Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Українська медична стоматологічна академія
Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»
Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди
University of St. Augustine for Health Sciences (USA)
Šiauliai University (Lithuania)
University of Strasbourg (France)
Francisk Skorina Gomel State University (Belarus)

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

Збірник наукових матеріалів VI Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю

до 90-річчя Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

19 листопада 2020 року

Полтава 2020

Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Українська медична стоматологічна академія
Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»
Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди
University of St. Augustine for Health Sciences (USA)
Šiauliai University (Lithuania)
University of Strasbourg (France)
Francisk Skorina Gomel State University (Belarus)

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

Збірник наукових матеріалів VI Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю
до 90-річчя Національного університету
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

19 листопада 2020 року

PHYSICAL REHABILITATION AND HEALTHSAVING TECHNOLOGIES: REALITIES AND PERSPECTIVES

Collection of materials of the VI All-Ukrainian Scientific and Practical conferences with international participation

November 19, 2020

Полтава 2020

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 №5 від 26 листопада 2020 року).

Редакційна колегія: ***Бойко Д.М.***, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізичного виховання та здоров'я, фізичної терапії, ерготерапії з спортивною медициною та фізичною реабілітацією Української медичної стоматологічної академії; ***Траверсе Г.М.***, доктор медичних наук, професор, професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»; ***Сущенко Л.П.***, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова; ***Єрмаков С.С.,*** доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри теорії та методики фізичного виховання Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди; ***Розторгуй М.С.,*** доктор наук з фізичного виховання і спорту, доцент, професор кафедри атлетичних видів спорту Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського; ***Бойко Г.М.,*** доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри корекційної освіти та спеціальної психології КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради; ***Рибалко Л.М.***, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної культури та спорту Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»; ***Волошко Л.Б.,*** кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»; ***Беседа Н.А.,*** кандидат педагогічних наук, доцент, декан факультету фізичної культури та спорту Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»; ***Синиця Т.О.,*** кандидат наук з фізичного виховання і спорту, завідувач кафедри фізичного виховання Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка».

Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи: збірник наукових матеріалів VI Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю, 19 листопада 2020 р. Полтава: Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2020. 223 с.

Матеріали друкуються мовами оригіналів.
За виклад, зміст і достовірність матеріалів відповідають автори.

©Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», 2020

РОЗДІЛ 1
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Vibhor Agrawal
Ph.D., Associate Professor
University of St. Augustine for Health Sciences, USA

DEVELOPMENT OF AN OBSERVATIONAL GAIT ANALYSIS APP FOR CLINICAL APPLICATIONS

*Background and Clinical Significance***.** Human gait is a complex phenomenon which requires excellent coordination between the neurological and musculoskeletal systems. Pathologies of the nervous system or the musculoskeletal system can affect the mechanics of normal gait and lead to gait deviations. Clinicians are required to observe the gait of patients, identify deviations and develop a treatment plan. Due to the complexity of observing different joints and identifying deviations, several deviations are not treated and the patient's rehabilitation is incomplete. Therefore, to assist clinicians with observational gait analysis and providing effective treatment to patients, we have developed a smartphone-based mobile App for clinical gait analysis. The purpose of this abstract is to describe the development of the gait analysis App and the current research being done with the App.

*Methods***.** For observational gait analysis in the clinic, the gait cycle was divided into 4 easily identifiable events. The deviations occurring at various lower limb joints were determined and the deviations were classified into each of the 4 events. A clinical gait analysis App showing the various intervals and deviations was developed. This App is currently undergoing reliability and validity testing for clinical use. For reliability assessment, both inter-rater and intra-rater reliability are being tested. This App will be validated with the paper-based judgement of various clinicians.

*Results***.** Several clinicians, such as, physiotherapists, occupational therapists, athletic trainers, podiatrists etc. Will be recruited for this study. Participants will have different levels of experience and will be from diverse age groups. The goal is to achieve high reliability and validity of the App. If the appropriate reliability and validity is not achieved, changes will be made to the App and the study will be repeated again. This App will then be available to commercial use.

Conclusion. Despite its clinical significance, technology for gait analysis has not been developed. An App for observational gait analysis will be beneficial for clinicians in observing a patient's gait and developing a treatment plan. This will be the first App of its kind and is expected to be widely used by rehabilitation clinicians.

Antoine Lanfranchi, 4 year bachelor
Faculty of Social Sciences and Humanities
Strasbourg University (Université de Strasbourg)
Viktoriia Horoshko, Candidate of Medical Sciences
National University «Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic»

POSSIBILITY OF PHYSICAL REHABILITATION FOR MUSCULOSKELETAL DISORDERS WITH THE HELP OF EQUESTRIAN SPORTS

Abstract. This article describes the effectiveness of riding in diseases of the musculoskeletal system, as hippotherapy has a comprehensive positive effect not only on the patient's physical condition but also on the psycho-emotional sphere, maximizing the mobilization of ambitious activities, socialization and more harmonious relations with the world. It promotes, motivates to achieve positive results.

Key words: hippotherapy, physical activity, therapeutic riding, musculoskeletal system.

Hippotherapy is a unique and effective means of rehabilitation for many serious diseases, which is widely used in the world of rehabilitation. The special effect of this method on patients with musculoskeletal disorders is to stimulate the development of motor reflexes. [2] An important feature of hippotherapy is the high efficiency and individual therapeutic effect on the mental and physical skills of the patient. Its effectiveness is due to two main factors - biodynamic and emotional.

Favorable therapeutic effects are due to such mechanisms [1].

• Vibration from the back of a horse moving in three planes.

• With constant rhythmic oscillations coming from the horse, new reflexes are produced, aimed at maintaining balance and coordination of movements.

• Normalization of metabolism by adjustment to the optimal mode.

• Warming up and massaging the muscles, legs, buttocks and internal organs of the pelvic floor due to the smooth and rhythmic movements of the horse and biological heating of the body leads to normalization of muscle tone and improved blood flow in organs and tissues.

• To maintain balance, a person instinctively engages all the muscles of the body at once to prevent them from falling off the horse. Such indiscriminate effects involve both healthy and affected muscles in intense work, ensuring the development of the former and the formation of normal motor stereotypes in the latter.

• Muscle exercises with the help of the visceral reflex improves the function of the visceral organs and thus prevents these diseases.

Therapeutic effects of hippotherapy [1]: 1. Elimination of adverse effects of reduced physical activity (a state of low physical activity in humans with limitations in size, volume and pace of movement). 2. Normalization and development of human physical activity. 3. Promoting the restoration of lost motor and mental functions and skills. 4. Ensuring human rehabilitation and socialization.

Conclusion. Healing riding ensures the development of self-importance and self-confidence. Horseback riding causes a lot of positive emotions, feelings and experiences. Healing a trip fundamentally increases self-esteem and confidence. Horseback riding maximizes mobility and range of motion, reduces spasm (increases muscle tension in which the limbs resist passive movements), improves coordination, improves balance and excellent athletic performance (Helps improve hand and finger muscle function). Positive emotional attitudes that characterize skiing help to increase activity and improve the mood and general condition of the patient.

References

1. Hippotherapy (therapeutic riding). History of methods, therapeutic effects, indications and contraindications, exercises on horses, treatment of cerebral palsy and autism in children, Kaiba therapy for the disabled [Electronic resource]. Access mode: http: //www.tiensmed.ru/news/ippoterapia-ab1.html

2. Hippotherapy and therapeutic riding (LVE) [Electronic resource]. Access mode: http://heatpsy.narod.ru/06/hippo.html

Anna Kudinova, foreign student training faculty
Ukrainian medical stomatological Academy
Master in specialty «Translation. English and German languages»
Master in specialty «Special Education. Physical rehabilitation»
Poltava Institute of Economics and Law
of Open International University of Human Development
Yevheniya Vyshar
The assistant of physical rehabilitation
and physical training department
Poltava Institute of Economics and Law
of Open International University of Human Development

THE PHYSICAL REHABILITATION OF POST-INFARCTION PATIENTS

Cardiovascular diseases take the first place in the World for numbering of the sick people and quantity of fatal outcome among patients. One of the most widespread disease in cohort of cardiovascular ones is ischemia with its form – cardiac infarction. Nowadays on the stage of reforming of Ukrainian medicine actualization problem of physical rehabilitation of patients is enlarged.

The purpose of our investigation is scientific analysis of physical rehabilitation of post-infarction patients. Abovementioned purpose calls the decision of the set tasks: to determine the term “cardiac infarction”; to analyze stages and the most optimal kinds of physical rehabilitation of post-infarction patients on the stage of hospital.

According to protocols of the Ministry of Health of Ukraine and the World health Organization modern medicine gives determination of the term “cardiac infraction” (from Latin infarctus myocardii) as one of clinical forms of ischemia that is

characterized by development of ischemia necrosis due to spontaneous inconformity of coronary blood flow by necessity of myocardium [4].

The main task of physical rehabilitation of patients with post-infraction state is creation of the best conditions to renovate physical activity of a sick person. Optimal and medically well founded according to the World Health Organization's recommendations is physical rehabilitation of three stages: medical (incisive), convalescence and post-convalescence; the first stage includes doing programs of physical rehabilitation in hospital period of treatment, the second and the third – after discharge from the hospital on sanatorium and dispensary, every period provides execution of its tasks and corresponding forms of exercise therapy [5, p. 38]. Is should be mentioned researchers L. Nikolayeva and D. Aronov who state that in medical protocols of the Commonwealth of Independent States are hospital, sanatorium and dispensary stages of physical rehabilitation of patients with cardiac infraction [5, p. 38].

Nowadays we have two ways of physical rehabilitation of patients with post-infraction state in hospital stage: during complicated disease and no-complicated disease. O. Ustinov affirms that in condition of no-complicated cardiac infraction physical rehabilitation should be made the next day, and during enlarged and complicated myocardium affection we could say about physical rehabilitation only after clinical stabilization of a sick person with consistent increasing of physical activity depending on symptoms [3]. Such example is physical activity as walking, going upstairs and bicycling.

According to V. Sukhan, L. Dychka, O. Blaha every 2-3 days new exercises should be added in lessons with patients for easing of process of adaptation of experimental [2, p. 19]. The abovementioned scientists prove that training for new types of exercises in the process of lessons by daily exercises is very important. For example we should prepare patient for gymnastics in the process of such classes as walking and only then to transfer to the next period of training.

Having been studied scientific works of researches we can say about the next algorithm of physical rehabilitation of post-infraction patient. The general instruction and physiological studies of patient by a doctor and an instructor of exercise therapy for rehabilitation is simple [2, p. 20]. Making conclusion due to results of analysis of experimental patient, it is necessary individual selection or development of set of exercises and algorithm of their practice. Such set should be begun from quiet and rhythmic breath of medium depth (3-4 times). Then 4-5 times to rapid flexing and extending hands and repeat quiet breath 3-4 times. After that exercises it could be added 3-4 times alternately flexing and extending of foots and 4–5 times rotated motion of arms, pauses during 2-3 min. and simultaneously flexing and extending of foots. Then we can add an inhale with fixed hands on a waist and to stretch theirs along body on an exhale with frequency 3-4 times. Then it should be added for patient repetition 4-5 times with simultaneously flexing of hands and foots and 4–5 times of quiet and rhythmic breath of medium depth [5, p. 48]. Now we have to teach a patient to sit and stand. Include walking, go upstairs and bicycling. During physical rehabilitation of patients severe diet is important, refusal of smoking, alcohol and to take medicines as tramadol, naproxen, paracetamol [1]. It must be noted that this

algorithm needs correction accordingly to individual peculiarities of a patient, his/her physical condition, analysis, form of infarction tolerated by a patient.

Thus we have made clear the meaning of a term ‘cardiac infarction’, selected stages and analyzed the most optimal types of physical rehabilitation of post-infarction patients on the stage of hospital, proposed algorithm for condition physical rehabilitation patient of post-infarction condition in hospital.

References

1. The stages of rehabilitation after infraction, how patient is renovated [Electronic resource] / [Access mode] https://www.dobrobut.com/ua/library/c-etapy-reabilitacii-posle-infarkta-kak-vosstanavlivaetsa-pacient

2. Sukhan V.S., Dychka L.V., Blaha O.S. Likuvalna fizychna kultura pry zahvoriuvanniah sertsevo-sudynnoi systemy. Metodychni rekomendatsii / V.S.Sukhan, L.V.Dychka, O.S. Blaha. – Uzhhorod, 2014. – 62 p.

3. Ustinov O.V. Medychna reabilitatsia patsientiv pislia hostroho coronarnoho syndromu / O.V. Ustinov [Electronic resource] / [Access mode] https://www.umj.com.ua/article/94863/medichna-reabilitaciya-paciyentiv-pislya-gostrogo-koronarnogo-sindromu

4. Pharmatsevtychna entsyklopedia [Electronic resource] / [Access mode] https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/3356/infarkt-miokarda

5. Fizychna reabilitatsia pislia infarktu miokarda v domashnikh umovakh: [navchalny posibnyk] / S.A. Indyk, A.M. Sitovsky. – Lutsk: RVV LIROL Universytet “Ukraina”, 2014. – 150 p.

Maiassi Marwane, 1-st year student majoring in
«Physical Therapy, Occupational Therapy»
National University «Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic»
Viktoriia Horoshko, Candidate of Medical Sciences
National University «Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic»

MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES: ADDITIONAL REALITY IN THE REHABILITATION OF CHILDREN AGED FROM 6 TO 14 YEARS

Information technology (IT) refers to networks, equipment, software, as well as data storage and management systems, The equipment includes computers, tablets, smartphones, printers, scanners, robots ,machine and other user or network devices (modems and routers). The software includes all the applications used [2, 4].

Today's world constantly operates with new information technologies. Information technology refers to the use of computers, storage, networks and devices, infrastructures and processes to create, process, store, secure and exchange all kinds of electronic data.

In recent years, the field of rehabilitation has undergone major transformations resulting from the arrival of advanced technologies, 3D printing, robotics and intelligent materials, automation, cybermodalities, and increased artificial and human

intelligence, new knowledge in the field of genetics and innovative practices. There are many modern technologies and technologies used in treating and rehabilitating children (float, armeo, motek grail system, robotics) so that we can evaluate this technology and the reality it added in this field. It is necessary to understand how this technology works [1, 3, 5].

Multi-directional walking, including spontaneous planned or unplanned changes of direction, requires increased neuromuscular coordination and postural control that helps improve mobility and dynamic stability in patients who have experienced a stroke, spinal cord injury, brain trauma or other neurological impairments. By allowing patients to move in a 3D environment during therapy, patients can safely experience the same activities they will face when discharged to the home and community. Assessment and Intervention System is an original body suspension device with artificial intelligence capability for locomotion re-education [6].

Compared to traditional locomotion re-education systems, the Float enables much more natural functional situations to be recreated, with computer feedback during the procedure coupled with virtual feedback and mobile EEG mapping. The therapeutic possibilities are increased: the young can train as close as possible to his limits, the “intelligent” techno and the informatic feedback during the intervention allow the therapist to analyze and make clinical decisions continuously during the intervention.

The system is the only body suspension device allowing so much freedom and an adaptive oscillator system with synchronism during movement. This system will make it possible to demonstrate the best protocols for rehabilitation and medical monitoring of movement disorders and walking in a natural situation [7, 8].

Finally, this system will make it possible to acquire data to understand what occurs in the imbalances resulting from conditions of ataxia and dystonia, dystonia being a field of studies emerging in neuromuscular and degenerative disease in children.

Serious games. Are defined as games with a primary objective other than fun. In rehabilitation, this objective is to promote functional recovery through games that make rehabilitation fun. The therapists thus increase the motivation of the children and their adherence to the treatment. The seriousness of the game also implies its ability to continually adapt to the child's performance. Indeed, the therapeutic effectiveness of an exercise depends on its success rate (ideally +/– 70%). Exercises that are too easy or too difficult generate no functional benefit and demotivate the child. Serious games can also take into account cognitive disorders, such as neglect. When the child does not detect a stimulus, the system can provide visual, auditory or haptic cues to draw attention to that stimulus.

These games can be used on different media. It is possible to use them on relatively inexpensive peripherals and present in many homes (tablet, Kinect).

Final conclusion. The use of technology has effectively contributed to reduce the sensation of pain by up to 50%. It can positively trap the brain of children, Motivate children with fun sessions by transfer the usual movements of their practice in virtual reality in the form of games. Immersed inin its fun sessions, children work in confidence, without feeling a sense of abandonment. More entertaining than traditional exercises, children are really motivated and involved in their

rehabilitation. Virtual reality helps to lift inhibition and fight against kinesiophobia. New technologies have allowed greater access to users, for example, remote assessment of children who have difficulty moving around. They have also made it possible to offer computer tools that enable to obtain precise information and to automatically personalize the exercises according to the performance of the child.

References

1. https://www.intechopen.com/books/cerebral-palsy-challenges-for-the-future/virtual-reality-in-rehabilitation-of-children-with-cerebral-palsy
2. https://www.researchgate.net/publication/224867329_Use_of_the_robot_assisted_gait_therapy_in_rehabilitation_of_patients_with_stroke_and_spinal_cord_injury
3. https://www.hocoma.com/solutions/lokomat/
4. https://www.medicalexpo.com/prod/hocoma/product-68750-438408.html
5. https://www.motekmedical.com/solution/grail/
6. https://en.wikipedia.org/wiki/Virtual_reality
7. https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/exoskeleton-rehabilitation
8. https://www.hocoma.com/solutions/armeo-spring/, https://www.nrcclinic.com/services/robotic-therapy/armeo-power/
9. https://www.researchgate.net/publication/318896038_The_role_of_information_and_innovative_technology_for_rehabilitation_of_children_with_Autism_A_Systematic_Literature_Review

Noé Girardet, 4 year bachelor
Faculty of Social Sciences and Humanities
Strasbourg University (Université de Strasbourg)
Viktoriia Horoshko, Candidate of Medical Sciences
National University «Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic»

INJURIES AND REHABILITATION OF HIGHLY QUALIFIED SWIMMERS DURING WATER SPORTS COMPETITIONS

Water sports have become very popular in the world among students. In order to reduce the risk of injury and disease at international competitions, first of all it is necessary to study the structure of injuries and morbidity in water sports. According to the classification of the International Olympic Commission, swimming as a sport includes athletic swimming, water polo, synchronized swimming and diving.

The purpose of this study is to explore the epidemics of injuries and morbidity in the competitive activities of talented athletes involved in water sports, based on literature data for further development of preventive measures.

In 2009, FINA made the first attempt to analyze competitive injuries and the prevalence of skilled swimmers [5]. Thus, it was noted that injuries occurred in 6.6% of cases, and 0.8% of the athlete's working time was lost. The main mechanism of injury was injury associated with excessive stress (37.5%). Non-contact injuries were

registered in 15.3% of athletes, contact – in 14.7%. After the 2013 World Swimming Championships, a specially designed protocol provided more detailed information on injuries and prevalence not only during the competition, but also in the pre-competition period (within 4 weeks before the competition). Water polo has got the highest number of injuries, and injuries mainly occur during competitions [6]. This is followed by swimming, diving and, finally, synchronized swimming. In other sports, injuries occur mainly during preparation for competitions (4 weeks before competitions). It was also noted that women are more prone to injury than men [1, 6]. Compared to men, female athletes are more likely to have hip injuries, fractures of the pelvis and femoral neck, spinal fusion, and non-contact damage to the anterior cruciate ligament. The cause of these injuries has not been thoroughly studied [1].

The most common injuries are shoulder injuries [3]; more than half of such injuries were recorded by swimmers. Head and neck injuries are more common in water polo athletes, but also occur during diving and synchronized swimming. Craniocerebral injuries are most common in swimming [9]. Regardless of the severity, traumatic brain injury causes diffuse structural changes in the brain that can lead to cognitive impairment, early dementia, and traumatic encephalopathy. The devastating effects of repeated traumatic brain injuries on the brain are known, and athletes, doctors, coaches and judges themselves should be informed about this [5]. Water polo is a game sport, and most injuries occur during competitive activities through contact with other players. Players do not have special protective equipment and are characterized by the head, neck, shoulder joints, eyes, mouth, lower extremities and abdomen (when the opponent kicks). A practical approach to injury prevention may be to review the rules and referees of the game [6].

During the studying, summarizing data on some injuries of water sports, there were significant discrepancies in the data and technical errors in the studied materials [2, 6]. This is due to the lack of a unified protocol for the registration of victims of international competitions and the misunderstanding of athletes, coaches and team doctors about the need to report the injured to the organizers of the competition. However, the analysis of literature data allowed us to make the following generalizations: 1) Insufficient attention was paid to the registration of injured in a particular sport and its systematization not only in competitions but also during the training period; 2) In the process of competitive activities, athletes increase the number of injured in all water sports, except for synchronized swimming; 3) The most traumatic sport is water polo, and most injuries occur during competitive training; 4) Although there is an increase in morbidity at the World Aquatics Championships, precautions already taken have reduced the incidence of upper respiratory tract infections; 5) In order to develop preventive and rehabilitation measures for athletes engaged in water sports, the level of injuries and morbidity needs to be more thoroughly investigated.

Conclusion. Injuries and illnesses pose a significant risk to the health of elite water athletes. Investigating the level of injuries and morbidity is the first step in their prevention. Medical support of sports competitions requires knowledge of the details of injuries and diseases that occur during competitions in a particular sport, and taking preventive measures.

References

1. Engebretsen L, Soligard T, Stefen K et al. Sports injuries and illnesses during the London Summer Olympic Games 2012 // Br. J. Sports Med. – 2013. – Vol. 47. – P. 407-414.

2. Frontera W.R. Epidemiology of sports injuries: implications for rehabilitation: in rehabilitation of sports injuries scientific basis. – Blackwell Science Ltd, 2003. – P. 3-9.

3. George C, Leonard J., Hutchinson M. The female athlete triad: a current concepts review // SAJSM. – 2011. – Vol. 23, N 2. – P. 50-56.

4. Junge A., Engebretsen L, Mountjoy M.L. et al. Sports injuries during the Summer Olympic Games 2008 // Am. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37. – P. 2165-2172.

5. Mountjoy M, Junge A., Alonso J.M. et al. Sports injuries and illnesses in the 2009 FINA World Championships (Aquatics) // Br. J. Sports Med. – 2010. – Vol. 44. – P. 522-527.

6. Mountjoy M, Junge A., Benjamen S. et al. Competing with injuries: injuries prior to and during the 15th FINA World Championships 2013 (aquatics) // Br. J. Sports Med. – 2015. – Vol. 49. – P. 37-43.

Viktoriia Horoshko, Candidate of Medical Sciences
National University «Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic»

ASSESSMENT OF THE IMPACT OF NORDIC WALKING ON THE HEALTH OF ELDERLY PEOPLE

The life expectancy of the world's population continues to increase, there is growing interest in maintaining and increasing physical activity and function in older people. Physical activity programs are implemented to promote the health of the elderly, such as interventions with aerobic exercise, resistance exercise and flexibility. Therefore, it seems important to know how effective physical activity interventions are.

Nordic walking (NW) is a relatively new method of gait training performed using ergonomic poles. The main purpose of using the sticks is to engage the muscles of the upper limbs to create supportive reaction forces, which results in increased energy expenditure [1]. Thus, NW is considered to be the recommended physical activity for the elderly people. There is a growing body of research reported on improving fitness, functional fitness, balance, strength, walking speed, and quality of life after NW training among untrained elderly people.

The aim of this study is to define Nordic walking as an alternative sport for the elderly with musculoskeletal injuries and chronic cardiovascular diseases.

Nordic walking, also known as pole walking or nordic pole walking, is a form of exercise or sport in which you use poles similar to ski poles to make walking, jogging or running more efficient. The primacy of describing pole walking as a separate sport

is disputed by Mauri Rapo and Marko Cantaneva, and in the late 1990s, pole walking developed into an independent sport.

Nordic walking requires the correct size of poles and typical outdoor training clothes such as high quality running shoes and clothing suitable for the weather conditions.

The poles used in Nordic walking are usually made from composites such as glass or carbon fiber. The idea behind poles is to provide extra power for each stride through the muscles of the upper body.

Usually the arms, chest, and large muscles in the upper back are hardly used when walking. Of course, they maintain a balance, but nothing more. When people use sticks in their hands to add power with each step, in fact, all the large muscles in their upper body are activated. The main driving forces are the large back muscles such as the latissimus dorsi and the triceps of the arms, but the movement also involves the biceps, pecs, and core muscles [2].

Benefits of Nordic pole walking. The benefits of Nordic walking over normal walking have been proven in numerous studies. One of the main benefits of pole vault walking is that it relieves some of the stress on the joints in the legs. This means that it is a great option, for example, for overweight people or people with knee problems.

Nordic walking has been shown to improve both bone density and muscle strength, as well as signs of sarcopenia or age-related muscle loss. This means that Nordic walking is ideal for the prevention and treatment of osteoporosis, especially when combined with strength training.

Overall muscle activation in Nordic walking is much higher than in normal walking. Nordic walking requires the person to make turns and arm movements. It also requires more active involvement of the major muscles, activating most of the muscles in the body.

Since most of the muscle mass is used, movement is much more efficient than just using the legs while walking. The extra power of the hand movements allows you to maintain a faster pace without even noticing it. The combination of using more active muscle mass and a faster pace will lead to significant improvements in aerobic capacity and endurance. The poles also provide excellent stability in rough or slippery terrain as there will always be at least two points of balance instead of one (per leg). This allows older people with balance and stability problems to move more efficiently and freely. On rough terrain, such as walking on a trail, poles can be used for added stability when negotiating obstacles [3, 4].

Nordic walking being rich in bodily activities, it is beneficial for circulation and heart health. Sport has been shown to be beneficial for neck and shoulder pain, which affects many people who sit a lot. This is because activating muscles and improving blood circulation reduce tension in the muscles of the upper body and neck.

In European countries, Nordic walking is one of the most recommended physical activities by family physicians for regulating weight, improving heart and circulatory function, and providing overall and effective exercise for the whole body [2]. Walking with sticks is widely used in the arsenal of methods of prevention, treatment and rehabilitation:

- with diseases of the cardiovascular system (with ischemic heart disease, arterial hypertension, vegetative-vascular dystonia, obliterating endarteritis of the vessels of the lower extremities);
- with non-specific chronic lung diseases;
- in diseases associated with metabolic disorders (obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus);
- for diseases of the musculoskeletal system (osteochondrosis, arthrosis, arthritis, osteoporosis);
- with nervous and mental diseases (with depressive states, Alzheimer's disease, Parkinson's disease).

Despite the fact that this sport has a moderate effect on the cardiovascular system, the musculoskeletal system, there are still restrictions and contraindications to the courses:

- herniated disc with radicular syndrome, myeloradiculopathy;
- decompensated aortic stenosis;
- violations of the heartbeat, heart rate (extrasystole, atrial fibrillation, tachycardia, bradycardia);
- hypertension crisis;
- early rehabilitation period after surgery, requiring bed rest.

Walking puts less strain on person’s joints than more vigorous activities such as running or aerobics. However, it helps reduce the risk of osteoporosis, and the chances of falling while walking are much less likely. Walking reduces the likelihood of a hip fracture, as shown in a study of more than 30,000 men and women aged 20 to 93. Results start to show in a month and a half of regular exercise.

Nordic walking is an ideal form of fitness for those who are physically inactive in life and cannot bring themselves to go to the gyms, do aerobics, exercise, and play sports. Scandinavian walking is a seemingly low-key sport, which, nevertheless, puts stress on the heart, lungs and muscles, and which is also indicated for very full people, the elderly, people in rehabilitation and suffering from diseases of the musculoskeletal system.

References

1. Линдберг А. Н. Скандинавская ходьба и джоггинг против болезней. Практический курс естественного движения. СПб.: Вектор, 2014.

2. Church T. S., Earnest C. P., Morss G. M. Field testing of physiological responses associated with Nordic Walking //Research quarterly for exercise and sport. – 2002. – Т. 73. – №. 3. – С. 296-300.

3. Svensson M. Nordic walking. Human Kinetics, 2009.

4. Walter C. Nordic Walking: The Complete Guide to Health, Fitness and Fun. – Hatherleigh, 2009.

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

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Узагальнення низки наукових розвідок вітчизняних і зарубіжних дослідників [1,2] указує на те, що професія ерготерапевта є клієнтцентричною, а сутність ерготерапії полягає у формуванні й розвитку навичок самообслуговування пацієнта/клієнта через застосування засобів працетерапії та ігрової діяльності. Головною метою діяльності ерготерапевта є збереження і зміцнення здоров'я клієнтів, покращення їх соціалізації та адаптації до умов побуту і праці. Під час занять ерготерапевт навчає одягатися, готувати їжу, займатися спортом, а також сприяє організації освітнього, трудового процесу, дозвілля тощо.

Як засвічує практика, саме ерготерапевт допомагає людям втілити свої наміри і бажання та виконувати повсякденні справи. Завдяки цьому людям різного віку з різними патологіями вдається долучатися до в освітніх, соціальних, спортивних проєктів та підвищити якість життя.

Алгоритм роботи ерготерапевта включає такі важливі кроки:

− індивідуальне оцінювання, що передбачає визначення ближніх і дальніх цілей індивідуальної програми ерготерапії разом із клієнтом та його родиною;

− організація занять задля досягнення визначених цілей;

− оцінка ефективності занять за об'єктивними критеріями;

− внесення змін до програми занять задля підвищення її ефективності.

На основі застосування відповідних діагностичних методик та аналізу одержаних результатів ерготерапевт може визначити перспективи розвитку окремих навичок і здібностей клієнта. Ураховуючи це, в індивідуальній програмі занять акцент ставиться на вдосконаленні навичок клієнта через розширення меж його діяльності, а також адаптації діяльності із модифікацією впливу середовища на заняттєву активність особи.

Зазначимо, що в процесі професійної підготовки майбутніх фахівців головна увага зосереджується на доцільності встановлення партнерських відносин між ерготерапевтом і клієнтом. Водночас, наголошується на тому, що ерготерапевт працює в складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, тому його діяльність повинна узгоджуватися з лікуючим лікарем, фізичним терапевтом, психологом, соціальним працівником та іншими членами цієї команди.

Наприклад, у роботі з хворими після інсульту доцільно спланувати заняття таким чином, щоб знизити ймовірність розвитку депресії, спричиненої втратою рухових можливостей і працездатності. Під час занять відбувається тренування пізнавальних функцій, тренування навичок навчання задля усунення когнітивних дисфункцій, тренування моторних навичок. Індивідуальні

ерготерапевтичні програми зорієнтовані на максимальне використання функції для задоволення потреб людини в робочому та соціальному середовищі, особистісних та домашніх умовах.

З огляду на це, у співпраці із психологом ерготерапевт розробляє програму терапії з урахуванням інтересів, потреб і провідних мотивів пацієнтів. Разом із соціальним педагогом знаходить підходи до включення пацієнтів у суспільне життя, забезпечення їх необхідним реабілітаційним обладнанням, а також створює заняттєвий профіль пацієнта. Відповідно до призначень лікаря невролога раціонально використовує можливості організму пацієнтів у процесі ерготерапії. Сприяє проведенню фізичним терапевтом занять лікувальної фізичної культури, допомагає розвивати в пацієнтів навички самостійних занять фізичними вправами, розширюючи межі їх рухових можливостей.

Узагальнюючи вищевикладене, підкреслимо, що ерготерапевт надає низку послуг, керуючись доказовою базою, встановлює взаємозв'язок між заняттєвою активністю пацієнта/клієнта, його навколишнім середовищем та визначає їх вплив на здоров'я і благополуччя людини. Водночас, ерготерапевт повинен розвивати здатність співпрацювати з різними медичними, соціальними службами та найближчим оточенням пацієнта/клієнта і безперервно підвищувати свій професійний рівень, ефективно втілюючи принципи реабілітаційного менеджменту.

Література

1. Піонтківська Н.І. Фізична реабілітація – важливий крок до незалежного життя після інсульту / Н.І. Піонтківська, Ю.В. Фломін, Н.І. Самосюк // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 8 (54). – С. 45-47.

2. Schreiber J, Sober L, Banta L, Glassbrenner L, Haman J, Mistry N, et al. Application of motor learning principles with stroke survivors. Occup Ther Health Care. 2000;13: 23-44.

О.О. Беспалова, к. пед. н., ст. викладач
кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
М.І. Лебедєва, магістрантка
кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка

АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З АРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Артроз (arthrosis – зчленування) (остеоартроз) – хронічне прогресуюче незапальне захворювання синовіальних оболонок суглобів різної етіології, яке характеризується дегенерацією суглобового хряща, структурними змінами субхондральної кістки і вираженим чи прихованим синовітом [7] та уявляє

собою одне з найбільш розповсюджених дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів, на яке страждає від 6,4 до 12 % населення світу [4].

Актуальність вивчення питання фізичної терапії хворих на артроз обумовлена соціальною значущістю проблеми щодо стрімкого зростання кількості хворих із даною патологією, зокрема осіб молодого працездатного віку. За даними ДУ «Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» станом на 2016 р. первинна інвалідність внаслідок захворювань кістково-м'язової системи і сполучної тканини зросла на 0,5%, порівняно з 2015 роком, і склала 4,9 на 10 тисяч дорослого населення. В структурі первинної інвалідності дорослого населення захворювання на деформуючий остеоартроз склали 4,0 %, а в структурі первинної інвалідності населення працездатного віку – 3,9 % [6]. На сьогодні в Україні офіційно зареєстровано більше ніж 500 000 хворих на остеоартроз, а отже кожен третій мешканець страждає на остеоартроз певних суглобів [4].

Аналіз наукових даних показує, що найчастіше дане захворювання уражує масивні суглоби нижніх кінцівок, при цьому ураження колінних суглобів виходить на друге місце після кульшового.

Серед найпоширеніших симптомів виділяють: біль у суглобі при ходьбі, при підйомі по сходинкам, під час та після сну, зменшення рухливості у суглобі, припухлість у суглобі та біль при пальпації.

Дане захворювання, окрім постійного болю в уражених суглобах, порушенням їх локомоторної функції, суттєво знижує якість життя людини, її працездатність і може призвести до більш серйозних наслідків, а саме непрацездатності та інвалідності. Окрім того, біль стає найбільш травмуючим психологічним фактором хвороби, який у подальшому супроводжується розвитком тривоги та депресії.

Аналіз літератури дозволяє нам стверджувати, що на сьогодні спостерігається стійка тенденція до пошуку науковцями ефективних шляхів вирішення проблеми фізичної терапії хворих на остеоартроз колінних суглобів [1; 2; 3; 6; 7].

Так, у роботах Зендик О.В., Гнесь Н.О., Бачік В.М висвітлюються результати застосування гідрокінезіотерапії як дієвого засобу фізичної терапії хворих на гонартроз колінного суглоба [2].

В. Будзин із співавторами у своїх дослідженнях акцентує увагу на ефективності застосування лікувальної гімнастики у відповідності до періодизації, яка передбачає поступове підвищення рівня фізичного навантаження [1].

Не менш значущими стали наукові доробки Козій Т.П., Бурлаки М.М, якими було описано санаторно-курортну реабілітацію хворих із артрозами колінних суглобів, яка передбачала комплексний підхід та включала декілька засобів: ЛФК, лікувальний масаж (класичний та сегментарно-рефлекторний), фізіотерапевтичні процедури (магнітотерапія, УВЧ-терапія, амплипультерапія), лікувальні ванни [3]. Отримані дані доводять ефективність використання природних факторів у комплексній реабілітації при артрозах, про що свідчать

позитивні зміни у всіх ланках патологічного процесу, а саме, зменшилися больові відчуття, збільшилася амплітуда та об'єм рухів у колінних суглобах, збільшилася м'язова маса і сила м'язів стегна хворих [3].

На комплексному реабілітаційному втручанні при остеоартрозі наголошують також і Литовченко [4], яка вказує на необхідність тривалого розвантаження ушкодженого суглоба з використанням ортопедичних засобів, дієтотерапію та засоби фізичної терапії – кінезотерапію, масаж, фізіотерапевтичні процедури, гідрокінезотерапію, механотерапію. В заняттях кінетотерапією дослідницею рекомендуються використовувати наступні фізичні вправи: загальнорозвиваючі, динамічні дихальні вправи, коригуючі, спеціальні вправи: ізометричні напруження м'язів з послідуючим їх розслабленням на уражені кінцівки, активні махові рухи з великою кількістю повторень до появи болю, динамічні вправи з незначним навантаженням в полегшених вихідних (при I та II стадіях захворювання), фізичні вправи у воді, заняття на тренажерах, трудотерапію.

У дослідженнях Нестерчук Н.Є. із співавторами зазначається провідна роль саме кінезотерапії, головними засобами якої стали ізометричні, ізотонічні, силові та інші вправи з обов'язковим визначенням інтервальності та тривалості їх застосування, які доповнюються фізіотерапію (лазеротерапією, ультразвуковою терапією та електротерапією), використанням акупунктури та масажу [5].

Таким чином, процес відновлення функцій колінних суглобів, уражених артрозом, є складним і залежить від своєчасного та комплексного реабілітаційного втручання.

Література

1. Будзин В., Гузій О., Жарська Н. Сучасні підходи до візичної реабілітації осіб з деформуючим остеоартрозом // Молода спортивна наука України – 2015. – №3. – С. 21-26.

2. Зендик О.В, Гнесь Н. О., Бачік В. М. Фізична реабілітація при гонартрозі колінного суглоба // Молодий вчений. – 2018. – С. 170-173.

3. Козій Т.П., М. М. Бурлака. Ефективність комплексної фізичної реабілітації при гонартрозах на базі санаторію «ГОПРИ» // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2015. – №5. – С. 125-130.

4. Литовченко В.О., Білостоцький А.І. Фізична терапія при остеоартрозі колінних суглобів I-II стадії // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології . – 2019. –№ 3 (1). – С. 54-57.

5. Нестерчук Н.Є., Костюк М.О., Гамма Т.В., Гірак А.М. Застосування фізичної реабілітації при артрозах // Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. – 2020. – №6. – С. 28-36.

6. Тарасенко О.М., Ліфаренко Є.Л. Первинна інвалідність унаслідок травм, захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини // Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік: аналітико-інформаційний довідник. Дніпропетровськ : АкцентПП, 2017. – С. 28-29.

7. Фігура О., Дужий Д. Значення лікувальної фізкультури у комплексній реабілітації хворих з гонартрозом // Сучасна гуманітаристика : збірник матеріалів XIII Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 18 жовтня 2019 р., Переяслав-Хмельницький, 2019. Вип. 13. – С. 120-125.

В.М. Бирчак, аспірантка
кафедри фізичної терапії, ерготерапії
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

ДИНАМІКА ОЗНАК ПОДРАЗНЕННЯ СЕРЕДИННОГО НЕРВА У ОСІБ ПОСТІММОБІЛІЗАЦІЙНОЮ КОМПРЕСІЙНОЮ НЕЙРОПАТІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Серед ускладнень, що суттєво знижують функціональні можливості дистальних відділів та всієї верхньої кінцівки після травми та іммобілізації, найчастіше зустрічаються тунельні синдроми, комплексний реґіонарний больовий синдром (Зудека), контрактура Дюпюітрена, неправильне зрощення кісткових уламків [4, 7]. Периферичні нерви, які розташовані у вузьких анатомічних каналах, стають дуже вразливими при травмах. Їх надмірне згинання або розгинання, тракція при переломах, стискання м’якими тканинами, гематомою, а потім – рубцевими зрощеннями, тертя та травматизація через кістковий мозоль під час активних рухів призводять до посттравматичних тунельних синдромів [3, 5, 8]. Широке розповсюдження ускладнених травм верхньої кінцівки, складна анатомія та підвищені вимоги до дрібної моторики потребують нових підходів до відновлення їх функції [2].

Цілі: визначення ефективності розробленої програми фізичної терапії за ознаками подразнення серединного нерва у хворих з постіммобілізаційними контрактурами променево-зап’ясткового суглоба, ускладнених компресійною нейропатією серединного нерва.

Методи. Обстежено 56 осіб з постіммобілізаційними контрактурами променево-зап’ясткового суглоба, ускладнених компресійною нейропатією серединного нерва, в результаті перелому кісток дистальних відділів передпліччя. Їх було поділено на дві групи: контрольну (займались згідно принципів поліклінічної реабілітації із переважанням пасивних засобів – мануальні техніки, преформовані фізичні фактори) та основну (займались за розробленою програмою фізичної терапії на основі принципів пацієнтоцентричної моделі Міжнародної класифікації функціонування із переважанням активних засобів – функціональне тренування; масаж; авторська комбінація – теплий вологий компрес в поєднанні з постізометричною релаксацією м’язів [6]; лікування положенням; кінезіологічне тейпування). Ефективність програми оцінювали за наявністю та ступенем болю (за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) та опитувальником нейропатичного

болю DN4), ознаками подразнення серединного нерва (Хоффмана-Тіннеля, Фалена, Дуркана), опитувальника Boston carpal tunnel questionnaire [2].

Результати. Після реабілітаційного втручання у всіх обстежених осіб виявлено зменшення інтенсивності болю в спокої та при рухах (за ВАШ). Зменшились ознаки його нейропатичного компонента (за опитувальником DN4). В основній групі майже не виявлялось, а в контрольній зменшилась розповсюдженість специфічних симптомів іритації нерва. Значно покращились результати функціонування передпліччя та китиці за Boston carpal tunnel questionnaire. За всіма досліджуваними показниками пацієнти обох груп виявили статистично значуще кращий результат у порівнянні із вихідними даними ($p<0,05$), проте особи основної групи показали кращий результат, ніж пацієнти контрольної групи ($p<0,05$).

Висновки. Розроблена програма фізичної терапії із переважним застосуванням активних реабілітаційних засобів виявила статистично значуще кращий вплив на вираженість ознак подразнення серединного нерва у порівнянні з поліклінічною реабілітаційною програмою.

Література

1. Бирчак В.М., Дума З.В., Аравіцька М.Г. Зміни психо-емоційного стану та функціональних можливостей передпліччя та зап’ястка як маркер ефективності фізичної терапії пацієнтів з постіммобілізаційними контрактурами внаслідок переломів дистальних відділів кісток передпліччя. Art of Medicine. 2020; 2(14): 23-31.

2. Бойчук Т., Голубєва М., Левандовський О., Войчишин Л. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації: навч. посібник. Львів: ЗУКЦ, 2010.

3. Голубєва М.Г. Принципи місцевого застосування фітопрепаратів при спортивних травмах. Педагогіка, психологія і медико-біологічні основи фізичного виховання і спорту. 2009; 9: 32-35.

4. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей. К.: Олимпийская лит.; 2007. – 79 с.

5. Мухін В.М. Фізична реабілітація в травматології: монографія. Л.: ЛДУФК, 2015.

6. Спосіб комплексної реабілітації хворих з контрактурами променево-зап’ясткового суглоба після зняття іммобілізації: Патент на корисну модель №134145 Україна: МРК A61F 7/02. № u 2018 08710 ; заявл. 14.08.2018 ; опубл. 10.05.2019, Бюл. № 9.

7. Albanese, G.A., Marini, F., Taglione, E., Gasparini, C., Grandi, S., Pettinelli, F., et al. (2019). Assessment of human wrist rigidity and pain in post-traumatic patients. International Conference on Rehabilitation Robotics. Proceedings. Jun, 89–94. DOI: 10.1109/ICORR.2019.8779508.

8. Wollstein, R., Harel, H., Lavi, I., Allon, R., Michael, D. (2019). Postoperative Treatment of Distal Radius Fractures Using Sensorimotor Rehabilitation. Journal of wrist surgery, 8(1), 2 – 9. DOI: 10.1055/s-0038-1672151.

В.П. Буйвало, викладач-стажист
кафедри фізичної терапії, ерготерапії та спортивної медицини
Сумський державний університет

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ У ВІКОВІЙ КАТЕГОРІЇ ДО 60 РОКІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

29 жовтня в усьому світі цей день відзначається як Всесвітній день боротьби з інсультом, який був встановлений Всесвітньою організацією по боротьбі з інсультом в 2006 році з метою привернення уваги населення на глобальному рівні до проблеми інсультів: питань профілактики, своєчасної діагностики та звернення за медичною допомогою, нових можливостей лікування та фізичної реабілітації.

Беручи до уваги показники захворюваності на інсульт, на 68-й нараді ВООЗ-Європа 2018 року за участі Всесвітньої та Європейської організації по боротьбі з інсультом, Всесвітньої федерації та Європейської академії неврології, був розроблений план дій по боротьбі з інсультом в Європі на 2018 – 2030 рр., з метою домогтися ефективного лікування 90% хворих на інсульт, зменшити абсолютне число інсультів в Європі на 10%, шляхом повного додержання національних стратегій систем охорони здоров’я в Європі.

З 2012 р. в Україні впроваджено клінічні рекомендації «Ішемічний інсульт» та «Реабілітація, профілактика і лікування ускладнень та планування виписки при ішемічному інсульті», уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги (УКПМД) «Ішемічний інсульт» і «Системний тромболізис при ішемічному інсульті» (Наказ МОЗ України від 3.08.2012 р. №602).

Розрізняють такі види тромболітичної терапії: медикаментозна - системний внутрішньовенний тромболізис, внутрішньоартеріальний 27 селективний тромболізис і тромболізис з використанням механічних пристроїв для реканалізації (аспіраційний катетер, пристрої Penumbra, Catch, Merci Retrieval System, ультразвукова деструкція тромбу). Можливе застосування комбінації медикаментозної і механічної реканалізації.

Незалежно від віку та статі альтеплаза значно покращує загальні шанси на хороший результат лікування інсульту у віковій категорії до 60 років. У віковій категорії хворих понад 60 років смертність після тромболітичної терапії значно збільшується. При зниженні рівня протромбінового часу та підвищенні рівня фібриногену в крові відмічається тенденція до зниження оцінки за шкалою Ранкіна наприкінці лікування.

У світовій практиці реабілітація після ішемічного інсульту провідне місце займає міждисциплінарний підхід, який передбачає участь декількох спеціалістів: фізичного терапевта (фізичного реабілітолога), який забезпечує відновлення рухових функцій, ерготерапевта (забезпечує відновлення функцій кисті), мовного терапевта (відновлення мови і ковтання) (логопеда), медичного психолога (слідкує за психологічним станом пацієнта і не допускає депресії).

Реабілітація хворих на інсульт проводиться у три етапи: I етап – ранній відновний (до 3 міс), III етап – залишкових порушень рухових функцій, резідуальний (понад 1 рік). З них I етап проводиться в стаціонарі під час лікарняного періоду реабілітації, II і III – у післялікарняний період. Тривалість етапів, як і періодів реабілітації, залежить від клінічного перебігу захворювання і ступеня порушення рухових функцій.

Відновлювальне лікування починається вже в гострий період інсульту, в період перебування хворого в неврологічному відділенні стаціонару. Через 3–6 тижнів, після гострого періоду, хворого переводять до реабілітаційного відділення стаціонару. Якщо після виписки з реабілітаційного відділення хворий продовжує потребувати реабілітації, її продовжують здійснювати амбулаторно, в умовах реабілітаційного відділення поліклініки або реабілітаційного центру. Завдання і засоби реабілітації в залежності від періоду захворювання істотно розрізняються.

Численними дослідженнями було підтверджено перевагу ранньої мобілізації пацієнтів, які перенесли інсульт. У багатоцентровому дослідженні AVERT (A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke, 2006) із застосуванням методів доказової медицини було встановлено, що проведення дуже ранньої реабілітації (в перші 14 днів з моменту інсульту) сприяє зниженню рівня інвалідизації і смертності в перші 3 міс. з моменту інсульту, зменшення залежності від оточуючих, частоти і вираженості ускладнень і побічних явищ, поліпшення якості життя хворих до кінця 1-го року з моменту інсульту. Подібні результати були отримані і в дослідженні VERITAS (Lenghome P. et al., 2010).

Отже, перспективами подальших досліджень є розробка та наукове обґрунтовування програми фізичної реабілітації для хворих на ішемічний інсульт у віковій категорії до 60 років після проведення системного тромболізису.

Література

1.Віничук С. М. Пошук нових підходів до лікування гострого ішемічного інсульту / С. М. Віничук, М. М. Прокопів, Т. М. Черенько // Український неврологічний журнал. – 2010. – № 1 (14). – С. 3-10.

2. Рокошевська В. В. Модель індивідуальної програми фізичної реабілітації після перенесеного мозкового геморагічного інсульту / В. В. Рокашевська // Молода спортивна наука України : зб. наукових праць з галузі фізичної культури і спорту. – Л., 2008. – Вип. 12. – Т. 3. – С. 193-196.

3. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008;359(13):1317–29. DOI: 10.1056/NEJMoa0804656.

4. Faulkner J. et al. Effect of Early Exercise Engagement on Cardiovascular and Cerebrovascular Health in Stroke and TIA Patients: Clinical Trial Protocol // Journal of Clinical Trials, 2014.

5. Trombolysis with alteplase 3 – 4,5 h after acute ischaemic stroke (SITS-ISTR): an observational study. Lancet. 2008;372(9646):1303–9. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61339-2. Epub 2008 Sep 12.

Є.В. Вишар, ст. викладач кафедри
фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавський інститут економіки і права
Л.В. Клеценко, к.пед.н., ст. викладач кафедри
фізичної терапії та ерготерапії
*Національний університет «Полтавська
політехніка імені Юрія Кондратюка»*

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ГРИЖАМИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ

За статистикою МОЗ біль у спині є 2-ю причиною звернення за медичною допомогою (після застуди) [1]. Науково-технічний прогрес, гіподинамія, шкідливі звички та ряд інших причин сприяють збільшенню чисельності хвороб хребта. Проблема давно актуальна для багатьох країн світу: ВООЗ навіть оголосила біль у спині пріоритетним дослідженням у 2000 – 2010 рр. За даними Міністерства охорони здоров'я України до 21,8 % населення нашої країни страждає на остеохондроз хребта та біль у спині, а в США і країнах Західної Європи – до 40-80 % населення [2].

Поява сучасних методів та засобів у фізичній реабілітації призвела до застосування нових методів, що забезпечують більш ефективне відновлення пацієнтів. Програма фізичної реабілітації осіб при міжхребцевих грижах поперекового відділу хребта в більшості реабілітаційних закладів включає в себе (кінезіотерапію, сегментарно-рефлекторний масаж, постізометричну релаксацію, фізіотерапію, механотерапію, кінезіотейпування та інші) їх поєднання залежить від стадії захворювання, функціонального стану, локалізації грижі, реабілітаційного потенціалу його та від клінічних проявів – дискомфорту, болю, слабкості м'язів тощо.

Застосування лікувального масажу сприяє ліквідації неврологічних проявів міжхребцевих гриж поперекового відділу хребта, покращенню крово- та лімфообігу на ділянці дегенеративно-дистрофічних змін міжхребцевих дисків, здійснює знеболюючу, розсмоктуючу дію та нормалізацію тонусу м'язів.

Лікувальна гімнастика проводиться з метою покращення крово- та лімфообігу, зменшення макро- та мікротравматизації шийного відділу хребта і периферичних тканин, зменшення компресії спинно-мозкових корінців, збільшення сили та силової витривалості м'язів верхнього плечового поясу, попереку та інших основних м'язових груп, зняття спастики, відновлення фізіологічних вигинів хребта, покращення загальної працездатності. Лікувальна гімнастика повинна включати в себе вправи для цілеспрямованого впливу на ділянку поперково-крижового відділу, нижніх кінцівок та загально-розвиваючого впливу на зону шийно-грудного відділу хребта та верхніх кінцівок.

Постізометрична релаксація – це нова методика м'якої мануальної терапії, в основі якої лежить поєднання короткочасного (5-10 с) напруження м'язів мінімальної інтенсивності та подальшого пасивного розтягування м'язів (5-

10 с). Переваги методу постізометричної релаксації: метод є безпечним; доступним; має високу стійку ефективність; надає аналгезуючу дію; релаксує м'язи. Завдання постізометричної релаксації: загальнотонізуючий вплив, покращення трофіки переартикулярних тканин, зниження гіпертонусу м'язів.

Загалом, аналізуючи опрацьований матеріал, можна зазначити, що найбільш ефективним під час лікування хворих із грижами між хребцевих дисків є комплексний підхід з використанням таких засобів фізичної реабілітації як лікувальна фізкультура, масаж, постізометрична релаксація тощо. Комплексне використання цих засобів з урахуванням причин виникнення захворювання, клінічних проявів, віку, рухового режиму та функціонального стану організму дає можливість цілеспрямовано сприяти максимальному відновленню функціональних змін організму.

