Таке співробітництво надає можливість розробки якісного й затребуваного туристського продукту.

Таким чином, проведені дослідження будуть покладені в основу розробки програм фітнес-турів для різних груп населення.

Література

1. Андрєєва О.В. Сучасні підходи до проектування оздоровчо-рекреаційної діяльності різних груп населення / О. Андрєєва, О.Благій // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції . – Львів : ЛДУФК, 2018. – С. 13–16.

2. Благій О. Технологія впровадження засобів туризму в рекреаційну діяльність студентської молоді / О. Благій, М. Ячнюк // Молодіж. наук. вісн. Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2015. – Вип. 3. – С. 34–38.

3. Дмитрук С.В. Соціально-педагогічні технології в туризмі. / С.В. Дмитрук, О.Ю. Дмитрук. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 328 с

4. Коллегаєв М.Ю. Формування готовності бакалаврів з туризму до професійної ді-яльності в індустрії активного відпочинку: автореф. дис. на здоб. наук.

ступ. канд. пед. наук.: спец. 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / М.Ю. Коллегаєв; Класичний приват. ун-т. – Запоріжжя, 2013. – 24 с.

5. Adventure Travel Trade Associations [Електронний ресурс] // Офіційний веб-сайт Асоціації пригодницького туризму. – режим доступу: http://www.adventuretravel.biz/about.aspx.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

Андреєва О.Б.
ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ…….……4

Айвазян А.Є.
ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ТЕХНІКИ ПЕРЕМІЩЕННЯ ТА НАВИЧКАМ САМООБСЛУГОВУВАННЯ ОСІБ З ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ……6

Антропова О.М.
ЕРГОТЕРАПІЯ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНОЮ ЗАТРИМКОЮ…….9

Бадун Є. В.
СУЧАСНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ……..11

Безугла К. П.
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ…….12

Безгодова І.Ю.
КОРЕКЦІЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ У ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМИ ПАРАЛІЧАМИ ЗАХОДАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ……14

Беседа Н.А.
ЗДОРОВ’ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ МАЙБУТНІХ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ……17

Бортнік О. Ю., Лук’янов А. С., Зотова Н. С.
ЕЛЕМЕНТИ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ У КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДОРСАЛГІЯХ……...18

Божук М. А., Ткаченко С.С.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ОСІБ З КОКСАРТРОЗОМ…….20

Бойко Г.М.
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИЗАСТОСУВАННЯФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВРЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ НАСЛІДКАМИ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ……..…..22

Бондаренко А.В.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ……..25

Вдовіна О.П.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ АРТРОПАТІЙКОЛІНОГО СУГЛОБУ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ……28

Вишинська А.М.
КОМПЛЕКС ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ДИСТОНІЇ У ДІТЕЙ 7-8 РОКІВ…….……..30

Вовк Д. Є.
АКВААЕРОБІКА У ПРОЦЕСІ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ
ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ…….……32

Возняк В.І.
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ
ГАСТРОПТОЗУ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ…….……..35

Волошко Л. Б.
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ
ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПРАКТИЦІПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ
ТЕРАПЕВТІВ……..37

Волошко Л.Б., Бельська Р. Р.
МІСЦЕ ІПОТЕРАПІЇУ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ
З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ…….…..39

Волошко Л.Б., Дабека В. С.
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ
З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇСИСТЕМИ……..……42

Волошко Л.Б., Жовновата В. С.
ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК НЕВІДЄМНА СКЛАДОВА
ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПНЕВМОНІЇ……..44

Волошко Л. Б., Іванов О. В.
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕКРЕАЦІЇ
ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ……..……47

Гаджиєв С.Р.
МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СПОРТСМЕНІВ ПРИ
ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ…….…..49

Гітун А.
ФОРМИ М’ЯЗОВИХ ДИСТРОФІЯХ ТА ЇХ ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ…….…….52

Гордієнко І.С.,
ВПЛІВ ВЗУТТЯ НА ПЛОСКОСТОПІСТЬ ТА РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДБІР ВЗУТТЯ….55

Григор’єва В.П.
РОЛЬ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ В АДАПТАЦІЇ
ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ……..56

Давидов А.
ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИПРИ НЕВРОЗАХ…….58

Дідич І.Р., Панковець А. В., Ніканоров О.К.,
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ТРАВМАХ
У ПРОФЕСІЙНОМУ ЖІНОЧОМУ СПОРТІ……..….60