Література

1. Міфи про біль у спині. МОЗ: веб-сайт. URL: https://moz.gov.ua/article/health/mifi-pro-bil-u-spini (дата звернення: 10.11.2020).

2. Шульга Л.М. Оздоровче плавання: навчальний посібник / Л.М. Шульга. – К.: Олімп. л-ра, 2008. – 232 с.

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

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ ОРГАНІЗМУ ПРИ АУТОІМУННОМУ ТИРЕОІДИТІ

Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) займає провідне місце серед аутоімунних захворювань, частка якого неухильно збільшується в структурі всієї тиреоїдної патології. Доведено, що АІТ є мультифакторним захворюванням, формування якого зумовлене взаємодією чинників довкілля із спадковою схильністю. При певних умовах ця взаємодія індукує аутоагресію, що приводить до поступового та повного знищення тиреоцитів [3]. Проблема фізичної реабілітації пацієнтів з АІТ є малодослідженою, актуальним залишається питання обґрунтування застосування методів фізичної терапії у підтриманні високого якості життя осіб із АІТ та гіпотиреозом.

Аутоімунний тиреоїдит розвивається поступово та тривалий час пацієнтів не турбує. Найчастіше АІТ вже діагностують у стані гіпотиреозу**.** Гіпертрофічний варіант АІТ (зоб Хашимото) зустрічається майже у 90% випадків і проявляється прогресуючим збільшенням щитоподібної залози, відносно повільним розвитком гіпотиреозу. Основним засобом терапії є препарати тиреоїдних гормонів у повній замісній дозі, що, як правило, призначають пожиттєво. Мета медикаментозного лікування – це усунення

гіпотиреозу й зменшення розмірів щитовидної залози, при цьому замісна терапія тиреоїдними гормонами майже завжди ефективна. Однак, призначення медикаментозного лікування не вирішує всіх проблем якості життя хворих з АІТ. Реабілітація цієї групи хворих є складним, багатостороннім процесом, важливим етапом якого є диспансеризація хворих з максимально повною реадаптації й ресоціалізації, стійкою компенсацією дефіцитних функцій щитовидної залози або адаптацією хворих до змінених умов життя при збереженні дисфункції.

В літературі описано способи лікування хворих з аутоімунний тиреоїдит шляхом ультразвукового впливу і внутрішньотканинного електрофорезу йоду на область щитовидної залози для стимуляції діяльності щитовидної залози при гіпотиреозі з наявністю залишкових функціональних можливостей щитовидної залози. Відомий також спосіб лікування хворих з АІТ із застосуванням мікрохвиль дециметрового діапазону на передню поверхню шиї [1]. Для лікування АІТ останнім часом використовується низькоінтенсивна лазеротерапія, що має багатосторонню лікувальну протизапальну дію, зменшує проникність судинних стінок, стимулює імунний захист організму. Рекомендується також курс нормобаричної інтервальної гіпоксії.

В останні роки завдяки все більшого поширення набуває ендоекологічна реабілітація, що включає: санацію екологічного оточення клітин шляхом стимуляції інтерстиціального транспорту та лімфатичного дренажу з використанням спеціальних зборів лікарських рослин, видалення ендо- та екзотоксинів із організму; нормалізація гомеостазу та процесів адаптації на основі відновлення вітамінного та мікроелементного балансу; підтримка стабільного стану організму, починаючи з нормалізації харчування й харчової поведінки та закінчуючи нормалізацією біоценозу кишечника [1].

Проблема фізичної терапії пацієнтів з АІТ є малодослідженою. Особливий інтерес викликає визначення ефективності терапевтичних вправ, зокрема занять йогою, при гіпотиреозі з аутоімунним тиреоїдитом, однак, ми не знайшли повноцінного дослідження цього ефекту. Йогічні вправи при гіпотеріозі позитивно впливають на психічний стан пацієнтів, зменшуючи вплив стресових факторів і змінюючи стан імунної системи, що дуже важливо при аутоімунних захворюваннях. Тривалі заняття хатха йогою позитивно впливають на стан обміну речовин, фізичну працездатність пацієнтів. Виділять кілька груп технік, рекомендованих різними авторами: перевернуті пози; прогини, особливо з закиданням голови; дихальні техніки; бандха і мудри; динамічні техніки [2].

При застосуванні програми фізичної терапії з використанням практики йоги у разі аутоімунному тиреоїдиту, ускладненого гіпотиреозом, необхідно вирішити такі основні завдання: активізація симпато-адреналової системи для посилення активності щитовидної залози; стимуляція вироблення тиреотропного гормону гіпофізом; стимуляція кровотоку безпосередньо в щитовидній залозі. В оздоровчі заняття необхідно включати: дихальні практики, аеробні вправи та асани йоги, аутогенний тренінг. Оздоровчі тренування при гіпотиреозі включають в себе динамічні вправи для всіх суглобів. У тренуванні використовується принцип «розсіювання м'язової

навантаження», тобто передбачають вправи для м'язів тулуба, верхніх і нижніх кінцівок. Для поліпшення перистальтики кишечника корисно виконувати діафрагмальне дихання, для поліпшення вентиляції легенів – техніки повного дихання.

Отже, лікування та реабілітація хворих з АІТ є мультифакторіальною проблемою, що потребує комплексного підходу. Застосування методів фізичної терапії в реабілітаційних програмах сприяє поліпшенню параметрів неспецифічних адаптаційних реакцій організму, покращує якість життя хворих.

Література

1. Борисова Т.А., Курникова И.А., Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е. Перспективы эндоэкологической реабилитации больных аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы. *Фундаментальные исследования*. № 11-3. 2011: 491-4.

2. Волошко Л.Б. Можливості застосування фізичної терапії в реабілітації пацієнтів із аутоімунним тиреоїдитом. Tendenze attuali della moderna ricerca scientifica: der Sammlung wissenschaftlicher Arbeiten «ΛΌΓΟΣ» zu den Materialien der internationalen wissenschaftlich – praktischen Konferenz (B. 3), 5. Juni, 2020. Stuttgart, Deutschland: Europäische Wissenschaftsplattforms: 49-51.

3.Чекалкіна Н.І., Гольденберг Ю.М., Петров Є.Є., Боряк В.П., Настрога Т.В. Сучасні уявлення про АІТ (огляд літератури). Діагностика та лікування. *Вісник проблем біології та медицини*. Вип. 4. Т.1 (96). 2012: 36-41.

Л.Б. Волошко, к.пед.н., доцент
завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
В.В. Білан, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ПРОГРАМА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЙ ХРЕБТА У СТУДЕНТІВ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНО-ГРУДНОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА

З метою лікування та профілактики вертеброгенних проявів остеохондрозу шийно-грудного відділів хребта у студентів-спортсменів, представників ігрових видів спорту, теоретично обґрунтована та розроблена експериментальна програма вторинної профілактики порушень функцій хребта у студентів з остеохондрозом шийно-грудного відділів хребта в стадії ремісії.

Експериментальна програма розроблена з врахуванням завдань та особливостей тренувальної діяльності студентів-спортсменів і спрямована на створення передумов, необхідних для збереження та покращення спортивної форми, працездатності та результативності спортсменів-ігровиків.

Вибір реабілітаційних методів і засобів здійснювався з урахуванням: причин та клінічних проявів остеохондрозу; етапу реабілітації, рухового режиму, віку, статі, спеціалізації у виді спорту; протипоказань; завдань стосовно кожного спортсмена; засобів та форм для вирішення цих завдань; принципів педагогічного впливу фізичних вправ та дозування фізичного навантаження; клініко-фізіологічної дії на організм; реакції організму на фізичне навантаження.

Під час реалізації даної програми вирішувалися загальні та спеціальні завдання.

Загальні завдання: профілактика прогресування неврологічних проявів остеохондрозу на початкових стадіях захворювання; усунення неврологічних проявів остеохондрозу з наступною стабілізацією хребетних рухових сегментів.

Спеціальні завдання: ліквідація або зменшення больового синдрому; створення умов для максимального розвантаження хребта, що сприяє витягненню нервових корінців, підвищенню їх еластичності, зміцненню м'язів шиї, тулубу, верхніх кінцівок; протидія виникненню рефлекторної нейрогенної контрактури в ураженому плечовому суглобі; збільшення амплітуди рухів, зміцнення м'язів шиї, тулубу, верхніх кінцівок, покращення їх силових показників, витривалості, нормалізації тонусу.

Розробляючи експериментальну програму вторинної профілактики порушень функцій хребта у студентів з остеохондрозом шийно-грудного відділів хребта в стадії ремісії, дотримувалися основних принципів реабілітації спортсменів при захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату [1].

Для вирішення поставлених завдань були використані наступні засоби фізичної реабілітації: мануальна терапія; лікувальна фізична культура; сегментарно-рефлекторний масаж.

Реалізація експериментальної програми вторинної профілактики порушень функцій хребта у студентів з остеохондрозом шийно-грудного відділів хребта в стадії ремісії здійснювалася у три періоди: ввідний, основний і заключний, що різнилися завданнями, руховою активністю, спрямованістю та засобами реабілітації [2]. Перший період – ввідний, тривав один тиждень і відповідав щадному руховому режиму. Другий період – основний, відповідає щадно-тренуючому режиму, тривалість 3 тижні. Завдання II періоду: тренування уражених м'язових груп; відновлення рухового стереотипу; відновлення трофіки; сприяння ліквідації компресії та супутнього запалення корінців спинного мозку. Засоби реабілітації II періоду: лікувальна фізична культура (15 занять, щоденно); лазеротерапія (на курс – 10 процедур, щоденно). Третій період – заключний, відповідає тренувальному режимові рухової активності, тривалість 3 тижні. Завдання III періоду: тренування уражених м'язових груп; ліквідація периневральних спайок; повне відновлення рухів та амплітуди у суглобах; ліквідація компресії та супутнього запалення корінців. Засоби реабілітації у III періоді: основним засобом III періоду було визначено лікувальну гімнастику з використанням нетрадиційних статичних і динамічних вправ.

Основними засобами програми визначено фізичні вправи. Комплекси розроблені на основі корегуючих вправ, вправ з атлетичної гімнастики, статичних поз йогів, стретчінгу з метою підвищення статичної витривалості м'язів хребта і підтримки хребетних сегментів у коригуючому положенні та динамічних вправ, які застосовували для компенсації об'єму рухів у плечових суглобах і шийно-грудному відділах хребта.

Література

1. Герус А. И. Остеохондроз. Лечение, реабилитация, профілактика средствами и методами физической культуры. Минск: Медицина, 2003. – 148 с.

2. Грейд Б. П. Больові синдроми і деякі захворювання опорно-рухового апарату у спортсменів. – Львів: Світ, 1992. – 92 с.

О.В. Гордієнко, ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
заст. декана факультету фізичної культури та спорту
Д.М. Зайченко, студент 1 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ АТО

Уже сьомий рік на Сході України триває війна на території українського Донбасу. «Відповідно до статичних даних, отриманих від Міністерства у справах ветеранів, станом на 1 липня 2019 року нараховується майже 370 тис. осіб, які отримали статус учасника бойових дій (УБД) із числа осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в АТО (ООС). Серед жертв війни на сході України налічується від 29 до 31 тисячі поранених, серед яких від 9,5 до 10,5 тис. українських військовослужбовців про це йдеться в матеріалах проєкту «Без Броні», оприлюднених у рамках прес-конференції на тему «Стан ветеранського руху в Україні».

Навіть місяць, проведений в умовах війни, як правило, не проходить безслідно, залишаючи шрами на тілі та відбитки на психічному здоров'ї, з якими потім треба довго працювати. Оскільки учасників бойових дій насправді багато, питання їхньої реабілітації є ключовим у сьогоднішній реальності і потребує комплексного підходу. Станом на 1 липня 2019 року, офіційний статус особи з інвалідністю внаслідок війни мають майже 11 тисяч ветеранів. Ця кількість суттєво збільшилася протягом 2020 року.

Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників АТО нині є одним з найбільш значущих питань, якому приділяється значна увага в засобах масової інформації та яке виноситься на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій. З АТО (ООС) хлопці повертаються у важкому фізичному, психологічному, психічному стані. Основна задача

повернути їх до життя. Багато способів реабілітації, один із них – спортивна. Спортивна реабілітація являє собою не лише лікування травм у спортсменів, а і швидке і повне відновлення їх стану, щоб вони змогли в найкоротший час повернутися до своїх попередніх станів. Саме спортивна реабілітація також повертає до повноцінного життя тяжкопоранених бійців АТО**.**

Найпоширенішими серед поранень на війні є вогнепальні та мінно-вибухова травми (травми від фрагментів снарядів). Своєрідність мінновибухової патології – у тяжкості уражень кінцівок, в одночасному ураженні органів та систем іншої локалізації. Найчастіше (у 72% випадків) при мінно-вибухових та вибухових травмах уражається голова та кінцівки, в залежності від того, на якій відстані знаходилася людина від місця вибуху.

Слід відмітити, що останнім часом кількість травм опорно-рухового апарату, зокрема, верхніх та нижніх кінцівок збільшилась. Найбільш важкими, з точки зору реабілітації, є внутрішньосуглобові пошкодження.

Структура вогнепальної травми за локалізацією у військових конфліктах (за даними І.Ю. Бикова, Н.А. Єфименко, Є.К. Гуманенко, 2009) в % [1].

Локалізація поранень	ВВВ (1941, 1945 рр.)	Війна в Афганістані (1979, 1989 рр.)	Війна на Північному Кавказі		Війна в Афганістані, Іраку (з 2001 р. по 2009 р.) (США)
			1994–1996 рр.	1999, 2002 рр.	
Голова	7,0-13,0	14,8	34,4	26,3	26,3
Шия	0,5-1,5	1,6	1,1	0,9	
Груди	7,0-12,0	11,6	7,4	8,3	4
Живіт	1,9-5,0	8,3	4,5	4,9	6
Таз	5,0-7,0	3,8	3,5	4,8	8
Хребет	0,3-1,5	0,8	1,2	1,6	9
Кінцівки	59,0-85,0	59,1	47,9	53,3	58
Поєднані		23,4	23,3	24,1	11

Сучасні методи спортивної реабілітації учасників АТО (ООС) включають в себе повноцінне відновлення фізіологічної функції руху, лікування набряків і запального процесу, які зачасту бувають після оперативного втручання. Також необхідна максимальна стимуляція відновних процесів, підтримання нормальної рухливості суглобів і, відповідно, повернення до колишньої фізичної форми. Важливо попередити втрату м'язової сили та маси і відновити нормальну глибоку чутливість та рухову стабільність суглобів.

Фізкультурно-спортивна реабілітація – один із самих дієвих способів залучити молодих людей з інвалідністю до систематичних занять фізичною культурою і спортом. Вона дає змогу інвалідам відчути свою необхідність в

команді, проявити свої індивідуальні навички та таланти і само реалізувати себе в суспільстві.

Спортивна реабілітація поранених перш за все починається з ретельного огляду пораненого у відновний період після операції, оцінки додаткових методів обстеження, які допомагають виявити патологічні зміни м'язів та суглобів.

Розробкою програм реабілітації учасників АТО займається безпосередньо український уряд. Не залишилися осторонь і волонтери: вони збирають кошти на придбання протезів для тих, кого війна зробила інвалідами.

Міжнародна спільнота й громадські організації також допомагають українській владі в лікуванні військових, які отримали поранення або стали інвалідами. На сьогодні поширена практика залучення учасників бойових дій до спортивних змагань, зокрема серед ветеранів війни, військовослужбовців; розвиток міжнародного співробітництва щодо залучення учасників бойових дій до спортивних змагань та інших заходів за участю держав – членів НАТО, а також стратегічних партнерів Альянсу. Для кожного підготовлено індивідуальну програму тренувань, оскільки є різні поранення, різна фізична підготовка. Тренування з легкої атлетики та гімнастики проводять професійні тренери. Між тренуваннями перед кожним ставлять індивідуальні спортивні задачі.

У Києві другий рік за ініціативою КБУ «Київський міський центр допомоги учасникам антитерористичної операції» в партнерстві з Національною радою зі спортивної реабілітації та Федерацією легкої атлетики України тривають тренування з марафонського бігу.

Уповноважений Президента України з питань реабілітації учасників бойових дій Вадима Свириденка відзначає, що вони пишаються, що можуть допомогти реабілітації наших захисників. Адже це надзвичайно важливо – отримати можливість віднайти себе у мирному житті, у командних тренуваннях – в оточенні людей, що мають аналогічний досвід. До того ж, професійні тренери враховують індивідуальний рівень кожного учасника тренувань, дають кожному проявити себе», за два роки ветерани і військові АТО брали участь у багатьох забігах не лише в різних регіонах України, а й за її межами.

Війна, якщо так можна сказати, зрушила реабілітаційний процес. До війни у нас були реабілітологи, але вони давали інакші послуги. Завдання, які має вирішувати спортивна реабілітація, не закінчаться з останнім пострілом на війні чи з останнім виписаним з госпіталю солдатом. Це проблема найближчих десятиліть. І від того, хто її вирішуватиме, залежить багато [2].

Основні проблеми, які необхідно вирішувати, наступні.

Ізольованість ветеранів АТО і ВПО з травмами опорно-рухового апарату, складна адаптація до нових умов існування. Відсутність необхідних вмінь та навиків щодо самообслуговування, залежність від допомоги оточуючих у побуті. Обмеженість можливостей для професіонально-трудової діяльності для ветеранів АТО, що отримали травми опорно-рухового апарату через брак інформації про можливі варіанти реалізації себе у спорті вищих досягнень.

Інтеграція ветеранів АТО і ВПО з обмеженими фізичними можливостями в соціум та прийняття їх на рівних умовах, забезпечення здорового і безпечного способу життя, скерування учасників проекту до подальших систематичних занять фізкультурою і спортом та орієнтування на подальшу професійно-трудову діяльність, залучення до змістовного дозвілля.

Література

1. https://gurt.org.ua/news/informator/39721/

2. Котенко П.К. Движение легкораненых и легкобольных в военных госпиталях / П.К. Котенко, Р.В. Пак, В.Ю. Головинова // Военно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 335, № 9. – С. 14-19.

В.І. Горошко, к. мед. н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
І.В. Денисенко, студентка 3 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ РОБОТИ ЕРГОТЕРАПЕВТА ПРИ СУПРОВОДІ ЛЮДЕЙ З ВАДАМИ ЗОРОВОГО АПАРАТУ

Сучасне суспільство характеризується зростанням орієнтації на людину, прагненням до кращих шляхів інтеграції в суспільство людей з обмеженими можливостями, забезпечення їх рівних прав та рівних можливостей у суспільстві та доступу до соціального та інформаційного простору. Проблема соціальної адаптації при порушенні зору в різних сферах людського життя є однією з найскладніших проблем в науках про людину, а реабілітація – одна з багатьох, які пов'язують різні рівні людського існування. У галузі тифології, практичної психології зібрано широкий теоретичний та практичний матеріал про діяльність реабілітологів у зв'язку з проблемами реабілітації людей з вадами зору, велика робота проводиться у розвитку ерготерапії з напрямку, спрямованого на полегшення процесу психосоціальної реабілітації таких людей.

Встановлено, що люди з вадами зору мають трохи нижчий рівень фізичний рівень та фізичний розвиток порівняно з найбільш здоровими однолітками. Це пов’язано з тим, що дитячі розлади зорових органів та порушення роботи зорового аналізатора негативно впливають на повноцінний розвиток вищої нервової діяльності, особливо на процес пізнання навколишнього середовища. Недостатня спортивна активність є результатом поганого зору людини, у свою чергу, затримка фізичного розвитку, зниження рухової функції, координації, просторової орієнтації, та інших важливих особливостей.

В історико-психологічному плані можна виділити різні теоретичні та поведінкові підходи, які зважають на те, що постають проблеми соціальної перебудови людей з вадами зору. Одним із таких підходів є стан гомеостазу.

Ідея «гомеостазу» визначається як стан рівноваги системи, що проходить через процес взаємодії та порушення кількох внутрішніх і зовнішніх факторів (А.Г. Маклаков). Процес адаптації людей з вадами зору до навколишнього середовища, нових умов життя, вважається тривалим, складним, а іноді і болісним. Цього можна уникнути, як показав А.Г. Литвак, втрутившись у процес виправлення таких вад та відновлення гомеостазу (індивідуального та екологічного балансу), щоб його змінити за допомогою коригуючих заходів ерготерапії, повністю або частково уникнути таких вад в похилому віці. З часів Л.С. Виготського, який одним із перших звернув увагу на вади зору як соціальну проблему, значущу та провідну роль у відновленні балансу із довкіллям у тифлології відводять соціальним факторам – ступеню розвитку суспільства та його взаємодії з людьми, у яких присутні вади зору, а також розвиток освітньої системи, охорони здоров'я, реабілітації та зайнятості, створення кращого життя, готовність громади до створення життєвого середовища для людей з обмеженими можливостями. Крім того, особлива роль у відновленні балансу з навколишнім середовищем відводиться його діяльності та свідомості. Одною із найважливіших умов адаптації до соціального середовища людей з тяжкими порушеннями зору є їх включення до діяльності.

Немає жодного органу чи системи в організмі людини, на діяльність яких, за словами П.Ф. Лесгафта, не впливали б фізичні вправи. Завдяки фізичній активності підвищується рівень та інтенсивність обмінних процесів в організмі. Загальні фізичні навантаження впливають і на роботу м'язів ока, зокрема циліарного, а відтак і на гостроту зору [1].

Відомий радянський офтальмолог В.П. Філатов висловив думку, відповідно до якої загальні патологічні процеси в організмі можуть несприятливо позначатися на стані зовнішньої оболонки ока – склери та послаблювати її, створюючи тим самим умови для розтягування склери і розвитку короткозорості [2]. Крім того, багатьма дослідниками було встановлено, що патологічні процеси в організмі можуть здійснювати несприятливий вплив не тільки на склеру, але і на циліарний м'яз ока. Наслідком цього може бути ослаблення акомодації, що створює основу для розвитку короткозорості при зоровій роботі на близькій відстані, оскільки циліарний м'яз може ослабнути в результаті його недостатньої тренованості і зниженого кровопостачання.

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 [3].

Реабілітація для людей із вадами зору є комплексною. Для досягнення вагомих результатів призначають ЛФК, вправи для очей, масаж, фізичну терапію та спеціальні рухливі ігри. Метою лікувальної фізичної культури є забезпечення всебічної та спеціальної методики розвитку людей із вадами зору, шляхом відновлення та вдосконалення їх фізичних та психофізичних здібностей.

Під впливом фізичних вправ у людей з вадами зору значно знижується захворюваність і підвищуються показники фізичного розвитку. Засобами

фізичної культури можна коригувати у них цілу низку порушень, компенсувати неповноцінність організму, поліпшити функціональний стан рухового аналізатора, проводити профілактику розвитку патологій зорового апарату. В цілому це сприяє поліпшенню якості та підвищенню психологічної комфортності життя пацієнтів з порушеннями зору.

У теоретичних та експериментальних дослідженнях (В.М. Акімушкін, К.С. Моргулик; М.І. Земцова; А.М. Кондратов т. ін.) було показано, що визначальним фактором для подолання виникаючих бар'єрів є різні види діяльності, когнітивний розвиток, оскільки позитивно впливає на розвиток основних психічних функцій. Процес відновлення психічної рівноваги, подолання депресійних ситуацій, спричинених втратою зору, також пов'язаний із включенням у діяльність. Останнім часом проблеми соціальних змін людини з важкими порушеннями зору розглядаються з погляду теорії депривації; слово «депривація» вживається в англійській літературі для позначення втраченої, позбавленої чогось.

Таким чином, поняття «психічна депривація» та «дезадаптація» стосується порушення балансу людського організму та навколишнього середовища, а наслідки наявності глибоких порушень зору, з точки зору теорії депривації, можна розглядати, як «виразка депривації», яка може проявлятися у вираженні інтелектуальної напруги, порушеннях перебігу психічних процесів, рухових проблем, у повторному вираженні незалежності, у формуванні геологічної поведінки.

Висновок. Сьогодні дедалі більше людей мають ті чи інші захворювання очей. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 285 мільйонів людей по всьому світі потерпають від порушень зору. Вагома частка з них – діти, при цьому патологія зору має значний негативний вплив на подальший розвиток людини, зокрема на рівень розвитку рухових якостей (сили, швидкості, гнучкості, спритності). Необхідні елементи для фізичної реабілітації людей з обмеженими можливостями є такі: комплексний підхід до організації фізичних навантажень; сегментарний та загальний масаж; корекційно-спрямовані заняття з фізичного виховання акредитованих навчальних закладах різного типу та рівня. Тому під впливом фізичних вправ, у людей із вадами зору, захворюваність значно зменшується, а фізичний розвиток збільшується. Загалом це сприяє поліпшенню та якості психологічного комфорту пацієнта з порушенням зору. Щоб правильно організувати роботу з людьми, у яких вади зору, потрібне комплексне втручання медичних працівників, викладачів, підтримка родичів та друзів.

Література

1. Лесгафт П.Ф. Избранные педагогические сочинения / П.Ф. Лесгафт; [Вступ, ст. И. Н. Решетень; АПН СССР]. – М .: Педагогика, 1988. – 398 с.

2. Аветисов Э.С. Занятия физической культурой при близорукости / Э.С. Аветисов, Ю.И. Курпан, Е.И. Ливадо. – М. : Физкультура и спорт, 1980. – С. 23-25.

3. Данків А. Фізичний розвиток молодших школярів з вадами зору / А. Данків // Молода спортивна наука України. – 2005. – Т. 2, Вип. 9. – С.143-145.

В.І. Горошко, к. мед. н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
І.В. Десятник, студентка 1 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ СПОСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ВІКОМ 40-45 РОКІВ

На сьогоднішній день інсульт – одне з найпоширеніших захворювань та є однією з основних причин смертності у світі. Щорічно фіксують близько 16 мільйонів нових випадків хвороби. Майже 6 мільйонів осіб помирають внаслідок інсульту. За статистичними даними МОЗ України, щороку у країні відбувається 140 000 інсультів.

Чим швидше пацієнту буде надано фахову допомогу, то більше його шанси уникнути важких ускладнень та інвалідизації. У більш ніж 62% пацієнтів, що перенесли інсульт, зберігаються різного ступеня порушення рухів, розлади координації, чутливості, мови, інтелекту, пам’яті. Найбільш частими наслідками інсульту є рухові розлади у вигляді паралічів і парезів різного ступеня складності [1].

Розробка і впровадження нових методів, спрямованих на реабілітацію пацієнтів після перенесеного інсульту, є актуальними. Відновлення колишньої працездатності після мозкового інсульту у більшості людей проблематично. Тільки 10 – 20% повертаються до праці, з них близько 8% зберігають свою професійну придатність, 25% потребують сторонньої допомоги [4]. Лікування таких хворих довготривале та затратне, спочатку направлене на стабілізацію життєвих показників, а далі – на повернення до нормального життя, вторинну профілактику. Необхідною складовою обов’язково виступає якісна комплексна фізична реабілітація. Реабілітація починається з першого дня інсульту, якщо хворий усвідомлює цей процес, то може приймати в ньому участь. Екстрена терапія та реабілітація нерозривно чередуються. Проблеми, які можуть ускладнити реабілітаційний процес – це пневмонія, повторний інсульт, тромбоемболія легеневої артерії. Доведено, раніше розпочата реабілітація призводить до кращого результату.

Основними принципами реабілітації є: ранній початок реабілітаційних заходів; систематичність і тривалість, що можливо при добре організованій поетапній побудові реабілітації; комплексність, мультидисциплінарність,

адекватність реабілітаційних заходів; активна участь у реабілітації самого хворого, його близьких і рідних.

Нині при всьому різноманітті методик, що використовуються для відновлення втрачених рухових функцій у хворих з інсультом, ця проблема продовжує залишатися актуальною.

В даний час потенціал медикаментозної терапії при лікуванні інсульту дуже широкий, включаючи ряд препаратів, які впливають на багато взаємозв'язків в етіології інсульту. Нерідкі випадки, коли застосовують лише медикаментозне лікування, яке є недостатньо ефективним.

Проте найбільший ефект реабілітаційних заходів спостерігається на ранніх стадіях одужання. Відомо, що найчастішими наслідками інсульту є параліч та рухові порушення у формі різного ступеня тяжкості паралічу. Немедикаментозна терапія, така як акупунктура, мануальна терапія, фізіотерапія та фізіотерапевтична реабілітація, є оптимальними для поліпшення рухової функції. При лікуванні рухових розладів основними методами рефлекторної терапії, за даними літератури, є акупунктура, точковий масаж та електростимуляція для зняття м'язової напруги та запобігання розвитку м'язових скорочень у людей, які перенесли інсульт [3].

Застосовуються традиційно фізіотерапевтичні процедури, масаж, система ЛФК, дієтотерапія, психотерапія, які проводяться на всіх етапах фізичної реабілітації. Поряд з цим, використовуються нові сучасні методики відновлення рухової активності верхніх кінцівок після перенесеного інсульту: тренування на тренажерах для розробки зап'ястка, для супінації/пронації, для пальців кисті, CIMT (терапія обмеженням здорової руки), PNF-терапія (пропріоцептивна нервово-м'язова фасилітація) [2].

За дослідженнями, більш інтенсивне тренування м'язів верхніх кінцівок з використанням сучасних методик і тренажерів дає кращий реабілітаційний результат у пацієнтів з інсультом. Підвищення сили м'язів, поліпшення функції кисті і самообслуговування є важливим результатом відновлення функції верхньої кінцівки.

Висновок. Застосування сучасних методик і використання тренажерів для розвитку зворотного біологічно активного зв'язку, при реабілітації пацієнтів після інсульту, сприяють більш інтенсивному відновленню функції верхньої кінцівки, що проявляється поліпшенням дрібної моторики кисті, самообслуговування і незалежності в повсякденному житті.

Література

1. Мерхольц Я. Ранняя реабилитация после инсульта / Я. Мерхольц; пер. с англ.: под ред. проф. Г.Е. Ивановой. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – С. 33.

2. Мурза В.П., Щербакова Н.А. Фізична реабілітація (вступ до фаху) Навч.посіб. – К., 2014. – 102 с.

3. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 470 с.

4. Самосюк И. З. Восстановление двигательных функций после инсульта: нейрофизиологические основы и мишени для реабилитационных вмешательств/

И.З. Самосюк, Ю.В. Фломин, Н.И. Самосюк и др. // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 8. – С. 54-58.

В.І. Горошко, к. мед. н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
В.В. Щербина, студентка 3 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ПЛАВАННЯ ЯК ОДИН ІЗ ВИДІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ПАТАЛОГІЯХ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

На сьогоднішній день дисплазія кульшового суглобу продовжує залишатися актуальною проблемою в ортопедичної медицини. Раніше виявлення дітей з даним захворюванням було важливим, адже початок лікування у дітей до 3-х місяців на 97% призводило до відмінних та хороших результатів.

Дисплазія кульшового суглоба (ДКС) (раніше була відома під терміном вроджений вивих стегна, вроджена дисплазія) це порушення розвитку кульшового суглоба, основним компонентом якого невірна просторова орієнтація головки, і шийки стегнової кістки щодо вертлюжної западини, що призводить до порушення опорної функції кінцівки [1].

Кількість випадків ДКС складає більше ніж 3% всіх деформацій опорно-рухового апарату(ОРА). В Україні дана патологія зустрічається від 50 до 200 випадків на 1000 новонароджених дітей, який вказує на те, що показники в 5 – 10 разів вище, ніж було діагностовано в 60-80 роки XX ст., особливо в екологічно несприятливих районах [2].

Причиною виникнення є затримка розвитку одного або обох кульшових суглобів в період внутрішньоутробного розвитку дитини, що може бути викликано токсикозом при вагітності, ендогенними та екзогенними факторами, гормональними порушеннями, дефіцитом вітаміну, порушенням обміну речовин, передчасними пологами, сахарним діабетом матері та порушенням плацентного кровообігу. Дане захворювання досить часто зустрічається у дітей з сімей, члени яких страждають ВВС, деформуючий артроз кульшового суглоба, з природженими захворюваннями і вадами розвитку [3].

Одним з факторів можна назвати несприятливі екологічні умови в місці постійного проживання або роботи матері. Дівчата та перші діти в сім’ї в більшій мірі схильні до дисплазії. Захворювання також може розвиватися протягом першого року життя під впливом зовнішніх факторів, порушуючи нормальний розвиток кульшового суглобу. За статистикою дівчатка хворіють в п’ять разів частіше, ніж хлопчики [4].

На базі Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні проводилось дослідження з листопада 2008 р. по лютий 2009 р. В даному дослідженні брали участь діти першого року життя з діагнозом ДКС. Згідно дослідження, вони

були поділені на дві групи: контрольну та експериментальну, по 8 осіб в кожній. У контрольній групі 7 дівчаток та 1 хлопчик, а в експериментальній 6 дівчаток та 2 хлопчики.

Перш ніж почати відбір в групи, було проведено рентгенологічне підтвердження діагнозу, і обстеження у ортопеда, також було проведене мануальне обстеження кожного з учасників дослідження. Мануальне обстеження полягало у виявленні основних симптомів дисплазії кульшового суглоба, а саме:

а) обмеження відведення одного або обох стегон дитини (у нормі відсутнє) оцінювалася амплітуда відведення стегна методом гоніометрії;

б) асиметрія шкірних сідничних складок (у нормі відсутня) оцінювалася методом сантиметрії.

Контрольна група займалася за традиційною методикою реабілітації, а експериментальна група займалася за запропонованою модифікованою методикою реабілітації. У експериментальній групі проводився модернізований комплекс лікувальної гімнастики (ЛГ), загальна тривалість заняття складала від 20 до 25 хвилин. У контрольній групі застосовувався традиційний курс лікувальної фізичної культури (ЛФК) та масаж по класичній методиці: 2 курси масажу, 10 сеансів з перервами в 1,5 місяця. Тривалість сеансу в середньому складала 10-15 хвилин.

Після проведення реабілітаційних заходів, було проведено повторне обстеження стану кульшового суглоба. За результати дослідження у дітей контрольної групи показники значно покращились.

При лікуванні хворого на ДКС рекомендують плавання на животі. Так, як плавання один з найкращих засобів впоратися з таким захворюванням в поєднанні з гімнастикою, масажем та ЛФК. Під водою тіло дитини легке, що може призводити до рухів, які не можна виконувати «в повітрі». Діапазон рухів суглобів розширюється, м’язи зміцнюються, а дихання активізується і поглиблюється (як зовнішнє, так і тканинне). Активізуючи кровообіг, до уражених суглобів і м’язів надходить більше поживних речовин та кисню, що благотворно впливає на їх розвиток. Заняття плаванням розвиває дитину, формує оптимальні рухові стереотипи та сприяє дозріванню, асоціативними та між пів-кульовими зв’язками на всіх рівнях центральної нервової системи.

Плавання це спільні зусилля між дихальною системою, серцево-судинною системою та опорно-руховим апаратом. Терапевтичне плавання, що включає фізичні вправи, положення хребта та кінцівок у воді та корекцію розтягуванням, максимально відновлює опорно-руховий апарат. Фізичні вправи у воді розділяють на дві групи: загальні та спеціальні вправи. Загальні вправи починають застосовуватися як рефлекторні рухи з самого початку життя дитини, враховуючи її психомоторний розвиток у міру дорослішання. Спеціальні вправи допомагають поліпшити процес живлення суглобів і м’язів. Застосовуються пасивні (до 1 року) та активні фізичні вправи (1-3 роки) враховуючи вік дитини. Лікувальне плавання передбачає спеціальні вправи, які виконуються з реабілітологом. Крім відновлення ОРА, правильно виконані вправи провокують позитивні емоції.

Висновок:

1. Причинами патології можуть стати генетична схильність, гормональні впливи та порушення формування тканин при внутрішньоутробному розвиткові.

2. Діагностика вроджених уражень кульшового суглоба у дітей до 1 року повинна бути дискримінаційною залежно від вікових особливостей та тяжкості інвалідності (дисплазія, підвивих, вивих).

3. Розроблені та запропоновані програми реабілітаційного лікування немовлят із вродженими ураженнями кульшового суглоба, включають ортопедичну корекцію, диференціальний масаж, фітбол-терапію та лікувальні вправи для плавання, а також методи мануальної терапії, які являються консервативними методиками. Початок лікування на ранніх стадіях не перешкоджає формуванню статично-динамічної функції у дітей 1 року.

4. Плавання є оптимальним для лікування вроджених патологій опорно-рухового апарату.

Література

1. Дубровский В. И. Спортивная медицина: учебник для студентов вузов. – М.: Гуманит. изд. центр. ВЛАДОС, 1998. – 480 с.

2. Консервативное лечение детей с врожденным вывихом бедра / Под ред. Вахтеевой Н. Х., Винокурова В. А. – М.: Медицина, 1996. – 160 с.

3. Мельник В. В., Рулла Э. А. Врождена дисплазія кульшового суглобу. Врождений підвивих та вивих бедра / за ред. Я. Б. Куценюк. – К.: «Здоров'я», 1992. – 181 с.

4. Попов С. Н. Физическая реабилитация / С. Н. Попов. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 605 с.

А.М. Гук, студентка 3 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Л.В. Клеценко, к. пед. н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, щорічно трапляється понад 40 000 інфарктів міокарда [1]. Причинами виникнення інфаркту можуть бути гіперхолестерінемія, артеріальна гіпертонія, паління, цукровий діабет, ожиріння, малорухливий спосіб життя, психоемоційні напруження і нервові потрясіння. Механізм лікувальної дії фізичних вправ після перенесеного інфаркту міокарда мають нейрорефлекторногуморальний характер і

здійснюють на організм хворого тонізуючу, трофічну, компенсаторну, нормалізаційну функції.

Санаторний етап реабілітації хворих після перенесеного інфаркту міокарда проводиться у фазі одужання в кардіологічному санаторії, куди направляють хворого після стаціонарного лікування. Відповідно до стану пацієнта визначають міру активності і програму фізичної реабілітації, що відповідають щадному, щадно- тренувальному та тренувальному руховим режимам і є типовими для санаторно-курортного лікування. У програмах санаторного етапу реабілітації регламентуються різні види навантажень: тренувального комплексу, побутові і дозвілля. На цьому етапі реабілітації використовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, механотерапію, працетерапію [2].

Домінуючим засобом у фізичній реабілітації хворих після інфаркту міокарда на санаторному етапі відновного лікування є ЛФК, вона застосовується в 96% хворих. Основні завдання ЛФК – покращення загального стану; зміцнення міокарду, його скоротливої здатності та покращення коронарного кровообігу; відновлення пристосованості серцево-судинної системи до виконання тривалої роботи помірної інтенсивності, фізичних навантажень побутового і виробничого характеру; створення передумов для психологічного настрою до занять фізичними вправами. Виділяють наступні форми лікувальної фізичної культури в умовах санаторію: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, рухливі і спортивно-прикладні ігри, дозована лікувальна ходьба, теренкур, ближній туризм.

Лікувальний масаж застосовують в 55,2% хворих, він направлений на активізацію периферичного крово- і лімфообігу, поліпшення коронарної гемодинаміки і обмінних процесів в міокарді, стимуляцію регулюючих функцій ЦНС, підготовку серцево-судинної системи до відновлення фізичної працездатності організму.

Фізіотерапію застосовують в 11,16% в основному при супутніх захворюваннях (дегенеративні зміни шийного й грудного відділів хребта з явищами радикулалгії, плечелопатковий синдром, міалгії). Завдання фізіотерапії – стимуляція компенсаторно-пристосувальних механізмів, зменшення невротичних порушень, поліпшення скоротливої здатності міокарду, коронарної гемодинаміки, активізації периферичного кровообігу, загартовування. Використовують електросон, ДМХ-терапію ділянки верхньогрудного відділу хребта – рефлексогенної зони серця, електрофорез лікарських речовин, місцеві ножні і ручні вуглекислі, сульфідні, радонові, йодобромні ванни, аеротерапію, часткові сонячні ванни або ультрафіолетове опромінення, повітряні ванни, обтирання, обливання. Також рекомендуються тренування в теплому басейні: спочатку це просте перебування в теплій воді з мінімальними рухами кінцівками, потім – вільне плавання й пізніше виконання вправ у воді.

Систематичні, правильно дозовані процедури механотерапії сприяють покращенню функціонального стану опорно-рухового апарату: покращують кровообіг і трофіку уражених тканин, сприяють відновленню рухомості в суглобах, нормалізації м’язового тонусу, м’язової сили тощо.

При застосування працетерапії трудовий режим встановлюють індивідуально для кожного пацієнта.

Література

1. Скільки трапляється інфарктів міокарда щорічно в Україні ? Міністерство охорони здоров'я України: веб-сайт. URL: https://moz.gov.ua/kardiocentri (дата звернення: 7.11.2020).

2. Швед М.І. Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда / М.І. Швед, Л.В. Левицька. – К. : Медкнига, 2015. – 152 с.

В.С. Дабека, студентка 4 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Г.М. Траверсе, д.мед.н., професор
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ МОРАЛЬНОЇ ЕТИКИ В МЕДИЦИНІ

Сучасна медицина, біологія, генетика і відповідні біомедичні технології впритул підійшли до проблеми прогнозування та управління спадковістю, проблеми життя і смерті організму, контролю функцій людського організму на тканинному, клітинному і субклітинному рівні. Тому, в даний час, як ніколи гостро стоїть питання дотримання прав і свобод пацієнта як особистості, дотримання прав пацієнта.

До основних етичних проблем сучасної медицини відносяться:евтаназія, аборти, екстракорпоральне запліднення, контрацепція, сурогатне материнство, ятрогенія, межа надання медичної допомоги, трансплантація. Так проблема евтаназії стала гострою в 20 столітті в зв'язку з прогресом медицини. З'явилися можливості підтримувати життя невиліковних хворих за допомогою апаратів штучного дихання, кровообігу, штучної нирки, ліків.

Розрізняють добровільну евтаназію – на вимогу самого хворого і примусову, яка здійснюється за наполяганням родичів, суспільства або державних установ. Аморальність останньої не сприймають ні лікарі, ні суспільство, ні закон. А допустимість добровільної евтаназії є предметом запеклих суперечок.

В даний час евтаназія при дотриманні досить суворих правил законодавчо дозволена в Нідерландах, Бельгії, Швейцарії, Люксембурзі в деяких штатах Америки. На території України здійснення евтаназії, в тому числі за допомогою медичних (фармацевтичних) працівників, заборонено [1].

Наступна проблема є штучне переривання вагітності, контрацепція і стерилізація – це сучасні форми медичного втручання в репродуктивну здатність людини. У наш час воно набуває масового характеру і відбувається на тлі принципових змін його моральної оцінки і юридичного статусу [2].

В кінці XX століття вчені – генетики, філософи, політики, соціологи постають перед необхідністю вирішення цілого комплексу реальних етичних проблем генних технологій:

• чи повинно генетичне обстеження стати доступним кожному і охоплювати всю популяцію?

• чи можна розглядати генетичну діагностику підставою для переривання вагітності?

• чи етично повідомляти людині про наявну у нього схильності до того чи іншого захворювання?

• чи етично створення «запасних частин» для ринку органів, тканин, генів, використовуючи внутрішньоутробні зародки?

• чи допустимі подібні процедури з ембріональних матеріалом взагалі?

• чи повинна інформація про результати генетичного обстеження бути доведена до всіх членів сім'ї?

Практично по всіх перерахованих проблем йде жвава дискусія.

Наступна проблема суспільства це трансплантація – процес заміни пошкоджених або втрачених органів шляхом пересадки таких же органів, узятих з здорових організмів того ж виду.

Однією з важливих проблем трансплантології є констатація смерті людини і в кінці 20 століття вона перейшла з розряду суто медичних проблем в категорію біоетичних в зв'язку з розвитком реанімаційних, трансплантологічних і інших технологій медицини. У переважній більшості країн світу головним критерієм смерті людини визнана смерть мозку. Мозок вважається незамінною системою, його дисфункція вважається смертю.

Наступною важливою проблемою трансплантології є забір органів або тканин у донора. У трансплантології дотримання етичного принципу «не нашкодь» у випадках, коли донором є жива людина, виявляється практично неможливим. Лікар виявляється перед протиріччям між моральними принципами «не нашкодь» і «твори благо». Тому, у випадках живого донорства мова завжди йде про ступінь одержуваної користі і ступеня завданої шкоди, і завжди діє правило: що отримується користь повинна перевищувати яку завдають шкоди. Великою проблемою є дефіцит донорських органів, а також комерціалізація трансплантації [3].

Важливою проблемою суспільства також є сурогатне материнство. У середньому кожне п’яте подружжя не можуть мати дітей. Від 15 % до 25 % пар стикаються з проблемою цього роду з причин найрізноманітнішого характеру. Але завдяки сучасним технологіям та методам репродуктивної медицини у кожного безплідного подружжя з’явився шанс бути справжньою родиною. Противники сурогатного материнства керуються порушеннями морально-етичних норм та тим, що дитина в майбутньому може зазнати психологічної травми у разі, якщо дізнається, що його мати не брала участі в його виношуванні. Існують і інші проблеми сурогатного материнства, які широко обговорюються в суспільстві і вимагають свого вирішення.

Література

1. Харчук В. Право на евтаназію як особисте право людини / В. Харчук // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: ttp://www.justinian.com.ua/ article.php?id=3477

2. Гоголь Ю. В. Правове регулювання штучного переривання вагітності: проблемні питання / Ю. В. Гоголь // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ – 2008. – № 3. – С. 1-9.

3. Щастный А.Т., Михневич Е.В. Достижения и проблемы трансплантологии на современном этапе// Вестник ВГМУ, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь. – 2018. – Том 17, №5. – С. 7-16.

4. Осмоловський Д., Аксютіна А. Проблеми здійснення сурогатного материнства. Цивільне право і процес. – 2017. – №5. – С. 38-40.

І.В. Дідоха, аспірантка
кафедри фізичної терапії, ерготерапії
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника»

ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ СТАРЕЧОЇ АСТЕНІЇ НА ПЕРЕБІГ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Вікові зміни метаболізму та виникнення внаслідок цього саркопенії лежить в основі розвитку старечої астенії – провідного геріатричного синдрому, асоційованого з втратою самостійності і розвитком функціональної залежності пацієнтів. Розглядаючи старечу астенію з точки зору фізичної терапії слід зазначити, що у її клінічному перебігу є спільні фактори ризику виникнення та прогресування з іншими асоційованими із віком захворюваннями, зокрема, нейро-дегенеративними (хвороби Альцгеймера, Паркінсона) у вигляді погіршення фізичних якостей, порушення контролю пересування, високого ризику падіння, погіршення побутової активності на фоні ймовірних когнітивних порушень [2, 4].

Довготерміновою метою реабілітації, яка багато в чому окреслює її тактику, є забезпечення оптимального рівня повсякденної активності хворого похилого віку з коморбідною патологією впродовж якомога тривалішого періоду часу. Схема обстеження таких пацієнтів повинна включати методи, спрямовані на виявлення поршень у всіх доменах Міжнародної класифікації функціонування – структури і функції, активності та участі [1].

Основні завдання, які вирішуються в процесі фізичної терапії при старечій астенії та супутніх їй захворюваннях, можна сформулювати наступним чином: підтримка загальної рухової активності; підвищення сили і гнучкості м'язів; зменшення напруженості м'язів; поліпшення рухливості суглобів; поліпшення підтримки рівноваги. Формування правильного рухового стереотипу є одним з основних завдань реабілітації. В цьому аспекті фізична терапія сприяє

компенсації втрачених функцій і поліпшенню стану опорно-рухового апарату [3, 4, 5].

Регулярні фізичні навантаження є важливим компонентом корекції асоційованих із віком порушень; при цьому у літніх людей фізична активність за рахунок підтримки м'язової маси і сили здатна віддалити розвиток старечої астенії і / або сповільнити її прогресування. Для пацієнтів похилого віку важливим є збереження або нарощування м'язової маси, підтримання фізичної активності. Фізичні навантаження повинні включати вправи для гнучкості, розтяжки, балансу і витривалості [4, 5].

Мануальні техніки, зокрема, масаж, можна розглядати як додатковий фактор покращення трофіки скелетних м'язів, зменшення ступеня психоемоційного напруження, покрашення пропріоцептивного нейром’язового контролю у осіб похилого віку [5].

Важливою є нутрітивна підтримка осіб похилого віку. У їх раціоні важливе значення має достатнє вживання білка (не менше 1,0 г / кг ваги) для профілактики та сповільнення втрата м’язової маси, прийом вітаміну D для зменшення ступеня остеопорозу [2, 5].

Висновки. Актуальність ведення проблеми пацієнтів з коморбідністю зростає із досягненням похилого віку і стає все гострішою у зв’язку із постарішанням великого прошарку соціуму. Програма фізичної терапії осіб похилого віку з старечою астенією та супутніми захворюваннями повинна включати розширення фізичної активності, індивідуальну побутову адаптацію, модифікацію харчування.

Література

1. Бойчук Т., Голубєва М., Левандовський О., Войчишин Л. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів]. Навчальний посібник. – Львів: ЗУКЦ, 2010. – 239 с.

2. British Geriatrics Society. Fit for Frailty Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings [Internet]. 2014 Jun. Available from: http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf.

3. Lazareva O., Aravitska M., Andrieieva O., Galan Y., Dotsyuk L. Dynamics of physical activity status in patients with grade I-III obesity in response to a physical rehabilitation program. Journal of Physical Education and Sport, 2017, 17(3), 1960 – 1965. DOI: 10.7752/jpes.2017.03193

4. Morley, J.E. Frailty consensus: a call to action. J. Am. Med. Dir. Assoc. – 2013. – Vol.14 (6). – P. 392-397.

5. Turner, G. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age Ageing, 2014, 43(6). 744-7.

Т.О. Ємченко, студентка 2 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
О.В. Гордієнко, ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
заст. декана факультету фізичної культури та спорту
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка*

ІПОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ

Іпотерапія – метод реабілітації, заснований на психосенсомотрному впливі на вершника. Іпотерапія входить до стандартів медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи в рамках одного з компонентів комплексного реабілітаційного процесу. По суті, іпотерапія є видом фізіотерапії, але має набагато більше можливостей, оскільки об'єднує три сфери впливу на вершника: біомеханічну; психоемоційну; біоенергетичну.

При такому поєднанні факторів впливу ефективність методу дуже висока. Якщо іпотерапію брати за основу, всі інші методи реабілітації, в комплексному підході, дають дуже виражений позитивний результат.

Цей метод був визнаний німецькою фізіотерапевтичною асоціацією Deutsche Verband fur Physiotherapie – Zentriverband der Krankengymnasten.

Захворювання та лікування. Іпотерапія ефективна в дитячому віці починаючи з одного року при таких захворюваннях як: дитячий церебральний параліч; затримки психосенсомоторного розвитку; затримка мовного розвитку; ранній дитячий аутизм; генетичні захворювання (синдром Дауна); реабілітація при онкозахворюваннях; реабілітація після інсульту; цукровий діабет; сколіоз I, II ступеню; девіантна поведінка і т.д.

Реабілітація (при ДЦП). Для дітей з ДЦП є одним з найбільш ефективних методів реабілітації. Унікальність іпотерапії відбувається за рахунок поєднання багатьох чинників. Біомеханічний вплив – через коливання від тулуба коня на тулуб вершника, вплив на ЦНС, температурний режим (кінь тепліший), масаж за рахунок рухів коня і різних положень тулуба вершника (лежачи на спині), позитивного психотерапевтичного ефекту від спілкування хворої дитини з конем, різноманітних психокорекційних ігор тощо.

Загальний принцип усунення порушень при ДЦП полягає в тому, що спочатку пасивно, а потім пасивно-активно окремим частинам тіла пацієнта надаються положення, протилежні існуючим, невірним. Важливо зруйнувати механізми мимовільного, одночасного руху в ураженій і здоровій кінцівках, характерні для захворювання. Перевага іпотерапії полягає в можливості багаторазового повторення всіх цих рухів, при цьому вдається уникнути монотонності. Кінь передає вершнику понад сто різних коливань. Повторювані коливальні рухи тіла носять діагональний характер, у роботі чергуються розтягування, стиснення, обертання окремих частин тіла. Різноспрямовані дії дитини, виконувані на коні, допомагають їй усвідомити рух, навчитися регулювати м'язовий тонус і набути необхідних рухових навичок. Виконання

вправ, спрямованих на випрямлення тулуба, дозволяє здійснити корекцію рівноваги і рухової активності відповідно до фізіологічного розвитку [1, 2].

Запорукою впевненої посадки на коні є розслаблене положення вершника, що дозволяє правильно реагувати на всі рухи тварини. На заняттях хворі на ДЦП вчаться розслаблятися, що сприяє в кінцевому підсумку зменшення тонусу м'язів. Звертає на себе увагу розширення можливостей в розведенні і відведенні ніг в боки, що сприяє поліпшенню ходи дитини. Заняття проходять в ігровій формі. Ігри та вправи сприяють адаптації вершника, подолання страхів висоти, незвичайного положення, руху коня під вершником. Надалі, коли адаптаційний період до верхової їзди проходить, ігри допомагають урізноманітнити заняття, зробити їх цікавими і максимально корисними для вершника. На жаль, м'язовий тонус може знову підвищуватися при відсутності регулярних реабілітаційних заходів. Безумовно, процес реабілітації хворих, які страждають на ДЦП, носить тривалий характер, що вимагає наполегливості і цілеспрямованості як від дітей, так і від їх батьків.

Література

1. Качмар О. Фізична реабілітація [Електронний ресурс] / Олег Качмар // Все про ДЦП : Інформація для пацієнтів, їх сімей та професіоналів. – Режим доступу: http://www.dcp.com.ua/Фізична%20реабілітація.

2. Апледжер Д. Краниосакральна терапія / Д. Апледжер. – Ч. 1. – 2005. – 388 с.

І.С. Калайда, заслужений тренер України
Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» (Київ)

ПЛАВАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ПЛЕЧОВІ ПЛЕКСИТИ

За сучасними науковими відомостями, ефективність лікування обумовлена науково обґрунтованою організацією реабілітаційного процесу на всіх його етапах. Проблемами лікування та реабілітації хворих на плечові плексити займається достатня кількість вітчизняних і зарубіжних фахівців. Зокрема, С.П. Евсєєв, А.С. Солдатова [1] одним із ефективних методів реабілітації вважають адаптивну фізичну культуру; програми комплексного лікування плекситів розробляв В.І. Александров [2]; А.Ф. Каптєлін та ін. досліджували лікування при травмах і деформаціях опорно-рухового апарату, О.В. Дольницкий і В.І. Карчемський висвітлювали проблему порушення функцій верхніх кінцівок і методів відновлення стану таких хворих; В.І. Карчемським [3] проаналізовано ефективність оперативного лікування плечових плекситів. Одним із ефективних методів фізичної реабілітації хворих на плечові плексити дослідники вважають лікувальне плавання. Передбачається, що в комплексі з ЛФК, масажем, фізіотерапевтичними

заходами лікувальне плавання дає кращий результат у відновленні стану хворих.

Однак, аналіз та узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури, присвяченої вивченню особливостей відновного лікування людей із плечовими плекситами, вказує на недостатню систематизованість запропонованих ученими засобів і методів реабілітації хворих. Комплекси лікувальної та коригуючої фізичної культури переважно не розроблені. У доступній літературі відсутні програми фізичної реабілітації дітей і підлітків із плечовими плекситами, що включають засоби та методи лікувального плавання, підібрані у відповідності до тяжкості та локалізації захворювання.

На початку дослідження нами було проведено обстеження дітей, хворих на плечовий плексит за охарактеризованими методиками, а саме: визначено тонус м'язів ураженої кінцівки, м'язів черевного пресу та спини, проведено вимірювання амплітуди рухів (при нижньому типі ураження).

Після проведення експерименту виявлена позитивна динаміка показників амплітуди рухів у плечовому суглобі в основній групі у хворих з верхнім типом ураження: до експерименту 80,5±7,4, після – 104±5,3 ($p<0,05$). У контрольній групі показники амплітуди рухів в плечовому суглобі майже не змінилися: до експерименту 82,9±4,2, після – 85,6±7,4 ($p>0,05$).

На підставі отриманих емпіричних даних ми дійшли висновку, що розроблена нами експериментальна методика дає вагомі позитивні зрушення показників функціонального стану опорно-рухового апарату ($p<0,05$), що підтверджує її ефективність та практичну значимість проведеного дослідження.

Запропонована нами методика зумовлює можливість адаптації засобів навчання до характеру ураження, а також передбачає повне включення дітей із плечовими плекситами у групову навчальну діяльність в процесі занять як лікувальним, так і спортивним плаванням.

Література

1. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов: учебное пособие под ред. С.П. Евсеева, А.С. Солдатова. СПб.: Академия физической культуры им. П.Ф. Лесгафта, 2006. 96 с.

2. Александров В.И. Комплексное лечение родовых плекситов в восстановительном периоде с применением рефлексотерапии: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1986. 24 с.

3. Дольницкий О.В., Карчемский В.И. Нарушение функции верхней конечности вследствие родового тотального паралича плечевого сплетения у детей. Клиническая хірургія. 1978, 6: 50-3.

Ж.М. Киричок, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Л.Б. Волошко, к.пед.н., доцент
завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ СПРЯМУВАННЯ ПРЕФОРМОВАНИХ ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Відомо, що загальною рисою дії преформованих фізичних чинників є широкий діапазон їхнього впливу на організм людини, що забезпечує полісистемний характер реакції-відповіді. Багаточисленні ефекти, що виникають після впливу преформованих фізичних чинників, науковці умовно поділяють на дві групи: неспецифічні та специфічні. Специфічні ефекти характерні для певного виду енергії, в той час, як неспецифічні ефекти характерні для більшості фізіопроцедур [2].

У комплексному процесі лікування та реабілітації пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату важливе значення має застосування преформованих фізичних чинників залежно від патогенезу та клініки наявних патологічних змін. Методи фізіотерапії поділяють на декілька груп, залежно від клініко-патогенетичної дії. Метою нашого наукового пошуку є аналіз літератури щодо класифікації фізіотерапевтичних засобів.

Анальгетичні засоби спрямовані на зменшення та усунення больових відчуттів: локальна кріотерапія, електрофорез місцево анестезуючих засобів, діадинамотерапія, ампліпульс-терапія, інтерференц-терапія, ультрафонофорез анальгетиків. Судинно-звужуючі засоби викликають значне звуження поверхневих і глибоких судин шкіри і менш виражене звуження судин скелетних м’язів, що сприяє зменшенню крововиливів в м’які тканини. Класичним судинно-звужуючим методом поверхневої дії є холодний (охолоджуючий) компрес. Засоби лімфодренажної дії – протинабрякові засоби – спрямовані на зменшення набряку. З цією метою широко застосовують спиртовий компрес.

Засоби протизапальної дії спрямовані на обмеження запального процесу, розсмоктування інфільтратів, гематом: УВЧ-терапія, НВЧ-терапія, ВЧ-магнітотерапія, електрофорез та ультрафонофорез з протизапальними засобами, інфрачервона лазеротерапія. Судинно-розширюючі засоби спрямовані на відновлення кровопостачання уражених тканин: гальванізація, електрофорез та ультрафонофорез вазодилятаторів, НЧ-магнітотерапія, червона лазеротерапія, інфрачервоне опромінення, зігріваючий компрес. Фібромодулюючі засоби застосовуються для відновлення функцій суглобів, зв’язок, попередження контрактур (ультразвукова терапія, електрофорез та ультрафонофорез ферментних/дефіброзуючих препаратів, інфрачервона лазеротерапія). Засоби з міонейростимулюючим ефектом відновлюють функції суглобів та м’язів,

зменшують парез м'язів (діадинамотерапія, ампліпульстерапія, електроміонейростимуляція). Засоби репаративно-регенеруючої дії забезпечують покращення трофіки тканин (ВЧ-магнітотерапія, інфрачервона лазеротерапія, електрофорез вітамінів та метаболітів). До засобів, що сприяють покращенню трофіки та метаболізму в зоні дії, відносяться: діадинамотерапія, ампліпульстерапія, інтерференцтерапія, місцева дарсонвалізація. Остеолізуючі засоби усувають та попереджають утворення несправжніх мозолів, зокрема, це дистанційна ударно-хвильова терапія [1].

Таким чином, ураховуючи широкий діапазон клініко-патогенетичної дії засобів апаратної фізичної терапії, їх застосування є базовим компонентом процесу лікування та реабілітації пацієнтів із патологічними змінами опорно-рухового апарату.

Література

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник. К. : Олімп. л-ра, 2009. 448 с.
2. Порада А. М., Солодовник О. В, Прокопчук Н. Є. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник. К.: Медицина, 2006. 248 с.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ДО ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО/ООС

Військовий конфлікт на Сході України став потужним поштовхом до необхідності розвитку ефективної системи реабілітації учасників бойових дій. З початком збройного конфлікту в зоні проведення АТО, у 2015 році, експерти місії ВООЗ в Україні відзначили стурбованість відсутністю в нашій державі заснованих на правах людини абілітаційних і реабілітаційних послуг і програм для інвалідів, які сприяють їх фізичному, розумовому і соціальному розвитку. Комітет по правах інвалідів ВООЗ закликав Україну запровадити доступні і комплексні абілітаційні і реабілітаційні послуги і програми, такі як раннє втручання, що забезпечують інвалідам і їх сім'ям комплексну, міждисциплінарну і індивідуалізовану підтримку[1].

Незважаючи на виявлені недоліки та рекомендації щодо їх усунення в березні 2018 р. на засіданні круглого столу Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему «Актуальні проблеми забезпечення учасників АТО медичною, фізичною та психологічною реабілітацією» перший заступник голови Комітету О. Корчинська зазначила: «…Україна тривалий час перебуває у стані збройного конфлікту, під час якого загострюються всі накопичені та невирішені роками проблеми. До них слід віднести неефективність вітчизняної системи охорони здоров'я в цілому та відсутність

системи реабілітації зокрема» [2]. Було зазначено, що дотепер Україна має ту систему реабілітації, яка залишилася їй у спадок від радянських часів, принципових змін у ній не відбулося, окрім хіба що деяких аспектів спрямування коштів на санаторно-курортне лікування чи фінансового забезпечення технічними засобами реабілітації. В цей же час, виконавчий директор Української Гельсінської спілки з прав людини О. Павліченко також наголошує на практичній відсутності системного підходу щодо реабілітаційних послуг та зазначає: «незважаючи на місцеві та відомчі ініціативи, система реабілітації в Україні досі не створена» [3].

Отже, суттєвих змін та зрушень у системі реабілітації учасників АТО/ООС протягом перших п'яти років війни на жаль не відбулося. За даними Міністерства охорони здоров'я *з* листопада 2014 року комплексну реабілітацію пройшли понад 55 тисяч українських воїнів, а це лише близько 15 % від загальної кількості учасників бойових дій [4]. Експерти ж акцентують увагу, що психологічної адаптації потребують майже всі учасники бойових дій, бо у випадку недостатнього лікування з часом поствоєнні симптоми не просто повертаються, а й посилюються. Посттравматичні та післяопераційні ускладнення, що часто виникають після травм, пошкоджень, оперативних втручань яких зазнають постраждалі учасники АТО/ООС супроводжуються зміною процесу функціонування багатьох органів і систем та є причинами численних патафізіологічних реакцій. Наприклад, зниження рухової активності суглобів після травмувань чи операцій призводить до зниження сили і тонусу мускулатури, зменшення амплітуди рухів у суглобах, що не лише обмежує працездатність особи, а й часто призводить до інвалідності. Медична практика свідчить, що загальна інвалідність після травм і ортопедичних захворювань досягає 25% [5]. В свою чергу причинами зниження і втрати працездатності в чверті випадків є функціональні зміни, які виникають в результаті нерегулярного чи несвоєчасного проведення відновного лікування засобами фізичної реабілітації. Вагомий вплив на розвиток стійких функціональних порушень, що призводять до інвалідності, має припинення активного відновлювального лікування після виписки хворого зі стаціонарного лікування після клінічного одужання.

Фізична реабілітація повинна сприяти максимальному відновленню функціональних змін організму. Важлива роль у відновному лікуванні засобами фізичної реабілітації належить лікувальній фізкультурі. Фізичні вправи допомагають поступово відновити рухову активність, покращують функції серцево-судинної системи, відновлюють повноцінний механізм дихання, активізують секреторну і моторну функції травного тракту, покращують роботу нирок, прискорюють обмінні процеси в організмі тощо. Але необхідно пам'ятати, що позитивний вплив фізичних вправ проявляється лише при систематичному, цілеспрямованому та тривалому їх використанні. Тому для поліпшення якості життя після травм, пошкоджень, оперативних втручань яких зазнають постраждалі учасники АТО/ООС необхідно розробити якісну систему фізичної реабілітації учасників бойових дій, яка передбачатиме активне відновлювальне лікування постраждалих протягом тривалого часу.

Література

1. Заключні зауваження по первоначальній доповіді України (п. 48. Абілітація і реабілітація) / Комітет по правах інвалідів ВООЗ. URL: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/226/51/PDF/ G1522651.pdf?OpenElement (дата звернення: 7.11.2020).
2. Український медичний часопис: актуальні питання сучасної практики / Верховна рада України URL: http://iportal.rada.gov.ua/news/Novyny/155245.html (дата звернення: 7.11.2020).
3. Мойса Б. Реабілітація жертв конфлікту. Чи пропонує держава щось, крім встановлення інвалідності та милиць/ за ред.: О. Павліченка, О. Мартиненка / Українська Гельсінська спілка з прав людини. К., 2018. 64 с. URL: https://helsinki.org.ua/wp-content/uploads/2018/12/Reabilitatsiya-zhertv-vijny.pdf (дата звернення: 7.11.2020).
4. Куди звертатися ветеранам АТО/ООС для реабілітації / Міністерство охорони здоров'я України URL: https://moz.gov.ua/article/health/kudi-zvertatisja-veteranam-atooos-dlja-reabilitacii (дата звернення: 7.11.2020).
5. Мухин В.М. Физическая реабилитация / В.М. Мухин. Изд. 2-е, перед. и допол. – К.: Олимпийская литература, 2005. – 248 с.

Л.В. Клеценко, к.пед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
А.А. Шапран, студентка 1 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Бронхіальна астма є серйозною соціальною епідеміологічною та медичною проблемою. За даними епідеміологічних досліджень бронхіальна астма досягла рівня 5% серед дорослого населення. Поширеність астми серед дітей станови 10%. Це означає, що у світі налічується приблизно 300 мільйонів астматиків і з кожним десятиліттям кількість хворих невтішно зростає. Але позитивним є те, що впродовж років було досконало вивчено етіологію даного захворювання та розроблено дієву базову лікарську медикаментозну терапію. Попри успішність медикаментозного лікування є випадки коли лікарські препарати обмежують, або зводять до мінімуму через наявність супутніх захворювання та для уникнення побічних дій на основі даного методу лікування [1]. Тому було доведено, що застосування фізичних факторів мають великий позитивний внесок у лікування та реабілітацію хворих, також вставлено вплив цих фізичних на зовнішню дихальну систему та імунну систему, а також зміни в показниках алергічної активності.

Предметом даної роботи є: фізичні фактори та механізми впливу на організм при бронхіальній астмі.

Метою даної роботи є: проаналізувати літературні та інші джерела інформації задля вивчення механізмів та впливів фізичних факторів. Визначити, роль, ефективність та вагомість застосування фізичних методів впливу на організм хворого бронхіальною астмою в період реабілітації. Зрозуміти чи фізіотерапевтичні дії дадуть змогу запобігти прогресуванню захворювання, продовжать період ремісії та покращать якість життя хворого.

Наявні дослідження, що доводять ефективність застосування відновних засобів. Ю.Б. Арєшина звертає увагу на ефективність комплексного застосування нетрадиційних засобів фізичної реабілітації у складі програми, яка відрізнялася від усталених схем реабілітації змістом процедур ЛФК (ДЕНАС-терапія, су-джок-терапія, імпульсні струми, елементи йога-терапії, лінійний масаж меридіанів), що відображалася достовірним покращенням функціональних можливостей системи дихання [2].

Вагомий позитивний ефект при фізичній реабілітації осіб з бронхіальною астмою дають різноманітні впливи та стимуляції рефлексогенних зон. При цьому використовують різні методики та методи впливу. На основі літературних джерел ми виявили, що є окремі дослідження з питань застосування нейрорефлексостимуляції як засобів фізичної реабілітації осіб з бронхіальною астмою [3, 4].

Су-Джок терапія – може попередити та призупинити напади бронхіальної астми. Лікувальним принципом даного методу є вплив на рефлекторні зони як самих легень, так і носоглотки, гіпофізу та спинного і головного мозку. Процедуру зазвичай застосовують курсом 12-15 сеансів.

ДЕНАС-терапія або ж черезшкірна динамічна електронейростимуляція проводиться за допомогою спеціалізованого апарату ДЕНАС. Суть даного методу полягає в дії на певні, окремі рефлексогенні зони нейроподібними короткими імпульсними струмами. При зміні опору шкіри в піделектронній зоні відбувається реагування і зміна форми струму. Під час використання даного апарату в перші 2-4 дні можуть виникати частіші бронхіальні напади, але це вказує на позитивну динаміку, тому ДЕНАС-терапію потрібно продовжувати. Метою даної терапії є досягнення полегшеного відхаркування мокроти, зникнення хрипів та утрудненого дихання. На одному сеансі процедури доречно поєднувати до 2-3 зон. Тривалість процедури залежить від вікових та індивідуальних особливостей. Тривалість курсу зазвичай складає 7-10 процедур в залежності від тяжкості перебігу. За необхідності курси можна повторити.

Рефлексотерапія може впливати на покращення відходження мокроти, змінювати реактивність адренергічних рецепторів. Для деяких хворих такі види терапії та реабілітації застосовуються з метою протирецедивної терапії при різних формах бронхіальної астми. Рефлексотерапія здатна викликати складні реакції організму та функції адренорецепторів. Як уже стало відомо, деякі призначення чинять протизапальну дію на організм і в результаті зменшується набряк слизових, зменшуються спазми. У результаті в організмі виникають

відновлювальні та захисні реакції з поступовим одужанням. Дізнавшись дію та механізми дії фізичних вправ можна диференціювати потрібність призначення тих чи інших призначень [5]. Можна застосувати вправи в залежності від індивідуальних особливостей перебігу бронхіальної астми та потреб організму в залежності від інших супутніх захворювань. Проаналізувавши численні дослідження можна впевнено стверджувати, що фізичні вправи чинять великий позитивний ефект у лікуванні хворих з бронхіальною астмою.

Література

1. Регеда М.С., Регеда М.М., Фурдичко Л.О., Колішецька М.А., Мироненко С.І. Бронхіальна астма: Монографія. – Вид. 5. – Львів, 2012. – С. 147.

2. Основи нетрадиційних методів оздоровлення: навч. посіб. / О. М. Стасюк, Б. М. Кіндзер. – Л.: ЛДУФК, 2011.

3. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия // Пульмонология, 2006. – С.114-127.

4. Полковник-Маркова В.С. Засоби лікувальної фізичної культури в реабілітації дітей при бронхіальній астмі в умовах санаторію / В.С. Полковник-Маркова // Слобожанський науково-спортивний вісник, 2015. – № 3. – С. 122.

Н.П. Коваль, аспірант
кафедри фізичної терапії, ерготерапії
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З САРКОПЕНІЧНИМ ОЖИРІННЯМ

Всесвітня організація охорони здоров'я визнала ожиріння «неінфекційною епідемією XXI століття». Чисельність людей, які страждають ожирінням, прогресивно збільшується кожні 10 років на 10% [4]. Незважаючи на те, що з віком поширеність ожиріння збільшується [3] та існує багато підстав вважати зниження маси тіла важливим заходом профілактики серцево-судинних, ендокринних та інших захворювань [1], існує ряд факторів, які ускладнюють перенесення принципів зменшення маси тіла, ефективних у людей середнього віку, на осіб похилого і старечого віку.

Для осіб старших вікових груп характерний розвиток саркопенічного ожиріння зі зменшенням м'язової маси [5]. Саркопенія лежить в основі розвитку старечої астенії – геріатричного синдрому, асоційованого з втратою самостійності і розвитком функціональної залежності пацієнтів. Поширеність СА зростає з віком, спостерігається у 10 – 27 % осіб віком понад 65 років і в 45 % – понад 85 років.

На відміну від людей середнього віку, у літніх підвищення індексу маси тіла (ІМТ) до 25-29,9 кг / м2 у порівнянні з більш низькими значеннями асоційоване

зі зниженням, а не підвищенням ризику смерті [5, 6]. При цьому у осіб старечого віку (75 років і старше) будь-яка втрата ваги (навмисна чи ні) може мати потенційно небезпечні наслідки у вигляді розвитку і / або прогресування саркопенії, мальнутріції, втрати кісткової маси та підвищення смертності [3].

Регулярні фізичні навантаження є важливим компонентом корекції ожиріння в будь-якому віці [1, 2], при цьому у літніх людей фізична активність за рахунок підтримки м'язової маси і сили здатна віддалити розвиток старечої астенії і / або сповільнити її прогресування.

Отже, можна виділити наступні передумови до застосування та особливості проведення засобів фізичної терапії у осіб похилого віку з ожирінням [3, 5, 6]:

– у процесі корекції маси тіла не досягати зниження ІМТ нижче 25, корегуючи компонентний склад тіла за рахунок зменшення жирової маси за збільшення м’язової (контроль біоімпедансним методом);

– розширення фізичної активності за рахунок терапевтичних вправ (опір з навантаженням, що прогресивно збільшується; вправи для гнучкості, розтяжки, балансу і витривалості); функціональні тренування для покращення побутової активності та профілактики падіння; кардіотренування; збільшення побутової рухової активності;

– нутрітивна терапія: достатнє вживання білка (не менше 1,0 г / кг ваги), поступове помірне зниження добової калорійності за рахунок вуглеводів; прийом вітаміну Д; адекватне споживання мікроелементів.

Отже, в процесі зниження маси тіла осіб похилого віку з ожирінням потрібно дотримуватись певних обмежень, пов’язаних із ризиком виникнення ускладнень.

Література

1. Аравіцька М., Лазарєва О. Стан рухової дієздатності осіб з ожирінням // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання і спорту / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2016. – Вип. 20, т. 3/4. – С. 6-10.

2. Аравіцька М.Г., Лазарєва О.Б. Динаміка якості життя хворих ожирінням під впливом програми фізичної реабілітації // Спортивна медицина і фізична реабілітація. – 2017. – №1. – С. 72-78.

3. Chau D, Cho LM, Jani P, St Jeor ST. Individualizing recommendations for weight management in the elderly. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008; 11: 27-31.

4. Lazareva Olena, Aravitska Mariia, Andrieieva Olena, Galan Yaroslav, Dotsyuk Lidiia. Dynamics of physical activity status in patients with grade I-III obesity in response to a physical rehabilitation program. Journal of Physical Education and Sport ® (JPES), 17(3), Art 193, pp. 1960-1965, 2017. DOI:10.7752/jpes.2017.03193.

5. Stenholm S, Harris TB, Rantanen T, Visser M, Kritchevsky SB, Ferrucci L. Sarcopenic obesity: definition, cause and consequences. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008; 11: 693-70.

6. Miller SL, Wolfe RR. The danger of weight loss in the elderly. J Nutr Health Aging 2008; 12: 487-491.

Н.О. Ковтун, студентка 2 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Л.В. Клеценко, к.пед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

Останніми роками в Україні та за кордоном відзначається збільшення числа постраждалих із закритими і відкритими переломами кісток нижніх кінцівок. Насамперед це обумовлено підвищенням темпу життя, механізацією процесів, які відбуваються в умовах науково-технічного прогресу. Аналіз динаміки інвалідності осіб з переломами кісток нижніх кінцівок свідчить про те, що в 61% випадків група інвалідності залишається незмінною протягом 3 – 4 років, у 15% спостерігається погіршення стану і лише в 24% випадків відмічена часткова реабілітація. Однобічні переломи гомілки зустрічаються частіше за симетричні і становлять понад 30 % від усіх переломів нижніх кінцівок; у 25% випадків відмічено пошкодження судин та нервів [2, 3].

Одними з найчастіших травм опорно-рухового апарату є пошкодження гомілковостопного суглоба. Переломи кісток гомілковостопного суглоба трапляються переважно у осіб працездатного віку. Саме ці травми відносяться до найбільш розповсюджених спортивних ушкоджень і складають близько 10–20% всіх патологій опорно-рухового апарату [1]. Перелом кісток гомілковостопного апарату призводять до суттєвих ускладнень і наслідків. Насамперед це – контрактури, атрофія м’язів, зниження опороздатності, порушення ресорної здатності стопи та правильної ходи, плоскостопість, деформуючі артрози.

Лікування переломів кісток гомілковостопного суглоба – комплексне, включає консервативне (іммобілізацію) або оперативне лікування та використання засобів фізичної терапії. Застосовуються методики лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, гідрокінезотерапії, механотерапії, фізіотерапії, які призначаються у трьох періодах: іммобілізаційному, постіммобілізаційному та відновному. Схеми процедури підбираються індивідуально. При цьому прагнуть відновити баланс між м’язами, контрактуру, правильну ходу, опороздатніть.

До комплексу лікування входять ранкова гігієнічна гімнастика – 10-15 хв., точковий масаж – 10-14 хв, застосовуються загальнотонізуючі вправи для всього тіла, щадні вправи для гомілковостопного суглоба травмованої кінцівки, вправи з предметами, дозована ходьба за допомогою милиць – 10-15 хв.; електростимуляція м’язів гомілковостопного суглоба – 12-15 хв. При проведенні будь-якої форми заняття лікувальної фізичної культури і, особливо, лікувальної гімнастики , фізичний терапевт зобов'язаний проводити лікарсько-педагогічні спостереження за станом хворого за зовнішніми ознаками

стомлення, зміною пульсу і артеріального тиску. Зовнішні ознаки стомлення оцінюються за кольором шкірних покривів, характером дихання, мірою потовиділення, координацією рухів і уваги.

Для оцінки ефективності фізичної терапії пацієнтів з переломами кісток гомілковостопного суглоба використовують комплекс методів дослідження функціонального стану організму, серед них: клінічні методи, інструментальні методи, визначення больового синдрому, а також лікарсько-педагогічні спостереження.

Література

1. Марченко О. Восстановление движений в суставах нижних конечностей у больных с переломами костей голени / О. Марченко, Г. Верич, Е. Лазарева // Физическое воспитание студентов творческих спеціальностей [под ред. Ермакова С.С.]. Харьков, 2005. С. 72-78.

2. Омельченко Т. Н. Переломы лодыжек и быстропрогрессирующий остеоартроз голеностопного сустава: профилактика и лечение // Ортопедия, травматология и протезирование, 2013. С. 35-40.

3. Основні показники здоров’я населення Харківської області [довідник] URL: https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2010-06/10sykpwt.pdf (дата звернення: 4.11.2020).

К.В. Колиушко, магістр
А.С. Бойко, к. фіз. вих.
Національний університет фізичного виховання і спорту України

АЛГОРИТМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У 3–4 ФАЗАХ ВІДНОВНОГО ПРОЦЕСУ

Фізична терапія (ФТ) після тотального ендопротезування кульшового суглобу (ТЕП КС) є невід’ємною складовою відновного процесу і входить до міжнародних стандартів ведення даної категорії клієнтів/пацієнтів[2, 3].

Необхідність розробки чіткого та зрозумілого алгоритму ФТ осіб після ТЕП КС, особливо, що стосується віддаленого післяопераційного відновлення, зумовлена відсутністю єдиного, уніфікованого протоколу ведення пацієнтів після даного оперативного втручання, а також скороченням термінів перебування клієнтів/пацієнтів у стаціонарах, що продиктовано економічними аспектами [3].

Розробка алгоритму ФТ осіб після ТЕП КС проводилася з позиції доказової медицини та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [1], а, отже, базувалася на проблемно-орієнтованому підході та мультидисциплінарній допомозі, а також комплексності ФТ, які дають змогу успішно застосовувати методи і засоби ФТ

для даного контингенту. Розроблений та запропонований нами алгоритм ФТ осіб після ТЕП КС включає наступні 4 кроки.

Крок 1. Первинна оцінка функціонального статусу пацієнта та визначення його проблем. Згідно з розробленим нами алгоритмом, оцінка пацієнта здійснюється за допомогою загальних та спеціальних ортопедичних методик, відповідно до МКФ. Серед інструментів оцінки було обрано: спеціалізовану шкалу Harris HipScore для оцінювання Активності та Участі, методику гоніометрії для оцінки амплітуди руху в суглобі, оцінку суб'єктивного відчуття болю за візуально-аналоговою шкалою болю та елетротензодинамометрію для оцінки стану м'язів стегна (компоненти Структура та Функція).

Крок 2. Планування втручання. Основою для планування втручання у представленому алгоритмі є *постановка цілей*, яка полягає у визначенні мети втручання, довгострокових цілей та короткострокових цілей у SMART-форматі відповідно до запиту пацієнта з метою контролю ефективності втручання та поточної його корекції за відсутності прогнозованого результату.

За розробленим алгоритмом*, підбір засобів та методів ФТ* здійснюється індивідуально, базуючись на проблемно-орієнтованому підході, який передбачає відповідність засобу ФТ проблемі пацієнта та робиться акцент на адаптивно-компенсаторні можливості організму. Для зручності планування втручання, ФТ осіб після ТЕП КС ми розділили на чотири компоненти: терапевтичні вправи, мануальна терапія, апаратна фізіотерапія, а також рекомендації зі щоденної активності.

Компонент «Терапевтичні вправи» в осіб після ТЕП КС обрано ключовим елементом втручання і направлено на відновлення активного та пасивного діапазон рухів, укріплення м'язів стегна та стабілізацію ендопротезу, відновлення пропріоцепції, нейром`язової координації та балансу, нормалізацію біомеханіки кульшового суглобу, відновлення мобільності пацієнта у просторі та його нормальної щоденної активності [2,3].

Використання *компоненту «Мануальна терапія»* включає в себе терапевтичний масаж з метою покращення трофічних процесів і мікроциркуляції в тканинах, зняття больового синдрому, мобілізації суглобів у вигляді виконання пасивних рухів для покращення їх діапазону руху. Також використовували методику постізометричної релаксації для усунення спазму м'язів стегна.

Компонент «Апаратна фізіотерапія» включає в себе процедуру електроміостимуляції на ділянку оперованого стегна з метою покращення обмінних та регенеративних процесів, а також зміцнення цільових м'язів.

Компонент «Рекомендації зі щоденної активності» реалізується у вигляді спеціальних друкованих пам'яток для пацієнтів з правилами попередження вивиху ендопротезу та рекомендацій зі щоденної активності.

Відповідно до розробленого нами алгоритму у якості критеріїв ефективності втручання були обрані методи обстеження, які застосовуються під час первинної оцінки, так як вони дозволяють повноцінно оцінити ефективність розробленого алгоритму ФТ осіб після ТЕП КС, виходячи з позицій МКФ.

Крок 3. Реалізація втручання. Фізіотерапевтичне втручання проводиться індивідуально, дотримуючись основних вказівок по обмеженню діапазону руху в кульшовому суглобі та ступеню осьового навантаження на оперовану кінцівку.

Крок 4. Оцінка ефективності терапевтичного втручання. Згідно з розробленим нами алгоритмом, оцінка ефективності втручання проводиться по завершенню курсу ФТ пацієнтів після ТЕП КС відповідно до обраних критеріїв ефективності на етапі Планування втручання. Корекція програми втручання проводиться шляхом повторної оцінки, за потреби, постановкою нових цілей, корегуванням методів та засобів ФТ, у відповідності з описаним вище алгоритмом.

Отже, представлений алгоритм ФТ осіб після ТЕП КС у 3 та 4 фазах відновного процесу розроблений з орієнтування на сучасні вимоги відновної терапії даної категорії клієнтів/пацієнтів, а саме: проблемно-орієнтованому підході, мультидисциплінарній допомозі, комплексності ФТ. Розроблений нами алгоритм є досить поетапним, деталізованим, простим та зрозумілим у використанні, а тому дає можливість чітко та послідовно проводити відновне втручання у осіб після ТЕП КС.

Література

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

2. Krastanova MS, Ilieva EM, Valcheva DE. Rehabilitation of patients with hip joint arthroplasty. Folia Medica.2017; 59(2): 217-21.

3. Spalević M, Milenković S, Kocić M, Stanković I, Dimitrijević L, Živković Vetal. Total hip replacement rehabilitation: results and dilemmas.ActaMedicaMedianae. 2018; 57(1):48-53.

В.С. Кулик, студентка 3 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Л.В. Клеценко, к. пед. н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ

За даними ВООЗ гіпертонія – одна з основних причин смертності в усьому світі [1]. Це мультифакторне захворювання, що має генетичну схильність і характеризуються стійким, хронічним підвищенням систолічного і діастолічного артеріального тиску. Артеріальна гіпертонія може призвести до серйозних ускладнень – інсульту, інфаркту міокарда, серцевої недостатності,

атеросклерозу, ниркової недостатності, хронічного порушення мозкового кровообігу, ускладнення цукрового діабету тощо [1].

Методика занять фізичними вправами при гіпертонічній хворобі залежить від характеру патологічних змін, викликаних захворюванням, стадії захворювання, ступеня недостатності кровообігу, стану коронарного кровообігу.

Загалом фізична реабілітація при гіпертонічній хворобі повинна відповідати наступним принципам: провідна роль у лікуванні гіпертонічної хвороби належить дієтотерапії, засобам фізичної культури, медикаментозній терапії; фізичне навантаження хворих повинно відповідати стану хворого, стадії процесу та формі захворювання; у процесі фізичної реабілітації необхідне спрямоване тренування хворих для стимуляції відновних процесів в організмі і поступова адаптація організму хворого до зростаючого фізичного навантаження; рухова активність хворих повинна здійснюватися при ретельному і систематичному лікарському контролі; кінцевою метою фізичної реабілітації має стати підвищення працездатності хворих.

Завданнями фізичної реабілітації при гіпертонічній хворобі є позитивний вплив на центральну нервову систему; поліпшення кровообігу, особливо периферичного, а також місцевого кровообігу в серці та нирках; підвищення метаболічних процесів в організмі; підвищення загальної витривалості і тренованості організму; ліквідація застійних явищ в малому колі кровообігу і дискинезій травного тракту; профілактика супутніх захворювань (ожиріння, цукрового діабету, атеросклерозу та ін.); побутова та трудова реабілітація [2].

В реабілітації хворих а гіпертонічну хворобу провідне місце займають фізичні вправи – ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття фізичними вправами, лікувальна дозована ходьба і сходження (теренкур), масові форми оздоровчої фізичної культури, дозовані плавання, веслування, біг і ін. Тривалість і форма проведення занять лікувальною гімнастикою залежить від етапу реабілітації та режиму, на якому перебуває хворий (в середньому від 15-20 хв. – на постільному режимі, до 40-60 хвилин – на тренувальному). Особливістю методики лікувальної гімнастики при гіпертонічній хворобі є використання спеціальних вправ на розслаблення м'язових груп, на рівновагу, координацію; дихальні вправи.

Обґрунтування методики лікувальної гімнастики при гіпертонічній хворобі пов’язане не тільки зі стадією захворювання, але й зі ступенем фізичної активності хворих у повсякденному житті. При клінічному обстеженні хворих для вивчення пристосувальних реакцій організму до різних впливів роблять функціональні проби.

Література

1. Гипертония. Всемирная организация здравоохранения: веб-сайт: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hypertension (дата звернення: 7.11.2020).

2. Долгалѐв И.В. Естественная динамика показателей артериального давления, индекса массы тела и липидов крови у лиц пожилого возраста (результаты 17-летнего наблюдения) / И.В. Долгалѐв, Р.С. Карпов // Кардиология. – 2014. – № 4. – С. 16-20.

Г.Е. Макаров
МЦ Планета Здоровье, г. Мариуполь

ПОДОШВЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ СТОПЫ (ПБС) КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫХ НАРУШЕНИЙ

По данным Douglas Hoffman, MD, Stefano Bianchi, MD (2013) подошвенный болевой синдром стопы встречается у каждого 4-5 ортопедического пациента. Существует не менее 17 причин подошвенного болевого синдрома (по данным Douglas Hoffman, MD, Stefano Bianchi, MD (2013):

– патология подошвенного апоневроза;
– подошвенная фасциопатия;
– разрывы подошвенной фасции;
– энтезопатия латерального пучка подошвенной фасции;
– подошвенный фиброматоз;
– стрессовый перелом пяточной кости;
– туннельный синдром медиальной предплюсны;
– таранно-пяточное сращение;
– гигрома (ганглий);
– травма;
– опухоли;
– компрессия нерва к отводящей мышце мизинца;
– подошвенный венозный тромбоз;
– энтезопатия передней большеберцовой мышцы;
– разрыв сухожилия мышцы сгибателя большого пальца стопы;
– разрывы дистального сухожилия длинной малоберцовой мышцы;
– инородные тела.

Важная роль рентгенографии и сонографии в диагностике данной патологии. Наиболее часто встречается подошвенный апоневроз и пяточная шпора.

В настоящем сообщении приводится опыт успешного лечения ПБС после малоэффективного воздействия «стандартными» методами (курсы НПВС, ударно-волновая терапия, лазеротерапия, локальное введение глюкокортикоидов, ЛФК и т.п.) в разных медицинских учреждениях города.

При обследовании данной категории пациентов у всех был выявлен мышечный дисбаланс в нижних конечностях, триггерные точки, деформацию стоп, индекс массы тела больше 25. Большой акцент сделан на физической реабилитации: упражнения на усиление и расслабление мышц, интенсивный стретчинг задней поверхности н/конечности, спины, шеи, работа с резиновыми эспандерами, нестабильными платформами, массажными мячиками, фитнессролами, контроль осанки, контроль веса, рекомендации по здоровому образу жизни. Устранение вышеперечисленных причин позволило значительно увеличить качество жизни пациентов.

С.П. Наконечна
аспірантка кафедри фізичної терапії, ерготерапії
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

СТАН РЕСПІРАТОРНИХ РЕЗЕРВІВ У ЮНАКІВ ТА ЮНОК З ОЖИРІННЯМ ТА СИМЕТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ

Функціональні порушення постави є одними з найпоширеніших захворювань опорно-рухового апарату (ОРА) людей різного віку з ожирінням. За даними окремих авторів [1, 3, 4], в різних формах ними страждає від 5,0 – 10,0% дітей раннього віку, 20,9-55,0% школярів і до 80-95,0% юнаків [6, 8].

Мета роботи – визначити стан респіраторних резервів у юнаків та юнок з ожирінням та симетричними порушеннями постави.

Матеріал і методи. 120 студентів віком 17-20 років з проблемою ожиріння (з індексом маси тіла (Кетле) > 30) розділені на 3 підгрупи (по 30 студентів в кожній): I – з порушенням висоти склепіння стопи, II – з функціональними порушеннями постави та III – з одночасним функціональним порушенням постави, склепіння стопи; IV – контрольна група. Проведено антропометричне обстеження хребта, грудної клітки і стопи, визначено індекс маси тіла та функціональні показники респіраторної системи і газовий склад крові до і після проведення 6-ти хвилинного тесту, для визначення рівня респіраторної витривалості.

Результати. У дослідження були включені 120 студентів у віці від 17-20 років, з них 90 осіб (основна група – ОГ) з функціональними порушеннями постави, сплощення склепінчастого апарату стопи (САС) різного ступеня та ожирінням (ІМТ>30).

Контрольну групу (КГ) представляли 30 студентів того ж віку, які проходили огляд і не мали патології хребта та стопи.

Студентам проводилося загальне клінічне обстеження, а також спеціальне під час якого визначали функціональні показники зовнішнього дихання.

Математична обробка проводилась в програмі EXEL 7.0 (Microsoft, USA) і Biostat 2008 Professional.

Отримані дані вказують на те, що у студентів з ожирінням та ізольованим порушенням постави різко знижується об'єм форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_{1)}$ у порівнянні із студентами контрольної групи. При цьому більш чітко визначається недостатня прохідність дистальних відділів бронхіальних шляхів за показниками миттєвої об'ємної швидкості при видиху 25 % форсованої життєвої ємності легень ($МОШ_{25)}$; миттєвої об'ємної швидкості при видиху 50 % форсованої життєвої ємності легень ($МОШ_{50)}$; миттєвої об'ємної швидкості при видиху 75 % форсованої життєвої ємності легень ($МОШ_{75}$) у порівнянні із студентами контрольної групи. При дослідженні студентів з порушенням постави і склепінчастого апарату стопи ці показники стають ще більш низькими.

Частота дихання у студентів ОГ-3 до тестування реєструвалася на рівні 20 – 21 дихальних рухів за 1 хв., що у порівнянні із студентами контрольної групи було на 14,7±0,33% вище ($p<0,05$), тоді як після тестування ця різниця становила вже 29,1±1,57% ($p<0,05$). Дещо менша, однак статистично вірогідна різниця спостерігається також між студентами КГ і відповідно ОГ-1 і ОГ-2.

В умовах інтенсифікації навчально-виховного процесу, зростаючого інформаційного поля, розумових і фізичних навантажень, впливу соціолого-економічних умов у ВНЗ на розвиток організму і здоров'я студентів початкових курсів стає очевидним і необхідним пошук найбільш раціональних засобів і методів організації їх життєдіяльності [1, 2, 5, 10].

Наші дослідження підтверджують думку інших авторів [6, 7, 9], які вказували, що найбільш часто відхилення в стані опорно-рухового апарату, особливо у вигляді функціональних порушень постави (ФПП) і САС, негативно впливають на стан всіх внутрішніх органів і систем, в тому числі і на дихальну систему. Особливу значущість патологія опорно-рухового апарату має в юнацькому віці, тобто в період триваючого зростання, дозрівання і остаточного формування організму людини.

Висновки. Існує взаємозв'язок між наявністю ожиріння, функціональних порушень постави і змінами показників анатомо-функціонального стану стопи, а також недостатнього рівня функціональних резервів респіраторної системи.

Література

1. Аравіцька М.Г. Особливості стилю життя хворих на ожиріння I-III ступенів. *Молода спортивна наука України*. Львів, 2015; Т 3: 6-10.

2. Аравіцька М.Г. Стан фізичної активності хворих на ожиріння різного ступеня важкості як модифікований фактор корекції маси тіла. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія: Педагогічні науки. 2015; Випуск 1298, Т1. 11-13.

3. Бабыдов ЕА, Козырева О.В. Оценка качества жизни у лиц 25 – 35 лет с кифолордотической осанкой. *Актуальные проблемы адаптивной физической культуры и спорта*: материалы Всероссийской научно-практической конференции. Омск : Изд-во СибГУФК, 2017. С. 9-13.

4. Кузьмина М.О. Эффективность коррекционно-оздоровительной программы для детей дошкольного возраста с нарушением осанки. *Здравоохранение, образование и безопасность*. 2017; 11(3): 68-75.

5. Морозова Т.С. Соматоскопический метод оценки осанки и его обоснование. *Физическая культура*. 2002; 3: 33-6.

6. Перфильева И.Ю. Заболевания позвоночника. – СПб.: ИГ «Весь», 2005. – 128 с.

7. Попель С, Гамарник А. Взаємовідношення плантографічних та антропометричних показників студентів 17-19 років. *Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура*. 2010; 11: 27-34.

8. Потапчук А.А, Дидур М.Д. *Осанка и физическое развитие детей*. СПб.: Речь, 2008. – 163 с.

9. Чемпалова Л.С. Коррекция нарушений осанки средствами физической культуры. *Молодой учёный*. 2016; 127(23): 562-566.

10. Zane M.K. Physical Therapist's Guide to Hyperkyphosis (Humpback) in Adults. American Physical Therapy Association, 2014. – 188 p.

О.І. Олексюк, доктор економічних наук, професор,
завідувач кафедри комерційної діяльності і логістики
ДВНЗ «Київський національний економічний
університет імені Вадима Гетьмана»

ДІДЖИТАЛІЗАЦІЯ РИНКУ ПОСЛУГ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ЗАНЯТЬ СПОРТОМ

Інтенсивна популяризація здорового способу життя у більшості країн світу та сучасна ситуація з глобальним поширенням вірусних та інших інфекційних захворювань однозначно мають наслідком зміну моделей поведінки людей, а в комерційному сенсі – споживачів. Вказаний контекст трансформації споживчих патернів підтримується уніфікацією цінностей, втратою традиційних способів ведення домашнього господарства та переосмисленням національних цінностей в Україні. Не стала виключенням і сфера спортивного менеджменту, фізичної реабілітації та підтримання здорового стану людини [2,3]. Інформаційну доступність різних способів тренувань, фізичних вправ, дієтичних систем харчування, режимів спортивних занять та багато іншого майже неможливо переоцінити [1]. Достатньо переглянути статистику соціальних мереж, YouTube-каналів чи статистику запитів у пошукових системах. Дослідженнями проблем розвитку терапевтичних практик, медичних технологій реабілітації займаються багато вітчизняних та зарубіжних вчених [4,6], але діджитал-сегмент ринку таких послуг залишається поза зоною уваги. Основна причина полягає в необхідності проведення аналізів на стику різних наук та з використанням сучасних інформаційних технологій.

Отже, метою даної роботи слід вважати ідентифікацію та оцінку перспектив розвитку діжджитал-реабілітації та ерготерапії, удосконалення спортивної медицини в Україні. Досягнення цієї мети передбачає постановку та вирішення комплексу дослідницьких завдань: 1) ідентифікація зміни моделей поведінки споживачів послуг внаслідок використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій; 2) моніторинг виведених на ринок програмних рішень та мобільних додатків для фітнесу, медицини та реабілітації пацієнтів різних типів; 3) прогностичний опис подальших векторів розвитку ринку та перспектив подальших досліджень у цій сфері.

Підтвердження зміни моделей поведінки споживачів послуг реабілітації та занять спортом (як у професійному сегменті, так і в любительському) можна знайти в статистиці перегляду інформації в мережі Інтернет українськими користувачами. Отже, зібравши статистичну базу з запитів «ерготерапія» та

«эрготерапія» в українському сегменті Інтернет у розрізі кожного тижня з листопада 2015 року до листопада 2020 року ми отримали 261 спостереження. Слід також відзначити, що у світі спостерігаються незначні коливання популярності запитів у цьому напряму, але в цілому їх популярність є стабільною. З чого слід зробити висновок, що даний сегмент ринку реабілітаційних послуг для українських користувачів є досить новим, здобуває популярності, а також очікувано буде демонструвати зростання у найближчому майбутньому. Але поряд з цим, в Україні існує власна традиція надання реабілітаційних послуг та розвиваються власні школи [7]. Цікавим є факт різкого скорочення кількості запитів у цей період, що можна пояснити введенням додаткових обмежень на зайняття спортом к у світі так і в Україні. Додатково слід звернути увагу на запізнення реакції українських користувачів – падіння на лінійному (світовому) та точковому (українському графіках. За нашими оцінками реакція українців проявляється на приблизно на 3 місяці пізніше. Причиною може бути національна політика інформування населення та відставання України у обробці COVID-статистики

Продовжуючи наші дослідження ринку послуг з реабілітації, хотіли б відзначити, що молоді люди частіше починають користуватися порадами глобальної мережі, ніж звертатися до медичних фахівців та реабілітологів. Відбувається нарощування тенденції «до самолікування», підтвердженням чого напевно можна вважати розробка та динамічне зростання популярності спеціалізованих додатків для смартфонів та інших гаджетів.

Спробуємо представити окремі з сучасних розробок у цій сфері:

- «Rephysio – Реабілітація і фізіотерапія» – компанія розробним «EON 46». Програмне забезпечення для гаджетів, яке містить в собі великий комплекс вправ для різних ділянок тіла та для різних випадків: поясний та шийний відділи хребта, афазія, інсульт, ожиріння, параліч лицьового нерву та багато іншого. Додаток представлений як в Google Play, так і в AppStore. Додаток виведений на ринок в жовтні 2018 року і використовується понад 10 000 користувачів.
- «Healure: Physiotherapy Exercise Plans» від компанії «Healure Technology» виведений на ринок в жовтні 2017 року. Програмне рішення містить величезний обсяг вправ та інформації для реалібітації та відновлення майже на всі випадки життя, серед всього включає вправи при травмах коліна, реабілітаційні прави спини, кінцівок, відновлення пошкоджених зв'язок та багато іншого. Додаток представлений як в Google Play, так і в AppStore.
- «Physio Study- Physiotherapy Books & Guide» розроблений компанією «Zain Infotech» представляє собою полідисциплінарний довідник, який містить багато літератури не тільки з ерготерапії чи реабілітації, але й з інших медичних спеціальностей. Виведений на ринок у травні 2020 рокі і вже продемонстрував дуже швидке зростання кількості користувачів. Додаток представлений тільки в AppStore.
- «[VRD] Реабилитация» від російської компанії «Siberian.pro», представляє собою мобільний додаток на основі технологій віртуальної реальності, що дозволяє моделювати базові вправи в комплексах

реабілітаційних вправ. Досягнення ефекту присутності завдяки технологіям віртуальної реальності дозволяє досягнути не тільки гарних фізіотерапевтичних результатів, але й вирішувати завдання психо-емоційного впливу на пацієнтів.

- «OrtoTrauma» популярний додаток від «Alberto Sanchez», який виведений на ринок в вересні 2013 року і містить інформацію про реабілітацію після переломів верхніх та нижніх кінцівок, травм хребта, а також загальних травм. Програмне рішення базується на використання міжнародних протоколів проведення реабілітаційних процедур.Додаток представлений як в Google Play, так і в AppStore.
- «Fizioo - Physiotherapy and Rehabilitation services» від компанії «Health App Group» виведено на ринок в квітні 2018 року. Програма популярна через свій системний підхід і включає сердечно-судинну реабілітацію, легеневі вправи, ортопедичну реабілітацію, геріатричну реабілітацію, неврологічну реабілітацію, а також вправи для реабілітації дітей. Додаток представлений тільки в AppStore.

Перед підведенням підсумків хотіли б вказати на ще один стимул розвитку діджитал інструментів ерготерапії та реабілітації, спортивної медицини та фітнесу – це розвиток технічних можливостей портативних персональних електронних пристроїв. Для всіх є напевно очевидним швидке поширення та розвиток технологій смартфонів, смаргодинників, фітнес-браслетів, датчиків мозкової активності та інших гаджетів. З кожним роком зростає їх діагностичний потенціал та підвищується точність вимірювання. Все це неминуче буде мати наслідком інтегрування таких «електронних помічників» у роботу з пацієнтами фізіотерапевтами та лікарями реабілітологами. Фактично масова доступність різних гаджетів дозволяє кожному споживачу створити чи використати вже готові протоколи, успішні рішення, досвід реабілітації великої кількості спеціалістів. У той же час фахівці отримують можливість майже повного відслідковування життя своїх пацієнтів, контролю їх фізичного стану та рівнів навантаження.

Література

1. Багрій Іванна. Заняттєва терапія як напрям професійної діяльності / Іванна Багрій // Педагогіка та психологія професійної освіти. – 2014. – №1. – С. 158-166.

2. Коритко З. Загальна фізіологія: навч. посіб. для ін-тів фіз. культури / З. Коритко, Є. Голубій. – Львів, 2002. – 142 с.

3. Мазепа М.А. Использование принципов доказательной медицины в практике физической терапии и эрготерапии // Здоровье для всех: материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. – Пинск : ПолесГУ, 2017. – С. 147-152.

4. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 405 с.

5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Полная финальная версия. http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm

6. Мурза В.П. Фізична реабілітація: навч. посібник / В.П. Мурза. – К. : Орлан, 2004. – 599 с.
7. Эрготерапия (Occupational Therapy) – новая профессия в сфере реабилитации для Украины [електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.uaua.info/mamforum_arch/theme/516316.html

В.В. Пошивайло
лікар спортивної медицини
КП «Полтавський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер Полтавської обласної ради»

ЗАСТОСУВАННЯ КРІОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЛІКУВАННІ СПОРТСМЕНІВ

Підготовка спортсменів високого класу, інтенсификація тренувального процесу часто ускладнюється тенденцією як кількісного, так і якісного зросту гострих і хронічних спортивних травм. Допомога при гострих спортивних травмах, зниження ризику віддалених негативних наслідків, у том числі і від специфічних хронічних спортивних травм, які притаманні окремим видам спорту, залишається дуже актуальною проблемою в спортивній медицині.