Дубатовка М.Ю.
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПІДВІСНОЇ СИСТЕМИ REDCORD,
ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОШКОДЖЕННЯМ
ОБЕРТАЛЬНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА……..62

Жарова І.О., Берднікова А.С.
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ ТАНЦЕТЕРАПІЇ…….…….64

Жарова І.О., Лиховід А.А.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ПОРУШЕННЯМ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ…….67

Жарова І.О., Лошак М.Р.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ПЛОСКОСТОПІСТЮ……..70

Жданюк Л.О.
ЛОГОТЕРАПІЯ: ЗЦІЛЕННЯ СЕНСОМ ……..73

Заянчковська Г.К.
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ ПРИ СИНДРОМІ РЕТТА……..75

Золотіхіна Ю.О., Гусєв П. Є.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ……..77

Зубко О.В., Островська О.Г.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ СТРУКТУР КОЛІННОГО СУГЛОБУ У СПОРТСМЕНІВ…….80

Іванов Д. Р.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ГОСТРОЇ ФАЗИ ІНФАРКТА МІОКАРДА..82

Ільясова К. К.
ЗАХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СИНДРОМІ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА…….85

Каландарішвілі З.В.
ЕРГОТЕРАПІЯ, ЯК НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ……..……86

Карбан М.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ МЕНІНГІТІ……88

Киричок Ж.М.
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ НЕВРОЗАХ…….91

Клеценко Л.В., Верещака А. В.
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇСЛАБОЗОРИХ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ…….……..93

Клеценко Л.В., Вишар Є.В.
ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ СТУДЕНТІВ ВЗО…….…..96

Клеценко Л.В., Володько А.В.
РОЛЬ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИВ ПРОЦЕСІ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ…….……..99

Клеценко Л.В., Даровська А. Ю.
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ…….……..101

Клеценко Л.В., Подольний С. М.
ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДІВФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ…….……104

Клеценко Л.В., Равлик К. В.
НЕТРАДИЦІЙНІ ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ЗАСІБ ЗМІЦНЕННЯ
ЗДОРОВЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ…….107

Клеценко Л.В., Черкас О.А.
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ
НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ…….…….….110

Коваленко С. Ю.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ М'ЯЗЕВИХ ТРАВМАХ У ФУТБОЛ……..…113

Конджарян К. В.,
ФОРМУВАННЯ САМООЦІНКИ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ЯК УМОВА
ЇХ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ……....114

Корнієнко О.О.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З
КОМПРЕСІЙНО-ІШЕМІЧНИМИ НЕВРОПАТІЯМИ ЛІКТЬОВОГО НЕРВА У
ПІДГОСТРОМУ ПЕРІОДІ……..…….118

Кононова М.С.
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМІ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ,
ВНАСЛІДОК ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ,
ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ……121

Кривов’яз В. М., Суходольський О. Л.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ, ЩО
ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ РОЗРИВІВ
АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ…….……..124

Кузнецова О. Є.
ЕФЕКТИВНІСТЬ КІНЕЗІОЛОГІЧНОГО ТЕЙПУВАННЯ В ПРОГРАМАХ
ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ТРАВМАМИ ЗВ'ЯЗОК
ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБУ…….126

Левченко І.
ПРОБЛЕМИ ІНТЕГРАЦІЇ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ
У ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ……...……127

Лєшинська К.О.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З
ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ..129

Мизгіна Т.І., Траверсе Г.М.
РОЛЬ ВИКЛАДАЧА КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В ФОРМУВАННІ
ПАРАДИГМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВ
ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ…….....131

Моргун Б. М.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ПІЗНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ……....133

Нечай В.А.,
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ НОРМОБАРИЧНОЇ ОРОТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХОЛЕГЕНЕВИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ВАГІТНИХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ……135

Нубаров В.Л.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОСТЕОПОРОЗІ ТА ПЕРЕЛОМАХ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ……..……137

Орел Л.П.
ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НЕВРОПАТІЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА……..……139

Остапов А.В., Гук А.
РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ПНЕВМОНІЇ……141

Остапов А.В., Кравченко М.
ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ……143

Отрубяніков В.Р.
МІОФАСЦІАЛЬНІ МАНІПУЛЯЦІІ ТА ІНШІ ЗАХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПЛАНТАРНОГО ФАСЦИЇТА……145