Останніми роками в спортивній медицині як ефективний метод лікування та реабілітації спортсменів застосовується кріотерапія (лікування холодом). Кріотерапія – фізіотерапевтична процедура, заснована на короткочасному контакті шкіряного покрову тіла з охолодженим до температури - 130 – - 170°С газом. Умови охолодження дозволяють застосовувати кріотерапію без вікових та фізіологічних обмежень [1].

Практика лікувального застосування цієї ефективної методики, надає достатньо фактів, на підставі яких можна розраховувати на швидку інтеграцію кріотерапії в професійний та любительський спорт. Найбільш привабливою і ймовірною властивістю кріотерапії є здатність швидко та надовго знімати біль та скутість суглобів. Знеболювання настає вже через 5-10 хвилин після дії холодом та триває 6-8 годин.

Існують і інші приховані від спостереження наслідки холодового впливу, які забезпечують високу зацікавленість до кріотерапії з боку тренерів та спортивних лікарів.

Застосування кріотерапії в різних галузях показало, що ця методика здійснює вплив на організм у вигляді неспецифічної стимулюючої реакції. Саме цим обумовлений дуже широкий спектр практичного застосування загальної кріотерапії. В окремих випадках застосування кріотерапії дозволяє проводити корекцію полярні стани важливих систем організму. Наприклад, кріотерапію застосовують для лікування алергії та імунодефіцитів. При цьому схема проведення процедур в обох випадках однакова, але в результаті активність імунної системи приходить до норми [2]. Можна стверджувати, що

кріотерапевтична дія викликає в організмі процес аутокорекції, при якому в організмі виявляються та ліквідуються відхилення від фізіологічної норми.

Підводячи підсумки практичних результатів, що досягаються під час лікувального застосування кріотерапії, можна стверджувати, що дія холодом забезпечує викид ендорфінів, нормалізацію імунної системи та обмінних процесів, інтенсифікацію периферійного кровообігу, прискорення регенеративних процесів, після процедури спостерігається швидке та тривале пригнічення болей будь-якого походження, подолання скутості суглобів, підвищення температури шкіряного покриву на 4-5°С.

Виходячи з наведеного переліку позитивних результатів кріотерапії, можна намітити основні перспективні напрямки її застосування в спорті:

1. Спортивна медицина – знеболювальна та регенеративна дія кріотерапії дозволяє прискорити процес лікування травм, переламів, опіків, з обмеженим застосуванням анальгетиків

2. Реабілітація – зменшення болей та подолання скутості суглобів, полегшення реабілітації після травм, пацієнт може активно навантажувати травмований орган, що прискорює відновлення фізичної форми та попереджує ускладнення. Підвищення больового порогу та розігрів шкіряного покрову підвищує ефективність масажу.

3. Профілактика захворюваності – інфекційні та простудні захворювання порушують планову підготовку до змагань, знижують результати, тому профілактика захворювань має велике значення. Систематичне застосування кріотерапії забезпечить спортсменам високий імунний статус та попередить захворювання.

4. Психологічна підтримка – викид ендорфінів компенсує психологічні перевантаження від інтенсивних тренувань, створює стимул до підвищення рухової активності. Після 6-8 процедур настає період релаксації, знімається денна втома, настає глибокий та здоровий сон.

5. Інтенсифікація тренувального процесу – вплив кріотерапії на швидкість реакції, силу, витривалість дозволяє в значній мірі інтенсифікувати тренувальний процес та сприяє покращенню спортивних результатів.

Література

1.Аэрокриотерапия в современной медицине. Практическое пособие. Фирма «Мед-крионика». Москва, 2002.

2. Баранов А.Ю. Криогенная физиотерапия. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2005. № 3. С. 25-31.

М.С. Розторгуй, д.фіз.вих., доцент
Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ АСПЕКТ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ З ВАДАМИ ЗОРУ В ПАУЕРЛІФТИНГУ

Вступ. Незважаючи на позитивні аспекти цільово-результативної спрямованості адаптивного спорту, прагнення встановлення рекордів та завоювання медалей спричиняє виникнення численних проблем у адаптивному спорті, характерних для олімпійського спорту [1, 3]. Однією із найбільш гострих проблем є механічне перенесення методичних положень підготовки спортсменів у олімпійському спорті до системи підготовки спортсменів у пауерліфтингу, не беручи до уваги специфіки рухової діяльності та функціональних можливостей спортсменів із інвалідністю [3]. Інтенсифікація тренувальної та змагальної діяльності стає причиною численних спортивних травм і супутніх захворювань у осіб із інвалідністю, що не дає повною мірою реалізувати оздоровчо-рекреаційні та реабілітаційні функції адаптивного спорту [1, 2, 4].

У практиці адаптивного спорту спортивну реабілітацію в структурі системи підготовки спортсменів із інвалідністю фахівці розглядають лише в межах розв’язання завдань для відновлення втрачених функцій після отриманнях спортивних травм.

Тому *метою* даного наукового дослідження є обґрунтування реабілітаційної спрямованості підготовки спортсменів з вадами зору в пауерліфтингу.

Для вирішення поставленої мети були використані наступні методи: аналогія, аналіз, синтез, абстрагування, індукція, екстраполяція, узагальнення практичного досвіду.

Виклад основного матеріалу. Підготовка спортсменів у пауерліфтингу має забезпечувати можливості для спортсменів із інвалідністю реалізувати свій спортивний потенціал у досягненні результату, що можливо тільки завдяки врахуванню індивідуальних, нозологічних особливостей та рівню збережених рухових і функціональних можливостей спортсменів [2, 3]. Специфіка силових видів адаптивного спорту дає змогу залучати до систематичних занять велику кількість спортсменів із інвалідністю, оскільки пауерліфтинг є «віковими» видами спорту, тобто результативність змагальної діяльності спортсмени можуть підтримувати і в поважному віці. Тому, існує необхідність систематичного моніторингу стану основного та супутніх захворювань, стану здоров’я та особливостей функціонування систем організму.

Відповідно до Реєстру визнаних видів спорту в Україні спортсмени із пошкодженнями опорно-рухового апарату та спортсмени із вадами зору можуть змагатися у пауерліфтингу та армспорті, виконання змагальних вправ у яких передбачає статичне навантаження, що може негативно впливати на

стан здоров'я осіб із інвалідністю [3]. Так, дослідження впливу статичного навантаження на електрофізіологічні показники та гемодинаміку в зоровому аналізаторі свідчить, що систематичне статичне навантаження призводить до змін в пігментному епітелії ока при наявності дегенеративної міопатії та петоретинальної абіотрофії [2]. Враховуючи специфіку виконання змагальних вправ у пауерліфтингу, що супроводжується зміною положення зі стоячи в лежачи із значним натужуванням та викликає підвищення тиску на 4 мм рт. ст., показники внутрішньоочного тиску в процесі виконання змагальних вправ у пауерліфтингу можуть досягати 20 мм рт. ст. Значні зміни у показниках внутрішньоочного тиску негативно впливають на функціонування зорового аналізатора у спортсменів з глаукомою та відшаруванням сітківки [2], це вимагає жорсткого дотримання вимог відбору при допущенні до занять силовими видами адаптивного спорту.

Система підготовки спортсменів у пауерліфтингу не може бути ефективною та результативною без забезпечення врахування реабілітаційного аспекту підготовки осіб з інвалідністю, що дасть змогу максимально реалізувати спортивний потенціал спортсменів та нівелювати негативний вплив спорту вищих досягнень на їх здоров'я. Підготовка спортсменів у пауерліфтингу повинна забезпечувати реалізацію реабілітаційного аспекту як засобу профілактики можливих соціально невиправданих наслідків спорту. Тому, в системі підготовки спортсменів в адаптивному спорті реабілітацію необхідно розглядати в контексті розділу підготовки на кожному з етапів багаторічної підготовки.

Література

1. Брискин Ю. А. Этап начальной спортивной подготовки инвалидов – коррекционно-реабилитационная программа / Брискин Ю. А. // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : сб. науч. тр. / под ред. С. С. Ермакова. – Х. : ХГАДИ (ХХПИ), 2005. – № 7. – С. 86-93.

2. Толмачев Р. А. Адаптивная физическая культура и реабилитация слепых и слобовидящих / Р. А. Толмачев. – М. : Советский спорт, 2004. – 108 с.

3. Розторгуй М. Підготовка спортсменів у силових видах адаптивного спорту : монографія / Марія Розторгуй. Л : ЛДУФК, 2019. – 332 с.

4. Winnick, J. Adapted Physical Education and Sport (6th ed.) / Winnick J., Porretta D. – Champaing: Human Kinetics, 2017. – 648 p.

В.В. Рыбалка, д. психол. н., профессор
Почетный академик НАПН Украины, ведущий научный сотрудник
Института педагогического образования и образования взрослых имени Ивана Зязюна НАПН Украины; главный научный сотрудник
Украинского научно-методического центра практической психологии и социальной работы НАПН Украины (Киев)
А.П. Самодрин, д. пед. н., проректор по научной работе
профессор кафедры педагогики и психологии
Международного гуманитарно-педагогического института «Бейт-Хана» (Днепр)

НЕКОТОРЫЕ ВЫВОДЫ ИЗ ПРАКТИКИ РАЦИОНАЛЬНОГО ВОСПРЕПЯТСТВОВАНИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

К нашему времени как никогда подходят слова Н.А. Бердяева о том, что «бесконечный дух человека претендует на абсолютный сверхприродный антропоцентризм, он сознает себя абсолютным центром не данной замкнутой планетной системы, а всего бытия, всех планов бытия, всех миров» [1]. Синтез рационального и иррационального требует развития коллективной научной мысли в целом, ее мгновенной проверки жизнью – именно такой подход может приблизить к пониманию истины, что в свою очередь укрепляет человеческую веру и новую научную картину бытия.

Философские уроки пандемии определяются недостаточностью имеющихся мировоззренческих основ в условиях изучения резко изменяющейся жизни, возникновения новой глобальной экстремальной ситуации, опасной для существования человечества и каждого человека. На повестке дня возникает как сообразное времени, наиболее адекватное в создавшейся ситуации, философское учение В.И. Вернадского о переходе биосферы в ноосферу, и соответствующий ему ноосферно-личностный подход к пониманию природы пандемии как конфликта человека и коронавируса с его своеобразными характеристиками [2]. Сегодня нужен новый масштаб видения Жизни, большая разрешающая способность «психопедагогичного томографа» и по сути новая картина мира, ибо мир человека новый. Миру нужна ноосферная личность для определения жизненных ориентиров и сопровождения своего движения в будущее. Постижение ситуации с COVID-19 требует осознания сложной цепочки вызванных пандемией причинно-следственных взаимодействий, которые уже привели к тектоническим социальным, политическим и экономическим потрясениям планетарного масштаба.

Медико-психологические уроки требуют существенного усиления саногенной, валеологической составляющей бытия человека и образования на основе значительно большего внедрения в жизнь и учебно-воспитательный процесс доступных и необходимых каждому человеку медицинских, психологических, психореабилитационных, психотерапевтических знаний, умений и навыков, отвечающих задачам преодоления патогенных реалий пандемии, достижения новой нормальности жизни. Для усвоения этих уроков

необходимо более полное овладение фундаментальными знаниями о здоровье человека, конкретными умениями предупреждения коронавирусной болезни и сопутствующих ей расстройств. Важными в этой связи представляются данные о работе личности с дистрессами для снятия их патогенного влияния на здоровье человека, овладение приемами саногенного мышления, об использовании психологических защит, о применении настроев на оздоровление легочной и иммунной системы человека и др.

Прогноз вероятных трансформаций общества и его взаимодействия с природой требует рациональной организации соборного человеческого разума и проектирования устойчивого стабильного развития человеческой цивилизации, опираясь на персонифицированный разум человека, а также на современные информационные технологии, что поднимает соборную личность и личность каждого над отживающими стереотипами поведения, инстинктами, привычками, знаниями. Очень важно в переживаемое тревожное Время, чтобы человеческая цивилизация становилась все более вооруженной научной мыслью, владела наукой как воплощением добра и истины. Как это очевидно в нынешней ситуации, дальнейшая перспектива для человечества – интеллектуальное движение сквозь тернии новых противоречий и конфликтов.

Человек и природа наделены общим свойством – гармоническим равновесием, пренебрежение которым неизменно повлечет усиление кризиса здоровья человечества вплоть до его гибели на планете. Нынешнее невнимание к вопросам экологической психологии, гармонии психосоматической сферы человека завтра может превратиться в сложно разрешимую проблему, предъявляющую трудно оплачиваемый иск современному медицинскому, психологическому образованию, которое еще не до конца понимает важность формирования массовой медико-психологической культуры.

Педагогические уроки вызывают принципиальные вопросы к образованию. В достаточной ли мере отвечает оно вызовам со стороны пандемии? Какие изменения в его содержании наиболее целесообразны в нынешней ситуации? Достаточны ли имеющиеся психогигиенические меры в профессиональной деятельности педагога и учебной деятельности учащегося в условиях пандемии? Насколько осуществлены современным образованием идеи В. Вернадского об «учащемся народе», об актуально обучающейся цивилизации? В решении этих вопросов важна практическая реализация знакомых и еще мало знакомых специалистам в новых условиях пандемии идей непрерывного и всевозрастного образования, педагогизации жизни и онтологизации образования на основе его рационализации и прагматизации, цифровизации и дистанцизации, насыщения практики обучения и воспитания жизненно важными духовными ценностями современного Мировоззрения, ценностями самой Жизни и Человека, Веры, Надежды, Любви, Добра, Красоты, Истины. Актуальными в данный период становятся достижения отечественной педагогики и психологии прошлых лет, среди которых выделяются антропологическая педагогика, педагогика сотрудничества, гуманистическая психология и педагогика, педагогика космизма. Особенно актуальными

становятся идеи развития ноосферного образования, заложенные трудами В.И. Вернадского еще в первой половине XX века.

Целостному ноосферному видению мира можно научить каждого человека, даже «слабовидящего» – на личностных образцах, на демонстрации роли мировой культуры, ее высочайшего влияния на развитие человека и человечества, в частности, когда она реализует небывалый творческий потенциал личности, что в условиях научно-технического прогресса проявилось в освобождении энергии научно мыслящей личности. В этом смысл свободы научного творчества, о чем неустанно говорили выдающиеся предшественники.

На пути совершенствования и реализации научной мысли еще много заторов и неурядиц, связанных, в частности, с известным консерватизмом человеческого сознания. Последнее должно своевременно и чаще реагировать на актуальные проблемы времени. Этому может способствовать значительно большее «обнаучивание» всех слоев общества и прежде всего – управляющего его звена. Образование XXI века все заметнее становится процессом, с помощью которого человек и общество максимально раскрывают свой творческий потенциал в масштабе Космоса, что позволит решать не только экономические, но и другие проблемы в области жизнедеятельности, экологии, социологии, культуры и т. п. Создание целостной мировой образовательной сети будет способствовать выработке единого планетарного подхода к жизни всей земной цивилизации.

Пандемия COVID-19 требует создания новой сетевой системы образования [3]. Всемирная образовательная сеть с ее многочисленными каналами доступа к «обучающемуся народу» и обучающейся цивилизации должна иметь актуальное национальное и межнациональное жизненное содержание, пропускаемое через определенные этические рамки обучения и воспитания в определенное время. Всемирный компонент содержания образования должен гармонично сочетаться с национальным, пребывая в общем образовательном потоке планеты, при этом должен доминировать над другими сетевыми информационными потоками и в данный исторический момент составлять основу формирования устойчивого мирового сообщества и предсказуемой ойкумены. В этом плане именно ноосферное образование позволяет по-новому разобраться в природе Человека, в его развитии, в диалоге Человека и Природы и осуществить трансформацию личностного сознания человека, формирование его готовности к благотворному социальному влиянию на ход земной жизни. В эпоху перехода биосферы в ноосферу человеческое сознание создает условия для трансформации антропоцентризма в антропокосмизм. Этому благоприятствует и проникновение психологических знаний в педагогическую культуру и создание новой философии жизни – философософии. Реальным критерием успеха педагога XXI века становится не только урок, его предмет, авторитет профессионала, но и наша жизнь, измеренная индексом человеческого развития, – ИЧР (он сочетает в себе три показателя: ВВП на душу населения, уровень образования и продолжительность жизни) в условиях региона. Он может быть использован и как показатель эффективности педагогического действия при переходе к ноосферной педагогике. Украина в

2019 году заняла 133-е место в международном рейтинге «счастливых» стран из числа 156 государств, которые традиционно исследует группа ученых по заказу ООН. Кроме того, в Украине существует наибольшая в Европе разница в продолжительности жизни мужчин и женщин – женщины теперь живут в среднем 77 лет, мужчины – 67, а это на 10-15 лет меньше, чем в странах Западной Европы. Подняться до уровня благосостояния передовых стран мира и, в частности, Швейцарии, Германии, Швеции – почему бы этому не стать национальной идеей и целью образования?

Пандемия поставила перед человечеством новые нестандартные вопросы и вызовы. Современное общество и образование в союзе с верой и наукой должны дать квалифицированные ответы на них. Призыв «быть человеком» является ориентиром для культуры и образования в дальнейшем. Впереди – эпоха ноосферного гуманизма и задачи ее инновационного научного сопровождения. Значит – надо возобладать умом, созвучным со Вселенной!

Литература

1. Бердяев Н. А. Философия свободы. Смысл творчества. Москва: Правда, 1989. С. 310.
2. Вернадский В. И. Философские мысли натуралиста. Москва: Наука, 1988. 522 с.
3. COVID-19 в измерениях философии, психологии и педагогики: пособие / [под научн. ред. В. В. Рыбалки и А. П. Самодрина ; коллектив авторов]. Киев, Днепр, Кременчуг : ПП Щербатых А. В., 2020. 396 с.

П.В. Скрипник, студентка 2 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Л.В. Клеценко, к.пед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ

На сьогодні в Україні кінезіотейпування стає важливою частиною повноцінного лікування та відновлення пацієнтів з ушкодженнями опорно-рухового апарату різного генезу. У країнах зі світовим рівнем охорони здоров’я, таких як Великобританія, Іспанія, США, Швеція використання клейких еластичних стрічок давно стало буденністю, адже їх регулярно застосовують як професійні спортсмени, так і пересічні пацієнти ортопедів-травматологів, неврологів, ревматологів чи терапевтів, дедалі перспективнішим стає тейпування в естетичній медицині [1].

Кінезіотейп – це еластична клейка стрічка, що складається зі 100% бавовни і покрита гіпоалергенним клейким шаром на акриловій основі, що активізується

при температурі тіла та забезпечує його еластичність. Стрічка має товщину та еластичність, максимально схожі на властивості епідермісу. Бавовняна основа кінезіотейпів сприяє кращому випаровуванню та диханню шкіри, а також швидкому висиханню стрічки після душу чи плавання. Проаналізуємо ефективність використання кінезіотейпів на прикладі власного практичного досвіду у кабінеті корекції фігури та масажу.

Нами було проведено кінезіотейпування пацієнтці, що мала дефекти шкіри живота в післяпологовому періоді. Використання тейпів засвідчило, що за допомогою накладання індивідуальних аплікацій на зони, що потребують корекції, можливо досягти значного ефекту навіть за 1 сеанс тейпування (тобто за 5 днів носіння аплікації). На рис.1 показана лімфодренажна аплікація, застосування якої дало через 5 днів такий результат: мінус 3 сантиметри в талії, мінус 1 сантиметр об'єму живота, помітне зменшення стрій на шкірі (рис. 2).

Рис.1. Лімфодренажна аплікація

Рис.2. Ефект лімфодренажної аплікації

За допомогою тейпування можна досить ефективно вплинути на процес, при якому в жировій тканині відбувається порушення мікроциркуляції, що призводить до того, що жирові клітини збільшуються (виникає целюліт). На рис.3 показано тейпування стегон стрічками шириною 5 см і довжиною до 1 метра; смужки накладено не тільки на стегна, а й на сідниці, що забезпечує максимальний ефект. Тейпування стегон дало через 5 днів такий результат: мінус 4 сантиметри в стегнах, мінус 3 сантиметри кожна нога (рис. 4).

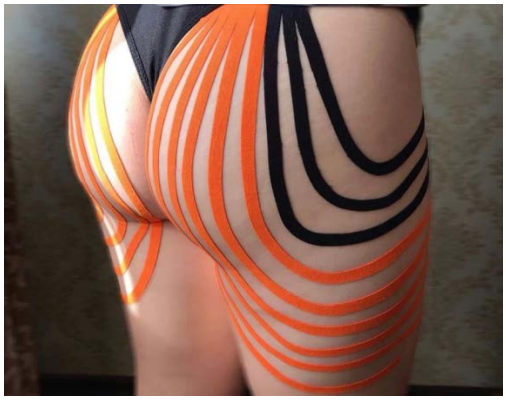


Рис.3. Тейпування стегон

Рис.4. Ефект тейпування стегон

За допомогою кінезіотейпів можна також коректувати зморшки, набряки, підвищений та понижений тонус м'язів, інші функціональні порушення; це ефективний, безпечний і простий у застосуванні метод лікування травм, розтягнень, гематом і м'язових болей. Слід підкреслити, що важливою перевагою застосування кінезіотейпів є відсутність серйозних побічних ефектів, тому їх використання особливо виправдане для лікування болю у дітей, вагітних, пацієнтів з наявністю великої кількості супутніх захворювань. Отже, метод кінезіотейпування ефективний, доступний, безпечний і простий метод лікування та відновлення пацієнтів, що доводить свою ефективність на практиці.

Література

1. https://bbtape.ru/kinesio_tape_statyi.html/kineziotejpirovanie-zhivota-dlya-pohudeniya.html

А.А. Смірнова, студентка 4 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Л.Б. Волошко, к.пед.н., доцент
завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДИСКОПАТІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Остеохондроз хребта та інвалідизація від нього збільшується з віком, частим проявом цієї патології є дископатія, причиною якої найчастіше є неправильне положення тіл хребців, фізіологічне викривлення хребта. Діагностиці й лікуванню дископатії хребта присвячено багато наукових праць неврологічної спрямованості, проте, питання реабілітації осіб із дископатіями залишається актуальним.

Загальноприйнятими при дископатіях шийного відділу хребта є програми терапевтичних вправ, що ґрунтуються на обмеженні рухів у гострий період захворювання. В літературі містяться рекомендації застосовувати лікувальну гімнастику з перших днів лікування пацієнтів у стаціонарі чи поліклінічному відділенні [1]. Рекомендується проводити дихальні вправи, вправи на розслаблення м'язів шиї, плечового поясу, верхніх кінцівок, які виконуються з вихідного положення лежачи чи сидячи. Курс терапії гострого періоду триває у середньому 10-15 днів. Релаксаційний масаж м'язів шиї, місцеві теплові процедури та фізіотерапевтичні процедури, які діють протизапально, зменшують біль, тому також показані у курсах реабілітації при даній нозології.

Середня тривалість лікування підгострого періоду складає близько 2 тижнів. Завданнями фізичної терапії в цей період є: адаптація всіх систем організму до дії фізичних навантажень; покращення вісцеральної регуляції. У цей період

призначають терапевтичні вправи, масаж, тракційну терапію, препарати, які регулюють репаративні процеси. Фізіотерапія на цьому етапі включає магнітотерапію, електрофорез, лазеротерапію. Використання рефлексотерапії здійснює стимулюючий вплив на енергетичні процеси та адаптаційно-компенсаторні механізми, які відбуваються у хребті [1,2].

Основними завданнями терапевтичних вправ є: зменшення патологічної пропріоцептивної імпульсації шийного відділу хребта, покращення кровообігу в ураженому хребетному сегменті, зменшення набряку в тканинах, розміщених у міжхребцевому отворі, підвищення адаптаційних можливостей організму. Терапевтичні вправи посилюють функціональну перебудову всіх ланцюгів нервової системи, здійснюють стимулюючий вплив як на еферентні, так і на аферентні системи. Рекомендують використовувати динамічні вправи для шийного відділу хребта як засіб лікування та профілактики дегегенеративно-дистрофічних змін, але зазначають, що повороти голови в сторону та розгинання зменшують амплітуду пульсового кровонаповнення, збільшують асиметрію, підвищують тонус церебральних судин, при цьому погіршується венозний відтік [2].

У програмах реабілітації із збільшенням амплітуди рухів починають збільшувати силу м’язів шиї ізометричними вправами, включаючи згинання та розгинання, згинання в боки та обертальні рухи, а силове тренування може переходити в мануальну вправу з опором. Ізометричне тренування полягає в повторювальних серіях, 4 рази на тиждень, по 10 разів, з обтяженням в першій серії – 1/2 максимального навантаження, у другій – 3/4 у третій − максимальне навантаження.

Для збільшення сили м’язів рук, функціонального стану центральної нервової системи, психоемоційного стану необхідним є використання спеціальних комплексів фізичних вправ. Науковці зазначають, що всі фізичні вправи, особливо статичного характеру, повинні чергуватися з дихальними вправами та вправами направленими на розслаблення м’язів. Особливо необхідно досягати розслаблення трапецієподібного та дельтовидного м’язів, так як вони найчастіше втягуються в патологічний процес і знаходяться в стані патологічного гіпертонусу [2].

Останнім часом значного поширення набула мануальна терапія хребта з послідовним застосуванням прийомів для розслаблення м’язів та мобілізації опорно-рухового апарату. Мануальна тракція шийного відділу хребта виконується з вихідного положення сидячи або лежачи (голова звисає), з мінімальною силою та виконується з допомогою багаторазових, повторювальних ритмічних прийомів пасивного переміщення частин тіла.

Одним з методів мануальної терапії є постізометрична релаксація, що сприяє розслабленню м’язової тканини після попереднього статичного напруження в розтягнутому стані. Перевагою цього метода є не лише повна безпека, але й можливість виконання процедури самим хворим. Ефект постізометричної релаксації проявляється безпосереднім збільшенням обсягу та зменшенням болючості пасивно-активних рухів в одному чи декількох

хребетно-рухових сегментів, збільшенням довжини раніше спазмованих вкорочених м’язів та їх сили.

Витягання шийного відділу хребта з використанням петлі Гліссона є також однією з найпоширеніших процедур при больових синдромах шийного відділу хребта, що сприяє зменшенню тонусу напружених м’язів, розширенню міжхребцевих отворів. Щоб покращити результати витягу, науковці рекомендують застосовувати розслаблюючі та ізометричні вправи, які зміцнюють м’язи шиї, верхньої частини грудної клітки, плеча та фізичні лікувальні фактори.

Отже, фізична терапія займає одне з важливих місць у комплексному відновному лікуванні дископатії, а також попередженні ускладнень та загостренні хвороби.

Література

1. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). М.: МЕДпресс-информ, 2004. 272 с.

2. Ціж Л. М. Методики фізичної реабілітації при дископатії шийного відділу хребта. *Молода спортивна наука України:* зб. наук. пр. з галузі фізичної культури та спорту. Л., 2005. Вип 9. Т. 2: 42-5.

Г.М. Траверсе, д. мед. н., професор,
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ОЖИРІННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Ожиріння – одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності. У багатьох країнах світу за останні 10 років захворюваність на ожиріння збільшилася в середньому вдвічі. Розрахунки експертів ВООЗ засвідчують, що до 2025 р. число хворих на ожиріння у світі становитиме 300 млн осіб. З кожним роком українці стають важчими. Якщо уявимо, що в Україні живе 100 чоловік, то 58 з них мають зайву вагу і ще 25 страждають від ожиріння. Це проблема не тільки нашої країни. Ожиріння набуло форму епідемії в усьому світі, підкреслюють у Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ). Сьогодні від надмірної ваги вмирають більше людей, ніж від голоду. Хвороби серця, інсульт, онкозахворювання – це одні з наслідків ожиріння [1].

Однією з серйозніших проблем ожиріння є метаболічний синдром. Метаболічний синдром (МС) – це сукупність факторів ризику розвитку цукрового діабету (СД) і серцево-судинних захворювань, до яких відносяться ожиріння центральної частини тіла, дисліпідемія, порушена толерантність до глюкози, артеріальна гіпертензія і інсулінорезистентність.

МС обумовлює ранній розвиток атеросклеротичних змін судин і СД 2-го типу не тільки у дорослих, але і у дітей старше 10 років, що створює передумови для виникнення і швидкого прогресування ряду важких захворювань, що призводять до ранньої інвалідизації і передчасної смерті.

Головною причиною розвитку метаболічного синдрому є «жирогенні» умови: урбанізація, нераціональне харчування, малорухливий спосіб життя.

Ожиріння впливає на всі системи і органи людини, і може бути причиною більш 200 захворювань. Українці звертаються до лікаря часто вже з ускладненнями ожиріння: цукровий діабет II типу, гіпертонічною хворобою, жировою дистрофією печінки та іншими. Причому самі пацієнти не асоціюють ці проблеми з ожирінням.

Надмірну вагу можна контролювати і коригувати спортом і правильним режимом харчування. Коли настає ожиріння, в організмі людини починаються незворотні процеси. Зміни раціону і рівня фізичного навантаження може не вистачити. Зайва вага визначається за Індексом маси тіла (ІМТ). Він розраховується шляхом ділення маси тіла (в кілограмах) на квадрат зростання (у метрах квадратних). Якщо показник більше або дорівнює 25, то у людини є надмірна вага. Якщо ІМТ більше 30 – це вже ожиріння.

За даними ВООЗ, чоловіків з надмірною вагою в Європі стає більше, ніж жінок. В Україні така тенденція спостерігається з 2003 року. У нас чоловіків із зайвою вагою – 61,4%, а жінок – 55,5% [2].

Проблеми надмірної ваги дітей – одні з найболючіших в дієтології, так як асоційовані з вагою захворювання, такі як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, синдром полікістозу яєчників, – молодіють. Тенденція загрожує сплеском діабету, серцевих хвороб та раку. Разом із тим, ожиріння пов’язане з низькою успішністю в школі, діти часто підлягають дискримінації та соціальній стигмації.

Крім медичних, ожиріння зачіпає соціально-економічні проблеми. Так в Європейському регіоні до 6 % витрат на охорону здоров’я придає лікування ожиріння у дорослих. Наприклад, в Іспанії загальна вартість витрат на ожиріння оцінюється в 2,5 млрд євро на рік. У США пряма вартість медичних послуг на 36 % вища серед осіб з ожирінням порівняно з такими без ожиріння; тяжке ожиріння (ІМТ > 40) може подвоїти щорічні витрати на здоров’я. При збільшенні окружності талії витрати на медичне забезпечення зростають на 1,25 % у жінок та на 2,08 % у чоловіків [3].

У середньому надлишкова маса тіла знижує очікувану тривалість життя у чоловіків при 10 % перевищенні норми на 13 %, при 20 % перевищенні – на 25 %, при 30 % перевищенні – на 42 %. Доведено, що зменшення ваги на 5-15% від початкової величини супроводжується значним покращанням перебігу супутніх захворювань [3].

На жаль, українські традиції не сприяють формуванню здорових харчових звичок. Українська кухня містить велику кількість страв з борошна, жирного м'яса, солоності, перероблені продукти та ін. Традиційно вітаються святкові застілля і надмірне годування дітей.

МОЗ України розробив «Тарілку здорового харчування українця» для дорослих і дітей від двох років. У відомстві рекомендують вживати не менше 300 г овочів і бобових в день. Стільки ж фруктів і ягід, віддавати перевагу цільнозерновим продуктам, 2-3 рази на день вживати молочні продукти і 1 – 2 яйця. Також 2-3 рази в тиждень МОЗ рекомендує їсти рибу. Одним з важливих завдань у профілактиці надлишкової маси тіла та ожиріння є зміна способу життя на більш рухливий.

Література

1. Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф // Российский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 6. – С. 331-337.

2. Ekbolm O.B. et al. Trends in body mass in Swedish adolescents between 2001 and 2007 // Acta Paediatr. – 2009. – 98. – 519-522.

3.Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета / С.А. Бутрова // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2013. – № 2. – С. 19-24.

Г.М. Траверсе, д. мед. н., професор,
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА РОЛЬ ВІТАМІНУ Д В ПРОФІЛАКТИЦІ РЯДУ ЗАХВОРЮВАНЬ

Дефіцит вітаміну D (D-гормону), за даними ВООЗ, є новою неінфекційної пандемією XXI століття. В даний час недостатність, а в більшій мірі дефіцит 25 (OH) D є пандемію, що зачіпає переважну частину загальної популяції, включаючи дітей і підлітків, дорослих, вагітних і жінок, що годують, жінок в менопаузі, літніх людей. Важливо відзначити, що в останній групі при наявності остеопоротичних перелому поширеність дефіциту вітаміну D досягає 100%. Така ж ситуація відбувається в Україні, що показують ряд досліджень, проведених в нашій країні. Як і в багатьох країнах світу, недостатність рівнів вітаміну D в Україні характерна для всіх вікових груп.

Якщо в 20-40-х роках XX століття значення вітаміну Д визначалося лише ефективністю лікування рахіту у дітей, то результати проведених протягом наступних трьох десятиліть досліджень наслідків гіповітамінозу D і накопичений досвід використання цього нутрієнта в клінічній практиці призвели до перегляду поглядів: стало очевидно, що вітамін D може застосовуватися в профілактиці і терапії широкого кола захворювань у дорослих і дітей [1].

За останні 20-30 років стало відомо, що дефіцит вітаміну D грає роль в розвитку серцево-судинної патології (наприклад, артеріальної гіпертонії,

венозної тромбоемболії), інсулінорезистентності та цукрового діабету, ожиріння, розсіяного склерозу та інших аутоімунних захворювань, хвороби Крона, виразкового коліту , синдрому хронічної слабкості, фіброміалгії, дегенеративного артриту, безпліддя і т.д. Крім того, недостатність вітаміну D вносить вклад в хронізації інфекцій і підвищення ризику розвитку ряду видів онкологічної патології [2].

Вітамін D є регулятором імунної відповіді. Ще до настання ери антибіотиків вітамін D в складі риб'ячого жиру застосовувався при туберкульозі. Сучасні дослідження розкрили механізми і найважливіші стадії антимікобактеріального імунної відповіді за участю активної форми вітаміну D – 1,25 (OH) 2D3 (кальцитріолу), що підсилює протимікробну дію макрофагів і моноцитів [1].

У клітинах понад 30 тканин організму, а також в більшості клітин імунної системи (моноцити, В-лімфоцити, Т-лімфоцити, дендритні клітини, макрофаги) виявлені рецептори до вітаміну D. Стало відомо, що недостатність вітаміну D є важливим фактором підвищення рівнів прозапальних цитокінів , що істотно знижує ефективність імунної відповіді [2].

Дані епідеміологічних і клінічних досліджень, які свідчать про імунорегуляторні властивості вітаміну D, відкривають ширші перспективи його застосування з метою профілактики інфекційної патології, в тому числі гострих вірусних та бактеріальних захворювань дихальних шляхів.

У 2017 році були представлені дані масштабного метааналізу 25 рандомізованих контрольованих досліджень за участю в цілому 11 321 людини у віці від 0 до 95 років. Метою роботи стала оцінка взаємозв'язку між прийомом вітаміну D і частотою розвитку ГРІ. Було встановлено, що значуще профілактичну дію вітаміну D спостерігалося серед пацієнтів, які спочатку мали низький рівень вітаміну Д в крові, ризик розвитку хоча б одного епізоду ГРІ знижувався на 70% (у підгрупі з нормальним рівнем вітаміну Д в крові, цей показник склав 25%) [3].

Дослідники з Медичної школи Бостонського університету з'ясували, що серед заражених коронавірусом пацієнтів з нормальним рівнем вітаміну D в крові значно менше важких випадків і смертей. Достатність вітаміну D може допомогти запобігти такі ускладнення, як «цитокіновий шторм».

Найбільш важкі форми COVID-19 характеризуються так званим «цитокіновим штормом», який виникає протягом першого тижня з моменту появи симптомів і призводить до гострого респіраторного синдрому і інших ускладнень, що викликають підвищену смертність. Виявлено, що у пацієнтів з COVID-19 з більш низьким рівнем вітаміну D в сироватці підвищений рівень елементів, які є маркерами «цитокинового шторму».

Нове дослідження університетської лікарні Marques de Valdecilla в Іспанії показало, що понад 80% пацієнтів з COVID-19 страждали дефіцитом вітаміну D. Дослідження також показало, що рівень вітаміну D у чоловіків з COVID-19 був помітно нижче, ніж у жінок [4].

І все ж іспанське дослідження – не перше, яке знайшло зв'язок між вітаміном D і опірністю організму респіраторним інфекціям. Інші дослідження

також показали, що його дефіцит може завдати шкоди імунній функції і збільшити ризик розвитку ГРЗ і ГРВІ.

Таким чином, вітамін D має вирішальне значення в активації організмом імунної відповіді проти вірусів, підтримання необхідного рівня вітаміну D в організмі допомагає імунній системі і захищає від респіраторних інфекцій в цілому.

Література

1. Громова О.А., Торшин И.Ю. Витамин D – смена парадигмы. М: МЦНМО, 2016. – 464 с.

2. Лазарева Н.Б., Реброва Е.В., Пантелеева Л.Р., Рязанова А.Ю., Бондаренко Д.А. Витамин D и острые респираторные инфекции: профилактика или лечение? // Медицинский совет. 2019. – № 6. – С. 116-124.

3. Martineau A.R., Jolliffe D.A., Hooper R.L., Greenberg L., Aloia J.F., Bergman P. et al. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ. 2017; 356:i6583.

4. Derbyshire E., Delange J. COVID-19: is there a role for immunonutrition, particularly in the over 65s? // BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020; 0:1–6. doi:10.1136/bmjnph-2020-000071.

М.О. Фурсова, студентка 4 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
В.І. Горошко, к.мед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ: УКРАЇНА І СВІТ

Психічне здоров’я дитини є основою формування всебічно розвиненої, самодостатньої, цілісної, внутрішньо гармонійної та щасливої особистості.

Розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю (РДУГ) – це хронічний неврологічний розлад зі складною етіологією. Характеризується імпульсивністю, неуважністю, підвищеною збудливістю та надмірною активністю, часто стає пусковим механізмом для розвитку супутніх психічних, неврологічних та соматичних захворювань.

Враховуючи досить вагомі соціальні наслідки, Всесвітня організація дитячої і підліткової психіатрії визнала РДУГ проблемою номер один у галузі охорони здоров’я дітей та підлітків. В цілому ж даний розлад недостатньо визнаний та недооцінений у різних культурах та країнах, серед них і Україна.

В країнах Європи, США вибудований чіткий алгоритм медичного, педагогічного та психологічного супроводу таких дітей, проте організація

медико-соціальної допомоги дітям з цим розладом в Україні не відповідає стандартам, прийнятим у світі, а наявні на сьогоднішній день види терапії, які застосовуються в психології не вирішують в повній мірі проблем дітей, оскільки не враховують всіх особливостей захворювання [1].

Вагомий внесок у вивчення особливостей дітей з РДУГ, на нашу думку, зробили такі вітчизняні вчені як І.П. Брязгунов, М.М. Заваденко, Е.В. Касатікова, Г.А. Суслова, Г. Моніна, Л. Чутко, О. Лютова-Робертс, О. Романчук, А.Й. Капська.

Синергетика веде людство до нового етапу розвитку у науці, принципи якого спираються окрім іншого і на фіксацію та обробку даних інформаційних систем: компактне уявлення і стиснення інформації, розвиток і створення високоефективних інформаційних протоколів, забезпечення безпеки і конфіденційності даних, розвиток глобальних інформаційних мереж. На цьому етапі розвитку суспільства проблема збереження і цілеспрямованого формування здоров'я дітей виключно значима і актуальна, оскільки безпосередньо пов'язана з проблемою безпеки та незалежності.

Використання комп’ютерних та інших допоміжних технологій (розпізнавання голосу, біологічно-зворотнього зв’язку (biofeedback), віртуальна реальність, ігрова доповнена реальність) розвивається набагато швидше, ніж проводяться дослідження, які демонструють ефективність і корисний потенціал цих методів. Деякі з технологій вже доволі широко використовуються в медицині та реабілітації (XR Therapy System, MindMotionPro).

Сьогодні в Україні також починають цікавитись темою впровадження інноваційних технологій в реабілітаційний процес, в той час як метод віртуальної реальності для діагностики і лікування почали активно використовувати ще з 1994 року в США.

Один із таких засобів для оцінки дітей з РДУГ, був розроблений Ріццо та ін.(Rizzo et al.,2000). Дана методика є надійним засобом для диференціації дітей із РДУГ від однолітків без діагнозу [2].

Diaz-Orueta et all (2014) створили тест CPT в контексті середовища VR, який був названий AULA. Науковці змогли довести, що їх тест, зміг відрізнити дітей із РДУГ які приймають ліки, та не отримують фармакологічного втручання відповідно [3].

Віртуальна реальність є потужним інноваційним інструментом для різних форм реабілітації. Багаточисленні досліди підтверджують абсолютні переваги застосування віртуальної реальності(VR) для покращення пам'яті, уваги, а також мотивації, порівняно із традиційними методами.

Окрім віртуальної реальності, розробляються та широко застосовуються технології доповненої реальності (AR), своєрідного ігрового середовища, що не вимагає повного занурення у віртуальне середовище. AR використовує середовище навколо нас та накладає поверх нього певну інформацію. Доволі корисною та цікавою є програма AR-Therapist, що знаходиться на стадії розробки на кафедрі комп’ютерних наук, університету Албаха (Albaha), Саудівська Аравія. Зазначимо, що застосування в реабілітаційній практиці

технології AR має меншу вірогідність виникнення небажаних побічних ефектів про які застерігає ВООЗ.

Наразі про розробку, тестування і застосування новітніх ІТ-технологій у реабілітаційному процесі в Україні інформація відсутня.

Резюмуючи сказане у відповідності з тим, що вже вивчено на сьогоднішній день і тим, що очікує свого розкриття, ми вважаємо правомірним зауважити, що реабілітаційна медицина в Україні потребує більшої підтримки з боку держави. Маємо гостру потребу в створенні та реалізації реабілітаційних програм для дітей із РДУГ, зокрема з використанням інноваційних технологій; проведенні просвітницько-пропагандистської роботи та організації медико-соціальної допомоги дітям з цим розладом та їх батькам, що відповідатимуть світовим стандартам.

Література

1. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б. та ін. Програмно цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом.// Медицинская газета «Здоровье Украины». – 2009. – № 5 / 1.

2. U. Díaz-Orueta, C. Garcia-López, N. Crespo-Eguílaz, R. Sánchez-Carpintero, G. Climent, J. Narbona AULA virtual reality test as an attention measure: Convergent validity with Conners' Continuous Performance Test Child Neuropsychology, 20(3)(2014), pp. 328-342.

3. Negut A., Jurma A.M., David D. Virtual-reality-based attention assessment of ADHD: ClinicaVR: Classroom-CPT versus a traditional continuous performance test. Child Neuropsychol. 2017; 23: 692 – 712. doi: 10.1080/09297049.2016.1186617.

О.А. Черкас, студентка 4 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Г.М. Траверсе, д.мед.н., професор,
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МЕДИЧНІ ТА ЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

У кінці 20 – початку 21 століття трансплантологія стала областю медицини, яка сконцентрувала в собі новітні досягнення хірургії, анестезіології, реаніматології, імунології, фармакології та інших медико-біологічних наук. Це область високих біомедичних технологій, які використовуються у випадках таких патологічних змін органів і тканин людини, які неминуче призведуть до загибелі пацієнта.

Застосування різних технологій трансплантації органів і тканин має певні обмеження, як медичного, так і етико-правового характеру [3].

До медичних факторів належать проблеми імунологічного підбору донора, показники здоров'я реципієнта, деякі з яких стають протипоказаннями для

трансплантації, проведення післяопераційної імуносупресивної терапії, а також науково-медичні проблеми розробки та застосування технологій трансплантації органів і тканин.

Проте найбільші труднощі виникають при вирішенні етичних і правових проблем трансплантації органів людині.

Серед багатьох морально-етичних проблем, що виникають при трансплантації, найбільш серйозною є проблема встановлення моменту можливого забору органу, тобто, проблема констатації смерті.

У більшості країн світу головним критерієм смерті людини, як стану незворотною деструкції критичних незамінних систем організму, є смерть мозку. Діагноз смерті мозку встановлюється на основі цілого комплексу ознак (клінічних тестів) колегіально за організаційної та фінансової незалежності лікарів професіоналів і згідно з розробленими єдиним інструкцій [1].

Принцип колегіальності полягає в обов'язковій участі кількох лікарів в діагностиці смерті мозку. Три фахівця є мінімально допустимою кількістю лікарів, які мають право констатувати смерть мозку. Такий принцип дозволяє значно зменшити ризик передчасної діагностики та ймовірність зловживань.

Ще одним принципом є організаційна і фінансова незалежність бригад в трансплантації. Одна з бригад констатує смерть мозку, інша здійснює забір органів і третя здійснює саму пересадку органа.

Ще однією проблемою в трансплантології є розподіл донорських органів, так як у всьому світі існує дефіцит донорських органів.

Саме ступінь імунологічної сумісності пари донор-реципієнт є головним критерієм, що впливає на рішення лікаря – кому виконувати трансплантацію. Згідно з цим принципом орган пересаджують тому реципієнту, кому він найбільше підходить за імунологічними показниками.

Імунологічні та біологічні дані людини, яка потребує пересадки органу, заносять в базу даних, так званий «лист очікування».

Однією з найважливіших етичних проблем в трансплантології є комерціалізація трансплантації. Це пов'язано з тим, що людські органи стають товаром, а в умовах загального дефіциту донорських органів – дефіцитним і дуже дорогим товаром. Комерціалізація суперечить найвищої гуманістичної ідеї трансплантології: смерть служить продовженню життя, тому є неприпустимою.

Існують проблеми і в релігійному аспекті. Більшість західних християнських богословів є прихильниками трансплантації і позитивно оцінюють факт вилучення і перенесення органу померлого в тіло живої людини. Римсько-католицька церква вважає, що донорство в трансплантології – це акт милосердя і моральний борг. Католицька Хартія працівників охорони здоров'я оцінює трансплантологію як «служіння життю», в якому відбувається «приношення частини себе, своєї крові і плоті, щоб продовжували життя та інші».

Шаріат забороняє трансплантацію життєво важливих органів живої людини, а також органів, пересадка яких спричиняє погіршення життєво важливих функцій, хоча і не загрожує летальним результатом. Трансплантація органів і

переливання крові можливо тільки від живих донорів, які сповідують іслам і дали на це згоду. Допускається трансплантація від людини з церебральної смертю, якому штучно підтримується дихання і кровообіг [2].

Таким чином, незважаючи на грандіозні успіхи в техніці виконаних операцій, етичні проблеми, що виникають при здійсненні трансплантації органів і тканин, не знижуються, а тільки зростають. Але трансплантація, відповідно до морально-етичними нормами і законодавством, гостро необхідна для лікування раніше безнадійних пацієнтів і є високим ступенем лікарського ризику і останньою надією для пацієнта.

Література

1. Этические проблемы трансплантологии /Л.И. Шаркова, А.М. Купченко, В.В. Становенко, Н.Г. Харкевич. Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии: материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием (Витебск, 2 декабря 2016 г.) / М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». − Витебск : ВГМУ, 2016. − С.47-50.

2. Керимов Г.М. Шариат: Закон жизни мусульман. Ответы Шариата на проблемы современности. – Спб.: «Издательство «ДИЛЯ», 2007, С. 478-479.

Ю.О. Шевченко, студентка 3 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Л.В. Клеценко, к.пед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

За даними МОЗ України, у 2019 році в Україні було зареєстровано 25 237 випадків туберкульозу, у 90% з них спостерігалося ураження легень; питання протидії та контролю за епідемією туберкульозу в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров’я [1]. Реабілітація хворих на туберкульоз легенів передбачає 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.

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 активність

застосовують при всіх формах туберкульозу легень у період стихання гострого процесу й поліпшення загального стану 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, 3].

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 призначенням фізичних вправ необхідно починати загартування повітряними ваннами і водними процедурами (контрастний душ, обтирання або контрастні за температурою обливання). Загартовувальні процедури формують стійкість до впливу низьких температур, суттєво впливають на загальний імунний фон організму хворих.

Лікувальний масаж застосовують при фазі стихання туберкульозного процесу у вигляді класичного, сегментарно-рефлекторного, перкусійного, точкового та самомасажу. Рекомендують використовувати повний набір прийомів масажу в наступному співвідношенні: погладжування – 10 %, розтирання і розминання – 25 %, вібрація – 40 %. Після закінчення сеансу пацієнт повинен періодично відкашлюватися за допомогою глибокого форсованого видиху, виганяючи мокроту з дистальних відділів легенів з положення оптимального для відходження ексудату [3].

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.

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. Навантаження мають бути дозовані за часом та інтенсивністю відповідно до тренованості та трудових навичок хворих. Загальна тривалість трудових процесів 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. Міністерство охорони здоров'я України: веб-сайт. URL: https://moz.gov.ua/kardiocentri (дата звернення: 7.11.2020).
2. Калмикова Ю. С. Фізична реабілітація при інфільтративному туберкульозі легенів / Ю. С. Калмикова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2013. – №. 1 (34). – С. 79-83.
3. Ногас А. О. Фізична реабілітація хворих на туберкульоз легенів в умовах стаціонару : навч.-метод. посіб. / А. О. Ногас. – Рівне, 2009. – 128 с.

Н.О. Якуба, студент 4 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Г.М. Траверсе, д.мед.н., професор,
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ І СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

Згадки про це можна знайти в античній міфології, християнських легендах, народних переказах середньовіччя, які дійшли до нашого часу в медичних трактатах. Однак початок власне наукової трансплантації відносять до XIX століття. Перші досліди в трансплантології носили експериментальний характер.

Розробка методу судинного шва французьким хірургом Алексісом Каррелем (1902) з'явилася новою точкою відліку в хірургії і трансплантології. Він став основоположником експериментальної трансплантації життєво важливих органів і отримав Нобелівську премію в галузі фізіології і медицини в 1912 році. У період з 1905 по 1906 рік провів серію алогенних трансплантацій органів і кінцівок від однієї тварини іншій [1, 4].

Введення в організм чужорідних білків, не властивих даній особині, викликає імунні реакції, спрямовані на знищення чужорідного білка і збереження сталості власного білкового складу. Відторгнення трансплантата

відбувається через антигенну відмінність його від антигенів реципієнта. Реакція відторгнення трансплантата зумовлена антитілами. Через те подолання імунологічного бар'єра несумісності тканин – найскладніша проблема трансплантології.

В 1953 р. чеським ембріологом М. Гашеком і англійським зоологом П. Медаваром було відкрите явище імунологічної толерантності Проведені ними експерименти показали: якщо на ембріональному етапі розвитку ввести в організм чужорідні білки (антигени), то надалі вже дорослі тварини сприйматимуть їх як свої власні. Організм буде до них толерантним [1].

Першу у світі трансплантацію нирки від померлої людини здійснив український лікар Ю. Ю. Вороний (1895 – 1961). Відбулася ця подія 3 квітня 1933 р. Потім пішли успішні пересадки нирки від живих донорів в клініці Девіда Хьюмен (1951 – 1954). Пізніше пішли: перша в світі ортотопічна трансплантація печінки Томасом Старзл (1963), перша алотрансплантація підшлункової залози людині Уїлльямом Келлі і Річардом Ліллехеем (1966), успішні пересадки одного легкого (Джоел Купер, 1983 рік) і двох легких (він же, 1986 рік).

Справжній прорив у галузі трансплантології стався з першою успішною пересадкою серця людині, яку здійснив кардіохірург з ПАР Крістіан Барнард. Барнард і його колеги провели першу у світі пересадку серця 3 грудня 1967: безнадійно хворому 54-річному комерсанту Луїсу Вашканскі було пересаджено серце молодої жінки, яка отримала смертельні травми в автомобільній катастрофі. Вашканскі помер від пневмонії через 18 днів після операції, але наступний пацієнт, Філіп Блайберг, прожив з пересадженим серцем більше 19 місяців [2, 3].

До кінця 1968 у світі було зроблено вже близько 100 пересадок серця. У 1970-ті роки подібних операцій проводилося не так багато, оскільки виявилося, що пересаджене серце відторгається імунною системою організму. Однак на початку 1980-х, з впровадженням в клініку циклоспорину, кількість таких операцій різко зросла.

В Україні з 1 січня 2019 року діє закон, що дозволяє трансплантацію органів. У ньому говориться, що кожен повнолітній громадянин України може погодитися на посмертне донорство або відмовитися від нього.

24 грудня 2019 в Україні вперше за останні 15 років зробили трансплантацію серця. Операцію в районній лікарні Ковеля провела бригада лікарів місцевого Інституту серця МОЗ на чолі з Борисом Тодуровим [3].

Потім у Львові 4 липня 2020року провели трансплантацію серця. Донором для трансплантації серця став 58-річний житель Львова, який отримав несумісні з життям травми в результаті падіння з висоти [4].

Сьогодні в усьому світі спостерігається зростання трансплантаційної активності і прогрес в організації донорського процесу.

Брак людських органів для пересадки змушує вчених шукати альтернативні методи їх отримання – від 3D-друку до використання в якості донорів інших ссавців. Органи свиней найбільш близькі до людських, але віруси в їх ДНК роблять пересадку неможливою.

Змінити ситуацію змогла група дослідників на чолі з засновником ксенотрансплантаціонной компанії eGenesis Джорджем Черчем. Вчені «вирізали» вірусну ДНК з генома свині, а потім клонували відредаговані клітини. Після цього на основі клітин створили ембріони поросят, які пересадили свиноматкам. В результаті експерименту на світ з'явилося 37 поросят, в ДНК яких не було вірусу. З них вижили лише 15 особин, найстаршій з яких вже 4 місяці.

На початку цього року інша група вчених впровадила стовбурові клітини людини в ембріон свині. Потім його помістили в свиноматку і дали розвиватися природним чином. Стовбурові клітини людини перетворилися в ті, що стануть в майбутньому серцем, печінкою, нейронами порося.

Таким чином, в трансплантології розробляються новітні медичні технології вищої категорії складності, які потім знайдуть широке застосування і в інших областях практичної медицини.

Література

1. https://web.archive.org/web/20101205063822/http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/circulationaha;104/23/2756

2. Christiaan Barnard. One Life/ Toronto, The Macmillan Co., Collier-Macmillan Canada Ltd., 1970, 393 pp.

3. https://gordonua.com/news/society/v-ukraine-vpervye-za-poslednie-15-let-proveli-peresadku-serdca-1480630. html

4. https://gordonua.com/news/society/vo-lvove-vpervye-proveli-transplantaciyu-serdca-1507750.html

Т.Л. Ялова, студентка 1 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
В.І. Горошко, к.мед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ В ОПОРНО-РУХОВІЙ СИСТЕМІ ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 0 ДО 6 МІСЯЦІВ ЗА ДОПОМОГОЮ СИСТЕМИ ДОГЛЯДУ

Якщо на початку розвитку людства філогенез зумовлював прогрес, то у сучасному світі динамічність прогресу значно випереджає онтогенетичні можливості людини і кидає виклик її адаптаційним механізмам (С.М. Футорний, 2015). Дисбаланс навантажень, коли зменшується обсяг рухової активності і в рази збільшується інформаційний потік, посилює дезадаптацію дітей (Т.Ю. Круцевич, 2014). В Україні ситуацію погіршують недостатнє фінансування фізкультурно-оздоровчої сфери, втрата орієнтирів на здоровий спосіб життя, наслідки Чорнобильської трагедії (Р.П. Карпюк, 2015).

Крім того, в останні роки змінилися умови догляду за дитиною, і цей факт має як позитивні, так і негативні наслідки. Фізична активність і вчасне засвоєння вікових навичок лежить в основі формування здорового організму і зумовлює подальше успішне функціонування. Правильні раціональні рухи, що їх опановує неврологічно здорова дитина на першому році життя , виробилися впродовж філогенезу і є запорукою гармонійного розвитку головного мозку дитини (Sonya Story, 2019). Основний принцип набуття цих рухів – їх краніокаудальний напрямок, або поступова вертикалізація [1].

Проте, не правильне положення новонародженого на руках у дорослого, застосування таких виробів, як вертикальні переноски тощо, призводить до грубого порушення вищевказаного принципу і, як наслідок, до небажаних результатів (Є.В. Імас, М.В. Дутчак, С.В. Трачук, 2013).

Про необхідність поступової вертикалізації дитини першого року життя і проходження ним всіх етапів рухового розвитку наголошували такі вчені як Л.О. Бадалян [2], В.Ю. Мартинюк та Емі Піклер [3].

«Стремление поставить ребенка на ноги, минуя определенные этапы развития, – это попытка перейти из понедельника сразу в среду», М.А. Бернштейн. Перше, чому потрібно навчити новонародженого, – це здобути контроль над м'язами шиї .Згадаємо тут, що розміри голови новонародженого відносно більші таких у дорослої людини, м'язи шиї слабші, шийний відділ відносно коротший, мозкова частина черепу важча за лицьову. Тому дитина, що ще не має контролю над м'язами шиї ,під час вертикального підйому зазнає шкідливого впливу на потилично-атлантовий суглоб, а це в свою чергу може спричинити порушення мозкового кровообігу [4].

Ми спостерігаємо панування застарілого стереотипу щодо утримання новонароджених вертикально після годування, що і становить основну причину їх знаходження в положенні, до якого дитина перших трьох місяців ще не готова фізіологічно. Не існує чітких рекомендацій щодо альтернативних положень, які б полегшили вихід повітря з шлунку дитини і виключали передчасну вертикалізацію дитини.

Мета роботи: розкрити умови запобігання шкідливому впливу на хребет новонародженого за допомогою методики, що нормалізує м’язовий тонус і сприяє загальному фізичному розвитку.

Ураховуючи наявність рефлекса Галанта [5] і шкідливість відхилення голови дитини за вісь хребта пропонується наступне.

1. Людина, що здійснює догляд, бере дитину за грудну клітину з обох боків і повертає на бік, не піднімаючи. В цей час дитина може вже підняти голову над поверхнею завдяки роботі бокових м'язів шиї. У випадку відведення голови за вісь хребта і в положенні на боці продовжити поворот до положення «обличчям вниз».

2. Подальша дія: дитину перекладають на передпліччя руки спиною до тіла дорослого, тулуб нахилений під кутом 45°. Рука, на якій лежить новонароджений, проходить під його рукою, що на даний момент знаходиться нижче, через живіт і тримає дитину за стегно протилежної нижньої кінцівки.

Цей спосіб утримування :

– інтегрує рефлекс Моро [5];

– сприяє тренуванню бічних м'язів шиї (по черзі);

– полегшує відходження повітря, що потрапило до шлунку під час годування;

– унеможливлює закидання голови дитини за вісь хребта (активація ЛТР);

– дозволяє відвести стегно під кутом, що сприяє правильному формуванню кульшового суглобу;

– надає можливість притиснути пупкове кільце;

– не перешкоджає одночасній маніпулятивній діяльності обох рук дитини;

– розширює поле зору для спостереження навколишнього світу.

Для того, щоб положити дитину на поверхню необхідно:

1) перекласти її на вільну руку обличчям вниз;

2) опустити на поверхню боком і тільки потім розвернути на спину.

Висновки. Проведене дослідження не претендує на вичерпний розгляд усіх аспектів цього питання. Тренування методу потребує певного часу, проте запропонована схема має профілактично-корекційний вплив на стан м’язового тонусу і покращує умови формування опорно-рухового апарату дітей, що дає підстави стверджувати про доцільність його застосування в перинатальних центрах, пологових будинках та навчання в школах для вагітних, оскільки в запропонованій методиці дотримано основний принцип краніокаудального розвитку рухових навичок новонародженого, а сама дитина виступає активним учасником процесу.

Література

1. Семенова Л.К. Краніокаудальний градієнт в розвитку опорно-рухового апарату людини. – Известия академии педагогических наук, М., 1967. – Вип. 142. – С. 3-13.

2. Бадалян Л.О., Л.Т. Журба, Тимонина О.В. Детские церебральные параличи, учебное пособие. – К.: Здоровье, 1988. – 323 с.

3. Give me time. The independent movement of the child's development to go free. Findings, articles and lectures (with Anna Tardos). Pflaum, München 2001 / 3. Reprint .

4. Sally Goddard Blythe, Attention, Balance and Coordination: The A.B.C. of Learning Success, 2009.

5. Futagi Y, Toribe Y, Suzuki Y. The grasp reflex and moro reflex in infants: hierarchy of primitive reflex responses. Int J Pediatr. 2012; 2012:191562. [PMC free article] [PubMed]

РОЗДІЛ 2
ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Н.М. Атаманчук, к. психол. н., доцент,
доцент кафедри психології та педагогіки
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

Комунікативна компетентність є однією з необхідною умовою ефективної роботи з відновлення здоров’я людей різного віку висококваліфікованими фахівцям з фізичної терапії, ерготерапії. Слова, мова – не лише найважливіший засіб комунікації, а й форма мислення, спосіб організації власних уявлень про себе та оточуючих.

З метою підвищення ефективності професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до роботи з відновлення здоров’я людей, вважаємо за доцільне формування у студентів ЗВО комунікативної компетентності – системи зовнішніх ресурсів ефективної взаємодії, що забезпечують здатність встановлення та підтримки необхідних контактів з іншими людьми, а також певної сукупності знань, умінь і навичок, які сприятимуть ефективному спілкуванню та розвитку студентської молоді загалом.

Погоджуємося з Ю. Ємельяновим, що комунікативна компетентність – це вища здатність особистості, яка дає змогу розв’язувати проблеми, що виникають у різних життєвих ситуаціях, це конгломерат знань, мовних та позамовних умінь і навичок спілкування, набутих особистістю під час природної соціалізації, навчання та виховання.

Висока комунікативна компетентність фахівця з фізичної терапії, ерготерапії це:

– вміння та навички взаємодії з людьми різного віку;
– адекватне і правильне передавання інформації про стан здоров’я та механізм його відновлення;
– прагнення зрозуміти іншу людину;
– вміння оптимально підтримувати психофізичний стан людини;
– впевненість у собі;
– задоволення спілкуванням;
– дотримання в своїй поведінці певних етичних норм, виконання професійних обов'язків відповідно до потреб особистості, вимог суспільства, професійних принципів [1].

Немає сумніву, для висококваліфікованого фахівця необхідна розвинена комунікативна компетентність, що пов'язана з адекватним використанням усієї палітри можливостей особистості. Здобутий студентом ЗВО психологічний

інструмент комунікації, забезпечить виконання професійних завдань на високому рівні.

Отже, у професійному становленні фахівців з фізичної терапії, ерготерапії вагомості набуває орієнтація на формування комунікативної компетентності, що дозволить полегшити адаптацію випускників до професійного середовища та підвищить їх конкурентоспроможність.

Література

1. Атаманчук Н. М. Фізична терапія та ерготерапія: професійний аспект/ Н. М. Атаманчук // Інноваційні та інформаційні технології у фізичній культурі, спорті, фізичній терапії та ерготерапії: Матеріали III Всеукраїнської електронної науково-практичної конференції з міжнародною участю / ред. О.А. Шинкарук. – К.: НУФВСУ, 2020. – С.105-106.

Ю. В. Гордієнко, к. фіз. вих.
начальник Полтавського обласного відділення (філії) КФВС МОН України

ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Сучасний освітній процес має відповідати змінам, які відбуваються в соціально-економічних відносинах організації життєдіяльності країни, сприяти трансформаційним перетворенням та адаптуватися до них. Головним завданням університетської освіта є забезпечення підготовки нового покоління професіоналів, формуючи з них високоякісний людський та соціальний капітал.

Головною метою і результатом навчання студентів, майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, є формування їх готовності до майбутньої професійної діяльності. Технізація і комп’ютеризація освіти призводять до подальшої інтенсифікації та поліпшенню процесу навчання. При цьому треба вертати увагу на те, що обсяг отриманої студентами інформації стрімко зростає, і це вимагає великого психічного напруження [1].

Спираючись на роботи провідних науковців ми можемо зазначити, що формування професійної готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії здійснюється завдяки вивченню дисциплін, розподілених за різними циклами підготовки. До циклу фундаментальних дисциплін відносяться медико-біологічні дисципліни, що мають високу професійну значущість.

Професійна підготовка студентів базується на системному, особистісно-діяльному та індивідуально-творчому підході. З позиції системного підходу всі ланки фахової освіти повинні максимально стимулювати активний стан всіх основних структурних компонентів особистості майбутнього фахівця. Реалізація особистісно-діяльного підходу передбачає моделювання і процес навчання та виховання майбутніх фахівців. Індивідуально-творчий підхід забезпечує прояв і формування у студентів творчої індивідуальності.

Під професійною підготовкою студентів з вище зазначених спеціальностей ми розуміємо процес формування фахівця нового типу, здатного швидко й адекватно реагувати на зміни, що відбуваються у суспільстві, компетентно вирішувати соціально-педагогічні проблеми в усіх типах та видах навчально-виховних установ, ДЮСШ і реабілітаційних закладів [3].

Підготовка фахівця здійснюється в три етапи: перший етап – це рівень формування основ; другий етап − оволодіння системою професійних знань, умінь та навичок, які становлять професійну компетентність; третій етап – формування професійної духовності, що гармонує з загальнолюдськими, професійними і особистісними ідеалами.

Особливої уваги потребує і науково-дослідна робота, яка вибудовується на засадах співтворчості студента та викладача. Використання інтерактивних методів навчання є першою сходинкою до формування інтересу до самостійної роботи з пізнання нового. Пізнавальний інтерес повинен постійно підкріплюватись відповідними завданнями та діяльністю, що в подальшому приведе до активних занять науково-дослідницькою роботою [2]. Доцільно залучати студентів початкових курсів до пошуково-дослідницької діяльності, яка здійснюється у наукових гуртках. Таким чином вибудовується система поступового залучення майбутніх спеціалістів до науково дослідної роботи вже з перших років навчання, по-друге, готується резерв для магістратури й аспірантури.

У цілому, ми можемо зробити висновок, що процес підготовки майбутніх фахівців фізичної терапії та ерготерапії змінюються разом із прогресом суспільства, поглибленням і розширенням сфери соціального пізнання, розвитком педагогічної науки. Результат, педагогічна мета виражається в змінах, які відбуваються в знаннях, уміннях, особливих якостях студентів, їх ціннісних орієнтаціях та особливому розвитку в цілому.

Література

1. Ігнатенко С.О. Формування професійно-моральної культури майбутніх учителів фізичного виховання як педагогічна умова їхньої підготовки до формування моральних якостей молодших школярів // Науковий вісник Південноукраїнського державного педагогічного університету ім. К.Д.Ушинського: Зб.наук.пр. – Одеса, 2006. – Вип. 11-12. – С.174-179.

2. Курлянд З. Н. Професійно-креативне середовище ВНЗ − передумова підвищення якості підготовки майбутніх фахівців / З. Н. Курлянд // Вісн. Черкас. ун-ту. Сер. Пед. науки. − 2009. − Вип. 148. − С. 3-7.

3. Церковная Е. В. Оптимизация психофункциональной готовности студенток высших учебных заведений технического профиля средствами баскетобола / Е. В. Церковная // Педагогіка, психологія та методико-біологічні проблеми фіз. виховання та спорту : Зб. наукових праць під ред. Єрмакова С. С. – Х. : ХІПІ, – 2008. – № 3. – С. 137-139.

О.О. Добровіцька, к. пед. н., доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії, фізичної культури та спорту
Хмельницький інститут соціальних технологій Університету «Україна»

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІТ-ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

XXI століття вимагає від членів суспільства «нового мислення і дій», інноваційних та альтернативних підходів, групових дій, професійності та мобільності і, як наслідок, систематичного і ефективного навчання.

Сьогодні інформаційні технології успішно інтегруються в українські виші, створюючи підґрунтя для підготовки висококваліфікованого фахівця. Важко, а то й неможливо уявити собі студента, який прямо або опосередковано не використовує інформаційні технології в особистих чи навчальних цілях. Використання інформаційних технологій не лише впливає на процес сприйняття навчального матеріалу студентами, а, загалом упливає на ефективність навчального процесу. Смарт-телефони, ноутбуки, планшети, комп'ютери та інші електронні гаджети міцно увійшли у життя студентської молоді і змінили його. Щоденно студентство користується технологічними новинками, що поліпшують їх якість повсякденного життя. Визнаємо, що з появою таких технологій та правильного їх застосування життя стало комфортнішим й мобільним. А тенденція до збільшення багатофункціональності таких речей щоразу зростає.

Закладам вищої освіти вже давно варто усвідомити, що ера інформаційних технологій наступила, і їх обов'язково потрібно використовувати у навчальному процесі у корисних цілях у формі освітніх платформ, навчальних програм, мобільних додатків, інформаційної бази і т.п. Адже, технічно забезпечуючи та підтримуючи інформаційне середовище у навчально-виховному процесі, заклад створює хороше підґрунтя для підготовки висококваліфікованого, конкурентоспроможного сучасного фахівця.

Безліч освітніх інформаційних технології сьогодні дозволяють організувати цікаві навчальні заняття для студентів. Перш за все варто згадати популярну систему електронного навчання Moodle, яка служить віртуальним навчальним середовищем. Платформа надає простір для спільної роботи викладачів та студентів. Основними завданнями платформи є надання доступу до навчальних матеріалів та забезпечення взаємодії учасників навчального процесу, формування якісного змістового наповнення і контроль за результативністю навчання. Така платформа є функціональною, надійною, зрозумілою, простою і, що важливо, з нею можна працювати студенту на телефоні з будь-якого місця і в будь-який час. Значною перевагою платформи є дистанційна робота викладача зі студентом, моніторинг виконання завдань, оцінювання навчальних досягнень студентів на відстані, та вільне користування різними дидактичними матеріалами. Що особливо актуально у карантинний період, який сьогодні переживає Україна.

Ще одним популярним електронним ресурсом виступає електронна бібліотека. Оскільки однією з важливих задач сучасної освіти є організація доступу до електронних інформаційних ресурсів, тому ефективним способом вирішення даної проблеми є створення та функціонування електронних бібліотек, залучення студентів до роботи з бібліотечними ресурсами та електронними першоджерелами. Основні напрями електронних бібліотек – це інтеграція інформаційних ресурсів і ефективна навігація в них, а завдяки широкому розповсюдженню доступу до глобальної мережі електронні бібліотеки стали доступні практично усім.

Не менш популярними і затребуваними сьогодні у навчально-виховному процесі ЗВО є застосування вебінарів (семінари або конференції), які проводяться у віддаленому (дистанційному) режимі через Інтернет із використанням відповідних технічних засобів. Такі вебінари не потребують коштовного технічного устаткування. Для участі у конференції достатньо мати смарт-телефон або навушники, мікрофон і веб-камеру, а також програмне забезпечення для проведення вебінарів. Нині у навчальних закладах часто використовують такі додатки, як Zoom, Meet, Skype, Proficonf, Google+Hangouts та інші.

Зосереджуючись безпосередньо на кваліфікованій підготовці фахівців з фізичної реабілітації, зауважимо, що вищезгадані освітні інформаційні технології якомога краще підходять для їхньої організації навчального процесу. Але є і інші спеціалізовані електронні додатки та програмні розробки, які безпосередньо покращують і удосконалюють знання та уміння фахівців з фізичної реабілітації. Використання таких програм дозволяє студентам не лише з цікавістю опановувати навчальні дисципліни, а й уміти застосовувати їх у подальшій професійній діяльності.

Таким чином, ефективність використання інформаційних технологій багато в чому залежить від форми та методики застосування й вмілої організації навчального процесу у ЗВО. Саме тому заклади при підготовці спеціалістів мають спиратися на вимоги сучасного ринку праці, враховуючи виклики розвитку інформаційних технологій. Щоденне використання таких технологій у стінах вишу виробить у майбутнього фахівця професійно важливі навички адаптації до застосування та швидкоплинних змін інформаційних технологій у фаховій сфері.

Л.П. Клевака, к. пед. н., доцент
кафедри психології та педагогіки
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ТУРБОТА ПРО ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНОК В ПОЛТАВСЬКОМУ ІНСТИТУТІ ШЛЯХЕТНИХ ДІВЧАТ

Здоров'я – безцінне надбання людини, важлива умова повноцінного і щасливого життя. Здоров'я допомагає успішно вирішувати основні життєві завдання: вчитися, працювати, спілкуватися, дружити, створювати сім'ю, виховувати дітей, долати труднощі, а якщо доведеться, то й значні перевантаження. Проблема збереження й зміцнення здоров'я за всіх часів була однією із ключових у суспільстві. Пошуки нової парадигми формування здорового способу життя молодого покоління українців неможливе без аналізу надбань національного та регіонального педагогічного досвіду. Зазначимо, що освітні заклади, де діти, підлітки та молоді люди проводять більшість свого часу, мають величезний виховний і здоров'язбережний потенціал. Наукові розвідки Бодянського П. І., Бучневича В. Є., Мазанова П. І. засвідчують, що велику увагу в освітніх закладах Полтавської губернії, надавали фізичному вихованню, збереженню здоров'я учениць, формуванню здорового способу життя молодого покоління. У цьому контексті цікавим є дослідження проблем формування здорового способу життя в діяльності Полтавського інституту шляхетних дівчат в другій половині XIX – на початку XX ст.

Найвизначнішим жіночим освітнім закладом Полтавської губернії вважається Полтавський інститут шляхетних дівчат (1818 – 1918). Відповідно до загальної мети освітня діяльність інституту спрямовувалася на вирішення основних завдань: розумового розвитку, морального виховання, фізичного та естетичного вдосконалення учениць. Вихованки дівочого інституту за його кошт утримувались повністю: навчання, харчування, відпочинок, одяг. З метою фізичного удосконалення учениць в інституті викладалися гімнастика, танці, гігієна, фізичні вправи та ігри, верхова їзда [5, с. 26]. Заняття гімнастикою та танцями здійснювалися після навчальних занять [2, с. 393]. У «Проекті Єдиної школи на Вкраїні», зокрема, підкреслювалося, що «руханка» розвиває тілесними вправами здоров'я, красу тіла та його рухів, а також виховує волю учениць. На фізичну підготовку відводилося 2 год. щотижня у кожному класі. Зміст занять передбачав різноманітні види діяльності: народні ігри, танці, мандрівки, освітні гуляння (екскурсії) [1, с. 99-100]. Важливо зазначити, що педагоги наполягали на необхідності заснування власної системи шкільної гімнастики, багатої національними формами. На практичних заняттях з танцювального мистецтва дівчата знайомилися переважно з поширеними зразками західноєвропейського хореографічного мистецтва. Вивчалися популярні танці, які традиційно виконувалися під час проведення мистецьких заходів: Полонез, Французька кадриль, Полька, Мазурка. У процесі вивчення європейських танцювальних форм було властиве привнесення українського

національного колориту. Деякі із них, асимілювавшись, отримували нові назви – Волошки (Полтавська старовинна кадриль), Полька-полтавка, Козак-вальс [2, с. 132].

В освітньому закладі учениць привчали до дотримання режиму, необхідності руху і відпочинку, ігор на свіжому повітрі, систематичного огляду лікарем тощо. Особливу увагу звертали на здорове і різноманітне харчування. У сьомій статті Статуту Полтавського інституту шляхетних дівчат зазначалося, що їжа для учениць повинна бути корисною і різноманітною. Тричі на день учениці відвідували спільну їдальню. Як до прийому їжі, так і після, учениці звертали увагу на гігієну, а саме: миття рук, полоскання ротової порожнини. Сон здійснювався відповідно віку дівчат, печі топилися згідно вказівок гігієністів [3, с. 23]. Важливо зазначити, що для відпочинку учениць створювались рекреаційні зали, картинами та лавами оздоблювалися коридори, облаштовувалося подвір'я та сад. Якщо дозволяла погода – здійснювалися прогулянку садом інституту. Взимку каталися на ковзанах.

В інституті за станом здоров'я учениць слідкували класні дами [6, арк. 92 зв.–95]. Вони спостерігали за тим, щоб постільна білизна змінювалася щотижня, а одяг на вихованках – два рази на тиждень. Кожного вечора учениці мили обличчя, шию, руки. Кожної суботи учениці відвідували баню. Інститут мав лазарет, свого лікаря, його помічника, наглядачку лазарету та її помічницю. Виділялися кошти на лікування вихованок інституту [2, с. 374-375, 382]. Також класні дами турбувалися про ходу, поставу учениць, про те, яким чином надати тілу дівчат граційності. З цією метою здійснювалися заняття з танців, навіть без музичного супроводу («запросто») [4, с. 49]. Також класні дами слідкували за чистотою в приміщеннях, провітрюванням та помірним опалюванням.

Інститут мав власну лікарню на 7 кімнат із стоматологічним кабінетом, лазарет для осіб з інфекційними захворюваннями з окремим входом.

Збереження та зміцнення здоров'я молодого покоління – цінність, яка має стратегічне значення для сталого розвитку суспільства і належить до актуальних завдань освіти. У Полтавському інституті шляхетних дівчат формували звички до фізичної та гігієнічної культури, а саме: підтримання чистоти тіла, ранкова гімнастика, потреба в рухах, ергономічні умови навчання і відпочинку та ін.

Література

1. Благова Т. Розвиток шкільної і професійної мистецької освіти на Полтавщині (друга половина XIX – початок XX ст.). Полтава, 2009. 240 с.

2. Боярцев С. М. История учебных заведений Полтавы до 1917 года. Полтава, 2013. 560 с.

3. Женское образование в России : исторический очерк от времен Владимира святого до кончины императора Николая I. Полтава, 1906. 93 с.

4. Жук В. Н., Фисун М. А. Як зароджувалася музична освіта на Полтавщині? Наш рідний край (з історії освіти на Полтавщині в дореволюційний період): зб. наук. праць. Випуск 12. Полтава : Вид-во «Полтава», 1991. С. 44-50.

5. Охрименко І. В., Пашко М. С., Шемет П. Г. Освіта і виховання на Полтавщині в минулому й сьогодні : історичний екскурс. Полтава, 1998. 164 с.
6. ЦДІАУ, Ф.707, оп. 256, спр. 222, 1913 р., 145 арк.

Т.І. Мизгіна, к. мед.н., викладач
Н.В. Зінченко, викладач
Т.І. Рябека, викладач
Полтавський базовий медичний фаховий коледж

ФОРМУВАННЯ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ФАХОВОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ СВІДОМОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

Активне впровадження інноваційних технологій в організацію навчального процесу у вищій школі, з одного боку, дає сучасним студентам засвоїти більший обсяг інформації, з іншого – збільшує розумове та психологічне навантаження, що негативно позначається на стані здоров'я сучасної студентської молоді. Упродовж останніх десятирічь відбувається загальне погіршення стану здоров'я населення в розвинутих країнах: поширенням ендокринної патології, зростанням рівня смертності від серцево-судинної патології [4]. Дані, отримані нами за результатами власного дослідження, упродовж 2000 – 2018 років в Полтаві кількість здорових школярів зменшилася майже втричі. Серед випускників шкіл тільки 10,9% осіб було визнано здоровими. У той же час частота виявлення патології у них збільшилася майже в два рази [3].

В умовах реформування освіти та медицини, значно зростає роль викладача медико – біологічних дисциплін у формуванні в молоді парадигми здорового способу життя та залучення молоді до відповідального ставлення до свого здоров'я [2].

Відомо, що харчування є одним з визначальних факторів збереження здоров'я. Нераціональне харчування призводить до виникнення широкого спектру аліментарних захворювань та зниження пристосувальних можливостей організму до різних несприятливих факторів навколишнього середовища. Сучасний характер харчування більшості молоді характеризується порушеним режимом харчування.

В навчальних закладах медичної спрямованості є пріоритетні можливості для формування в студентів уявлення про здорове харчування як складову здорового образу життя [3].

В курсі педіатрії до навчальної програми студентів медичних навчальних закладів входить розділ «Харчування дітей». Спираючись на власний досвід, можемо стверджувати, що матеріали цього розділу викликають в студентів не лише професійну, але й особисту зацікавленість.

В межах теми майбутні фахівці знайомляться із сучасними поглядами щодо харчування дітей, які значно відрізняються від положень, які впроваджувалися наприкінці минулого сторіччя. Викладач привертає увагу студентів до

необхідності збалансованого харчування із вживанням продуктів тваринного походження – м’яса, молочної та кисломолочної продукції, достатньої кількості фруктів та овочів, які є основним джерелом вітамінів, мікроелементів і харчових волокон. Наголошується, що дитина обов’язково повинна отримувати достатню кількість усіх харчових інгредієнтів: білків, жирів, вуглеводів, вживати продукти як рослинного так і тваринного походження. Разом з тим надаються відомості про те, що солодка їжа «без цукру» знижує інтелектуальні здібності, погіршує пам’ять, має прямий вплив на мозок, особливо дитини, та веде до розвитку синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, погіршення пам’яті.

Підкреслюється, що популярне в студентської молоді харчування малопоживними продуктами призводить до розвитку так званого «прихованого голоду», дефіциту нутрієнтів, в першу чергу, мінеральних речовин і вітамінів, акумулює розвиток захворювань обміну речовин. Обговорюється шкідливість захоплення підлітків та молоді різними «модними дієтами», які науково не обґрунтовані. чинять шкідливий вплив на стан їхнього здоров’я, стимулюють порушення обміну речовин, набирання ваги, серцево-судинні захворювання, послаблення імунітету.

Після засвоєння теоретичного матеріалу проводиться відпрацювання практичних навичок з складання плану харчування дітей різного віку, що значно підвищує мотивацію студента до вивчення матеріалу. Студенти спільно з викладачем приймають участь в обговоренні складеного меню, визначають та усувають виявлені недоліки.

Таким чином, під час вивчення розділу «Харчування дітей» за активної вмотивованої участі студентів викладач має можливість активного впливу на формування в них основ раціонального харчування.

Література

1. Бойченко Т. Здоров‘язберігаюча компетентність як ключова в освіті України /Т. Бойченко // Основи здоров‘я та фізична культура. – 2008. – №11/12. – С. 6-7.

2. 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.

3. Траверсе Г. М. Фізична культура як основа здоров'я молоді / Г.М. Траверсе, Т. І. Мизгіна // Освіта і наука у мінливому світі: проблеми та перспективи розвитку: Матеріали ІІ Міжнародної наукової конференції. Дніпро. – 2020. – Ч. І. – С. 305.

4. KleinF/ Unchecked epidemic of obesity / F.Klein // Gesundheitswesen. – 2014. – Vol.76(8-9). – P. 464-465.

Н.М. Сас, доктор педагогічних наук, доцент
Д.А. Собченко, магістрант
Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка

ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Реформування змісту і форм післядипломної освіти медичних працівників обумовлюється розвитком медичних послуг і, зокрема, використанням ІКТ в галузі охорони здоров’я.

А. Дабагов, Г. Назаренко, Я. Гулиев, Д. Ермаков, М. Саттон у своїх працях розкривають сучасні тенденції розвитку медичної галузі. Зокрема, А. Дабагов аналізує проблеми і перспективи інформатизації в галузі охорони здоров’я і пов’язаних з цим проблем; Г. Назаренко, Я. Гулиев, Д. Єрмаков, М. Саттон – створення спеціалізованих інтегрованих медичних ІТ-систем і мереж. М.Попова, Н. Рудычева, А. Миссинг аналізують рівень інформатизації медичних клінік; Г. Ілюшин, Т. Ершова – використання ІКТ в галузі охорони здоров’я.

У сучасній медицині перехід на сучасні ІТ забезпечує ряд нових можливостей і інтеграцію з системами цифрової діагностики [3]. Це покращує якість сервісу, скорочує час обстеження, збільшує точність діагностики, дозволяє проводити віддалені консультації, обстеження, аналіз і віддалену обробку первинної інформації у високоспеціалізованих центрах, а також надає можливості довготривалого зберігання інформації про пацієнтів в цифровій формі. Таким чином, за необхідності, до інформації про пацієнта може бути отриманий доступ практично з будь-якої точки земної кулі, що є важливим у багатьох випадках. Крім того, тим самим створюються архіви досліджень, які можуть використовуватися для підвищення кваліфікації медперсоналу, наукових досліджень, отримання статистичних даних тощо.

Для українських умов комп'ютеризація охорони здоров'я, реалізація програм типу e-health, створення комп'ютеризованих медичних систем, мереж, банків даних, впровадження телемедицини та спеціалізованих центрів обробки також є досить актуальним. Є ряд вдалих апаратних і програмних розробок і досвід інтеграції медичних систем. Також слід зазначити наявні міжнародні теоретичні і експериментальні напрацювання в області медичних технологій, методик обстеження, обробки і інтегрування інформації, які можуть бути вбудовані в систему вітчизняної електронної медицини.

В цілому, процес впровадження ІТ у вітчизняній медицині знаходиться на стадії становлення, піднімаючи при цьому коло проблем, які в тому чи іншому вигляді мають глобальний характер. В одному з оглядів (2009) [5] за результатами проведених C-News опитувань вказується, зокрема, на недостатній інтерес керівників закладів охорони здоров’я, психологічні бар'єри залучення до високих технологій, наявність різнорідного програмного забезпечення (що в може призвести до складнощів його інтеграції, поновлення,

супроводу та ін.), відсутність орієнтовної ІТ-стратегії і в ряді випадків самих відділів ІТ. При цьому підкреслюється важливість врахування міжнародного досвіду, де з великою кількістю цих проблем стикалися раніше [5].

Отже, як показує досвід досліджень і розробок і сама історія розвитку медичних інформаційних систем, загальне коло проблем і методи їх вирішення, хоча і мають деяку специфіку, не відрізняються чимось суттєвим від інших проблем розвитку інформаційних технологій в цілому.

За результатами досліджень Г. Ілюшина, Т. Ершової в даний час є значна кількість інтернет-ресурсів, орієнтованих на медичних працівників, в тому числі на лікарів [4]:

– он-лайн довідники і каталоги для лікарів (переважно, ліків і в меншій мірі медичного обладнання);

– інформаційні проекти великих медичних дослідницьких центрів та професійних асоціацій (публікації, орієнтовані на медичних фахівців);

– тематичні проекти для медичних професіоналів (присвячені областям медицини або окремих захворювань, методам їх діагностики та лікування);

– сайти компаній медичного профілю (виробники, дистриб'ютори, лікувальні установи і т.д.), асоціацій та некомерційних організацій;

– віддалені сервіси для професіоналів (дистанційне навчання та консультації, форуми, обмін досвідом клінічної практики);

– системи бронювання та замовлення, торговельні майданчики, тендери на закупівлі.

Основною мотивацією використання Інтернету для лікарів поки що є отримання професійної інформації, дистанційна освіта, призначення лікарських засобів і консультації з колегами.

Слід зазначити, що у вітчизняному Інтернеті не реалізовані поки он-лайн ресурси (бази даних і експертні системи), звернення до яких в режимі он-лайн здатне істотно допомогти лікарю в постановці діагнозу або призначенні лікування. Однак американський і європейський досвід показує реальність реалізації навіть дуже складних подібних проектів. Наприклад, в Швейцарії в 2001 році створена інтерактивна експертна система (RAM), яка допомагає лікареві вести діалог з пацієнтом і потім, в інтерактивному режимі, звіряти свої припущення з експертним висновком системи.

Система дозволяє зокрема отримувати «еталонні візуальні матеріали» (наприклад, якими мають бути результати ендоскопії у хворого, якщо лікар правий у своїх припущеннях). Дуже важливі інтерактивні сервіси для лікарів різної спеціалізації (спеціалізовані експертні системи і бази даних), розроблені і доступні через інтернет в США, Великобританії [6].

На розвиток форм безперервної професійної освіти медичного персоналу впливає застосування нових технологій у внутрішньоогранізаційній системі підготовки персоналу.

О. Баніт розкриває сучасні тенденції професійного розвитку персоналу в системі корпоративної освіти [2]. Зокрема, аналіз сучасних психолого-педагогічних досліджень щодо тенденцій професійного розвитку персоналу дозволив автору розподілити їх на дві групи: загальні світові тенденції та

тенденції на рівні організації. Перша група охоплює тенденції світового масштабу: тенденція до саморозвитку та самонавчання; тенденція сталого зростання інвестицій у людину, підвищення питомої ваги працівників розумової праці; збільшення попиту на кваліфіковану робочу силу і зменшення частки малокваліфікованої і некваліфікованої праці; орієнтація на нове покоління. Друга група тенденцій відображає стан професійного розвитку персоналу на рівні організації і охоплює такі напрями: скорочення витрат на змішане навчання персоналу з наданням переваги на внутрішньофірмову підготовку; переростання методичних центрів з підготовки окремих груп співробітників у структуру, яка охоплює навчання всіх категорій персоналу – корпоративний університет; скорочення часу на лекційні заняття, широке використання активних методів навчання, особлива увага – практичному відпрацюванню матеріалу; у перспективі – перехід внутрішньофірмової підготовки персоналу на віртуальне навчання.

С. Ахметова аналізує нові освітні технології в організації неформальної освіти персоналу компаній [1] і виокремлює сім основних тенденцій навчання і розвитку персоналу. Серед них відзначається розморожування бюджетів на навчання, зростання уваги до підвищення ефективності навчання і збільшення використання електронного навчання. Одним із способів підвищити ефективність навчання є неформальне навчання. Саме неформальне навчання дозволяє співробітникам компаній постійно підтримувати свої професійні знання і навички.

Таким чином, розвиток інтернет-технологій у галузі охорони здоров'я, необхідність постійного поповнення та оновлення знань, отриманих під час навчання у вищому навчальному закладі і організаційні складності в отриманні безперервної освіти обумовлює створення і розвиток ефективної системи практико-орієнтованого корпоративного навчання фахівців, що працюють в медичних закладах і організаціях. Відповідно до цього зростає й потреба у збільшенні кількості, видів та напрямків корпоративного навчання співробітників медичних організацій; створення єдиної системи акредитації постачальників послуг і програм, а також «колективна відповідальність» всіх учасників системи підготовки медичних кадрів.

Література

1.Ахметова С.Г. Новые образовательные технологии в организации неформального обучения персонала компаний / С.Г. Ахметова // Креативная экономика, 2012, № 7. – С. 98-104.

2.Баніт О.В. Сучасні тенденції професійного розвитку персоналу в системі корпоративної освіти / О.В. Баніт // Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи. – 2015. – Вип. 2 (11). – С. 28-38.

3.Дабагов А. Р. Цифровая радиология и диагностика / А. Р. Дабагов [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://jre.cplire.ru/ jre/ may09 /2/text.pdf.

4. Илюшин Г.Я. Использование ИКТ в здравоохранении/ Г.Я. Илюшин, Т.В. Ершова // Информационное общество, 2004, вып. 3-4. – С. 99-109.

5. Попова М. Как информатизированы российские клиники? CNews|Аналитика / М. Попова, Н. Рудычева, А. Миссинг. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.cnews.ru/reviews /free/ publichealth /article/informatisation.shtml.

6. Journal of Medical Internet Research, 2004, vol. 6. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.jmir.org.

Л.П. Сущенко, доктор педагогічних наук, професор
завідувач кафедри фізичної реабілітації
Національний педагогічний університет
імені М.П. Драгоманова
Ю.В. Копочинська,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Міжнародний науково-технічний університет
імені академіка Юрія Бугая

ПРОФЕСІЙНА ІДЕНТИЧНОСТЬ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ: МОТИВАЦІЙНО-ЦІННІСНИЙ КОМПОНЕНТ

Актуальність проведеного дослідження, спрямованого на вивчення мотиваційно-ціннісного компонента професійної ідентичності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії, зумовлена тим, що мотивація вибору професії спрямовує і регулює поведінку, визначає ступінь активності, ініціативи і особистісної зацікавленості студентів у навчанні [1; 2]. Мотиви є орієнтиром професійної і соціальної активності, звернені до досягнення особистісних і професійних цілей.

Дослідження проводилося з 2015 по 2019 рік на базі МНТУ. У ньому брали участь студенти першого курсу кафедри фізичної терапії, ерготерапії, вибірка склала 148 чоловік у віці 16-20 років.

З метою вивчення мотиваційно-ціннісного компонента професійної ідентичності особистості студентів використовувалося анкетування (студентам пропонувалося вибрати зі списку найбільш значущі і другорядні мотиви вибору професії фізичного терапевта, ерготерапевта).

За результатами проведеного дослідження, в ієрархії мотивів вибору професії фізичного терапевта найбільш значущими для 47% студентів є утилітарний мотив («бажання здобути освіту, щоб допомагати собі та близьким»), для 22% досліджуваних – моральний мотив («приносити користь людям»), для 18% – соціальний мотив («благородна професія»). Мотиви «саморозвитку і самореалізації»,«бажання бути високоосвіченою культурною людиною», «можливість займатися цікавою, змістовною роботою» є значущими для 13% студентів [1].

Результати дослідження життєвих цінностей особистості свідчать про те, що для майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії на першому місці в професійній сфері стоїть цінність розвитку себе і своїх професійних здібностей,

прагнення до найбільш повної їх реалізації, підвищення кваліфікації. Такі цінності, як досягнення і самовизначення, належать до індивідуальних, свідчать про виражену потребу у досягненні особистого успіху і отриманні соціального схвалення, автономності та незалежності.

Література

1. Копочинська Ю.В. Формування мотиваційно-ціннісного компонента професійної ідентичності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах.* 2020. № 69. С. 183-186. DOI https://doi.org/10.32840/1992-5786.2020.69-2.36

2. Сущенко Л.П. Формування мотивації до успішної професійної діяльності майбутніх фахівців із фізичної реабілітації. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*: наукова монографія / за ред. проф. С. С. Єрмакова. Харків: ХДАДМ, 2007. № 6. С. 276-279.

РОЗДІЛ 3
ОЗДОРОВЧІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, СПОРТУ ТА РЕКРЕАЦІЇ

Stanisław Roliński
Twórca aplikacji, Fujitsu, Łódź, Polska

SPORT ELEKTRONICZNY W POLSCE JAKO NIEZALEŻNA DYSCYPLINA SPORTOWA

КИБЕРСПОРТ В ПОЛЬШЕ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ВИД СПОРТА

Киберспорт зародился в 90-тых годах прошлого века и до середины двухтысячных оставался андеграундным движением. В те годы о компьютерном спорте знало мало людей, а тем кто знал, в первую очередь ассоциировал его с неофициальными подвальными клубами. Ситуация начала постепенно меняться с появлением системы монетизации и способа распространения игр Free to Play, а также благодаря стримингу и Twitch.tv. Сегодня киберспорт – один из самых быстрорастущих трендов в современном мире, ряд экспертов пророчат ему в будущем большую популярность, чем большинству традиционных видов спорта [2].

Киберспорт специалисты определяют как игровые соревнования с использованием компьютерных технологий, где компьютер моделирует виртуальное пространство, внутри которого происходит состязание [1]. Он нацелен на то, чтобы выявить наиболее успешного игрока-спортсмена в той или иной дисциплине, оценить его уровень понимания игрового процесса и мастерства. Согласно исследованиям, современные киберспортсмены могут похвастаться скоростью реакции, значительно превышающей её же у среднестатистического человека, а помимо этого они способны делать до 300 осознанных нажатий по клавиатуре в минуту.

В киберспорте принято выделять 4 региона: СНГ-страны и Европа, Америка, Юго-Восточная Азия и Китай. Традиционно «путёвку» на крупные очные соревнования получают лучшие, первоначально играя в онлайн-квалификации в рамках своего региона. Существует несколько систем выявления победителя: BO1 (best of 1 – играется одна карта, и побеждает сильнейший), BO2 (best of 2 – может закончится ничьей), BO3 (best of 3 – определяется лучший в трёх раундах) и BO5 (best of 5 – определяется лучший в пяти раундах). Подобно многим видам спорта команды делят на игровые группы, из которых в плей-офф выходят победители и проигравшие. Победители традиционно продвигаются по верхней турнирной сетке – винерам (от англ. win – побеждать), но при проигрыше имеют возможность реабилитироваться, опускаясь в нижнюю – лузеры (от англ. lose – проигрывать), вновь оказываясь слабее противника; после этого проигрыша команда покидает турнир.

В Польше киберспорт интенсивно развивается. Столицей польского киберспорта считают Катовице. Город с населением в 300 с лишним тысяч человек появился на киберспортивной карте всего пару лет назад. В Катовице был открыт польский офис ESL и тогда стали проводить ежегодные турниры ESL One Katowice. Благодаря местным любителям киберспорта ESL One Katowice считается одним из самых атмосферных турниров. Спортивная арена «Сподек», регулярно принимающую ESL One Katowice, построена в виде космической тарелки, что идеально подходит для киберспортивных соревнований, особенно для турниров по StarCraft II. Киберспортом увлечены широкие слои населения различного возраста Польши. Мы наблюдаем смену роли видеоигр в массовой культуре и экономике: от домашнего развлечения – к массовым зрелищным мероприятиям. При этом как и любая другая отрасль, геймерская индустрия постепенно обрастает смежными бизнесами, а также решает маркетинговые задачи других компаний. Первоочередными задачами для киберспортсменов являются встраивание в существующие социальные механизмы и институты, определение киберспорта, как профессиональной деятельности, и обеспечение возможностей самореализации для спортсменов, закончивших карьеру. Объединение интересов киберспортсменов и бизнеса Польши позволит сделать всей индустрии значительный шаг вперед.

Литература

1. Компьютерный спорт (киберспорт): проблемы и перспективы: Материалы III Всероссийской научно-практической конференции (в формате интернетконференции) 16-20 декабря 2014 г. М.: ФГБОУ ВПО «РГУФКСМиТ», 2015. 87 с.

2. Слущенко Д. Sport Arena совершает небольшой экскурс в историю развития киберспорта. Электронный ресурс. Режим доступа: https://sportarena.com/more-sports/cybersport/kibersport-v-mire-ot-istokov-do-sovremennosti

Н.А. Беседа, к. пед. н., доцент
декан факультету фізичної культури та спорту
К.Р. Безкостна, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ШВИДКІСНО-СИЛОВОЇ ПІДГОТОВКИ КВАЛІФІКОВАНИХ СТРИБУНІВ ПОТРІЙНИМ

Серед багатьох видів спорту в нашій державі, одним із найпопулярніших є легка атлетика, адже в її основі – природні й життєво необхідні рухи: ходьба, біг, стрибки, метання.

Багаторічний досвід виховання спортсменів і експериментальні дослідження показали, що досягнення високих спортивних результатів

залежить від єдності фізичної, технічної, тактичної, теоретичної і психологічної підготовленості спортсмена.

Великі міжнародні змагання проходять нині, як правило, в гострій спортивній боротьбі рівних за силою суперників. Часто перемогу визначають лише частки секунд, кілька сантиметрів, соті частки очка. В змаганнях добре підготовлених, рівних за силою спортсменів, перемагає той, хто найкраще підготовлений психологічно [1].

Система психологічної підготовки спортсмена з кожним роком вдосконалюється й збагачується і є сьогодні ієрархічною концепцією використання окремих принципів, засобів та методів у тренувальному процесі і змаганнях.

Водночас особливого значення набуває удосконалення швидкісно-силової підготовки стрибунів потрійним. Адже сучасний рівень спортивних досягнень потребує організації цілеспрямованої підготовки спортсменів високого класу, пошуку ефективних засобів і методів розвитку швидкісно-силових якостей та результативних організаційних форм побудови навчально-тренувального процесу. Доведено, що саме раціоналізація й оптимізація тренувального процесу наразі стає особливо актуальною. Наукові висновки вітчизняних і закордонних вчених підтверджують, що показники стрибунів потрійним значною мірою зумовлені швидкісно-силовою підготовкою, що посідає чільне місце в тренуванні стрибунів упродовж річного циклу [2].

Знання закономірностей застосування різних засобів і методів швидкісно-силової підготовки дозволяє за короткий термін досягти бажаного результату й забезпечити подальше його зростання. Досвід тренерів переконує, що традиційно наявні програми підготовки стрибунів потрійним у більшості випадків грунтуються на використанні тренувальних засобів без урахування специфіки біомеханічної структури змагальної вправи, доцільної послідовності та поєднання вправ у заняттях різної спрямованості, індивідуальної схильності спортсменів до їхнього виконання.

Як засвідчує аналіз результатів дослідження змагальної і тренувальної діяльності висококваліфікованих стрибунів потрійним виявлено такі групи засобів різної спрямованості й методи удосконалення швидкісно-силових якостей та їхнє раціональне співвідношення в річному тренувальному циклі:

− засоби спеціальної технічної підготовки, які моделюють параметри змагальної діяльності (потрійний стрибок з довгих розбігів (20 % річного обсягу тренувальних засобів), застосовуються в підготовчий період на етапах спеціальної фізичної й техніко-фізичної підготовки та у змагальний період (метод виконання змагальний);

− потрійний стрибок з укорочених розбігів (10 % річного обсягу тренувальних засобів) застосовується в підготовчий і змагальний періоди на всіх етапах річного циклу (метод виконання повторний);

− засоби стрибкової підготовки (швидкісно-силового характеру), що сприяють поєднаному удосконаленню координаційної структури рухів і підвищенню швидкісно-силових якостей висококваліфікованих стрибунів потрійним (20 % річного обсягу тренувальних засобів), застосовуються в

підготовчий і змагальний періоди на всіх етапах річного тренувального циклу (метод виконання повторний);

− засоби силової підготовки, спрямовані на підтримку силових якостей висококваліфікованих стрибунів потрійним, у своїй більшості є вправами з обтяженнями (20 % річного обсягу тренувальних засобів), застосовуються в підготовчий період на етапах: загальної фізичної підготовки – метод виконання повторний для розвитку силової витривалості; спеціальної фізичної підготовки – методи максимальних зусиль для розвитку максимальної сили й повторний для розвитку швидкої сили; техніко-фізичної підготовки – повторний метод для розвитку швидкої сили й метод динамічних зусиль для розвитку вибухової сили, а також у змагальний період – повторний метод для розвитку й підтримки швидкої сили й метод динамічних зусиль для розвитку й підтримки вибухової сили;

− засоби бігової підготовки (швидкісного характеру), які спрямовані на підвищення швидкісних якостей висококваліфікованих стрибунів потрійним, у зоні інтенсивності 95 – 100% особистого результату (30 % річного обсягу тренувальних засобів): біг на відрізках понад 80 м (5 % річного обсягу тренувальних засобів) застосовується на етапі загальної фізичної підготовки для підвищення спеціальної витривалості, на етапах спеціальної фізичної, техніко-фізичної підготовки й у змагальний період для підвищення швидкісної витривалості, методи виконання інтервальний і повторний; біг на відрізках до 80 м (20 % річного обсягу тренувальних засобів) застосовується на етапах загальної фізичної, спеціальної фізичної, техніко-фізичної підготовки й у змагальний період для підвищення швидкості бігу, метод виконання повторний; біг з розбігу (5 % річного обсягу тренувальних засобів) застосовується на етапах спеціальної фізичної, техніко-фізичної підготовки й у змагальний період для вдосконалення техніки рухових дій, підвищення швидкісних якостей стрибунів потрійним і їхньої реалізації в розбізі, метод виконання повторний.

Таким чином максимальна реалізація індивідуальних можливостей у річному циклі тренування – це головне завдання підготовки до змагань. При цьому весь процес управління набуває спрямованості й підпорядковується формування необхідного рівня підготовленості, що забезпечив би досягнення запланованого результату, демонстрацію вищого рівня спортивної майстерності. Надзвичайно важливо на цьому етапі мобілізувати приховані резерви організму спортсменів у їх фізичній, техніко-тактичні, психологочні підготовленості та забезпечення їх прояву у тренувальній та змагальній діяльності.

Література

1. Бобровник В.І. Удосконалення технічної майстерності кваліфікованих стрибунів потрійним // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харьков: /ХДАДМ (ХХП)2005. – №1. – С. 9 – 18.

2. Дрюков В.А. Подготовка спортсменов высокой квалификации в четырехлетних олимпийских циклах: Монография. – К: Науковий світ, 2002. – 240 с.

Н.А. Беседа, к. пед. н., доцент
декан факультету фізичної культури та спорту
Я.О. Сірапутська, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

СТЕП-АЕРОБІКА ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТОК ЗВО

Однією з найактуальніших соціальних проблем сучасного суспільства є різке зниження стану здоров'я студентської молоді. Узагальнення низки статистичних даних вказує на те, що за останнє десятиріччя майже в 90% студентів першого курсу виявлено відхилення в стані здоров'я [3]. Наукові висновки Ю. Ядвіги, О. Кузнєцової, Б. Зубрицького та ін. засвідчують, що 7 % першокурсників мають високий рівень фізичної підготовленості, 21 % – середній, 37 % – нижчий за середній; 35 % – низький [1].