Павличенко А.М., Скрипка Р.С.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ТЕРНИРОВКИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЯМИ……..……147

Паламарчук А.І.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОКСАРТРОЗІ……149

Поляруш І. А.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З ДОРСОПАТІЄЮ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ, УСКЛАДНЕНОЮ ЕКСТРУЗІЯМИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ……150

Процик Л. В.
ЕЛЕМЕНЕНТИ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ В КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПЛОСКОСТОПІСТЮ……..……..154

Соляник С.О.
АПІЯ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ……156

Токар А.О.
МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ……158

Траверсе Г.М., Цвіренко С.М.
РИЗИК ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПРИ ДЕФІЦИТІ ДЕЯКИХ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В ОРГАНІЗМІ ЛЮДИНИ……160

Федоров О.Є., Філик Я. С., Казакевич О.О.
НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ У КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
ОСІБ З ВЕРТЕБРОГЕННИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ……..….163

Христенко В.В.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДОРСАЛГІЯХ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ…….165

Черняк А.
ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ СНУ ТА ЙОГО ЛІКУВАННЯ
МЕТОДАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ…….…….…..167

Чуйко А.Д.
РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ..170

Фурсова М.О.
МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ МУЗИКАНТІВ ТА ЇХ ВИРІШЕННЯ
ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ…….…..172

Шуманська А.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ РАДИКУЛОПАТІЇ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО
СПЛЕТІННЯ…….174

Шульгун Т.Ю.
ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ
ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ…….176

Ястребов М.М.
САНІТАРНО-ОСВІТНІЙ АСПЕКТ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ
ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ…….178

Ястремская Н.И.
ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ПЛАВАНИЯ НА УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО
И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНИКОВ 5-7 КЛАССОВ…….180

РОЗДІЛ 2. ОЗДОРОВЧІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, СПОРТУ ТА РЕКРЕАЦІЇ

Антанюк А. Д.
ТЕХНИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ЮНЫХ ФУТБОЛИСТОВ
НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРОВОГО МЕТОДА……184

Бондаренко Е. К., Бондаренко А. Е., Бондаренко К.К.
ВЛИЯНИЕ КИНЕМАТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДВИЖЕНИЯ ВО
ФЛОРБОЛЕ НА РИСК ТРАВМАТИЗМА КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ……..188

Василенко М.В.
ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧА ДІЯЛЬНІСТЬВ ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ
СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ…….…….…191

Волошко Л. Б., Коробков Д. І.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОРГАНІЗАЦІЇ ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ……195

Волошко Л. Б., Логвиненко А. В.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ВАДАМИ СЛУХУ…197

Волошко Л. Б., Печарський О. С.
ЗНАЧЕННЯ ВІДПОЧИНКУ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ…….199

Волошко Л. Б., Подрига Ю. М.
ПЕРЕВАГИ ОЗДОРОВЧОЇ ХОДЬБИ ЯК ЗАСОБУЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я
УЧНІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ……201

Гафіяк А.М., С. Смислов, Є. Сапсай
СТВОРЕННЯ ОН-ЛАЙН ПЛАТФОРМИ СПОРТИВНИХ ЗМАГАНЬ З ПЛАВАННЯ…204

Гальченко В. С.
ДОСЛІДЖЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ ТЕХНІЧНИХ
СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ…206

Григорьянц А. Л.
ОНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ (МОДЕРНИЗАЦИИ)
ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЧ УЧАЩИХСЯ…….208

Гулько Т. Ю.
АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙЗ ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ……211

Єракова Л.А., Матченко О.Р.
ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТНЕС-ПРОГРАМИ НА ОСНОВІ СТЕП-АЕРОБІКИ
ДЛЯ ЖІНОК 21-25 РОКІВ……..215

Жамардій В. О.
МЕТОДОЛОГІЯ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУМЕТОДИЧНОЇ СИСТЕМИ
ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЙ……..217

Желавський М. М.
РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ В УЧНІВ 1-4 КЛАСІВ З ВАДАМИ ЗОРУ
ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ…….220

Іванов С. О.
ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ОЗДОРОВЧИМ ФІТНЕСОМ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ
ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТОК ТЕХНІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ……....223