Це дає підстави вважати, що традиційні методи організації фізичного виховання не забезпечують належної фізичної підготовленості студентської молоді. Тому виникає необхідність пошуку нових ефективних форм удосконалення системи фізичного виховання у закладах вищої освіти (ЗВО).

Для вирішення цієї проблеми пропонуємо удосконалити структуру занять із фізичного виховання завдяки застосуванню сучасних фітнес-технологій. Це дасть змогу реалізувати диференційований підхід до оздоровлення осіб із різним рівнем фізичної підготовленості та станом здоров'я.

Аналіз ієрархії мотивів студенток дає підстави вважати, що вони охоче займалися б тими фізичними вправами, що відповідають їхнім інтересам і сприяють поліпшенню фізичної підготовленості та стану здоров'я. Серед таких студентки обирають фітнес-технології, зокрема фітбол, стретчінг, степ-аеробіку і слайд-аеробіку, роуп-скіпінг тощо.

Зауважимо, що степ-аеробіка включає в себе танцювальні рухи, які виконуються з різною інтенсивністю навколо степ-платформи, висота якої змінюється. Під час занять студентки піднімаються на платформу, опускаються і рухаються навколо неї під музичний супровід.

Основним обладнанням для степ-аеробіки є степплатформа, висота якої сягає 15, 20 або 25 см. Для новачків висота платформи має бути 15 − 20 см, а для тих, хто має добру фізичну підготовку, – 25 см. Ширина платформи – 50 − 60 см, довжина – 80-100 см.

Розроблена програма зі степ-аеробіки базувалася на таких методичних вказівках:

− кожну вправу рекомендується виконувати 8-16 разів;

− обов’язково дотримуватися балансу: кількість вправ, виконаних правою ногою, має дорівнювати кількості вправ, виконаних лівою ногою;

− після виконання розминки, попереднього стретчингу й основної частини можна повторити розминку і основну частину кілька разів, а потім утворюються хореографічні зв’язки рухів;

− розминку можна виконувати як на платформі, так і біля неї; доцільно для розминки використовувати повторення базових кроків, якщо вони не є основною частиною заняття (під час ускладнення танцювальної хореографії);

− обов’язково потрібно включати у комплекс вправ рухи руками; у заключній частині заняття, враховуючи те, що основне навантаження несли м’язи нижніх кінцівок, вправи на гнучкість цієї групи м’язів виконувати не менше ніж 30 с;

− необхідно враховувати фактори, що впливають на інтенсивність заняття (музичний темп, висота платформи, амплітуда рухів), а також рівень підготовленості тих, хто займається;

− не переходити до складної хореографії, поки студентки не засвоять підйом на платформу і техніку базових кроків.

Отже, як показує практика, фітнес набуває популярності серед студентської молоді. Тому було розроблено і впроваджено в процес фізичного виховання ЗВО програму занять степ-аеробікою для студенток.

Підсумовуючи вищевикладене, маємо підстави для висновку:

1. Заняття степ-аеробікою значно підвищують рівень фізичної підготовленості та сформованості в студенток мотиваційно-ціннісного ставлення до занять фізичною культурою.

2. Упровадження розробленої програми занять степ-аеробікою у процес фізичного виховання ЗВО значно сприятиме зміцненню здоров’я студентської молоді, зростанню загальної і спеціальної працездатності та покращенню якості життя.

Література

1. Круцевич Т. Ю. Сучасні тенденції щодо організації фізичного виховання у вищих навчальних закладах / Т. Ю. Круцевич, Н. Є. Пангелова // Спортивний вісник Придніпров’я. – 2008. – № 3-4. – С.103-107.

2. Москаленко Н. В. Технологія формування ціннісного ставлення у студенток до самостійних занять фізичною культурою / Н. В. Москаленко // Спортивний вісник Придніпров’я. – 2016. – №1. – С.201-206

3. Ядвіга Ю.П. Фізичне виховання студентів вищого навчального закладу економічного профілю в період трасформації вищої освіти України в європейський простір : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання та спорту : спеціальність 24.00.02 – «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Ю. П. Ядвіга.– К., 2011. – 24 с.

Н.А. Беседа, к. пед. н., доцент
декан факультету фізичної культури та спорту
А.Р. Яременко, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ВПЛИВ ГІМНАСТИКИ НА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ РУХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДЛІТКІВ

Сучасна концепція фізичного виховання в системі загальної середньої освіти ставить за мету не тільки фізичне вдосконалення учнів, а й формування фізичної культури особистості. Актуальні завдання морального, духовного ціннісного розвитку молодого покоління, підготовки до активної творчості та повноцінного життя, необхідність розвитку здоров'язбережувальних технологій визначені у багатьох нормативних документах.

Аналіз науково-методичної літератури вказує на те, що наразі існують різні підходи до процесу вдосконалення функціонування системи фізичного виховання учнів. Це спричинено чіткою тенденцією до зниження рівня здоров’я дітей і підлітків, як фізичного так і психічного. Науковці та практики констатують, що сучасна школа не може забезпечити необхідний об’єм рухової активності учнів, оскільки фактично спеціально-організована їх рухова активність становить приблизно 30 % від гігієнічної норми і обмежується 3 – 4 годинами на тиждень. Тому уроки фізичної культури лише на 15 % компенсують необхідний об’єм рухової активності підлітків.

Дослідженнями теоретиків і практиків [1,2] доведено, що ефективність формування здорового способу життя вимагає залучення молоді до здоров'язбережувального процесу, формування в них активної життєвої позиції щодо зміцнення і збереження власного здоров'я.

За допомогою правильно підібраних і організованих заходів з використанням фізичних вправ з різних видів спорту, раціонального харчування, режиму праці й відпочинку вдасться поліпшити показники фізичного розвитку та функціональної підготовленості підлітків. Формування культури рухової діяльності підлітків засобами гімнастики створення таких умов:

– поступове ускладнення засобів основної гімнастики, що застосовуються у підготовчій частині уроку;

– застосування змагально-розважальних конкурсів, що використовуються в кінці кожної чверті та спрямовані на підвищення мотивації учнів до участі у фізкультурно-оздоровчій діяльності й оцінки фактичного рівня сформованості в них культури рухової діяльності;

– розроблення системи заходів із залучення учнів до складання (на основі раніше вивченого матеріалу) та проведення з однокласниками різноманітних комплексів фізичних вправ, що є одним із ключових аспектів самоорганізації їхньої фізкультурно-оздоровчої діяльності.

Наприклад, відомо, що урок фізичної культури часто розпочинають із застосування стройових вправ. Для підвищення в учнів інтересу до стройових вправ і прагнення до кращого їх виконання застосовувався змагально-ігровий метод. Спершу клас розподіляється на окремі команди з метою проведення змагання на краще виконання вивчених стройових вправ. Змагання проводяться в паралельних колонах або шеренгах з вибуванням учасників або без вибування, але із отриманням штрафних очок, які у підсумку визначали переможця змагання. Згодом учні залучалися до подачі команд, проведення перешикувань і пересувань. Послідовність і різноманітність таких методичних прийомів вважаємо однією з важливих умов формування культури рухової діяльності підлітків.

Варто пам'ятати, що важливим показником, який характеризує культуру рухової діяльності школярів, є їхнє ставлення до фізичної культури, що визначається внаслідок опитування, інтерв'ювання, бесіди. Зазначимо, що рівень сформованості культури рухової діяльності в учнів п'ятих і шостих класів визначається за критеріями, які характеризують якість виконання різновидів стройових вправ, ходьби та бігу, комплексів загальнорозвивальних вправ у русі й на місці, а також реакцію організму підлітків на фізичне навантаження.

Узагальнюючи вищевикладене, маємо підстави вважати, що впровадження на уроках з фізичної культури засобів основної гімнастики для учнів п'ятих і шостих класів сприятиме підвищенню рівня фізичної підготовленості підлітків, рівня їх мотивації до занять фізичними вправами та формуванню культури рухової діяльності.

Література

1. Балюк В. І. Здоровий спосіб життя – важливий чинник виховання особистості / В. І. Балюк // Класному керівнику. Усе для роботи. – 2010. - №12. – С. 6 – 8.

2. Дейнеко А. Х. Соціально-педагогічні передумови формування культури рухової діяльності в учнів загальноосвітніх навчальних закладів / А. Х. Дейнеко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – №.4 (48). – С. 35 – 39.

Г.М. Бойко, д.пед.н., професор
професор кафедри корекційної освіти та спеціальної психології
КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної ради

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ПЛАВЦІВ ВИСОКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Уперше науковий аналіз стану стурбованості, тривоги здійснено З. Фрейдом, який охарактеризував тривожність як емоційний стан, пов'язаний

із невизначеністю, напруженим очікуванням і відчуттям власної безпорадності. У спортивній психології тривожність визначають як негативний емоційний стан спортсмена, що характеризується відчуттям знервованості, хвилювання та тривоги в поєднанні зі збудженням організму [2]. Ряд дослідників ототожнюють поняття тривожність і психічна напруженість. Отже, ефективність змагальної діяльності, поруч із іншими показниками готовності, безпосередньо залежить від передстартового стану спортсмена [1, 2].

Реактивна тривожність (РТ) суб'єктивно характеризується емоційною напругою, відчуттям стурбованості, знервованості, що виникають у певній ситуації. ЇЇ підвищення завжди супроводжується активізацією діяльності вегетативної нервової системи та зумовлює появу психосоматичних симптомів, як-от: зростання частоти серцевих скорочень, почервоніння або зблідження шкіри, підвищення потовиділення, прояв тремору. Стан РТ, як емоційна реакція на конкретну ситуацію, відрізняється інтенсивністю, динамікою та тривалістю реагування. Встановлено, що сприятливий психічний стан дозволяє ефективно протидіяти типовим розбалансуючим передзмагальним і змагальним факторам (відсутність впевненості у власних силах, у здатності до перемоги, надмірне збудження, що зумовлює виникнення напруженості, скутості, м'язового дискомфорту), що забезпечує оптимальну реалізацію спортсменом набутого функціонального та техніко-тактичного потенціалу під час змагань [1]. Враховуючи, що психічний стан є фоном, що надає забарвлення, впливає на перебіг психічних процесів і дій людини (В.Г. Яроцький, 2002), стан психологічної готовності до участі в змагальній діяльності є достатньо стабільною системою особистісних характеристик спортсмена на тлі яких розгортаються психічні процеси, спрямовані на саморегуляцію думок, почуттів, дій і поведінки в цілому, що пов'язана з вирішенням завдань і досягненням мети змагальної діяльності. Психічний стан спортсменів обумовлений рівнем РТ, що актуалізує проведення відповідних психодіагностичних досліджень. Вивчення РТ здійснюється в тренувальному процесі та під час участі спортсменів у відповідальних змаганнях сезону. Ми враховуємо, що рівень ситуативної тривожності корелює з суб'єктивною оцінкою спортсменом значущості змагання. У випадках достатньо високої особистісної значущості очікуваного старту, рівень тривожності досліджуваних поступово підвищується з наближенням дня старту (рис.1). Дослідження, проведені за 1 – 3 доби до передбачуваного виступу у змаганнях показали, що в 82,05 % осіб із порушеннями зору напередодні старту відзначаються зміни рівнів РТ. Зокрема, підвищення рівня РТ за 3 доби до початку змагань зафіксовано в 29,07 % іспитованих; у 16,23 % − за 2 доби; у 40,17 % − за 1 одну добу; у 14,52 % спортсменів не зафіксовано змін рівнів ситуативної тривожності напередодні змагань.

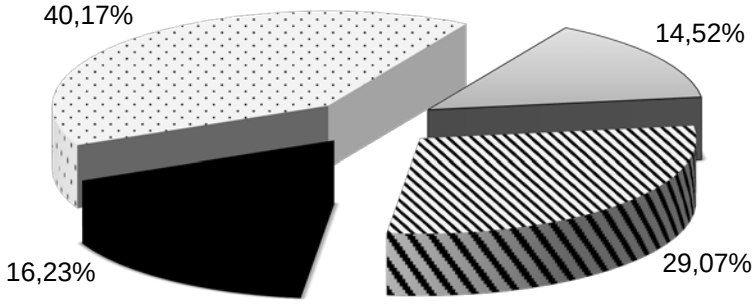


Рис.1. Розподіл спортсменів за динамікою РТ напередодні змагань:

□ – фоновий рівень ситуативної тривожності;
▨ – підвищення рівня тривожності за 3 доби до змагань;
■ – підвищення рівня тривожності за 2 доби до змагань;
▒ – підвищення рівня тривожності за 1 добу до змагань

Аналіз даних показує, що середні значення динаміки рівнів ситуативної тривожності осіб із вадами зору напередодні змагань (Кα) склали незначну різницю 1,6.

Висновки. За результатами проведеного дослідження нами встановлено, що тренувальна та змагальна діяльність спортсменів із порушеннями зору високої кваліфікації пов'язана з постійними високими функціональними та психоемоційними навантаженнями, які доводиться долати не тільки в тренувальному процесі та під час участі у змаганнях, а й у побутовій, навчальній та інших соціально значущих сферах діяльності. Передбачено, що ситуації, пов'язані з виступом на відповідальних змаганнях національного та міжнародного рівнів, зумовлюють динаміку нервово-психічного напруження спортсменів, а проведення відповідних досліджень дозволяє вчасно вживати превентивних заходів щодо попередження його неадекватного зростання, що негативно позначиться на результативності діяльності. Спостереження за динамікою РТ висококваліфікованих плавців із порушеннями зору в умовах тренувального процесу та їхньої участі в змаганнях забезпечує врахування отриманих даних у процесі розробки заходів індивідуальної психологічної корекції в системі їхньої багаторічної підготовки.

Література

1. Бойко Г.М. Сучасні підходи до управління працездатністю спортсменів високої кваліфікації в спорті інвалідів / Г.М. Бойко, Л.Б. Волошко // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова, 2019. – Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): збірник наукових праць за ред. О.В. Тимошенка. – Вип.11 К (119). – С. 26-30.

2. Деревінська В. В. Систематизація методів регуляції емоційних станів спортсмена до умов змагальної діяльності / В.В. Деревінська // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків : ХДАДМ (ХХПІ), 2009. – №2. – С. 32-35.

Л.Б. Волошко, к. пед. н., доцент
завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
М.А. Науменко, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ЗАСТОСУВАННЯ ХОДЬБИ В ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТТЯХ З ДІТЬМИ

Сьогодні в Україні близько 30 % дітей відносяться до категорії часто хворіючих, тому зміцнити здоров'я дітей є надзвичайно актуальним завданням. Для вирішення задач оздоровчої спрямованості учнів необхідна чітка організація раціонального рухового режиму. В літературі активно обговорюється питання про величину рухової активності, яка необхідна для нормальної життєдіяльності в різні вікові періоди [2].

Під нормою рухової активності в дитячому віці визнана така величина, яка повністю задовольняє біологічні потреби в рухах, сприяє можливостям підростаючого організму, його розвитку та зміцненню здоров'я. Рухову активність класифікують: низького рівня (14 % рухового компоненту в режимі доби школярів); середнього рівня (15-19 % добового бюджету, що складає 100-150 годин на рік); високого (20-24 % добового бюджету). Тривалість обов'язкових форм занять фізичними вправами регламентується навчально-тренувальним процесом і складає 6-15 навчальних годин на тиждень (1-2 години на день або 200-800 годин на рік); максимального (25 % і більше), що складає 1000 навчальних годин на рік або більше 20 годин на тиждень [1, 3].

Задача оптимізації рухової активності дітей – сприятливий вплив на зростаючий організм, зміцнення здоров'я, підвищення працездатності. Провідними критеріями оптимізації є задоволення біологічної потреби в рухах, відповідність функціональних можливостей системам організму, що гетерохронно розвиваються, з урахуванням умов навколишнього середовища.

Один із резервів удосконалення рухового режиму учнів є застосування ходьби, що є найприроднішим видом руху та доступним видом 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.) 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. [1].

Існує значна кількість програм оздоровчої ходьби, які відрізняються за обсягом та інтенсивністю, тривалістю занять, рівня фізичного стану. Оздоровчу ходьбу рекомендується починати з малого навантаження, поступово збільшуючи швидкість і тривалість занять.

Ходьба має потужний тренуючий вплив на майже всі м'язи, задовольняє потребу в русі, дозволяє диференціювати навантаження, не потребує особливих умов. Ходьба може забезпечити порівняно високе функціональне навантаження, тренування і зміцнення серцево-судинної системи [3].

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 із включенням ходьби варто враховувати той факт, що психофізіологічні особливості дітей мають значний вплив на коливання їх фізичної працездатності протягом дня та тижня, тому врахування динаміки фізичної працездатності при організації фізкультурно-оздоровчих занять допоможе підвищити їх оздоровчий ефект [2].

При побудові занять оздоровчою ходьбою необхідно враховувати фізичний стан, фізичну підготовленість та індивідуальні особливості організму дітей. Дозування занять повинно сприяти підтримуванню здоров'я, при цьому акцент робиться на індивідуальні рекомендації та самоконтроль за фізичним станом.

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; Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. К., 2003. 16 с.

2. Шерета В. В. Спортивно-масова та фізкультурно-оздоровча робота в школі [навч. посіб.] / В. В. Шерета, В. С. Язловецький. – Кіровоград: РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2006. 336 с.

3. Касарда О. Оздоровча ходьба в історії наукових досліджень. Молодіжний науковий вісник, 2012. № 5. С.10-12.

Л.Б. Волошко, к. пед. н., доцент
завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
В.О. Трирог, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ СКОЛІОЗАХ У ДІТЕЙ

Значне зростання кількості осіб зі сколіозом, особливо серед дітей, визначило необхідність пошуку більш дієвих шляхів із забезпечення ефективності процесу фізичної реабілітації та профілактики сколіозів.

Провідна роль у реабілітації осіб із сколіозом належить ЛФК. Клініко-фізіологічним обґрунтуванням до застосування засобів ЛФК при сколіозі є зв'язок умов формування і розвитку кістково-зв'язкового апарату хребта з функціональним станом м'язової системи. ЛФК сприяє формуванню раціонального м'язового корсета, що утримує хребетний стовп в положенні максимальної корекції. При неповній корекції ЛФК забезпечує стабілізацію хребта та перешкоджає прогресуванню хвороби [1].

Застосовуються загальнорозвиваючі, дихальні і спеціальні вправи. Спеціальними є вправи, що спрямовані на корекцію патологічної деформації хребта. Коригуючі вправи можуть бути симетричними, асиметричними, деторсійними. Нерівномірне тренування м'язів при виконанні симетричних вправ сприяє зміцненню ослаблених м'язів на стороні опуклості викривлення та зменшенню м'язових контрактур на стороні угнутості викривлення, що безпосередньо приводить до нормалізації м'язової тяги хребетного стовпа [2].

Асиметричні коригуючі вправи використовуються з метою зменшення сколіотичного викривлення. Вони підбираються індивідуально та впливають на патологічну деформацію локально. Асиметричні вправи тренують ослаблені і розтягнуті м'язи. Вправи сприяють вирівнюванню тонусу м'язів, положення надпліч, зменшенню асиметрії стояння лопаток. Слід пам'ятати, що неправильне застосування асиметричних вправ може спровокувати подальше прогресування сколіозу [1].

Деторсійні вправи виконують наступні завдання: обертання хребців убік, протилежну торсії; корекція сколіозу вирівнюванням тазу; розтягання скорочених і зміцнення розтягнутих м'язів в поперековому та грудному відділах хребта. Наприклад, на стороні поперекової угнутості – відведення ноги назад в протилежну сторону; на стороні грудного сколіозу – відведення руки з невеликим поворотом корпусу у верхньому відділі вперед і всередину. При відведенні ноги – таз помірно відводиться в ту ж сторону. Вправа сприяє деторсії в поперековому та грудному відділах хребетного стовпа.

Група загальнорозвиваючих вправ включає вправи загальнозміцнюючого характеру на всі м'язові групи силового і швидкісно-силового характеру, вправи на рівновагу, корекцію руху, витягнення і розслаблення. Вправи виконуються з предметом (булава, скакалка, набивні м'ячі, гантелі) і без нього.

Для дітей, що займаються коригуючою гімнастикою, велике значення мають дихальні вправи, оскільки у них звично слабо розвинена, а нерідко деформована грудна клітка. Грудну клітку розвивають за допомогою спеціальних дихальних вправ.

При сколіозі I ступеня разом із загальнийрозвиваючими і дихальними вправами застосовують симетричні коригуючі вправи. Асиметричні вправи застосовуються індивідуально і виключно рідко. При сколіозі II ступеня в заняттях лікувальною гімнастикою також переважають дихальні, симетричні вправи. За призначенням, застосовуються асиметричні і деторсійні вправи. При сколіозі III-IV ступенів використовується весь арсенал фізичних вправ. При сколіозах протипоказані фізичні вправи, що збільшують гнучкість хребта (нахили, скручування, повороти) і що приводять до його переростягування (висі).

ЛФК проводять у формі заняття коригуючою гімнастикою. Індивідуалізація лікувальної дії при груповому методі занять досягається комплектуванням невеликих груп, однорідних по деформації, зросту, а також призначенням індивідуальних вправ і дозування. Дітям з прогресуючим сколіозом рекомендується проводити заняття індивідуальним методом. Заняття коригуючою гімнастикою проводяться 3 рази в тиждень по 30 – 45 хв. Заняття традиційно діляться на три частини.

Заняття лікувальною гімнастикою слід проводити з урахуванням функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем, для чого необхідно оцінювати дію навантажень по зрушенням частоти пульсу і його відновленню (визначення фізіологічної кривої), а також загальну тренованість за простими функціональними пробам з оцінкою пульсу, АТ. Дуже важливо в процесі заняття оцінювати силу і витривалість різних груп м'язів, застосовуючи рухові тести. Про силу і витривалість м'язів-розгиначів тулуба судять за часом утримання верхньої частини тулуба на вазі, а також стану м'язів, що забезпечують нахили вправо й вліво. Про силу витривалості м'язів живота судять по числу переходів з положення лежачи на спині в положення сидячи з фіксованими ногами [2].

Отже, вагома роль у реабілітації дітей із сколіозом належить лікувальній фізичній культурі, клініко-фізіологічним обґрунтуванням якої є зв'язок умов формування та розвиток кістково-зв'язкового апарату хребта з функціональним станом м'язової системи. У програми фізичної реабілітації дітей із сколіозами обов’язково включають різні види фізичних вправ.

Література

1. Гросс Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М.: Физкультура и спорт, 2000. 205 с.

2. Пєшкова О. В., Авраменко О.М. Комплексна фізична реабілітація при сколіотичній поставі. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2009. № 2. С. 84-88.

Л.Б. Волошко, к.пед.н., доцент
завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
С.О. Хоменко, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІТНЕСУ В РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТТЯХ

Реалізація фізкультурно-оздоровчих технологій у фізичному вихованні здійснюється через різні фітнес-програми. Фітнес-програми, як форми рухової активності, спеціально організованої у рамках групових або індивідуальних

занять, відрізняються від спортивних програм тим, що фітнес-програми орієнтовані на оздоровчо-кондиційний результат, а спортивні програми – на досягнення спортивного результату з обов'язковою участю у змаганнях [1]. Проблема наукового обґрунтування організаційно-методичних основ використання ефективних засобів оздоровчого фітнесу в системі рекреаційно-оздоровчих занять із різними верстами населення потребує глибокого теоретичного осмислення й ґрунтовного практичного вивчення, що й обумовлює актуальність теми.

Оздоровчий фітнес можна визначити як ступінь збалансованості фізичного, психічного, соціального станів, що мають у своєму розпорядженні необхідні резерви для забезпечення поточної життєдіяльності людини без зайвої фізичної і психічної напруги в стані гармонії з навколишнім середовищем [2]. Оздоровчий фітнес розглядається як соціокультурне явище, що відноситься до предметної сфери фізичної культури, родовим поняттям якої є загальнолюдська культура. Будучи універсальним феноменом соціокультурної діяльності, фітнес здобуває властивий йому ціннісний вимір і реалізує цілий спектр цінностей: вітальні, естетичні, соціальні, політичні, культурні.

Сучасною наукою розроблено велику різноманітність засобів, форм, методів, фізкультурно-оздоровчої роботи з людьми різного віку. Серед провідних варто назвати такі системи занять, як аеробне тренування з використанням циклічних вправ (ходьба, біг, плавання, вправи на кардіотренажерах), різні напрямки фітнесу (спінбайк-, сайклінг-, фітбол-, данс-аква-, степ-, класичний та інший види аеробіки, атлетична гімнастика, шейпінг, стретчинг, пілатес, слайдинг, калланетика та ін.), оздоровчу й лікувальну гімнастику.

Аналіз оздоровчих видів гімнастики свідчить, що існує безліч методик, які мають певні переваги й недоліки. Комплексна класифікація сучасних оздоровчих фітнес-технологій, які можуть бути використані в системі рекреаційно-оздоровчих занять для жінок і чоловіків, передбачає їхній розподіл відповідно до наступних ознак: цільова спрямованість занять, зони інтенсивності навантаження, енергетичні механізми, віковий і статевий склад груп, технічна оснащеність занять, форми проведення занять, рівні підготовленості груп, місце проведення занять.

На думку Е. Карпей [3], фітнес-програми можуть бути класифіковані на програми, побудовані: на одному виді рухової активності (наприклад, аеробіки, оздоровчому бігу, плаванні, тощо); на поєднанні декількох видів рухової активності (наприклад, аеробіки та бодібілдингу; на аеробіці і стретчингу; на оздоровчому плаванні та силовій підготовці тощо); на поєднанні одного або декількох видів рухової активності і різних чинників здорового способу життя.

У свою чергу, фітнес-програми, побудовані на одному виді рухової активності, можуть бути розділені на програми, в основу яких покладені: види рухової активності аеробної спрямованості; оздоровчі види гімнастики; види рухової активності силової спрямованості; види рухової активності у воді; засоби психоемоційної регуляції. Крім того, можна виділити інтегративні, узагальнені фітнес-програми, орієнтовані на спеціальні групи населення. Ці

програми включають ті або інші частини вищеназваних програм: програми для вагітних; програми для осіб з високим ризиком захворювань або тих, хто мають захворювання; програми для корекції маси тіла. Основним завданням розробки оздоровчих фітнес-технологій є досягнення їх ефективності та комплексності оздоровчої спрямованості, тобто підвищення рівня фізичного, психічного і соціального здоров'я тих, хто ними займається [4].

Таким чином, рекреаційно-оздоровчі заняття з різними верствами населення можуть будуватися на основі занять оздоровчим фітнесом. Оздоровчий фітнес – багатогранне, поліфункціональне соціальне явище, що об'єднує різні форми фізичної культури, які мають кондиційну, оздоровчу й спортивну спрямованість, засновану на використанні широкого комплексу фізичних вправ, що проводяться в залі, басейні чи на відкритих майданчиках, в усіх вікових групах населення. Різноманітність програм та їх емоційний фон дозволяють фітнесу утримувати тривалий час високий рейтинг серед інших фізкультурно-оздоровчих занять.

Перспективи подальших досліджень можуть бути пов'язані із вивченням особливостей корекції фізичного стану чоловіків і жінок, які ведуть малорухливий спосіб життя, у процесі занять оздоровчим фітнесом.

Література

1. Виес Ю. Б. Фитнес для всех. Минск: Книжный дом, 2006. 512 с.
2. Давыдов В.Ю., Шамардин А.И., Краснова Г.О. Новые фитнес-системы (новые направления, методики, оборудование и инвентарь). Волгоград: ВРАФК, 2001. 140 с.
3. Карпей Э. Энциклопедия фитнеса. М.: ФАИР ПРЕСС, 2003. 368 с.
4. Хадер Самер. До питання тлумачення поняття фітнес-технологій. Науковий часопис національного педагогічного університету ім.М. Драгоманова. Сер. 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). К., 2015. Вип. 6 (62) 15. К., 2015. С. 68 – 70.

В.Б. Воронецький, к. фіз. вих.
Кам'янець-Подільський національний
університет імені Івана Огієнка
О.В. Гордієнко, ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
заст. декана факультету фізичної культури та спорту
Національний університет «Полтавська політехніка
Імені Юрія Кондратюка»

ЦІННІСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОЗДОРОВЧОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

У сучасному світі не можливо знайти жодної сфери людської діяльності, не пов'язаної з фізичною культурою, оскільки вона відноситься до загально визначених матеріальних і духовних цінностей суспільства в цілому і кожної

людини окремо. До одних з напрямків фізичної культури відноситься і оздоровча. Немає особливої потреби доводити величезний вплив занять фізичними вправами на здоров'я людини та фізичний розвиток. Але на деяких важливих моментах ми б хотіли зупинитись.

Цінність − це поняття, яке набуло широкого поширення в соціології при вивченні особи і соціальної поведінки. У цінностях втілена значущість предметів і явищ соціального середовища. Досліджуючи ціннісний потенціал оздоровчої фізичної культури, необхідно мати на увазі, що існують два види рівних між собою цінностей: суспільні і особисті. Оздоровчі фізичної культури вміщують в себе обидві складові [3].

До оздоровчих цінностей фізичної культури слід віднести накопичені, за допомогою наукових досліджень та спостережень, знання про використання фізичних вправ для ефективного фізичного розвитку людини, формування його статури, загартовування, підвищення працездатності, психоемоційної стійкості то що.

Інтегративність оздоровчих цінностей обґрунтовується включенням в їх зміст цінностей рухового характеру: умінь і навичок, фізичної підготовленості, працездатності - якостей, що визначають стан здоров'я людини [1].

Мобілізаційні цінності фізичної культури також мають явну оздоровчу спрямованість: самоорганізація здорового стилю життя, вміння протистояти несприятливим впливам зовнішнього середовища – результат освоєння оздоровчих цінностей фізичної культури.

Також оздоровчі цінності фізичної культури надають можливості формувати мотивацію, інтерес, потреби в дбайливому ставленні людини до свого здоров'я. Зміст цінностей фізичної культури і спорту та оздоровчої фізичної культури багато в чому збігається. Проте слід враховувати їх функціональну розбіжність. Та пам'ятати, що фізична культура та рухова активність виникає і розвивається як один з перших і найбільш істотних способів соціалізації, а спорт − як засіб і форма виявлення соціального визнання вищих здібностей людини [2].

В основу оздоровчого фізичного виховання покладені інформаційні та практичні підходи до формування здорового способу життя: ознайомлення всіх верст населення країни з різноманіттям традиційних і нетрадиційних засобів і методів збереження і зміцнення здоров'я, виховання потреби в здоровому способі життя.

Програма оздоровчого фізичного виховання повинна містити такі пріоритетні напрями як:

– виховання фізичної культури людини;
– методи та методики спортивного тренування;
– виховання потреби і навиків здорового стилю життя;
– методики здорового харчування;
– практичне освоєння оздоровчих систем.

У основу сучасної системи освоєння цінностей оздоровчої фізичної культури необхідно закласти теоретичні концепції, що визначають інноваційні

підходи і нові педагогічні технології, які сформувалися в теорії фізичної культури в останні десятиліття.

Література

1. Бабич В. І. Адаптування педагогічної практики як важлива умова професійної готовності майбутніх учителів фізичного виховання до формування культури здоров'я школярів / В. І. Бабич, О. В. Нечаєва // Педагогіка, психологія та методико-біологічні проблеми фіз. виховання та спорту: Збірник наукових праць за ред. С. С. Єрмакова. − Х.: ХІПІ, 2009. − № 1. − С. 15-17.

2. Завидівська Н. Н. Педагогічні засади формування здорового способу життя студентів вищих закладів освіти економічного профелю: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 „Теорія і методика професійної освіти" / Н. Н. Завидівська. –Львів, 2001. – 38 с.

3. Лубышева Л. И. Ценности физической культуры в здоровом стиле жизни / Л. И. Лубышева, В. К. Бальсевич // Материалы международной конференции ["Современные исследования в области спортивной науки"]: СПб НИИФК.,1994.

О.В. Гордієнко, ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
заст. декана факультету фізичної культури та спорту
*Національний університет «Полтавська політехніка
Імені Юрія Кондратюка»*

ЗАСОБИ І МЕТОДИ ОЗДОРОВЧОГО ТРЕНУВАННЯ

Загальновідомий той факт, що заняття оздоровчою фізичною культурою корисні для здоров'я людини. Перш за все тому, що вони передбачають активне використання природних факторів, а саме свіжого повітря, води, сонячної енергії. Однак ці фактори, лише тоді приносять користь, коли є строго дозованими відповідно до вимог і рекомендацій спортивної медицини, гігієни, лікарського контролю.

Найважливішим специфічним засобом оздоровчого тренувального процесу є фізичні вправи. Основою кожної вправи являються активні рухи – могутній стимул активізації всіх життєво важливих функцій і процесів, що відбуваються в організмі людини.

Строго дозовані рухи отримали найбільше поширення в оздоровчому фізичному вихованні, спорті та спортивній медицині.

Треба зазначити, що в кожному окремому виді спорту наявні свої конкретні системи рухів, які пояснюються поняттям «спортивна техніка», технічне виконання вправи є обов'язковим під час оздоровчих занять та тренувань. Не достатнє володіння технікою приводить до посилення проблеми при цьому процес оздоровлення або реабілітації проходить не повноцінно. Технічно

виконані фізичні вправи сприяють оволодінню кінематичною (просторовою, просторово-часовою) та динамічною (силовою) структурою техніки руху, а також надають чітко дозовану і цілеспрямовану дію на морфо-функціональний стан організму людини. Чим конкретніше будуть цілі які фахівець з фізичного виховання та рекреації ставить перед людиною яка займається, тим більш доцільними будуть обрані вправи для заняття.

Підбір того або іншого комплексу оздоровчих вправ з фізичного виховання, або вправ оздоровчого спортивного спрямування обов'язково повинен здійснюватися з урахуванням викладених вище положень. Кількість допоміжних вправ залежить від складності техніки рухів в кожній окремій вправі [1].

У тренувальній практиці, що направлена на оздоровлення організму потрібно використовувати оптимальне співвідношення тренувального навантаження різної інтенсивності. Краще за все на початку тренувальних занять використовувати тренувальну загрузку слабкої інтенсивності, далі – максимальної інтенсивності і тільки потім середньої. Також необхідно здійснювати контроль за станом здоров'я людини, що займаються оздоровчими фізичними вправами та оздоровчим спортивним тренуванням. Стан організму людини, що виконує ту або іншу роботу, можна оцінювати за зовнішніми показниками, наприклад, по забарвленню шкіри, частоті дихання, характеру потовиділень [2]. Найбільш поширений при цьому метод підрахунку частоти серцевих скорочень (ЧСС). Показники ЧСС досить об'єктивно характеризують стан (динаміку) роботи серцево-судинної системи в процесі виконання вправ. ЧСС потрібно підрахувати як до початку заняттям, під час заняття і відразу після його завершення [3]. Фахівець повинен брати до уваги те, що показники ЧСС можуть коливатися залежно від віку, тренованості та стану здоров'я людини. У практиці медичного контролю результати пульсометрії зазвичай зображають графічно у вигляді пульсової кривої. На вертикальній складовій такого графіка відкладають величину ЧСС, на горизонтальній – час заняття і періоди вимірів.

Використання даних методів дасть можливість досягти позитивних результатів та утримувати їх протягом тривалого часу.

Література

1. Дейнеко О. С. Типичные предпочтения предпринимателей в выборе вида спорта в юношеский период / О. С. Дейнека, Д. Г. Мартюшев // Ананьевские чтения-2000: Тезисы научно-практической конференции. − СПб., 2000. − С. 210-211.

2. Пєшкова О. В. Спортивна медицина: Навчальний посібник / О. В. Пєшкова. – Харків. − 1999. – 84 с.

3. Фанигіна О. Ю. Корекція фізичної підготовленості студенток вузу в процесі занять оздоровчими видами плавання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / О. Ю. Фанигіна. – К., 2005. – 27 с.

О.В. Гордієнко, ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
заст. декана факультету фізичної культури та спорту
А.Т. Халітов, студент 1 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка

ВПЛИВ ТРЕНУВАЛЬНИХ ЗАНЯТЬ ПАУЕРЛІФТИНГОМ НА ВЛАСНЕ-СИЛОВІ ЗДІБНОСТІ ЮНАКІВ В НЕСПЕЦИФІЧНИХ ВПРАВАХ

За останнє десятиліття у силовому спорті та силовому триатлоні встановлено багато рекордів, що не могло, не привернути до себе увагу. З усіх спортивних видів спорту, таких як ривок та поштовх гирь, тяжка атлетика та інші, силовий підйом є наймолодшим видом змагальних вправ. Останніми роками пауерліфтинг став особливо популярним серед студентів вищих навчальних закладів, серед населення, адаптивного спорту та різноманітних змагань. Розвиток силових здібностей дуже важливий у соціальному житті та професійній діяльності людини [1, 2].

Силовий тренінг є одним із ефективних засобів розвитку фізичних якостей та поліпшення здоров'я, в тому числі студентів, завдяки його доступності [3, 4]. Для розробки експериментальної методики навчання пауерліфтингу ми спиралися на теоретичні та методичні рекомендації провідних національних та міжнародних експертів у галузі теорії спортивної підготовки, таких як Туманян Г.С., Холодов Ж.К., Кузнєцов В.С., Зав’ялов А.І., Міндіашвілі Д.Г., Луканов М.Т., Фаламеєв А.І.

Наукова проблема полягає в тому, що структура навчального процесу знаходиться в стадії розробки. У переважній більшості літературних джерел автори механічно перекладають принципи та методи підготовки кваліфікованих спортсменів для побудови тренувань для початківців силових атлетів. Об’єктивних даних про біодинамічну структуру конкурентних рухів немає. Структура та взаємозв'язок між фізичними властивостями, що гарантують ефективність конкурентної діяльності, не встановлені. Немає науково доведеної розробки інструментів та методів, що використовуються в процесі тренувань для початківців силових атлетів.

Power Lifting (Power Triathlon) – присідання зі штангою, жим штанги лежачи на лаві, станова тяга. Однією з головних проблем у навчанні силового атлета для початківців є вибір найбільш ефективного методу тренувань. Окрім оптимального тренувального навантаження, правильної організації та повторення занять важливим є вибір методики тренування. Найефективнішим способом формування абсолютної сили вважається метод циклування навантаження, що дозволяє відпочивати, та «підводитись» до змагань. На додаток до методу циклування навантаження для розвитку сили використовуються ізометричні стато-динамічні методи. Проте в такого методу є свої недоліки: по-перше, спортсмени орієнтуються лише на розвиток

максимальної сили, а по-друге, надмірна увага приділяється «великій трійці» (присідання, жими лежачи, станова тяга) [5].

Ми вважаємо, що повинен бути забезпечений систематичний підхід для організації та подальшого вдосконалення системи контролю навчального процесу для юнаків, які займаються силовим підйомом. По-перше, потрібно диференціювати конкретні навчальні та змагальні цілі, а також завдання навчальної діяльності, що відповідають за досягнення цих цілей [6, 7, 8].

Одним з найважливіших моментів для нас при розробці найкращого методу тренувань стало розкриття сильних і слабких сторін використання різних методик у навчанні початківців з пауерліфтингу. Особисті та мотиваційні характеристики молодих людей, що займаються, вимагають вибору меж (максимальної та мінімальної) інтенсивності впливу. Це представлено тривалістю вправи, величиною навантаження, режимом вправ і тренувань. Для силових тренувань загальним показником є максимальна кількість повторень вправи. Ми пропонуємо тренувальну методику для нарощування сили та набору м’язової маси для початківців основану на методиках пауерліфтингу та культуризму (що дозволить не лише переміщати вагу з точки А в точку В, а контролювати скорочення м'язів). Кількість підходів обмежується трьома, а кількість вправ від 9 до 12 (що дозволить організму зважаючи на стресовий фактор виділяти набір гормонів, що дозволить м'язам гіпертрофуватися і пристосуватися організму до навантаження), а кількість ітерацій варіюється в межах 8-10 (відведений час на це 20-30 секунд для верхньої частини тіла і 40+ секунд для нижньої). Кількість занять на тиждень для спеціальної підготовки теж не більше трьох. Запропонована методика тренує окремі групи м’язів за допомогою щотижневих мікроциклічних тренувань (понеділок - розвиток сили м’язів ніг та голеней; п’ятниця - м’язи грудної клітини та рук; середа - м’язи спини та плечового поясу). Оптимізація тренувального навантаження включає стабільну кількість підходів, фіксовану кількість повторюваних вправ та ряд тренувальних вправ.

Таким чином, розроблена методика оптимізації тренувального процесу силового атлета спрямована на вдосконалення спортивних навичок початківців, а також на розвиток фізичних якостей спортсменів. Це ефективний засіб зміцнення здоров’я.

Література

1. Бондаренко, А. А. Шляхи підвищення силової підготовки атлетів / А. А. Бондаренко // Пауерліфтинг. – 2009. – № 6. – С. 5-7.

2. Верхошанский, Ю.В. Основи методики спеціальної силової підготовки важкоатлетів: метод. розробки для слухачів ВШТ і студентів акад. / Ю. В. Верхошанский, А.С. Медведєв. – М.: РГАФК, 1997. – 35 с.

3. Воробйов, А.І. Про структуру силової підготовки / А. І. Воробйов // Пауерліфтинг України. – 1999. – № 1. – С. 7.

4. Дальський, Д.Д. Фізіологічний пауерліфтинг / Д.Д. Дальський, В. Д. Звєрєв, Е.В. Наумовко. – Тула: Тул. поліграфіст, 2013. – 120 с.

5. Дворкін, Л.С. Силова підготовка юних атлетів / Л.С. Дворкін, Н.І. Младіна. – Єкатеринбург: УГУ, 1992. – 78 с.

6. Минов, М.Ю. Вплив пауерліфтингу на стан здоров'я студентів / М.Ю. Минов // Укр. Краснояр. держ. аграр. ун-ту. – 2011. – № 3. – С. 215-218.

7. Стеценко, А.І. Теоретичні та методичні основи підготовки в пауерліфтингу / А.І. Стеценко // Пауерліфтинг України. – 2005. – № 1 (2). – С. 25.

8. Таймазов, В.А. Корекція функціонального стану спортсменів підсумованим індексом оперативного контролю / В.А. Таймазов, Д.Д. Дальський, Е.В. Науменко [и др.] // Укр. нових мед. технологій. – 2012. – Т. 19, № 4. – С. 203-208.

В.І. Горошко, к.мед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
М.А. Артем'єв, студент 1 курсу
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

КОМПЛЕКСНИЙ РОЗВИТОК ВЕСТИБУЛЯРНОЇ СТІЙКОСТІ В АКРОБАТИЦІ НА ПОЧАТКОВОМУ ЕТАПІ ТРЕНУВАНЬ

Актуальність теми. Сьогодні існує спеціальна оцінка ризику отримання травм у різних видах спорту. Перше місце для такого оцінювання: художня гімнастика, спортивна акробатика, спортивна аеробіка, хокей, футбол тощо. Особливо важливий ризик травмування акробатів. Вправи в цьому виді спорту включають різноманітні стрибки, сальто, падіння, баланси, мости, підтримки та силові вправи . На сьогоднішній день акробатика – один із найскладніших, але водночас один із найвидовищніших видів спорту. Особливі вимоги пред'являються до функції вестибулярного аналізатора при виконанні складних акробатичних вправ. Це пов'язано з великою вагою обертальних рухів, зміною напряму та швидкості руху, а також активним положенням тіла виконавця (Ю. Л. Кулібанова, 2003). Не достатньо сформована стійкість вестибулярного апарату акробатів-початківців спричиняє значні порушення координації рухів рук та ніг, що призводить до високого травматизму на початковому етапі тренувань. Так, гострі травми опорно-рухового апарату у акробатів складають 64,92%, а пошкодження менісків, хрестоподібних і бічних зв'язок колінного суглоба – більше 25% усіх патологій. Удари у цій категорії спортсменів зустрічаються порівняно рідко. Хронічні захворювання опорно-рухового апарату складають 35%, серед яких найбільш поширені захворювання суглобів нижніх і верхніх кінцівок мікротравматичного генезу. До найбільш частих травм відносяться хронічні мікротравми капсульнозв'язкового апарату колінного суглоба і мікропатологія хряща і жирових тіл. Захворювання хребта (спондилоартрози, остеохондрози) займають 10,54%, а хронічні захворювання

міоентезічного апарату (міозити, миентезіти, мікронадриви м'язів, а також паратеноніти і Ахілла-бурсити) – 4,21% всієї патології.

Аналіз науково-методичної літератури показує, що серед фахівців немає єдиної думки щодо можливості тренування вестибулярної стійкості. Ряд авторів(К. Коханович, 1998; В. І. Лях, 2000 та ін.) вважають, що вестибулярна стійкість генетично успадковується і фізіологічно присутня не у всіх акробатів вже на початковому рівні тренувань. Однак інші автори (І. В. Цепелевич, 2007; Н. О. Андрєєва, А. В. Жирнов, В. Н. Болобан, 2011 та ін.) вважають, що така функція піддається розвитку під час спеціальних тренувань.

Сучасна програма тренування акробатів представляє приблизний план щотижневих мікроциклів різної тривалості та етапів підготовки навчальних груп. Одним із спеціальних розділів фізичної підготовки є розвиток вестибулярної стійкості. Однак у існуючих програмах цей вид тренувань включений лише на професійній спортивній стадії. Також у цьому розділі немає вказівок на те, як проводити тренінг (вибір засобів, методу, структури уроків). У той же час, акробатика підпорядковується вимозі збільшення певних характеристик та здібностей тамбурного обладнання. Це пояснюється збільшеною кількістю обертальних рухів елементів у композиціях. Однак фактично не існує науково доведених засобів або методів розвитку вестибулярної стійкості у юних акробатів. Тому, розглядаючи це питання, застосовується єдиний підхід до збільшення кількості обертових елементів та вибору засобів класу, методів, організації та реалізації, спрямованих на розробку вестибулярного аналізатора. У зв’язку з цим потрібно знайти засоби та методи, необхідні для розвитку вестибулярної стійкості в ритмічних вправах. Механізм вестибулярної рухової реакції, їх роль у формуванні складної рухової поведінки, що є практикою акробатики, до кінця не вивчені. Більше того, ці питання не розглядались з точки зору віку. Виходячи з вищесказаного, видається доцільним розробити методологію комплексного розвитку вестибулярної стійкості у молодих акробатів.

Об’єктом дослідження є навчально-тренувальний процес на ранніх етапах занять акробатикою.

Предметом дослідження є засоби та методи вестибулярної стійкості, що розвиваються ритмічними вправами на початковому етапі навчання.

Мета цього дослідження – розробити та науково продемонструвати методологію комплексного розвитку вестибулярної стійкості в ритмічних вправах на початковому етапі тренувань, щоб зменшити рівень травматизму в даному виді спорту.

Гіпотеза дослідження: методологія розвитку вестибулярної стійкості у акробатів може бути корисною та ефективною у навчальному плані, якщо вона заснована на комплексному використанні часу тренування для здійснення вестибулярної стимуляції, характерної для складних координаційних рухів у акробатиці; грамотному розподілі спеціальних вправи та вправ на тренувальних пристроях для розвитку вестибулярної стійкості з урахуванням набуття основних елементів; враховування вікових особливостей формування вестибулярного апарату.

Теоретичні та методологічні основи дослідження такі: системний підхід (Л. фон Берталанфі), теорія рефлекторної діяльності І. М. Сеченова та І.П. Павлова, концепція рівня побудови руху Н.А. Бернштейна, теорія функціональної системи П.К. Анокіна, теорія функціональної підготовки та теорії функціональної підготовки спортсменів (І.Н. Солопов; А.І. Шамардін), основні положення теорії фізичної культури і спорту (Л.П. Матвєєв, Ж.К. Холодов, В.Н. Платонов, Л. І. Лубишева та ін.). Заплановано використати наступні методи дослідження: аналіз та узагальнення літературних даних, анкетування спортсменів, аналіз нормативних документів, аналіз та синтез отриманої інформації, навчальні експерименти на базі циркової студії «Єдність» м. Полтава, методи математичної статистики.

Дослідження заплановано проводити у чотири етапи з 2020 по 2022 рік. На першому етапі (вересень 2020 р. – жовтень 2021 р.) проводились пошук науково-методичної літератури з обраної теми, відібрано відповідні та методологічні методи дослідження, проводились анкетування в онлайн-режимі, вивчено нормативні документи.

На другому етапі (листопад 2020 р. – серпень 2021 р.) Заплановано навчальні спостереження та тести, а також визначення рівня розвитку вестибулярної стійкості у акробатів різних вікових груп. Визначено найбільш інформативні функціональні тести, щоб оцінити їх зв'язок із якістю виконання складних координаційних вправ.

На третьому етапі (2021-2022 рр.) планується розробити власний тренувальний комплекс вправ і визначити ефективність запропонованого тренувального комплексу для тренування вестибулярного аналізатора.

На четвертому етапі провести комплексний синтез та аналіз проведеного експерименту, статистичну обробку даних, обґрунтувати основні правила складної вестибулярної методики тренування для акробатів.

В результаті дослідження (перший етап) було зроблено *висновки*:

1. Аналіз науково-методичної літератури показав, що основними напрямами розвитку вестибулярної стійкості в сучасній умовах є: вдосконалення навичок динамічного балансу з розвитком супутньої якості вправ; використання звичайних засобів і методів для розробки функції вестибулярного апарату.

2. Згідно з опитуванням експертів з акробатики, однією з ключових рухових характеристик є динамічна рівновага, а передумовою їх успіху є стійкість високорозвиненого вестибулярного апарату. Опитувані тренери – 80% викладачів вважають, що доцільно включати спеціальні вправи або вправи на спеціальних тренажерах в процес навчання акробатів для розвитку вестибулярної стійкості.

3. Сучасне тренування з акробатики не сприяє спрямованому розвитку всіх частин вестибулярного апарату. Для повного розвитку всіх відділів вестибулярного апарату необхідний спеціальний комплекс цільових засобів і методів впливу.

Література

1. Чертихина, Н.А. Изучение взаимосвязи отделов вестибулярного анализатора при выполнении художественно-гимнастических упражнений / Н. А. Чертихина// Актуальные проблемы физической культуры, спорта и туризма: Материалы XV Региональной конференции молодых исследователей Волгоградской области по направлению № 19 – Физическая культура. Спорт и туризм (г. Волгоград, 10-11 ноября 2010 г.). – Волгоград: ВГАФК, 2011. – С. 86-89.
2. Чертихина, Н.А. Проверка эффективности применения тренажерных устройств в художественной гимнастике для повышения вестибулярной устойчивости / Н.А. Чертихина // Актуальные вопросы физической культуры и спорта: Ежегодный сборник научных трудов студентов, аспирантов и молодых ученых. Вып. 17. – Волгоград: ВГАФК, 2011. – С. 124-127.
3. https://viline.tv/deti/article/akrobatika-dla-detej-kak-izbezat-travm
4. https://womanadvice.ru/sportivnaya-akrobatika
5. www.sportmedicine.ru
6. https://viline.tv/deti/article/akrobatika-dla-detej-kak-izbezat-travm

В.І. Горошко, к.мед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
В.М. Салашний, студент 1 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

РОЛЬ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ У ФОРМУВАННІ ДІАФРАГМАЛЬГОГО ДИХАННЯ ВОКАЛІСТІВ ТА ДИКТОРІВ

Систематичні заняття дихальними вправами дозволяють позбутися від запаморочення, збільшити об’єм легень, розвинути діафрагмальні м'язи, знизити ризик захворювань, пов'язаних з дихальними шляхами. Саме тому в даний час до оздоровлення через систему дихальних вправ звертається все більша кількість людей, що використовують її у своїй практиці при проведенні психологічних тренінгів, оздоровчої гімнастики, медичних процедур, спортивних тренувань і т. д.

Дихальні вправи сприяють розвитку фізичної витривалості, а також провідних якостей співочого голосоутворення: яскравості звуку, сили і гнучкості голосу, тривалості звучання, широти діапазону. Зазвичай людина дихає, використовуючи тільки верхній відділ легень. Це грудне, поверхневе дихання, при якому набирається лише частина необхідного організму кисню, використовуючи при цьому дихальну систему лише на 10%. У процесі ж глибокого нижнього (діафрагмального) дихання задіяні повністю легені, м'язи преса і діафрагма. Тобто людина робить внутрішній масаж, який позитивно впливає на весь організм в цілому.

Мета статті – дослідити ефективність вправ для постановки правильного співацького дихання.

Виклад основного матеріалу. У співака, як правило, коротка фаза вдиху і дуже довга фаза видиху. Існують два основних типи дихання, придатних для співу: грудне та діафрагмальне. Діафрагмальне дихання – найприродніший тип дихання для людини. Дитина з народження починає дихати правильно, діафрагмою, але потім, у міру дорослішання та внаслідок різних комплексів, страхів, м’язових зажимів діафрагма теж затискається й людина починає дихати грудьми – так зване ключичне дихання[1]. Для гри на музичних інструментах, у яких задіяно дихання (саксофони, флейти та інші духові), а також усіх видів вокалу необхідно дихати діафрагмою або, як ще кажуть, «дихати животом». «Вокальна опора» означає, що розвинувши та правильно скоординувавши дихальний апарат, виконавець забезпечує собі достатній запас повітря, на який може опертися під час виконання партій будь-якої складності. Розвинувши роботу такого дихання, з’являється можливість співати голосно, потужно й виразно, дотягувати будь-які звуки до кінця, і головне – потужно виражати свої емоції під час співу[2].

Правильна постановка дихання – це, перш за все, використання повного обсягу легень і використання природних резонаторів, які підсилюють і збагачують звучання нашого голосу. В цьому випадку у вокального виконавця ніколи не втомиться і не заболить горло від тривалого співу. Постановка голосу включає в себе вправи на розширення діапазону, розвиток сили голосу, його барвистості, вправи на освоєння різних вокальних технік співу, роботу над дикцією та вимовою під час розмовної мови і під час співу. Крім того, правильна постановка дихання потрібна кожному, хто хоче бути здоровим. В процесі навчання співу вправи на зміцнення дихального і голосового апаратів, вільне і правильне володіння ними, нерозривно пов'язані один з одним[3, 4].

Як висновок відзначаємо, що процес дихання становить основу голосової функції та піддається тренуванню. Знання основ техніки дихальної гімнастики і застосування її в професійній діяльності допоможуть виробити «співацький(командний, при необхідності) голос», полегшити професійну роботу, і без особливих зусиль впоратися з рішенням загальних і приватних завдань.

Література

1. Аркін Є. А. Ребенок в дошкольные годы / Є. А. Аркін. – К. : Видавництво «Просвіта», 1968. – Гл. 14. Голос и речь.

2. Владимирова И. Г. Детский певческий голос, его постановка [Електронный ресурс] / И. Г. Владимирова. – Режим доступа : http://mec-krasnodar.ru/mec/metodiki/83-detckii-golos.

3. Огороднов Д. Е. Памятка педагогу в вокальной работе по алгоритму с детьми и самим собой / Д. Е. Огороднов. – М. : Свердловськ, 2006. – 388 с.

В.І. Горошко, к.мед.н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
П.В. Явтушенко, студент 1 курсу
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПРИЧИН ТРАВМ У ФУТБОЛІ ТА ПРОФІЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМУ ГРАВЦІВ

Футбол належить до групи ситуативних видів спорту, що характеризуються мінливістю в ігрових ситуаціях, відсутністю стереотипів у виконанні рухів та повторенням стандартних ситуацій. Головною особливістю спортивних ігор є яскраве емоційне напруження, яке спричиняє несподівану поведінку суперника та викликає фізіологічні зміни в організмі спортсмена. У змісті гри футболіст повинен розглядати весь комплекс, а не окремі компоненти орієнтаційної діяльності.

Травми – це завжди супутник спорту. Найпоширенішими травмами у футболі є синці від падінь, зіткнення та удари. Нижні кінцівки, як правило, найбільше вражаються в області між коліном і щиколоткою. У більшості випадків це не призводить до втрати повної працездатності спортсмена протягом тривалого періоду часу [1, 2].

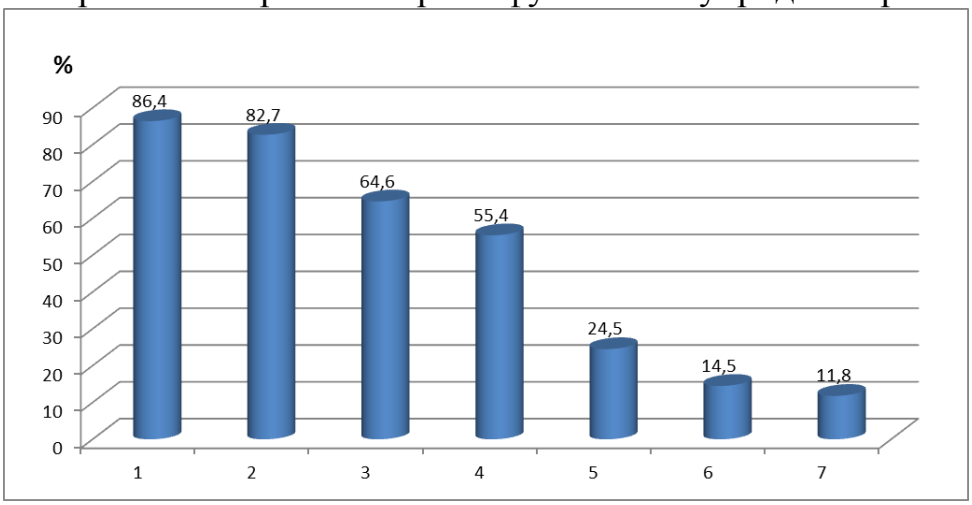
Щоб дослідити причини спортивних травм у футболі, ми провели опитування 30 футболістів різної ролі від 16 до 30 років, які мали різні травми опорно-рухового апарату протягом минулого року. Опитування проводилось у Полтаві з березня по квітень 2020 року, серед футболістів шкільної команди по футболу (НВК №16). Актуальність дослідницьких питань визначається стабільно високим рівнем травматизму у футболі. Одним із завдань опитування, проведеного у футбольній команді, було дослідження причин та місця пошкодження залежно від періоду підготовки щорічного тренувального циклу. Особлива увага приділялася вивченню моменту травми під час змагальної гри (перша половина або друга половина кожного тайму, перша половина, друга половина або останні 15 хвилин). В результаті опитування футболістів було виявлено, що близько 80% постраждалих отримали травми нижніх кінцівок та їх суглобів. Найпоширеніший з них - колінний суглоб. Особливістю футболу є те, що велике кутове прискорення з різними напрямками та кроками поєднується з потужними ударами, падіннями та ударами від гомілки та колінних суглобів супротивника до м’яча в різні частини стопи. На тлі постійного контакту з суперником все це надзвичайно навантажує колінний суглоб, роблячи його вразливим як до гострих травм, так і до хронічних мікро- та макротравм.

Аналізуючи травми в різні періоди річного тренувального циклу, більшість травм отримали футболісти під час змагальних періодів (63,3%), половину в підготовчий період (31,8%) і дуже рідко під час перехідного періоду (4,9%). Частота різних травм також суттєво варіювалась залежно від тривалості гри. У

першому таймі травми траплялися найчастіше в перші 15 хвилин (14,5%) та останні 15 хвилин (20,0%) гри. У першому випадку це явно пов’язано з відсутністю передігрової розминки. Протягом наступних 15 хвилин рівень травматизму знизився до 10,9%, а в другому випадку (останні 15 хвилин) взаємозв’язок між травмою та втомою дуже чіткий. Цей висновок підтверджують дані про рівень травматизму у другій половині. У другому таймі футболісти частіше отримували травми (31,8%) та за останні 15 хвилин (20,0%) ігрового часу - періоду сильної втоми. Мінімальний рівень травматизму становив перші 15 хвилин (2,7%) другого тайму, коли спортсмени відпочивали після першого тайму та готувались до наступного матчу. Серед досліджуваних причин ми виокремимо 7 причин спортивних травм, які найчастіше відмічалися. Серед них: погані умови футбольного поля (86,4%), груба гра, удар супротивника (82,7%), стара травма (64,6%), сильна втома (55,4%). Рідше спортсмени пов'язують травми з неадекватним медичним наглядом (24,5%), недостатньою розминкою (14,5%), неналежним спортивним взуттям та засобами індивідуального захисту (11,8%), що зобразимо на діаграмі 1.

Діаграма 1

Причини спортивних травм футболістів упродовж гри



Джерело: [авторська розробка]

Висновок. Дослідження локалізації травм показують, що близько 80% футбольних травм пов'язані з нижніми кінцівками. Найбільше постраждав колінний суглоб, близько 40%. Знання локалізації травм футболістів дозволяє тренерам приділяти особливу увагу зміцненню "слабких ланок", правильно будуючи тренувальний процес. Виявлені фактори ризику травми допомагають усунути дефекти та зменшити рівень травматизму там, де це можливо.

Література

1. Панчук Т. Особливості запобігання травмуванню міні-футболу // Науковий журнал Національного коледжу освіти М.П. Драгоманова. – Серія 15. Наукова освіта фізичної культури – Вип.: Фізична культура і спорт. – К.: Видавництво НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2011. – С. 551.

2. Пратонов В. Н. Спортивні травми: перспективи проблем та їх рішення // Спортивна медицина. –2006. – N.1. – С.54-77.

3. Пратонов В. Н. Система підготовки спортсменів в олімпійських видах спорту. – К.: Олімпійська література, 2004. – 808 с.

В.О. Жамардій, к. пед. н., доцент
Українська медична стоматологічна академія

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ

Входження України до європейського освітнього простору передбачає реформування системи вищої освіти відповідно до вимог Болонської декларації, що загалом є прогресивним кроком наближення держави до європейської освіти. Саме тому шлях України до економічної, політичної та соціокультурної інтеграції у суспільному просторі Європи значною мірою визначається рівнем розвитку національної системи освіти, що є передумовою інтеграції у світовий освітній простір. Українське суспільство почало усвідомлювати принципово нову роль освіти як одного з найважливіших чинників сучасної геополітики, адже конкурентоспроможність країни значною мірою залежить від досягнень системи освіти й насамперед від якісного рівня функціонування вищої школи.

Пошук нових шляхів формування особистості в системі вищої освіти вимагає врахування всіх сучасних поглядів на систему гуманістичних, культурних, професійних та інших цінностей, які є результатом життєвого досвіду розвитку людства, що передбачає новий тип взаємозв’язку освіти і суспільства в цілому [1, 3]. В основу методологічних принципів емпіричного дослідження методичної системи застосування фітнес-технологій у процесі фізичного виховання студентів ЗВО покладено принципи:

– *системності*, який дає змогу визначити стратегію наукового дослідження методичної системи у єдності з теорією та практикою фізичного виховання;

– *цілісності* дослідження функціонування методичної системи у поєднанні з метою всебічного її розгляду як цілого і як сукупності компонентів (блоків, елементів, підсистем, засобів, форм упровадження, системних відношень);

– *діяльнісного опосередкування,* який передбачає залучення особистості студента до різних видів фізкультурно-оздоровчої діяльності, що вимагає розглядати формування і розвиток особистості, студентського колективу, міжособистісних відносин в аспекті детермінації застосування фітнес-технологій, що здійснюється в навколишньому середовищі;

– *ізоморфізму,* що враховує взаємодію освітнього середовища з особистістю студента як індивіда, його індивідуальністю, обумовлює існування співвідношення між тілесністю і зовнішністю, предметно-практичною і внутрішньою психічною діяльністю, яка дозволяє сприяти входженню студента в процес фізкультурно-оздоровчої діяльності, утворенню власного

світу та цілісного життєвого простору, у якому кожна особистість одержує емоційне задоволення від занять фітнес-технологіями, спілкування, власних і колективних досягнень;

– *інваріативності* результатів експериментальних досліджень, що обумовлює зв'язок оперативного і поточного стану суб'єкта педагогічного впливу (студента), процес управління будується на основі інформації, яка задає принципову відтворюваність результатів дослідження;

– *валідності,* який виявляється в обґрунтованості ступеня співвіднесення експериментальних досліджень як із базовими теоретичними поняттями, предметом дослідження, так із експериментальними даними, отриманими іншими дослідниками, що дає можливість уважати отримані результати і висновки достовірними.

Впроваджуючи методичну систему застосування фітнес-технологій, ми керувалися тим, що її компоненти складаються з критеріїв та показників, які мають бути об'єктивними, надійними і достовірними. Об'єктивність передбачає: 1) характеристику предмета, зміст знання чи спосіб існування (дійсності), що полягає у їх незалежності від людської свідомості (суб'єкта пізнання); 2) здатність розглянути питання, яке є предметом дискусії, відсторонено, незважаючи на особисті вподобання чи вигоду; 3) уявлення й думки, зміст яких відповідає об'єктам, відображуваним свідомістю, адекватний цим об'єктам і тому не залежний від людини. Під надійністю мається на увазі постійність, стабільність конкретної методики, яка відображує точність психологічного вимірювання і стійкість результатів. Валідність означає, що тест чи інша методика вимірює те, для визначення чого цю методику створено [2, с. 238–239]. Критерії визначають зміст і перебіг навчально-виховної та фізкультурно-оздоровчої діяльності студентів та безпосередньо встановлюють результативність застосування фітнес-технологій у процесі фізичного виховання студентів. Вибір критеріїв підпорядкований вимогам, які ставляться як до студента, так і методичної системи: індивідуальність, систематичність, достатня кількість даних про оцінювання, спрямованість фітнес-технологій, об'єктивність, умотивованість оцінок, єдність вимог із боку тих, хто контролює, оптимальність, всебічність, дієвість та гуманність.

Література

1. Грибан Г. П. Фізичне виховання студентів аграрних вищих навчальних закладів : монографія. Житомир, 2012. 514 с.

2. Довгань Н. Ю. Виховання фізичної культури студентів (теоертико-методичний аспект) : монографія. Миколаїв, 2017. 526 с.

3. Кузнєцова О. Т. Оздоровчі технології у фізичному виховані студентів : теорія, методика, практика : монографія. Рівне, 2018. 416 с.

А.В. Заікін, к.пед.н., доцент
Кам'янець-Подільський національний університет
імені Івана Огієнка
О.В. Гордієнко, ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
заст. декана факультету фізичної культури та спорту
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»

ВІКОВІ АСПЕКТИ СПОРТИВНО-ОЗДОРОЧИХ ЗАНЯТЬ

Раціональна організація оздоровчих занять руховою активністю, оздоровче направлення в фізичній культурі, спорті та рекреації в сучасному українському суспільстві набула особливої актуальності внаслідок зростання захворюваності серед населення всіх вікових груп.

Під час планування оздоровчих занять за допомогою фізичних вправ потрібно обов'язково враховувати вік тих хто займається. Треба зазначити, що впродовж життя людини її рухова активність, або моторика значно змінюється. Як достовірно відомо для життєвого циклу характерні два паралельних процеси – фізіологічне становлення моторики і навчання моториці. При цьому становлення моторики обумовлено спадковими змінами будови і біологічних функцій організму, які спостерігаються протягом життя людини. Так як і навчання рухам і пов'язаний з цим розвиток моторики людини, де разом із спадковими, домінуючу роль грають зовнішні чинники, пов'язані з умовами життя, соціальною практикою, розвитком фізичних здібностей та ін. Важливо знати, що ці процеси не ізольовані один від одного; у реальному розвитку моторики людини вони тісно взаємозв'язані і взаємообумовлені [2].

Під час розробки оздоровчих занять фахівець повинен спиратись на результати досліджень провідних науковців, які говорять, що в ранньому дитинстві вправи з рухової активності приводять до оптимального прояву координації. Фізична якість гнучкість досягає своїх максимальних величин в передпубертатному, до початку пубертатного періоду. По В. Хольману, максимальні навантаження, що часто повторюються, на гнучкість небезпечні для здоров'я, тому ранньому віці такі навантаження використовувати недоцільно. Статична сила, а також швидкість досягають своїх максимальних величин до пубертатного періоду. Проте за відсутності патології в цьому випадку немає протипоказань проти тренувальних занять, як оздоровчого так і спортивного направлення. Здібність до проявів витривалості досягає своїх найвищих величин також до настання пубертатного періоду [1]. З лікарської точки зору В. Хольман вказує на небезпеку раннього остеопорозу.

Якщо розглядати підлітковий вік, то його особливості складаються з унікальних процесів сплеску розвитку фізіологічних, фізичних та психологічних якостей. Тому в даних період інтерес до оздоровчої фізичної культури, спорту та рекреації підвищений і має значний вплив на активність людини.

Під час побудови оздоровчих занять різними видами рухової активності та спортом треба брати до уваги той загальновідомий факт, що жінки живуть довше ніж чоловіки і довше зберігають здоров'я. Проте дослідження показують, що жінки втрачають інтерес до спорту і до спортивно-оздоровчих занять раніше, ніж чоловіки [3]. При цьому участь жінок в цих заняттях досягає максимум в 20-35 років, а до 45 років їх активність різко падає, при цьому показники фізичного стану падають, що говорить про початок погіршення здоров'я.

Вікова динаміка показників фізичного розвитку пов'язана як із біологічним, так і хронологічним віком тих хто займається, причому деякі показники в більшій мірі залежать від хронологічного віку, тобто визначаються не генетичними, а фенотипічними факторами [4]. Тому, плануючи оздоровчі занять з фізичного виховання, спорту та рекреації, фахівець повинен враховувати те, що у більшості осіб, спостерігаються досить виражені індивідуальні відмінності між паспортним і біологічним віком.

Література

1. Милякова Е. Психосоциальная адаптация личности девочки-подростка в системе адекватного потребностно-мотивационного содержания физической культуры: дис. … канд. педагогических наук: 13.00.04 / Милякова Елена. – Кишинев, 2007. – 244 с.

2. Митчик О. Рівень інтересу до фізичного виховання та спорту в жінок зрілого віку, які відвідують спортивно-оздоровчі клуби / О. Митчик, Н. Захожа // 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. 79-82.

3. Нагорна А. М. Трудовий потенціал в Україні: медико-соціальні і демографічні характеристики. Журн. НАМН України. 2016. Т. 22, №1. С. 70-78.

4. Чижик В. В. Особенности физического розвития девочек предпубертатного и пубертатного возраста с разным уровнем полового созревания / В. В. Чижик // Теория и методика физической культуры. − 2002. − № 4. − С. 111-116.

О.В. Ківернік, ст. викладач
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича
О.В. Гордієнко, ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
заст. декана факультету фізичної культури та спорту
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»

ГІГІЄНА ТА ХАРЧУВАННЯ СПОРТСМЕНА

Харчування – потужний фактор підвищення працездатності і прискорення відновних процесів після тривалих та інтенсивних фізичних навантажень. Харчування спортсменів має відповідати наступним вимогам:

– харчування повинно бути достатнім за кількістю і високим за якістю. Добовий раціон не повинен бути надто великим, але давати відчуття ситості і складатися з доброякісних продуктів, які легко засвоюються;

– для харчування спортсмена важливо різноманітно поєднувати рослинні та тваринні компоненти їжі;

– харчуватись слід в режимі, що відповідає загальним гігієнічним вимогам і в той же час у режимі пристосованому до умов тренування і змагань. Калорійність їжі регулюється при цьому відповідно до витрат енергії щодо даного навантаження;

– харчування спортсмена повинно задовольняти підвищену потребу у вітамінах і мінеральних речовинах.

З урахуванням специфіки спорту, обсягу та інтенсивності тренувальних і змагальних навантажень харчовий раціон спортсмена повинен складатись на основі чітких науково обґрунтованих рекомендацій.

Фахівці вважають, що близько 15 – 20 % загальної денної калорійності слід отримувати з білків. Природно, що вказане дозування вище дози рекомендованої медиками для нетренованої людини. Отже, щоб підвищити кількість споживаного білка, атлету доводиться знижувати кількість інших компонентів їжі. Як правило, для цього спортсмени знижують процентний вміст жирів в їжі. На них приходиться до 40 % всієї енергетичної цінності вживаних продуктів харчування.

Вважається, що сполучення таких продуктів, як яйця, сир, молоко, м’ясо, риба та курятина здатні цілком задовольнити потреби в білках людей, що займаються фізичними вправами.

Сучасні атлети не задовольняються, як правило, тільки білками, які містяться в продуктах харчування. Для підвищення проценту вжитого білка також використовують різноманітні харчові добавки з чистими протеїнами та набором амінокислот [1,3].

При визначенні харчової цінності окремих продуктів і всього раціону харчування враховують не лише кількість, але й якість білків. З 20 амінокислот, які входять до складу білків, 8 є незамінними, тобто вони не утворюються в

організмі і повинні надходити з їжею. Для повного засвоєння білків вміст в них амінокислот повинен відповідати певному співвідношенню, бути збалансованим. Нестача навіть однієї амінокислоти утруднює використання інших для синтезу власних білків [2].

Крім того, необхідно враховувати вміст вуглеводів в дієті. Забезпечення організму належної кількості вуглеводів при напружених тренуваннях не тільки зберігає запаси глікогену в м'язах та печінці, але й обумовлює захисний ефект по відношенню до білків.

Характеристика особливостей гігієнічних вимог харчового раціону спортсменів при високих фізичних навантаженнях і шляхи його корекції у цих випадках продуктами підвищеної біологічної цінності мають практичне значення для спортсменів та тренерів.

Література

1. Загальна гігієна з основами екології: Підручник / Кондратюк В.А., Сергета В.М., Бойчук Б.Р. та ін. / За ред. В.А. Кондратюка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003

2. Свистун Ю. Д. Гігієна фізичного виховання і спорту: [посіб для вищ. навч. Закл. III – IV рівня акредитації у галузі фіз. виховання і спорту] / Свистун Ю. Д., Гурінович Х. Є. – Львів: НФВ «Українські технології», 2010. – 342 с.

3. Свистун Ю.Д. Гігієна та гігієна спорту: [підручник для вищ. навч. закл.] / Свистун Ю.Д., Лаптєв О.П., Полієвський С.О., Шавель Х.Є. – Львів: НФВ «Українські технології», 2014. – 302 с.

Т.І. Кривошапка
заступник директора з виховної роботи,
вчитель фізичної культури початкових класів
КЗ «Полтавська гімназія «Здоров'я» №14 (Полтава)

ІГРИ В ТЕОРІЇ ФІЗИЧНОЇ ОСВІТИ ШКОЛЯРІВ П.Ф. ЛЕСГАФТА

Іграм П.Ф. Лесгафт надавав великого освітньо-виховного значення, і в його педагогічній системі ігри займають досить помітне місце [1]. Більше половини тексту другої частини «Керівництва» присвячено іграм, та й у першої частини «Керівництва» іграм відведено чимало сторінок.

Гру Лесгафт визначає як «вправу, за допомогою якої дитина готується до життя». За допомогою ігор дитина привчається до таких дій, які стають підставою для набуття нею «визначених навичок, звичок і звичаїв».

У дошкільному віці ігри є імітаційними, тобто наслідувальними: діти повторюють в своїх іграх те, що вдається їм помічати в навколишньому середовищі. У цей період, за Лесгафтом, дуже важливо, щоб гра не нав'язувалась дитині дорослими, щоб оточуючі не закидали її частими

вказівками, не обмежували б своїм втручанням спостереження дитини і не заважали б їй самій «натикатися» на те чи інше явище, яке стимулює її до імітаційної грі. Лесгафт відкидав Фребелевску дріб'язкову регламентацію ігор дошкільнят, що приводить на практиці до шаблону, одноманітності і мертвої нудьгу в заняттях з дошкільнятами.

З переходом в шкільний вік імітаційні ігри поступово і послідовно поступаються місцем іграм, що потребують більшої самостійності, винахідливості, вміння керувати собою, виходячи із загальної мети, що стоїть перед усіма учасниками гри. Рухливі ігри для дітей шкільного віку Лесгафт ділить на прості (одиночні), в яких кожен гравець переслідує свої цілі безвідносно до інших, і на складні («Партіями» або командами), в яких кожен член команди прагне до підтримки інтересів своєї команди в цілому). У кожній грі застосовуються певні правила. Лесгафт вимагав, щоб ігри були доцільні і посильні для дітей; ускладнювалися поступово і послідовно; щоб з усією строгістю і точністю дотримувалися правила гри; щоб до правил ставилися свідомо і відповідально, як до закону, і щоб в іграх дітей здійснювалось самоврядування.

Потребує певного осмислення «Теорії додаткових подразників», за якою Лесгафт вимагав виключення з ігор яких би то не було моментів змагання, заохочення і покарання [2]. Сучасний погляд допускає правильно організовані змагання, у яких розумне використання допустимих заходів покарання і заходів заохочення, дають у процесі виховання позитивні результати. На думку Лесгафта ігри зазвичай супроводжуються піднесеним почуттям задоволення: діти веселі, бадьорі і охоче підкоряються установленим в кожній даній грі правилам. Гра надає позитивний вплив на моральну освіту учасників: суворе і точне дотримання правил гри сприяє дисциплінуванню школярів, привчанню їх до дій на підставі загальних положень, приведення у відповідність своїх дій зі своїми думками, розвитку чесності, правдивості, і стриманості. Гра, по Лесгафту, вельми вигідна форма фізичної роботи, в якій перевірені загальні положення і істини стають підставою самостійно проведених дій. «Ми повинні скористатися іграми, – підкреслював Лесгафт, – щоб навчити їх (дітей шкільного віку) володіти собою ..., навчити їх стримувати свої відчуття, що розгулялися і привчати, таким чином, підпорядковувати свої дії свідомості». Незвично, але Лесгафт засуджував гучні ігри, «що супроводжуються нестерпним криком, сміхом і вереском». Він строго дотримувався правила: «хто шумить – виходь геть з гри і чекай, поки вона не скінчиться». Такі дії на учнів Лесгафт не рахував покаранням. Він вважав, що «... тут немає особистого ставлення, немає ніякого переслідування» [3]. «Вас можуть здивувати такі ігри, в яких бере участь велика кількість дітей і які, тим не менш, йдуть без всякого шуму і сміху. Ви, можливо, зауважите, що це вже не буде мати характеру гри. Але на це заперечення прекрасно відповідають факти шкільного життя: в цьому мовчанні ви можете побачити жваві живі рухи, бачити інтерес дітей, увагу в їх світлих і жвавих обличчях – словом, можете бачити їх справжнє життя».

На відношення Лесгафта до гучних ігор варто було б звернути увагу деяким шкільним вчителям фізичної культури. Там, де не вживається жодних заходів

для наведення порядку на уроці, дисципліна відсутня, правила ігор не дотримуються, педагогічний ефект занять низький, а іноді зовсім відсутній. З іншого боку, безсумнівно, що в ряді випадків завдання уроку вимагає певного відпочинку, відбувається організоване вчителем дозоване розгальмування і тут свобода виявлення своїх почуттів, вміло регульована педагогом, буде цілком доречна.

Автори повного шеститомного видання праць П.Ф.Лесгафта (1951 – 1956 р.р.) порівнюючи численні збірники ігор, виданих його сучасниками з зібранням та аналізом дитячих рухливих ігор у другій частині «Керівництва», зазначили, що праця Лесгафта «є фундаментальною, оригінальною як в теоретичній, так і в практичній своїй частині і не має собі подібних».

Література

1. Руководство по физическому образованию детей школьного возраста, ч. I, М.: ФиС, 1950, С. 312-313; ч. II, С. 375-404.

2. Наставление для воспитанников военных гимназий; инструкция для преподавателей гімнастики: программа для измерения измерения воспитанников, опубл. в IV выпуске Очерков по истории физической культуры /под ред. Н. И. Торопова, ФиС, 1949. С. 87-89.

3. Руководство по физическому образованию детей школьного возраста, ч. I, ФиС, М., 1950, С. 245-252, 309-311; Ч. II, 1909, С. 132-134, 384.

С.В. Лукова
аспірантка кафедри психології
Харківський національний
педагогічний університет імені Г.С. Сковороди

ГУБРИСТИЧНА МОТИВАЦІЯ ЯК ПРАГНЕННЯ ДО САМОСТВЕРДЖЕННЯ ПІДЛІТКІВ-СПОРТСМЕНІВ

Губристична мотивація посідає одну з головних ролей у регуляції провідної діяльності та пов’язана з мотивами. На думку К. Фоменко, вона реалізується двома шляхами як прагнення до досконалості та як прагнення до переваги. Підтвердження значущості власного Я є одним із виявів губристичної мотивації. Це особистісне явище набуває особливого значення у підлітковому віці, для якого є характерними зміни у структурі Я-концепції, перебудова ціннісної сфери, розвиток рефлексивності. Для підліткового віку є притаманним критичне ставлення до себе самого, а звідси й виникає прагнення у підтримці власної самооцінки та самозначущості.

Психологічні особливості феномену самоствердження у підлітковому періоді представлені у роботах українських науковців І. Беха, І. Булах, Л. Осьмак. Згідно поглядів І. Беха особистість сучасного підлітка утверджує себе в соціальному просторі як самоцінність. Реалізація останньої може відбуватися у діапазоні полярностей: емпатія – псевдоемпатія, відповідальність

– безвідповідальність, тенденція до агресія – співпраця, домінування – діалог у взаєминах, егоїстичні чи альтернативні спонукання тощо. І. Булах зазначає, що самоствердження особистості у підлітковому віці пов'язане із особистісним зростанням. У процесі самоусвідомлення підліток здійснює нові відкриття стосовно свого внутрішнього світу, його особистість зростає до більш осмислених переживань власних вчинків. Л. Осьмак розуміє самоствердження як атрибут соціалізації підлітка. Завдячуючи останньому відбувається визначення своєї самості у контексті соціальних зв'язків.

Губристична мотивація, виступаючи як прагнення особистості до підтримки власної самооцінки та самозначущості, проявляється у процесі самоствердження суб'єкта діяльності. Для підлітків-спортсменів найбільшою платформою для самоствердження є їхня спортивна діяльність. Досягти омріяного результату, отримати визнання у середовищі собі подібних, схвалення тренера та спортивну нагороду – ці положення, як і багато інших, можуть виступати мотивами діяльності і, водночас, індикаторами успішності. Спортивне середовище для підлітків може стати певним простором для ствердження власної значущості.

Вивчення способів самоствердження, згідно досліджень К .Левіна, дозволило виділити кілька різновидів за тактикою. До першого типу відносять таку особистість, яка при досягненні певної мети, ставить наступну, що, зазвичай, є складнішою за попередню. Вибір наступної мети зумовлений довгостроковою ціллю, яка є цілком реалістичною. Другий тип можна визначити за такими ознаками. При поразці особистість ставить собі мету, значно нижчу за недосягнуту та за минулі результати, або, навпаки, таку, що у рази перевищує її можливості. Амбітність високої цілі, що не підкріплена попередніми результатами, приречена на поразку. Для підлітків, які ставлять мету, що перевищує їхні спортивні можливості, існує небезпека розчарування і в собі, як в особистості, і в майбутній спортивній кар'єрі. Вибір примітивних завдань створює ризик для юного спортсмена в плані появи відчуття всемогутності. Змагання зі значно слабшими супротивниками або молодшими за віком заздалегідь створюють нерівні умови, де перемога не принесе бажаного відчуття піднесення. У разі ж переживання ейфорійних почуттів за умов «легкого виграшу», юний спортсмен наражає себе на ризик значного розчарування у майбутньому. Зустріч з адекватним за силами супротивником може призвести до гіркої поразки, тоді набута раніше повага до себе буде піддана значній внутрішній критиці. Подібна ситуація може виступити особистісним крахом та демотиватором спортивної діяльності. Самоствердження, що забезпечує успіх діяльності, відбувається завдяки поступовому та помірному зростанню рівня поставлених завдань та ґрунтується на реальних досягнення особистості. Для підлітків, які прагнуть мати все й одразу, такий шлях у спортивній кар'єрі може видаватися досить нудним. Проте у підлітковому віці мотивація заснована на поступовому зростанні рівня реалізованих завдань дозволяє не лише переживати спектр позитивних емоцій щодо власного Я, а будувати успішну спортивну кар'єру. Отже, прагнення

підлітків до самоствердження, що реалізується у спортивній діяльності, може мати конструктивну та деструктивну реалізацію.

Два аспекти самоствердження визначає І. Євченко. Позитивне спрямування самоствердження зумовлене потребою у самоцінності. Воно реалізується шляхом самовизначення та подолання зовнішніх труднощів, вирішення реальних соціально-значущих завдань, що співвідноситься з вдосконаленням та самовдосконаленням. Слабка здатність до адаптації, наявність протиріч між уявленнями про себе та соціальним досвідом, прагнення до переваги за рахунок інших – все це зумовлює негативне спрямування самоствердження.

Таким чином, прагнення до вдосконалення, як один зі шляхів реалізації губристичної мотивації, у підлітковому віці є конструктивним шляхом самоствердження. Прагнення до переваги може виступати як деструктивна тенденція та негативно позначитися на розвитку спортивної кар'єри підлітків.

Ю.С. Неверовская, магистрант
О.В. Тозик, к. пед. н., доцент
Гомельский государственный университет
имени Франциска Скорины

БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ БОДИБИЛДИНГОМ

Здоровье нации во многом определяется здоровьем женщины, сохранение и поддержание которого составляет задачу общегосударственной важности. Женщины зрелого возраста составляют основной контингент населения страны, занятого в производственной сфере. Именно на женщин 21-32 лет возложена социальная функция материнства. Кроме того, именно этот возраст признан периодом двигательного дефицита в отличие от юношеского, который признан периодом биологического оптимума.

Следует добавить, что женщина в период зрелого возраста находится в состоянии активной социальной и профессиональной деятельности. Актуальным в этот период для неё является улучшение качества жизни, что выражается в укреплении здоровья, поддержании физической и умственной работоспособности на высоком уровне. Данный возраст характеризуется тем, что в организме женщины происходят процессы замедления метаболизма. В этой связи приобщение их к различным формам двигательной активности, регулярным занятиям физической культурой является необходимым условием для их нормальной жизнедеятельности.

Однако стоит отметить, что только новое вызывает интерес занимающихся. В последние годы у женщин большей популярностью пользуются занятия бодибилдингом, позволяющие уменьшать жировую массу и увеличивать гипертрофию мышц.

«Бодибилдинг» – направление в физическом совершенствовании, преследующее цель достижения высокого уровня силового развития и высоких

результатов в силовых упражнениях «спортивного типа». Он удовлетворяет стремление людей иметь сильные и красивые мышцы, рельефную (а не просто огромную) мускулатуру. Кроме того, расширяет двигательный опыт, воспитывает привычку к систематическим занятиям физическими упражнениями, служит средством активного отдыха, эффективно стимулирует стремление к самовыражению через красоту тела.

Как показывают наблюдения, люди сильные, с хорошо развитой мускулатурой, более уравновешены, спокойные, для них характерно состояние душевного комфорта, повышенного самообладания, они менее подвержены стрессам. Специалисты отмечают, что эти люди в пять раз меньше страдают психоэмоциональными расстройствами, чем люди физически слабые, астеничные.

Не менее актуальную значимость имеет изучение состава тела в силовых видах спорта. Состав тела коррелирует с показателями физической работоспособности человека и его адаптации к среде обитания. Особенно выражена эта взаимосвязь в условиях экстремальной профессиональной и спортивной деятельности. Современные подходы дают возможность изучения не только состава тела на всех уровнях биологической системы, но и определения влияния занятий бодибилдингом на компонентный состав тела спортсменов. Однако физкультурно-оздоровительные занятия с отягощениями требуют обязательного учета физиологических закономерностей в развитии силовых возможностей организма, что позволяет объективно планировать физические нагрузки при занятиях [1].

Изучение компонентного состава тела – относительно новая область физиологии и медицины, которая была выделена в отдельное, самостоятельное направление исследований во второй половине XX в. Под компонентным составом тела принято понимать разделение массы тела на несколько (два или более) взаимодополняющих компонента. К примеру, в диагностике избыточной массы тела и степени ожирения, а также при оценке риска сопутствующих заболеваний используется представление массы тела в виде суммы жировой и безжировой масс.

За последние четверть столетия эволюция средств и методов исследования компонентного состава тела человека прошла значительный путь развития: от применения классических методов антропометрии и гидростатического взвешивания до разработки и широкого внедрения в практику исследований методик, основанных на измерении биоэлектрического сопротивления тканей организма [2].

Наиболее доступным и удобным методом, позволяющим проводить исследования в данной области, является метод биоимпедансного анализа, который позволяет контролировать состояние липидного, белкового и водного обмена организма. Этот метод является достоверным и доступным инструментом, используемым для оценки эффективности коррекции компонентного состава тела, как в спортивной тренировке, так и в физкультурно-оздоровительной практике. При помощи данного метода можно провести оценку изменения параметров состава тела во время занятий,

контролировать изменения, происходящие как непосредственно под влиянием единовременной нагрузки, так и на протяжении периода тренировок. Планирование занятий с использованием вариативности объема и интенсивности тренировочных нагрузок, а также с соблюдением основных принципов оздоровительной тренировки позволяет достичь необходимого уровня наиболее оптимальных показателей состава тела занимающихся.

Поэтому, как свидетельствует анализ научно-методической литературы и наш практический опыт, наиболее перспективным методом изучения компонентного состава тела спортсменов, специализирующихся в бодибилдинге является, является метод биоимпедансометрии. Определение компонентного состава тела с помощью биоимпедансного анализа у занимающихся бодибилдингом является весьма продуктивным способом уточнения показателей физического состояния и коррекции массы тела, что позволяет индивидуализировать построение тренировочного процесса с оздоровительной направленностью.

Литература

1. Дворкина, Н.И. Теоретические основы физкультурно-оздоровительной деятельности: Учебное пособие / Н.И. Дворкина, Е.И. Ончукова. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Краснодар: КГУФКСТ, 2018. – 174 с.

2. Мартиросов, Э.Г. Технологии и методы определения состава тела человека / Э.Г. Мартиросов, Д.В. Николаев, С.Г. Руднев. – М.: Наука, – 2006. – 248 с.

Л.М. Оніщук, к.пед.н., доцент кафедри
фізичної культури та спорту
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ

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.

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.

Н.А. Пабат, тренер-преподаватель по фристайлу
ГУ «СДЮШОР-7 г. Гомеля»
О.В. Тозик, к.пед.н., доцент
Гомельский государственный университет
имени Франциска Скорины

СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФРИСТАЙЛОМ

Нынешнее поколение развивается в эпоху искусственного интеллекта. Внимание современных детей притягивают смартфоны, планшеты, ноутбуки. Вследствие этого, большая часть свободного времени, которое могло бы быть уделено прогулкам на воздухе, занятиям физической культурой и спортом, просиживается детьми в помещениях. Все это препятствует нормальному физическому развитию и вредит здоровью – формируя неправильную осанку. Следует добавить, что в жизни ребенка должно быть место играм, спорту, обучению и компьютерам.

Необходимо сказать, что в младшем школьном возрасте (7-8 лет) дети приобщаются к регулярным учебно-тренировочным занятиям в различных видах спорта, в том числе и во фристайле. От состояния развития морфофункциональных возможностей стопы и опорно-двигательного аппарата зависит сила и мощность отталкивания в беге, ходьбе и прыжках, что немало важно для будущего спортсмена. Поэтому имеющиеся отклонения могут серьезно отразиться на работе опорно-двигательного аппарата и всего

организма в целом, способствовать травматизму мышечно-связочного аппарата, а также снижению эффективности учебно-тренировочного процесса.

Влияние средств физического воспитания, направленных на решение проблемы предупреждения патологических изменений опорно-двигательного аппарата является актуальным и требует своевременного решения.

Фристайл – это лыжный вид спорта, в котором скоростной спуск на горных лыжах комбинируется с акробатическими элементами. На занятия по фристайлу принимаются мальчики и девочки с 7-летнего возраста. Программа подготовки по фристайлу включает гимнастику, хореографию, акробатические элементы, прыжки на батуте и силовые упражнения.

Цель данного исследования заключалась в обосновании применения комплексов специальных упражнений в профилактике нарушений осанки у детей групп начальной подготовки, занимающихся фристайлом.

Исследования проводились на базе ГУ «СДЮШОР-7 г. Гомеля», с сентября 2019 года по май 2020 года. В нем принимали участие 12 детей (8 девочек и 4 мальчика).

Особенность проведения занятий экспериментальной группы заключалась в том, что в структуру учебно-тренировочных занятий 3 раза в неделю включались разработанные нами комплексы специальных (корригирующих) упражнений, различные по направленности, интенсивности и объему нагрузки.

На начальном этапе комплексы проводились в подготовительной части тренировочного занятия. В течение 2 – 3 недель, хорошо освоенные детьми упражнения заменялись новыми, что повышало интерес юных фристайлистов. Каждый квартал начинался с проведения нового комплекса.

Тренировочные занятие с применением специальных корригирующих упражнений включало подготовительную, основную и заключительную части.

Подготовительная часть (30 – 35 мин) – предназначена для подготовки организма к занятию при помощи простых упражнений для отдельных групп мышц (ходьба, бег и их разновидности, обще-развивающие упражнения, гибкость, а так же комплекс специальных упражнений направленных на формирование навыков правильной осанки, укрепления мышечного корсета спины и нижних конечностей, в частности мышц стопы и голени).

Основная часть (45 – 50 мин) – направлена на развитие физических качеств занимающихся, повышение функциональных возможностей организма, развитию координации, ловкости, выносливости, силы. Применялись специальные упражнения различной интенсивности, выполнения акробатических элементов, прыжки на батуте разной сложности, хореографии и силовые упражнения. Оставшееся время занятия отводилось на формирование двигательных умений и навыков, характерных данному возрастному периоду занимающихся.

Заключительная часть (5 – 7 мин) – направлена на постепенное снижение нагрузки, приведение организма в относительно спокойное состояние, формирование навыка правильной осанки. Использовались медленная ходьба, дыхательные упражнения, упражнения на расслабление и упражнения на укрепление мышечного корсета.

По окончании педагогического эксперимента оценка эффективности коррекционных мероприятий основывалась на результатах диагностики состояния осанки и позвоночника, полученных с помощью методов соматоскопии и тестирования.

Важным критерием эффективности проводимых мероприятий являлась положительная динамика функциональных показателей, а также уровень физической работоспособности, а именно, умение сохранять правильную осанку в течение длительного времени. Стабилизация процесса, т.е. прекращение дальнейшего прогрессирования отклонений, говорит о положительном влиянии предложенных комплексов.

Сравнивая показатели опорно-двигательного аппарата у детей до и после педагогического эксперимента можно говорить об эффективности применяемой коррекционной работы, что отразилось в положительной динамике исследуемых параметров. Так, положение плечевого пояса и головы у большинства детей после педагогического эксперимента соответствует норме – расположены на одной вертикали с туловищем. Положение (прилегание) лопаток, треугольники талии, по сравнению с данными до педагогического эксперимента, имеют также положительную динамику: треугольники стали симметричными у 4 детей из 6 выявленных; небольшое выступание лопаток наблюдалось у 5 детей, что в принципе можно считать нормой для этого возраста. Необходимо отметить, что у детей ассиметричное положение лопаток, треугольников талии стали менее выражены по сравнению с начальными показателями, что также говорит о положительном влиянии применяемых комплексов корригирующих упражнений в структуре учебно-тренировочных занятий юных фристайлистов.

Д.Г. Сердюк, к. фіз. вих., доцент
Запорізький національний університет
О.В. Гордієнко, ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
заст. декана факультету фізичної культури та спорту
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ В СПОРТІ

В даний час однією з найважливіших проблем у тренувальній практиці є проблема відновлення працездатності спортсменів. Ускладнює дану проблему те, що фахівцям треба враховувати як спортивні кваліфікації, вік та статеві відмінності спортсменів.

Недостатня увага до організації відновного періоду призводить до: зниження фізичної працездатності спортсменів під час підготовчого та змагального етапів тренування; збільшення ризику виникнення травм;

синдрому м'язової та психічної втоми та іншими негативними наслідками. Тоді як саме здатність переборювати втому, що виникає в процесі змагальної діяльності, значною мірою зумовлює досягнення високих спортивних результатів.

Всі засоби відновлення, що використовуються у процесі підготовки спортсменів, умовно можна поєднати в три основні групи: медико-біологічні; психологічні; педагогічні. Треба зазначити, що найбільш ефективним є їх сукупне використання у формі певних комплексів, що складаються з урахуванням специфічних особливостей перебігу відновних процесів спортсменів в залежності від етапу тренування та індивідуальних відмінностей.

Медико-біологічний аспект проблеми відновлення спортивної працездатності потрібно розглядати в двох напрямках. Перший – це використання відновлювальних засобів у період змагальної діяльності для спрямованого впливу на процеси відновлення, не тільки після виступу спортсмена, але й перед початком змагань і в процесі їхнього проведення. Друге поняття включає використання засобів відновлення у повсякденному навчально-тренувальному процесі з метою ефективного розвитку рухових якостей і підвищення рівня функціонального стану організму спортсмена.

До складу медико-біологічних засобів відновлення входять засоби, що активно впливають на різні ланки підтримання або відновлення сталості внутрішнього середовища організму, а саме: раціональне харчування, посилення білкового синтезу й оптимальне насичення організму вітамінами, застосування біологічно активних речовин, використання фізіотерапевтичних засобів, вдихання газових сумішей збагачених киснем.

Треба зазначити, що останнім часом фахівці різних країн почали приділяти підвищену увагу сну, як потужному процесу відновлення організму після фізичних і психічних навантажень сучасного спорту. На відновлення позитивно впливає не тільки повноцінний нічний сон але і короткий (не більше 1,5 години) сну протягом дня [1].

Також широко використовують фізичні засоби відновлення, це зумовлено відносною простотою і доступністю застосування і достатньою вивченістю. У системі фізичних чинників для спортсменів важливе місце посідають: масаж, магнітотерапія, ультразвук, сухоповітряна і парна лазня, гіпероксія, гідропроцедури, електропроцедури, світлове опромінення, кінезіологічне тренування. Фізіотерапевтичні фактори являють собою найбільш значну групу відбудовних засобів в спорті.

Достатнє споживання вуглеводів, білків і жирів є ще одним важливим компонентом процесу відновлення. При навантаженнях низької і середньої інтенсивності перевагу варто віддавати звичної збалансованої дієти. При інтенсивних фізичних навантаженнях як правило потрібен додатковий прийом поживних речовин в формі тих чи інших продуктів або готових поживних сумішей [2].

Як відомо, фармакологічні засоби включають в себе речовини, що сприяють відновленню запасів енергії і підвищують стійкість організму до умов стресу.

При цьому у процесі підготовки спортсменів високої кваліфікації застосовуються лише дозволені фармакологічні групи препаратів [3].

Вище зазначена проблема є досить актуальною. Щорічно з'являється велика кількість нових досліджень, які відкривають доступ до науково обґрунтованих підходів побудови тренувальних та навчальних програм з відновлення після фізичних навантажень. Цей процес повинен бути комплексним. Чим більше компонентів буде включено в програму відновлення, тим кращих ефектів ми можемо очікувати.

Література

1. Ячнюк І.О. Відновлювальні засоби працездатності у фізичній культурі і спорті: підручник / Ш.О. Ячнюк, О.О. Воробйов, Л.В. Романів, І.В. Марценяк, Р.Р. Білик. – Чернівці: Книги – XXI, 2009. – 432 с.

2. Платонов В.Н. Теория и методика спортивнрой тренировки / В.Н. Платонов. – К.: Здоров'я, 1986. – 220 с.

3. Ячнюк Ю.Б., Мосейчук Ю.Ю., Ячнюк І.О., Воробйов О.О., Романів Л. В., Марценяк І. В. Відновлювальні засоби у фізичній культурі і спорті: Навч.пос. для студ. ВНЗ освіти України III-IV рівнів акредитації. – Чернівці: ЧНУ, 2011. – 387 с.

Т.О. Синиця, к. фіз. вих.
завідувач кафедри фізичного виховання
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ПРОГРАМИ ЗАНЯТЬ З ОЗДОРОВЧОЇ АЕРОБІКИ

На сьогоднішній день в Україні спостерігається погіршення рівня здоров'я, що є наслідком технічного прогресу, Ця проблема стосується людей різного віку і статі, від школярів і студентів до жінок 30-50 років і старше, у яких здебільшого сидяча робота і малорухомий спосіб життя [1]. Це призводить не лише до зниження здоров'я і працездатності, але і до збільшення маси тіла, що тягне за собою низку захворювань, таких як цукровий діабет, атеросклероз, гіпертонічна та ішемічна хвороби серця.

Протидіяти гіподинамії можна за рахунок компенсації малорухомого способу життя інтенсивними заняттями (фізичними вправами), які спрямовані на запобігання передчасному старінню та сприяють збереженню високої працездатності протягом життя [2]. Великою популярністю серед жінок користуються сучасні види оздоровчої фізичної культури, зокрема різноманітні види оздоровчої аеробіки: степ-аеробіка, фітбол-аеробіка, танцювальні види аеробіки (латина, стріп-денс, хіп-хоп, афро-джаз тощо), шейпінг, каллонетик та пілатес. Саме ці види рухової активності обирає більшість жінок, для компенсації необхідних рухових затрат.

Аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати, що науковці виокремлюють два напрями в галузі сучасного оздоровчого фітнесу: європейський та східний, що мають відмінності в ментальності, філософії, а також національні особливості, які проявилися і в галузі фізичних вправ. Утім, останнім часом спостерігаємо взаємопроникнення цих двох систем, що виявилося у виникненні інноваційного напряму оздоровчої аеробіки – ментального фітнесу, який базується на нерозривному зв'язку тіла і свідомості людини. Як зазначає В. Г. Саєнко, специфічною рисою цього напряму є наявність власної філософії, що полягає у напрацюванні відчуття «власного тіла», поєднання дихання, вправ та образів, що формуються в уяві [3]. Саме таку назву мають сучасні оздоровчі програми «Розумне Тіло» (Mind & Body).

Зважаючи на окреслені тенденції, вважаємо, що в сучасних умовах розробка комбінованої програми тренування, яка поєднує в собі засоби класичної аеробіки та ментального фітнесу може бути альтернативою існуючим методикам оздоровлення жінок першого зрілого віку.

Відомо, що аеробіка – це тривалі вправи середньої інтенсивності, при яких організм достатньою мірою споживає кисень. Багато рухів запозичені з народних танців (самба, мамба, меренга тощо), відтак заняття аеробікою містять у собі елементи різних танцювальних культур: балету, танго, джазу, стріта, репа, хіп-хопу. Заняття як правило, складається з розминки, основної й заключної частини. Звуковий ритм впливає на психічну сферу людини своєю музичністю. Єднання ритму рухів та ритму музики має велике емоційне та м'язове задоволення. Саме у таких рухах зливаються тіло і дух. Задоволення від ритмічних рухів та вправ супроводжується значними фізіологічними змінами в організмі, поліпшенням дихання, кровообігу серцево-судинної системи.

Отже, заняття аеробікою забезпечують, у першу чергу, швидкий темп рухів, зумовлений музичним ритмом; по-друге, підвищення амплітуди рухів рук, ніг та тулуба із включенням у роботу багатьох м'язових груп.

У свою чергу, ментальний фітнес належать до так званого «м'якого» фітнесу, оскільки його основними засобами є прийоми релаксації та медитації, вправи на концентрацію уваги, дихальні вправи тощо).

Своєю чергою, вітчизняні науковці С.В. Синиця та Л.Є. Шестерова ментальний фітнес розглядають як специфічний напрям оздоровчої аеробіки з психічно-регулюючою спрямованістю і відносять до цього виду такі програми, як: стрейтчинг, йога, пілатес, тай-чі. На думку науковців, ментальний фітнес призначений для розвитку окремих функцій організму й концентрації уваги, розвитку гнучкості рухомості суглобів, координації рухів [4].

Зокрема, аналіз наукової літератури показав, що заняття йогою (фітнес-йога, йога-аеробіка) допомагають досягти емоційного балансу, гарного настрою та самопочуття, адже основна увага приділяється активному включенню діяльності психіки, концентрації уваги до роботи м'язів і діяльності внутрішніх органів. Останнім часом стала популярна «активна йога», в якій асани об'єднані у своєрідні блоки, що виконуються без пауз відпочинку під спокійну музику. Вправи за системою йоги під час рекреаційно-оздоровчих занять впливають на кожну частину тіла, адже розтягуючи й тонізуючи м'язи та суглоби, хребет і

всю кісткову систему, вони здійснюють вплив не лише на зовнішні частини тіла, але й на внутрішні органи, залози та нервові закінчення, що є досить важливим фактором для покращення стану здоров'я.

Таким чином, поєднання занять різного спрямування в цілому сприяє нормалізації рівня рухової активності, зміцненню здоров'я, та підтримують зацікавленість до занять.

Література

1. Глоба Г. В. Інноваційна система фізичного виховання школярів з використанням аеробних технологій : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Г. В. Глоба. – Х., 2007. – 20 с.