Ківнюк Р. В., Дмитрів Р. В.
ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ
ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ……225

Кравченко О. В.
КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОЛЬ РУХОВИХ ІГОРУ АДАПТИВНОМУ
ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ДІТЕЙЗ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ……...227

Кішінець А. В.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ
СТУДЕНТІВ ТЕХНІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ……229

Кішінець Д. В.
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАНЯТЬ СТУДЕНТАМИ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ..230

Клеценко Л.В., Якуба Н.О.
ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ПОТРЕБИ У ФІЗИЧНОМУ
ВДОСКОНАЛЕННІ СТУДЕНТІВ ЗВО……..232

Ковалёв А. В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
В ПОДГОТОВКЕ ВОКАЛИСТОВ…….235

Костенко Д.
ҐЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІД ЧАС ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ
СТУДЕНТІВ ЗАСОБАМИ ПАУЕРЛІФТИНГУ…….…….…..238

Лесковець В.І.
ГАРМОНІЙНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ ШКОЛЯРІВ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ
ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ ТА СПОРТОМ…….240

Лисуненко Д. В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАТА ДЛЯ РАЗВИТИЯ БЫСТРОТЫ В КАРАТЕ……..….241

Лукова С.В.
ВПЛИВ СПОРТУ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКІВ……..244

Ляшенко А.О.
ЙОГА ЯК ЗАСБ ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ’Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ……..247

Маслак А. С.
СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ
У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКОЛАХ……...……..249

Моденков Д.А.
РАЗВИТИЕСИЛОВЫХ СПОСОБНОСТЕЙСРЕДСТВАМИ ОФП
У СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР……251

Никитенко В.Н.
ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЫ В ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ……253

Омельяненко О.В.
ПЕДАГОГІЧНІЕ ВИХОВАННЯ ЯК ОСНОВИ СПОРТИВНОЇ
ДИСЦИПЛІНОВАНОСТІ УЧНІВ-СПОРТСМЕНІВ……256

Оніщенко Р. В.
РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ
ЗАСОБАМИ РУХЛИВИХ ІГОР …….……..258

Оніщук Л.М.
ФІЗИЧНЕ ЗАГАРТУВАННЯ КОЗАКІВ – ШЛЯХ ДО ДУХОВНОГО
СТАНОВЛЕННЯ НАЦІЇ, ВИХОВАННЯ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ
ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ……..260

Очеретько Б.Є., Єракова Л.А., Щуковський І.С., В.О. Бутирін
СТАВЛЕННЯ ЧОЛОВІКІВ ЗРІЛОГО ВІКУ ДО ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНИХ
ЗАНЯТЬ НА СВІЖОМУ ПОВІТРІ……263

Приведьон М. Ю.
ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ СПЕЦІАЛЬНИХ
МЕДИЧНИХ ГРУП…….265

Притуляк О.А., Єракова Л.А., Гоглювата Н.О.
ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТНЕС-ПРОГРАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПІДВІСНИХ ПЕТЕЛЬ TRX У КОРЕКЦІЇ ПОКАЗНИКІВФІЗИЧНОГО СТАНУ ЮНАКІВ……..268

Радченко О. О. , Синиця Т. О.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ…….270

Рибалко Л. М.
ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І СПОРТ В КОНТЕКСТІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА……..……271

Рощак Ю. В.
ОБІЗНАНІСТЬ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ З ПРОБЛЕМ ЙОДОДЕФІЦИТУ……..….274

Руденко Д.О.
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПАЇ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ……...……276

Самійленко Р. А., Возний Д. А., Маліновський Я. В.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ПАЦІЄНТІВ, З ДЕГЕНЕРАТИВНО – ДИСТРОФІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА ДОРСАЛГІЯМИ……..279

Селюков М. С.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ УПРАЖНЕНИЙ (КАТА) В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ШКОЛЬНИКОВ……..……281

Синиця Т.О.
АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ…….284

Сінякевич О.Є.
ЗДОРОВ’ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ БІЛЬЯРДНОГО СПОРТУ: ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗОРУ……...287

Солтик О. О.
ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ НАДІЙНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В УМОВАХ ВИЩОЇ ШКОЛИ…….289

Тозик О. В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОСРЕДАХ……291

Черменський А.В., А.В. Бондаренко
ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ТА РОЗВИТОК ЗДІБНОСТЕЙ СПОРТСМЕНА З НАСТІЛЬНОГО ТЕНІСУ……294

Шипіцина А. М., Гордієнко Ю.В.
ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕССУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ……296

Щербина Н.М., Шийка О.О.
ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ……...298

Яригіна А.В., Омельяненко О.В.
НАУКОВО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ У ВНЗ……..300

РОЗДІЛ 3. СУЧАСНІ ЗДОРОВЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Атаманчук Н.М.
АДАПТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ ДО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ……307

Безносюк.О.
ЗДОРОВЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ……..…….308

Василашко І.П.
ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІЯК ДОМІНАНТНИЙ АСПЕКТ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ…….310

Гончарова Н. О., Сіпій В. В.
ВИКОРИСТАННЯМ ПРИНЦИПУ BYOD ПРИ ФОРМУВАННІ КЛЮЧОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ «ЕКОЛОГІЧНА ГРАМОТНІСТЬ ТА ЗДОРОВЕ ЖИТТЯ» В ГІМНАЗІЇ ТА ЛІЦЕЇ…….311

Гришко В.Я., Пискун В.М., Чайка Н.В.
ВИКОРИСТАННЯ ЕДЬЮТЕЙНМЕНТУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ОСНОВ ЗДОРОВ'Я..312

Гулько Т.Ю.
ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ НАЦІЇ……..315

Клеценко Л.В.
ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ ВЗО…….316

Кофанова О. В.
ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ-ІНВАЙРОНМЕНТАЛІСТІВ……319

Купченко О.М.
ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОЛОГІЧНИХ ВПРАВ НА УРОКАХ БІОЛОГІЇ ТА ХІМІЇ..322

Лаврентьєва О.О.
ЕРГОНОМІЧНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА…….323

Мієр Т. І.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНА ДИДАКТИКА ЯК НОВИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ ТЕОРІЇ ОСВІТИ І НАВЧАННЯ……..327

Остапенко С. А.
ЗАСТОСУВАННЯ ОЗДОРОВЧИХ ТЕХНОЛОГІЙНА УРОКАХ БІОЛОГІЇ……..…331

Перерва В.В.
ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ХОДІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ВЧИТЕЛІВ БІОЛОГІЇ…….…….333

Пермяков О. А.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЫ ТЕХНОЛОГІЇ СТУДЕНТІВ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ……...…….335

Пилипенко Н.
РОЗВИТОК КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ УЧНІВ ЗАСОБАМИ ЗДОРОВ'ЯФОРМУВАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ…….....337

Рибалко Л.М., Сірапутська Я.
ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ УЧНІВ ІЗ ВАДАМИ СЛУХУ ЗАСОБАМИ СПОРТИВНОГО ТРЕНУВАННЯ……...342

Самодрин А.П.
ПСИХОПЕДАГОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗЦІЛЕННЯ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ……..…….344

Сіренко Р.Р.
ДОТРИМАННЯ НАЛЕЖНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІЧЕРЕЗ ПРИЗМУ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ ПІДХОДІВ……....346

Яланська С.П.
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО БАЛАНСУВАННЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ В УМОВАХ АЕРОАПІФІТОТЕРАПІЇ…….349

Яригіна А.В.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ…….350

Лимар Л.М.
ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ АПРАКСІЇ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ……...354

Шиманський Г. М., Безсмертна Л. Р., Герасимець Д. Т.
ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЖІНОК ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ……356

Благій В.О., Блецко А.О.
ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ПРОГРАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕНІНГУ НА ПЛОТАХ ДЛЯ ЖІНОК ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ……..……358

Стрижак А.О., Вдовіна А.І.
ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛУЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ДО ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ В УМОВАХ ФІТНЕС-ТУРІВ……360

Наукове видання

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

Збірник матеріалівV Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю

Головний редактор – Рибалко Л.М.

Комп'рна верстка Рибалко Л.М.
Відповідальний за випуск Беседа Н.А.

Підп. до друку 21.11.2019 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.

Видавець і виготовлювач –
поліграфцентр Полтавського національного
технічногоуніверситету імені Юрія Кондратюка
36011, м. Полтава, Першотравневий проспект, 24
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до державного реєстру видавців, виготовників
і розповсюджувачів видавничої продукції
Серія ДК, № 3130 від 06.03.2008 р.