2. Лядська О. Ю. Організаційно-методичні основи оздоровчого тренування з фітболом жінок першого зрілого віку : автореф. дис. … канд. наук з фіз. вих. і спорту: спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / О. Ю. Лядська. – Днепропетровск, 2011. – 20 с.

3. Саенко В.Г. Позитивное влияние занятий восточными единоборствами на физическую подготовленность студентов / В. Г. Саенко // Материалы XXIV Междунар. науч.-практ. конф. по проблемам физ. воспитания учащихся. Человек, здоровье, физическая культура и спорт в изменяющемся мире. Коломна: МГОСГИ. – 2014, С. 274 – 278.

4. Синиця С. В. Оздоровча аеробіка. Спортивно-педагогічне вдосконалення: навч. посіб. / С.В. Синиця, Л.Є. Шестерова, Т.О. Синиця. – Львів, 2018. – 236 с.

РОЗДІЛ 4
СУЧАСНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Daiva Alifanovienė, Dr. (Soc. scienc.), Assoc. prof.
Odeta Šapelytė, Mast. (Soc. scienc.), Lecturer
Institue of Educacion Šiauliai University (Lietuva)

АНАЛИЗ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА, ПЕРЕЖИВАЕМОГО СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ: РЕКОНСТРУКЦИЯ КОНТЕКСТА ЛИТВЫ

Введение. В нынешних политических, экономических, демографических и социальных условиях развития европейских стран, в том числе Литвы, избежать стрессовых ситуаций практически невозможно. Сильный или продолжительный стресс вреден из-за истощения организма, с другой стороны, стрессовые ситуации мобилизуют внутренние ресурсы организма и являются условием выживания личности. Профессиональная деятельность специалистов социальной защиты (социальных работников, их помощников, специалистов по поддержке образования) в последнее время претерпела значительные изменения: новые информационные технологии, высокие темпы и масштабы профессиональной деятельности, постоянные правовые, методико-методологические преобразования и реформы в социальной сфере, колебания объемов деятельности, нестабильность вознаграждения.

Реформирование эмоционально чувствительной, персонализированной социальной сферы вряд ли пройдет гладко и без личного и профессионального контакта с профессионалами, работающими в этой сфере. Исследования показывают, что профессионалы испытывают относительно высокий уровень стресса, что социальная среда трансформируется из среды с низким уровнем стресса в среду со средним или даже высоким уровнем стресса и что относительный баланс между личностью и значимостью окружающей среды все больше и больше нарушается. Студенты и специалисты в этой области не обучены распознавать, оценивать, управлять и справляться со стрессом и учатся этому самостоятельно на собственном опыте (Kriener, Schwertfeger, Deimel, Köhler, 2018, MacGeorge, Samter, Gillihan, 2005; Weiss, Molitor, 2012).

Анализ причин, выражения и контекста стратегий преодоления стресса в научных трудах нашей страны не является новым теоретико-эмпирическим феноменом (Kepalaitė, 2013, Pikūnas, Palujanskienė, 2005, Valickas, Grakauskas, Želvienė, 2010). Исследователи показывают, что ожидания и требования личностных качеств и социального контекста, их несоответствие, их субъективная оценка часто становятся полями напряжения, причиной стресса. Стресс и управление им – это развивающийся, динамичный, постоянно меняющийся процесс, который происходит из-за постоянного взаимодействия человека и социальной среды, который стоит анализировать в контексте

внутренних и внешних переменных личности. (Folkman, Moskowitz, 2004, Frydenberg, Lewis, 1993, Kriukova, 2010, Lazarus, Folkman, 1984).

Проблема данного исследования предполагает проблемные вопросы, которые открывают пространство для исследований по преодолению стресса: каковы контексты возможностей преодоления профессионального стресса, с которым сталкиваются специалисты Литвы в области социального обеспечения? Какие методы используют профессионалы для преодоления стрессовых ситуаций, с которыми они сталкиваются в своей профессиональной карьере? Какие социальные смыслы конструируются позицией этих специалистов, согласно которой, возможно, строится социальная реальность?

Цель исследования – выявить контексты преодоления стресса, который испытывают специалисты Литвы в области социального обеспечения.

Объектом исследования являются контексты возможностей преодоления стресса, который испытывают специалисты Литвы профессий социального обеспечения в аспекте субъективных переживаний.

Выборка и методология исследования. Респонденты (N=10) были отобраны с помощью целевой удобной маловероятной выборки, работающих в учреждениях социальной защиты Литвы, с высшим университетским образованием и опытом работы не менее 2 лет. Весь набор участников исследования однороден, т.е. в исследовании участвовали только женщины.

Для анализа опыта специалистов был выбран метод сбора качественных данных (полуструктурированное интервью), в котором использовались открытые вопросы, основанные на областях оценки исследователей, которые были сформулированы после анализа научной литературы и исследований авторов, раскрывающих характеристики стресса и совладания (Corbin, Strauss , 2015, Kvale, Brinkmann, 2003).

Содержание ответов, которые легли в основу исследования, было разделено по соответствующим диагностическим областям, разделено на категории (диагностические индикаторы) и выбраны смысловые утверждения. Рейтинг каждой категории определялся путем расчета частоты семантических высказываний в категории. В ходе исследования были выявлены контексты преодоления стресса, переживаемого профессионалами социальной защиты, их опыт, подход к стрессу, переживаемому в профессиональной деятельности, возможности и способы его преодоления. Данные исследования были обобщены с использованием метода контент-анализа с использованием процедуры открытого кодирования. Для валидации качественных данных исследования использовался экспертный метод.

Анализ результатов исследования. Мы проанализировали социальные смыслы, сконструированные с профессиональной точки зрения, и социальную реальность, которая могла быть построена на их основе. В первой таблице представлено мнение профессионалов о возможностях преодоления стресса в профессиональной деятельности: как они ведут себя в стрессовых ситуациях и какие стратегии и методы борьбы со стрессом используют.

Таблица 1. Стратегии преодоления профессионального стресса литовских специалистов социальной защиты (N = 10)

Категория	Подкатегория	Примеры утверждений	Количество утверждений
Внутриличностное (интраперсональное) преодоление стресса	Физическое преодоление стресса	«... Я занимаюсь спортом ...», «... Спорт. Помогает ...», «... Просто сплю ...»	11
	Смена обстановки	"... Я куда-то иду ..." «... гуляю на свежем воздухе ...»	8
	Самоубеждение	«... я убедил себя, что это просто рабочие проблемы ...», «... все пройдет ...»,	7
	Самоконтроль	«... успокаиваюсь ...», «... регулирую свои эмоции ...»	6
	Индивидуальное решение проблемы	«... Я ищу решение проблемы ...», «... Я решаю проблему ...»	6
	Духовные медитации	"... молитва ...", "... духовное расслабление ..."	5
Межличностное (интерперсональное) и социальное преодоление стресса	Поддержка коллег	«... Мне помогают коллеги, которые поддерживают ...», «... Я разговариваю, мы обсуждаем то, что произошло ...», «... Я получаю совет, заверение ...», «... понимание менеджера ...»	10
	Консультации специалистов	«... консультации психологов ...», «... консультируюсь с другими специалистами ...»	8
	Супервизия	«...супервизия... «, «...супервизииполезны .... «	5
	Поддержка родственников	«...поддержка родственников "... близких,... Успокаивает ...", "... я могу им сказать ..."	5
Итого			71

Анализ субъективного опыта (N=71) специалистов Литвы выделяет внутриличностные (N=43) и межличностные (N=28) категории стратегий преодоления стресса, которые имеют в своем содержании несколько подкатегорий. Смыслы, созданные информантами, раскрывают целостные внутренние и внешние контексты, которые имеют большое значение и содержат арсенал способов справиться со стрессом, который помогает профессионалам справиться с ним.

Реконструируя контекста совладания со стрессовыми ситуациями специалистов по социальному обеспечению, возникли обобщенные семантические единицы, раскрывающие важность ресурсов для внутриличностного и межличностного уровней преодоления стресса для успешного профессионального развития. Нарушение или недостаточное использование доступных ресурсов на этих уровнях может повысить

уязвимость профессионала. Сами стрессовые события редко становятся причиной плохого социального психологического функционирования, только неправильное взаимодействие между внутренними и внешними переменными в попытке преодолеть стресс может привести к неудачной профессиональной интеграции. Преодоление стресса зависит как от внутриличностных, так и межличностных факторов, которые могут как уменьшить, так и усилить стресс. Межличностные факторы зависят от предрасположенности личности специалиста: поиск преодоления («я решаю проблемы», «ищу решение проблемы») или избегание, отвлечение («я куда-то иду»). Межличностные факторы определяют поиск взаимодействия со специалистами и непрофессионалами. Информанты отмечают важность консультаций, анализа событий, рефлексии («консультации с психологами, другими специалистами», «рефлексия деятельности, супервизия»), а также важность социальной поддержки и помощи родственников и неспециалистов («..поддержка родственников и близких...», «. .. Я могу им сказать .... »).

Анализ данных о социальных работниках подчеркивает усилия по управлению стрессом на внутриличностном и межличностном уровнях, сочетая личные усилия и положительные возможности в социальной среде. Таким образом, становятся очевидными усилия участников исследования по анализу этого явления в контексте взаимодействия личности и социальной среды, которое состоит из множества переменных и которое не может быть объяснено только с точки зрения стимула-реакции.

Выводы. Продолжающиеся политические, экономические, социальные изменения в нашей стране, непрерывные правовые, методологические и методические преобразования системы социальной защиты неизбежно создают поле напряжения и стресса в эмоционально чувствительном, персонализированном сообществе профессионалов социальной сферы. Не всегда удается эффективно снизить социальную напряженность и конструктивно справиться со стрессом, который испытывают специалисты в своей профессиональной деятельности в Литве. Контекст профессионального стресса, испытываемого специалистами в области социального обеспечения, его последствия и возможности преодоления, анализ его проявления следует изучить более подробно.

Реконструируя многофакторного контекста социальной среды специалистов по социальному обеспечению, стала очевидной неоднозначная семантика возможностей преодоления стресса. Анализ данных исследования позволяет констатировать, что успех специалистов в преодолении стресса зависит от взаимодействия личностных (внутриличностных) и социальных (межличностных) переменных среды. Несоответствие этого взаимодействия усложняет способность профессионалов распознавать, оценивать, управлять и справляться со стрессом в своей профессиональной деятельности, тем более что эти профессионалы не обучены этому.

Литература

1. Corbin, J. & Strauss, A. (2015). Kokybinių tyrimų pagrindai. Tūkstantis ąžuolų, Kalifornija: Šalavijas.
2. Folkmanas, S. & Moskowitzas, JT (2004). Įveikti: spąstai ir pažadas. Metinė psichologijos apžvalga, 55, 745-774.
3. Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). Paauglių susidorojimo skalė: rankinis. Melburnas: ACER spauda.
4. Kepalaitė, A. (2013). Socialinių pedagogų stresas ir jo įveikos sąsajos [socialinio pedagogo streso ir įveikimo strategijos]. Ugdymo psichologija, 24, 27-34.
5. Kriener, C., Schwertfeger, A., Deimel, D., & Köhler, T. (2018). [Socialinio darbo studentų psichosocialinis stresas, streso suvokimas ir streso valdymas: kiekybinis tyrimas]. Gesundheitswesen („Bundesverband Der Arzte Des Offentlichen Gesundheitsdienstes“ (Vokietija)), 80 (S 01), S.37-S43. https://doi.org/10.1055/s-0042-108643.
6. Kriukova, TL (2010). Metodija izucheniya sovladayushchego povedeniya: tri koping-shkaly [Tyrimo įveikos metodai: trys įveikimo svarstyklės]. Kostroma.
7. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2003). InterViews - mokymasis kokybiško tyrimo interviu. Šalavijų leidiniai.
8. Lazarus RS & Folkman S. (1984). Stresas, vertinimas ir susidorojimas. Niujorkas: „Springer Publishing Company“.
9. MacGeorge, EL, Samter, W. & Gillihan, SJ (2005). Akademinis stresas, palaikantis bendravimas ir sveikata. Komunikacijos ugdymas, 54, 365-372.
10. Pikūnas, J. & Palujanskienė, A. (2005). Stresas: atpažinimas ir įvertinimas [Stress: Recognition and Evaluation]. Kaunas: pasaulio lietuvių centras [Kaunas: Lithuanian World Center].
11. Valickas, G., Grakauskas, Ž., & Želvienė., P. (2010). Patobulinto keturių faktorių streso įveikos klausimyno psichometriniai rodikliai [The Psychometric Indicators of the Improved Four Factors of Coping with Stress Questionnaire]. Psichologija [Psichologija], 41, 96-110.
12. Weiss, S, & Molitor, N. (2012). Jobstress. Stress at work. Retrieved from http://www.

Viktoriia Horoshko, Candidate of Medical Sciences
National University «Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic»
Thomas Briot, 3 year bachelor
Faculty of Social Sciences and Humanities
The Paris Institute of Political Studies

IMPLEMENTATION OF ROBOTICS IN HEALTHCARE

Automation of processes is increasingly being introduced into our daily life, providing assistance in labor-intensive and energy-intensive human activities. One of the applications of automation, namely, robotics, is caring for the elderly outside nursing homes, as well as after serious injuries of the musculoskeletal system.

In the near future, robots will become an integral part of our life. Soon, our mobile devices will be used in all areas of activity, from mentoring to friendships, and thus will make us independent as we get older. The era of human-robot interaction has begun, which makes us more independent during the aging process. Doctors predict that in the coming years, there will be a new wave of automated robotic technologies that will help the aging population stay at home for a longer period.

Social robots are usually of a humanoid type, aimed primarily at the elderly or people with limited mobility, primarily intended for home use. They can serve as companions for an elderly person, provide a number of services, from a reminder to take a medicine to, for example, turning off a forgotten turned on electric stove. Very close to personal robots, but aimed primarily at the elderly [1].

It all started in Japan, where the standard of living has increased and the birth rate has decreased, this situation has contributed to a decrease in the working population and an increase in the demand for guardians. To address labor shortages, the Japanese have turned to one of the areas they know best: technology. The world follows their example. In an era where humans are living longer than ever before, the European Union (EU) invests tens of millions of euros in robotics research every year [2, 3].

The robots have been tested and improvements have been made in their functioning after testing in Advinia nursing homes. It is the only artificial intelligence that can provide open communication between an elderly person and a robot. We are working to integrate robots into the daily care of people in need to reduce anxiety and loneliness and ensure continuity of care. Robots should really help the elderly and their families

An important category of work carried out by robots is caring for elderly people who have suffered an injury to the femoral head, forearm, and pelvic spine. These types of trauma directly affect the patient's mobility and his ability to meet his life needs. Recovery and rehabilitation of older people also takes longer. That is why the use of robotics can provide undeniable help in everyday life for such patients.

Moreover, the use of robotics in caring for the elderly has a positive effect on the psycho-emotional state of patients [4]. Studies have been conducted on the use of autonomous social robots for the elderly in aged care settings. The results show that the use of artificial intelligence has real potential benefits for a world in which more people live longer, but fewer people care about them. Poor mental health and loneliness are serious health problems, and robots have been shown to help solve them.

Assistive and robotic technologies are and will be used in three main areas, namely: to facilitate observation of the actions and well-being of older people; to help the elderly or their caregivers with daily tasks; and to ensure social communication. Each of these areas is inevitably concerned with the enjoyment by older persons of their human rights, including their dignity and autonomy, informational self-determination, non-discrimination and equality.

Socially-oriented smart robots for the elderly can ease some of the burden in hospitals and nursing homes. Nobody talks about replacing people – the assessment

shows we are far from that – but it also shows that robots can support existing care systems.

References

1. From Surgeries To Keeping Company: The Place Of Robots In Healthcare [Electronic resource] Access mode: https://medicalfuturist.com/robotics-healthcare/

2. January 2020 Global Economic Prospects: Slow growth, policy challenges [Electronic resource] Access mode: https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/01/08/january-2020-global-economic-prospects-slow-growth-policy-challenges

3. Japan Robot Association [Electronic resource] Access mode: https://www.jara.jp/e/

4. The Growing Emergence of Robots in Healthcare: Key Opportunities & Benefits [Electronic resource] Access mode: https://hitconsultant.net/2019/12/05/the-growing-emergence-of-robots-in-healthcare-key-opportunities-benefits/#.X48a0S8Ro6U

Ю.М. Бабачук, асистент
кафедри теорії та методики фізичного виховання
Глухівський національний педагогічний університет
імені Олександра Довженка

ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІГОР З ЕЛЕМЕНТАМИ СПОРТУ

Згідно основних положень Національної доктрини розвитку освіти України у XXI столітті формування змісту освіти повинно відбуватися на основі новітніх наукових та технологічних досягнень, відпрацювання і відбору ефективних педагогічних інновацій і освітніх методик.

Особливості використання здоров'яформуючих та здоров'язберігаючих технологій в умовах навчального закладу розглянуто у працях О.П. Аксьонової, Н.Ф. Денисенко, О.Д. Дубогай [2, 3].

Технологія фізичного виховання, спрямована на розвиток і оздоровлення дітей українського педагога-новатора М.М. Єфименка має відмінну від загальноприйнятого суть фізичного виховання здорових дітей і дітей з відхиленнями у розвитку. Технологія фізичного виховання дітей М.М. Єфименка «Театр фізичного розвитку та оздоровлення дітей» розрахована на дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Автор ще називає її «тотальним ігровим методом», втіливши у цих словах своє педагогічне кредо «грати щодня, грати постійно, грати завжди». «Театр фізичного розвитку та оздоровлення дітей» сповідує принципи «двох засад у педагогіці», що передбачає різні підходи до організації роботи з дівчатками та хлопчиками [4].

Також в галузі дошкільного виховання існують інші технології навчання та розвитку дітей. Наприклад, педагогічна технологія «Будинок вільної дитини

М. Монтессорі», технологія раннього навчання М. Зайцева, технологія раннього навчання Г. Домана, оздоровчі технології та ін.

У дослідженнях О.Л. Богініч та Г.В. Бєлєнької у нетрадиційній за змістом і побудовою формі представлена програма фізичного розвитку дитини та спілкування малюка з природою – «Природа і рух». Автори пропонують цікаві авторські казки, комплекси гімнастичних та фізичних вправ, якими діти можуть заволодіти за допомогою дорослих [1].

Враховуючи вищезазначене, перед нами стоїть завдання вивчення особливостей технологізації процесу навчання дітей старшого дошкільного віку руховим діям, в тому числі технічним прийомам ігор з елементами спорту.

На нашу думку, процес навчання ігор з елементами спорту старших дошкільників в умовах сучасного закладу дошкільної освіти, буде відбуватися ефективніше, за умови оптимізації технології навчання, що включає:

- формування стійкого інтересу старших дошкільників до рухової діяльності та підвищення мотивації до якісного оволодіння рухами;
- оптимізацію процесу формування рухових навичок в закладі дошкільної освіти засобами гри;
- добірку системи рухливих ігор та ігрових вправ, що використовуються як засіб попередньої підготовки дітей старшого дошкільного віку до оволодіння ними ігор з елементами спорту.

Таким чином, виходячи з вищезазначеного, ми можемо констатувати, що фахівцями у галузі дошкільної освіти розроблено та запроваджено значну кількість різноманітних технологій. Науковці впродовж останніх років акцентують увагу на ефективності застосування інноваційних педагогічних технологій у дошкільній освіті. При цьому автори наголошують, що будь-яка педагогічна технологія, особливо фізичного виховання, має носити оздоровчий характер і бути спрямованою на забезпечення оптимальної ефективності фізичного розвитку дитини.

Література

1. Богініч О.Л., Бєлєнька Г.В. Природа і рух: посібник для батьків дошкільнят та соціальних педагогів. К. : Кобза, 2003. 192 с.
2. Денисенко Н.Ф., Аксьонова О.П. Через рух – до здоров’я дітей: навчально-методичний посібник. Запоріжжя : 2006. 122 с.
3. Дубогай О. Фізкультура як складова здоров’я та успішного навчання дитини. К. : Вид. дім «Шкільний світ» : Вид. Л. Галіцина, 2006. 128 с.
4. Калуська Л.В., Отрощенко М.В. Інновації в довкіллі. Програми, технології, проекти, ідеї, досвід : посібник на допомогу дошкільним працівникам/ авт.-упор.: Л.В. Калуська, М.В. Отрощенко. Мандрівець, 2010. 376 с.

О.О. Безносюк, к.пед.н., професор,
суддя міжнародної категорії
О.Є. Сінякевич, здобувач,
Національний тренер збірної України з більярду
Кременецька обласна гуманітарно-педагогічна
академія ім. Тараса Шевченка

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗОРУ ЗАСОБАМИ БІЛЬЯРДНОГО СПОРТУ

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.

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].

«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 [2].

Ще в 19 столітті професор Федір Гільтебрантд писав «Дуже багато людей робляться короткозорими від перших обставин їх виховання. Чому ніколи не бувають такими ті, які з молодих років жили на вільному повітрі, як-то матроси і візники. Навпаки того, діти, виховані в місті і яких в перші літа не випускали з кімнати, здебільшого бувають короткозорими. На жаль, досить дурне виховання, як між деякими дворянами, так і між гідними громадянами, дуже багатьом дітям дає причину до короткозорості з перших же років, часто по тісноті дитячої кімнати, часто через дрібні іграшки і малого руху на вільному повітрі ...» [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 [2].

Невід'ємною умовою для повноцінної життєдіяльності кожної людини є зір. Щодня навантажуючи очі, не забувайте про відпочинок для них, особливо добре для всього організму, коли відпочинок проходить активно. Досить дієвим

і ефективним способом відновлення і поліпшення роботи зорового апарату людини вважається тренування зору за допомогою гри. Вибирайте гру так, щоб вона не сприймалася як рутинне і нудне заняття, а була в радість вам та вашим близьким.

Серед ігор, які сприяють поліпшенню зору, лідируюче місце займає більярд – улюблена багатьма і усім відома гра. Під час гри підвищується точність фокусування на кулях, які знаходяться на різній відстані, і чим частіше переміщається більярдна куля, тим більш рухлива наша увага, а значить, і наш погляд. В процесі цієї гри зміцнюються очні м’язи, завдяки чому і поліпшується гострота зору[4].

Ще в 1804 році, доктор хімії і медицини Федір Гільтебрантд, ад’юнкт-професор кафедри фізіології та анатомії Московської медико-хірургічної академії, у своїй книзі «Про збереження зору (Твір для народу)» [3] писав про це так: «Для очей, які цілий день займаються важкою роботою зі всіх ігор, в яких зазвичай проводять зимові вечори, більярд є прекрасним засобом проти втоми очей і заслуговує великої похвали…»[3, с.76].

Обізнаній людині було нескладно уявити, що відбувається з нашими очима, коли вся увага зосереджується на кінчику кия, а потім спрямовується слідом за кулями, які розлітаються в усі сторони [3].

Є багато робіт науковців [4 – 7], де подані рекомендації по корекції зору. Так Мигунова 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» [5]. В рекомендації для батьків дітей з порушеннями зору [6] «…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» [6]. В статті «Косоокість у дітей причини, симптоми, лікування» [7] пропонується «Взяти в руки тонкий і довгий предмет – наприклад, вчительська указка або кий для більярду. Потрібно поставити його на стіл / стілець і швидкими рухами перекидати з руки в руку – погляд при цьому повинен бути сфокусований на кінчику предмета» [7].

Історія досліджень методів лікування очей нараховує кілька століть. Цікаві факти можна почерпнути з старих книг. Ось один з них. Більше ста років тому було помічено, що гра в більярд сприяє відпочинку очей і відновленню зору. Під час гри, очні м'язи відпочивають ефективніше ніж при просто відсутності роботи. Це відбувається через особливості більярду, де потрібно стежити за кулями однакового розміру на різних відстанях, які постійно змінюються. Це має деяку схожість з руховими вправами для очей. Помічено, що у тих хто професійно грає в більярд дуже хороший зір [8].

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 національного університету імені Тараса Шевченка вилікував 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 є також позитивним фактором для їх психоемоційного стану та настрою гравців на хороший результат.

Література

1. Вайнер Е.Н. Формування здоров'язберігаючого середовища в системі загальної освіти// Валеологія. – 2004. – №1. – С.21-26.
2. Федоров А. И. Методы улучшения зрения: как избавиться от очков. – СПб.: ИК «Невский проспект»,2001 – 189 с. (сер. «Советует доктор»).
3. Федор Гильтебрандт. О сохранении зрения (сочинение для народа). Москва. Типография Платона Бекетова, 1804, 249 с.
4. Корисні ігри для здоров'я очей. URL: https://centr-zory.com.ua/uk/blog/news/aktivni-igri-dlya-zdorov-ya-ochej/(дата звернення: 01.10.2019)
5. Мигунова Р.Р. Коррекционно-педагогическая работа по развитию зрительного восприятия у детей с нарушением зрения URL:https://urok.1sept.ru/статьи/504911/(дата звернення: 04.10.2019)
6. Рекомендации для родителей детей с нарушениями зрения URL:https://nsportal.ru/detskii-sad/korrektsionnaya-pedagogika/2017/05/10/ rekomendatsii-dlya-roditeley-detey-s-narusheniem(дата звернення: 24.10.2019)
7. Косоокість у дітей причини, симптоми, лікування URL:https://www.ze-signon.com/articles/oftalmologiya/kosoglazie-u-detej-prichini-simptomi-lechenie.html(дата звернення: 24.10.2019)
8. Користь більярду URL:http://vidnovlennya-zoru.com/neveliki-novini/korist-bilyardu.html(дата звернення: 01.11.2019)

Н. А. Беседа, к. пед. н., доцент
декан факультету фізичної культури та спорту
А. В. Вірченко, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

АКТИВІЗАЦІЯ РУХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДЛІТКІВ В СИСТЕМІ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Реформування освіти вимагає перегляду існуючих підходів до організації системи фізичного виховання учнів закладів загальної середньої освіти (ЗЗСО). У прийнятому Державному стандарті базової середньої освіти, який планують

застосувати з 1 вересня 2022 року, зазначається, що «метою освітньої галузі фізичної культури є гармонійний фізичний розвиток особистості учня, підвищення функціональних можливостей організму, вдосконалення життєво необхідних рухових умінь та навичок, розширення рухового досвіду через формування стійкої мотивації учнів до занять фізичною культурою і спортом» [2].

Аналіз статистичних даних засвідчує негативну тенденцію втрати здоров'я учнів, де лише 20 % обстежених учнів слід вважати здоровими, а 56 % учнів мають певні відхилення в стані здоров'я, спричинені низьким рівнем фізичної підготовленості [1].

Більшість теоретиків і практиків пояснюють таку ситуацію низкою причин, а саме:

- суттєвим зниженням рівня рухової активності учнів;
- порушенням раціонального співвідношення інтелектуального та фізичного навантаження упродовж робочого дня учня;
- низьким рівнем сформованості в учнів мотивації до занять фізичними вправами.

Слід зазначити, що перспектива реформування системи фізичного виховання загальної середньої освіти полягає, насамперед, у визначенні основних компетентностей, серед яких чільне місце посідає усвідомлення учнями важливості значення рухової активно для підтримання належного стану здоров'я та досягнення результативності й задоволення у процесі занять фізичними вправами.

При цьому особливого значення набуває також розроблення педагогічних технологій, спрямованих на формування в учнів позитивної мотивації до виконання фізичних вправ не лише на уроках з фізичної культури, а також у позаурочний час. У цьому контексті актуальності набувають оздоровчо-рекреаційні та здоров'ябережувальні технології, зорієнтовані на підвищення рівня соматичного здоров'я та рухової активності підлітків.

Цікавою, з позиції нашого дослідження, вважаємо педагогічну технологію менеджменту учнівських громадських фізкультурно-оздоровчих клубів, практична реалізація якої створює умови для творчого, інтелектуального, духовного і фізичного розвитку учнів. Це сприяє формуванню в підлітків свідомого й відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я навколишніх. Завдяки задоволенню освітньо-культурних потреб членів клубу, удосконалюються навички здоров'язбережувальної поведінки та активізується їх рухова діяльність.

Як показує аналіз теоретичних розвідок та практичних напрацювань, у змістовне наповнення програм фізичної культури для учнів 5-9 класів ЗЗСО включають комплекси вправ, спрямовані на розвиток у підлітків таких якостей: сили, витривалість, гнучкості, швидкості. Також найчастіше на уроках фізичної культури застосовують такі фізичні вправи: підготовчі вправи, лазіння-перелазіння, різновиди стрибків, бігу, різновиди ходьби тощо. Водночас різновиди рухової активності підлітків у післяурочний час різко звужуються.

З огляду на це, важливою умовою ефективності позаурочної роботи є вибір форм занять фізичними вправами, адекватних функціональним і руховим можливостям підлітків, а саме:

- фізкультурно-оздоровчі заходи в режимі дня;
- заняття у фізкультурних гуртках, спортивних секціях, групах ЗФП, групах здоров'я;
- фізкультурно-масові й спортивні заходи: спортивні свята, спартакіади, спортивні вечори, родинні свята;
- система самостійних занять і домашніх завдань з фізичної культури;
- система гігієнічних і загартовуючих процедур;
- туристична робота.

Найбільш раціональні шляхи організації позаурочної фізкультурно-оздоровчої й спортивної роботи, дають змогу розробити принципи, зміст, форми і методи її проведення, які дають можливість залучити до систематичних занять фізичною культурою і спортом максимальну кількість учнів незалежно від рівня їхніх фізичної підготовленості, рухових умінь і навичок, стану здоров'я. Це, своєю чергою, сприяє вдосконаленню рухових умінь і навичок, підвищенню рівня фізичної підготовленості учнів, зменшенню випадків порушенням дисципліни, підвищенню успішності.

Вищевикладене засвідчує, що завдяки виконанню фізичних вправ створюються умови для вирішення проблеми адаптації учнів до навколишнього середовища, розширення їх рухового досвіду, вдосконалення навичок життєво необхідних рухових дій, використання їх у повсякденному житті, а також формування у них культури рухів. Нагадаємо, що фізичні вправи впливають на розширення рухового досвіду підлітків, формування відчуття ритму та темпу рухів, розвитку координаційних здібностей, міжм'язової координації, відчуття дистанції, швидкісно-силових якостей верхніх кінцівок.

Література

1. Гетьман Т.О. Психологічні чинники збереження здоров'я молодших школярів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна і вікова психологія» / Т.О. Гетьман. – Київ, 2014. – 23 с.

2. Про деякі питання державних стандартів повної загальної середньої освіти/ Заголовк з екрана. – https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-deyaki-pitannya-derzhavnih-standartiv-povnoyi-zagalnoyi-serednoyi-osviti-i300920-898

Н.А. Беседа, к. пед. н., доцент
декан факультету фізичної культури та спорту
О.В. Кравченко, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МОЛОДШОГО ШКОЛЯРА В СИСТЕМІ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

Незаперечною є той факт, що одним із важливих напрямів оновлення змісту загальної середньої освіти є втілення в шкільну 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 дітей і підлітків. Вивчення нормативно-правової бази України в галузі здоров'язбереження учнів підтверджує доцільність нагального розв'язання певних проблемних аспектів.

Зазначимо, що в зв'язку з трагічними подіями на уроках фізичної культури наразі постановою Кабінету Міністрів відмінено орієнтовні комплексні тести фізичної підготовленості. Натомість чинними є контрольні навчальні нормативи згідно з програмами з фізичної культури [1].

Це підтверджує доцільність здійснення педагогічного контролю в процесі фізичного виховання учнів загальноосвітнього навчального закладу є очевидною, оскільки інформування про результати тестування є одним із важливих стимулів мотивування дітей до занять фізичною культурою. Водночас виконання нормативів сприяють розвитку фізичних якостей старшокласників, а також формуванню в них умінь і навичок контролю й самоконтролю для визначення рівня фізичної підготовленості.

Ураховуючи вищезазначене, переконані, що побудова навчальних програм з фізичної культури з урахуванням рівня фізичного розвитку та фізичної підготовленості школярів дасть змогу індивідуалізувати процес фізичного виховання, що сприятиме ефективному навчанню й оздоровленню учнів.

Водночас наголосимо, що в процесі занять фізичними вправами відбувається формування особистості учнів. В основі цього процесу покладено поєднання духовного багатства, моральної чистоти і фізичної досконалості. У цьому випадку фізична культура виступає не тільки як засіб покращення фізичного розвитку, зміцнення здоров'я, розвиток рухових якостей дітей, а також сприяє їх всебічному розвитку [2]. Впливає на моральні якості, розвиток, вольової та емоційної сфер учнів, естетичних і етичних уявлень і потреб. Забезпечує формування характеру, тобто тих особливостей особистості, які відбиваються на вчинках і відносинах з іншими людьми та зовнішнім світом.

Заняття фізичними вправами позитивно впливають на інтелектуальну сферу молодших школярів.

Рухова активність сприяє:

− формуванню в дітей уявлень про рухові можливості свого власного тіла;

− розвитку спостережливості, оскільки спортивна діяльність вимагає зосередження уваги на умовах, які супроводжують рух, а також швидкого переключення уваги на різного роду подразники;

− розвитку швидкості орієнтації, так як більшість видів спорту виробляють здатність до адекватної зміни поведінки в залежності від умов, які виникли;

− розвитку мислення, оскільки спортивна діяльність є творчою; в процесі тренувань треба аналізувати причини успіхів та невдач своїх досягнень, правильно оцінити ситуацію, що виникла, вести пошук шляхів раціонального вирішення рухових задач.

Разом з розвитком інтелектуальної сфери відбувається і духовне зростання молодших школярів, що займає сьогодні найбільш вагоме місце в досягненні загальної мети виховання.

Підсумовуючи вищезазначене, маємо підстави для висновку, що заняття фізичними вправами з раціональним дозуванням фізичного навантаження для кожного учня підвищують результативність занять фізичною культурою, а також мотивують молодших школярів до подальшого самовдосконалення.

Література

1. Пальчук М. Б. Контроль фізичного розвитку учнів при переході з середньої до старшої школи в умовах навчального процесу з фізичного виховання : автореф. дис. … канд. наук з фіз. виховання та спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / М. Б. Пальчук. – Львів, 2014. – 23 с.

2. Фізична культура в школі : 10 – 11 класи : метод. посіб. / Т. Ю. Круцевич [та ін.]. – К. : Літера ЛТД, 2010. – 64 с.

Л.Б. Волошко, к. пед. н., доцент
завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
В.А. Кучеров, магістрант спеціальності
«Фізична культура і спорт»
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ПОДОЛАННЯ РОЗУМОВОЇ ВТОМИ УЧНІВ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ

Вирішення проблеми здоров'язбереження учнів, профілактики проявів у них хронічної втоми у процес навчання має декілька аспектів: медичний, фізкультурно-оздоровчий, соціально-психологічний, педагогічний, що пов'язаний із запровадженням здоров’язберігаючих технологій у режимі

навчального дня. Необхідність пошуку оптимальних засобів, методів, форм організації освітнього процесу, спрямованого на підтримку та збереження здоров'я учнів шляхом оптимізації їхньої рухової активності та попередження розвитку проявів хронічної втоми зумовлюють вибір теми даного дослідження.

Результати дослідження. Учені виділяють види втоми за різними критеріями: за домінуючими видами діяльності – фізична й розумова; за областями поширення – загальна й локальна; за швидкістю розвитку – первинна й вторинна; за суб'єктивним відчуттям людиною міри вираженості змін у фізичному та психічному стані – прихована, пролонгована й безпосередньо хронічна втома [2].

У контексті нашого дослідження інтерес викликає явище розумової втоми, що найчастіше виникає в процесі навчальної діяльності школярів. Прояви розумового стомлення зумовлені особливостями помірної розумової праці, яка є результатом фізіологічної діяльності головного мозку й може виконуватися досить довго, без відчутних зрушень у затраті енергії та роботі внутрішніх органів.

Під час виконання навчальних завдань учневі немає потреби інтенсивно використовувати м'язову енергію, як це відбувається під час фізичної праці. Натомість розумова праця вимагає напруження уваги, активізації пізнавальних функцій – мислення, пам'яті, уяви. Відсутність чітких меж між напруженням організму під час розумової роботи й переходом у фазу відновлення сил призводить до того, що сформована домінанта в корі головного мозку не руйнується після її закінчення, а зберігається деякий час. Саме тому розумова праця може виконуватися на фоні розвиненої втоми. Це особливо помітно в поведінці школярів, які не акцентуючись на власній втомі продовжують виконання навчальних завдань.

Величина втоми учнів залежить від основних чинників, що несприятливо впливають на їх організм. До них, передусім, належать різні зовнішні ризики, зумовлені соціально-навчальним середовищем, до якого потрапляє учень. Це зокрема: напружені сезонні біоритми організму дитини на основі тривалої, інтенсивної та монотонної трудової діяльності; низька рухова активність (гіподинамія); тривала статична напруга м'язів, що забезпечують підтримку поз сидячи під час навчальних занять; переважання дрібних локальних рухів м'язів передпліччя й кисті; висока нервово-емоційна напруга; постійне напруження зусиль волі для того, щоб підтримувати працездатність; прискорений ритм сучасного життя, яке погіршується екологією та повсюдним стресом; проведення значної кількості часу за комп'ютером і телевізором.

Необхідно зазначити, що стомлення школярів і величина втоми значною мірою залежать від їх індивідуальних особливостей: фізичного розвитку, стану здоров'я, хронічних захворювань, поживності харчування, недосипання, стану функціональних систем, інтересу до навчальної праці, позитивної мотивації, вольових рис характеру, типу нервової системи [1].

Засобом подолання розумової втоми є раціональне поєднання інтелектуальної діяльності з фізичною активністю. Процес навчання з його домінуючою розумовою діяльністю й обов'язковою статичністю фактично не

дає реалізуватися прагненням школярів до природної рухової діяльності. Рухова активність визначається як біологічна потреба в рухах, пов'язана з механізмом саморегуляції активності [2]. Рухи є важливою складовою будь-якого виду діяльності та багатьох психічних процесів. Біологічну потребу в рухах називають кінезофілією. Вона притаманна всім дітям, а її кількісні характеристики залежать від рівня фізичної підготовленості дітей, типу вищої нервової діяльності, статі, віку, пори року, кліматичних умов.

Рухову активність дітей можна умовно розподілити на цілеспрямовану та довільну (самостійну). Виконання фізичних вправ під керівництвом вчителя під час занять фізкультурою, ранкової гімнастики, рухливих ігор є цілеспрямована рухова активність. До довільної рухової діяльності відносять самостійні ігри, виконання фізичних вправ, різні пересування, коли діти вільні від занять.

Таким чином, для подолання та профілактики хронічної втоми у школярів доцільно поєднувати різні види оздоровчої рухової активності з активним залученням до занять фізичною культурою та спортом. Рухова активність повинна бути цілеспрямованою й відповідати досвіду, інтересам, бажанням, функціональним можливостям організму учнів певного віку. Змістовий обсяг рухового режиму школярів має бути спрямований на розвиток не лише розумових, духовних, а й фізичних здібностей дітей.

Література

1. Грицюк С.А. Рухова активність як засіб подолання розумової втоми молодших школярів. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, 2014, № 2 (36). С. 402-410.

2. Зарудна О.І., Мураль Н.І. Синдром хронічної втоми та сучасне суспільство. *Медсестринство*, 2013. № 4. С. 58-60.

Д.Є. Гордієвський, практичний психолог
Н.В. Драч, директор
Щербанівського ліцею Щербанівської сільської ради
Полтавського району Полтавської області

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЩЕРБАНІВСЬКОМУ ЛІЦЕЇ

Завдання сучасної освіти полягає у підготовці дітей до життя. Особливістю побудови освітнього процесу в Щербанівському ліцеї є створення умов для формування здорової особистості як фізично, так і духовно. Досягнення означеної мети можливе шляхом запровадження технологій збереження психічного здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я передбачає: «суб'єктивне благоденство – стан добробуту, в якому людина втілює власні здібності, сприйняту самоефективність, автономію, компетенцію, залежність між поколіннями та самореалізацію інтелектуального та емоційного потенціалу, тощо». Крім того,

ВООЗ стверджує, що добробут особистості, охоплює реалізацією її здібностей, подоланням нормальних життєвих напружень, можливостями протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок в свою громаду [5,20]. Насамперед, формуванню здорової особистості сприяє врахування індивідуальних особливостей дитини, тому важливо приділяти увагу стартовому розвитку пізнавальної діяльності, особливостями темпераменту, психічної і фізичної витривалості, здатності адаптуватися до умов навчання в ліцеї. Саме такий підхід сприяє профілактиці надмірного психічного напруження та неуспішності, тим самим зменшуються негативні наслідки психічною травми для учнів, яким важко адаптуватися до навчання. Оновлення змісту навчання, наближення його до потреб і можливостей засвоєння знань, поглиблення індивідуального підходу до інтересів і схильностей кожної дитини – усе це сприяє виконанню завдання зробити ліцей привабливішим, навчання радіснішим для дитини, а отже таким, що сприятиме зміцненню її психічного і фізичного здоров’я. Визначальною умовою збереження, насамперед, психічного здоров’я дітей є створення умов для подолання чи корекції їхнього розвитку, попередження психологічної травматизації шляхом запровадження уроків інтегрованого курсу «Культура добросусідства», проведення годин спілкування з практичним психологом.

Здоров'язбережувальні технології – це побудова системи заходів, що попереджують руйнування здоров'я при одночасному створенні системи сприятливих для здоров'я умов [1,108]. Це об’єднує у собі всі напрямки діяльності ліцею щодо формування, збереження та зміцнення здоров’я учнів. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загальнонавчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти. Виховання культури здоров’я учнів – це розвиток особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров’я, формуванню уявлень про здоров’я як цінність, посиленню мотивації щодо ведення здорового способу життя. Здоров’язбережувальні технології сприяють навченості дітей вирішувати конфлікти. Проведення оздоровчо-рекреаційних заходів у ліцеї, зокрема руханок під час перерви, мають ефективний вплив на стан здоров’я учнів. Це допомагає нормалізувати режим рухової активності. Зокрема, під педагогічними здоров’язбережувальними технологіями вчені пропонують розуміти: сприятливі умови навчання дитини в школі (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання); оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм); повноцінний та раціонально організований руховий режим. Аналіз класифікацій існуючих здоров’язбережувальних технологій дає можливість виокремити такі типи (за О. Ващенко) [2, 68]:

- технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень

можливостям дитини; оздоровчі – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія;

- технології навчання здоров'я – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання, урахування мотиваційних пріоритетів (заняття, на думку дітей, повинні бути спрямовані на цікаве проведення часу; зниження надлишкової маси тіла; поліпшення постави, покращання здоров'я); інтерес до певних видів рухової активності, який проявляється при виборі різних видів спортивних ігор, видів туризму, гімнастичних вправ тощо.

Слід також зазначити, що поняття «ставлення до здоров'я» інтегрує в собі всі психологічні категорії, в межах яких аналізується поняття «внутрішньої картини здоров'я», а саме: знання про здоров'я, усвідомлення та розуміння ролі здоров'я в процесі життєдіяльності людини, його впливу на соціальні функції, емоційні і поведінкові реакції [2, 112]. Важлива роль у збереженні та зміцненні здоров'я належить самій людині. Її спосіб життя, ціннісні орієнтації, установки та суб'єктивне ставлення до власного здоров'я є тими чинниками, що впливають на стан психічного здоров'я людини. Усвідомлення цінності власного здоров'я забезпечує формування переконань щодо необхідності планомірного підтримання і збереження здоров'я для загального розвитку особистості шляхом дотримання принципів здорового способу життя.

Література

1. Бобрицька В.І., Роман В.В. Здоров'я в системі професійних і життєвих інтересів майбутнього педагога // Валеологічна освіта як шлях до формування здоров'я сучасної людини: Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. – Полтава, 1999. – С. 107-109.

2. Ващенко Л. С., Бойченко Т. Є. Основи здоров'я: Книга для вчителя. К. : Генеза, 2005. 240 с.

3. Ващенко О., Свириденко С. Як створити Школу сприяння здоров'ю. К.: Шк. світ, 2008. 112 с.

4. Горяна Л.Г. Безпека життя як спосіб реалізації національної ідеї в Україні // Безпека життєдіяльності. Київ, 2004. – № 4. – С. 36-37.

5. Кочерга О. Психічне здоров'я молодшого школяра / О. Кочерга, О. Васильєв // Психолог на батьківських зборах / Упоряд. О. Главник. – К. : Редакції загальнопедагогічних газет, 2003. – 112с. – С. 20.

6. Максименко С. Д. Психічне здоров'я дітей / С. Д. Максименко // Психолог. – 2002. – № 1. – С. 4.

В.І. Горошко, к. мед. н., ст. викладач
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
В.С. Шкаберіна, студентка 1 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ПРОФІЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМУ В ТАНЦЮВАЛЬНИХ КОЛЕКТИВАХ

Чудові костюми, красиві рухи, довгоочікувані перемоги та нещасливі поразки – все це бачать глядачі та шанувальники різних видів танців.[1] Проте на тренуванні танцюристи зустрічаються з елементами спортивного важкого навантаження. У професійному танці головними травмами являються травми гомілковостопового та колінного суглобів, спини. [2] Основними травмами є пошкодження меніска – утворення хрящових структур, які беруть участь у формуванні колінного суглоба і виконують роль амортизаторів. Меніск знаходиться зовні і всередині, і в 75% випадків зовнішній меніск пошкоджується при травмі колінного суглобу. Розрив меніска є дуже складною травмою і номер один у танцюристів [4]. Збільшене навантаження, надмірне розгинання суглобів із зігнутих положень та різні мікротравми – все це може призвести до розриву меніска. Під час гострої фази пошкодження пацієнти відчувають різкий біль через триваючий запальний процес. Крім того, суглобові рухи сильно обмежені, особливо в розширеному стані. У гострій фазі застосовують консервативні методи, оскільки усувається обструкція суглобів та застосовуються знеболюючі та протизапальні препарати. Проте важливо запобігати саме гострому процесу.

Мета роботи: Вивчити структуру та зміст фізичної реабілітації артистів в ансамблі народного танцю після травм колінного суглобу.

Завдання роботи: провести огляд науково-методичної літератури, що охоплює деталі травм танцюристів, анатомії колінного суглоба та травм та вивчити документацію щодо фізичної реабілітації на різних стадіях. Визначити та продемонструвати методи визначення функціонального та рухового стану колінного суглоба. Розробити структуру та зміст процесу фізичної реабілітації після травми колінного суглобу. Експериментально продемонструвати ефективність запропонованого курсу фізичної реабілітації в Народному художньому колективі хореографічному ансамблі «Перлина».

Методи реалізації поставленої мети: аналіз літературних та письмових джерел; навчальні експерименти; тестування функції та рухового стану колінного суглобу.

В даний час досвід видатних педагогів у галузі танцю, фахівців в галузі фізичної культури, лікарів-ортопедів свідчить, що танцювально-хореографічні вправи справляють істотний вплив на формування постави і склепінь стопи. Однак для успішної професійної діяльності танцюристи повинні володіти гнучкістю, еластичністю, достатньою силою і силову витривалістю.[5] За можливість протягом тривалого часу виконувати ці рухи відповідає силова

витривалість нижніх кінцівок. Гнучкість стопи означає максимальну амплітуду рухів в гомілковостопному суглобі і суглобах стопи, колінних суглобів. Завдяки опитуванню професійних танцюристів, можна скласти такі рекомендації, щодо уникнення проблем зі здоров'ям:

1) грамотно побудоване заняття забезпечить високу продуктивність та низьку захворюваність на професійні хвороби. Так, розминка підготує тіло до танців і допоможе розігріти м'язи, щоб запобігти травмі. Якщо людина поспішає, то може легко знехтувати сеансом розігріву або провести його занадто швидко. Але насправді тіло завжди прагне повільного, поступового пробудження. І варто пам'ятати, що якщо провести належну розминку, то людина буде покрита потом, навіть ще не почавши танцювати.

2) уникнення різких рухів під час основної частини заняття. Навіть у професійних танцюристів різкі рухи відточені і виконані в суворій відповідності з технікою безпеки. На початку тренувань не варто ними захоплюватися.

3) підбирати одяг і взуття потрібно професійно. У якийсь момент прості кеди перестануть справлятися з навантаженнями на ноги і будуть потрібні фіксуючі пов'язки і професійне взуття. А неправильно обраний одяг просто може заважати виконувати руху і привести до ушкоджень.

Перші танцкласи завжди присвячені правильній постановці корпусу і техніці безпеки. Якщо тренер не зможе правильно і переконливо пояснити всі технічні тонкощі, то це призводить до підвищення травматизму.

4) відвідування лікаря, оскільки ніяка профілактика не замінить якісного огляду у лікаря.

Висновки. Тренерам масових танцювальних класів необхідно усвідомити необхідність роботи в плані зменшення можливого травматизму. У гонитві за результатами не забувати, що найголовнішим залишається здоров'я танцівників [6]. Досвідченим тренерам і фахівцям зі спортивної медицини необхідно розробити варіанти комплексів вправ, спрямованих проти травм, які в подальшому повинні рекомендуватися для обов'язкового виконання в танцювальних класах. При підготовці тренерських кадрів велика увага повинна приділятися питанням профілактики травматизму у дітей і підлітків, що займаються танцями. Випускники цих ВНЗ повинні володіти сучасними методиками, спрямованими на зниження травматизму і застосовувати їх в подальшому на тренуваннях.

Література

1. Біла, Н. А. Лікувальна фізкультура і масаж / Н. А. Біла. – М.: Рада. спорт, 2001. – 272 с.

2. Корж, А. А. Довідник по травматології та ортопедії / А.А. Корж, Е.П. Меженина, А. Г. Печерський, В. Г. Ринденко. – Київ: Здоров'я, 2000. – 216 с.

3. Лікувальна фізична культура (кінезотерапія) / під ред. С. Н. Попова. – М.: Владос, 2008. – 416 с.

4. Лукомський, І. В. Фізіотерапія. Лікувальна фізична культура. Масаж /

І. В. Лукомський. – Мінськ: Полум'я, 2010. – 384 с.
5. Попов, С. Н. Лікувальна фізична культура / С. Н. Попов, Н. М. Валєєв, Т.С. Гарасеева і ін. – М.: Академія, 2004. – 416 с.
6. Хавілер, Д. С. Тіло танцюриста. Медичний погляд на танці і тренування / Д.С. Хавілер. – М.: Нове слово, 2007. – 116 с.

Р.В. Жалій, ст. викладач
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

У зв'язку з необхідністю дотримання норм антикорупційного законодавства, запровадження дистанційного навчання в освітній процес, виникає нагальна потреба в забезпечення саме здоров'язбережувальної діяльності учасників освітнього процесі. Ти більше, що інноваційні форми здоров'язбережувальної діяльності в умовах сучасного закладу вищої освіти сьогодні є актуальними. Закон України «Про вищу освіту» закріплює, що освітня діяльність – діяльність закладів вищої освіти, що провадиться з метою забезпечення здобуття вищої, післядипломної освіти і задоволення інших освітніх потреб здобувачів вищої освіти та інших осіб» [3].

У статті зробимо спробу простежити особливості використання інноваційних технологій у діяльності сучасного закладу вищої освіти (далі – ЗВО) в умовах дистанційного щодо здоров'язбережувальної діяльності учасників освітнього процесу. У своїх публікаціях ми вказували, що загальноприйнятим синонімом терміну інновація є нововведення, альтернативні визначення: інновація (із пізньолатинської innovatio – оновлення, новизна, зміна) – це цілеспрямовані зміни, які вносять у середовище впровадження нові стабільні елементи , які викликають перехід системи з одного стану до іншого.

У контексті освітньої діяльності (складовими якої є навчальна, наукова, інноваційна) ми визначаємо інноваційну форму як таку організацію змісту освітньої діяльності, яка найбільш ефективно сприятиме засвоєнню результатів навчання. Відповідно до чинного освітнього законодавства результатами навчання є знання, уміння, навички, способи мислення, погляди, цінності, інші особисті якості, які можна ідентифікувати, спланувати, оцінити і виміряти та які особа здатна продемонструвати після завершення освітньої програми або окремих освітніх компонентів [1, 4]. І найбільша проблема зараз полягає в необхідності забезпечення освітнього процесу в умовах дистанційного навчання. Так, сьогодні широко використовуються освітні онлайнплатформи, заохочуються синхронний та асинхронний режими навчального процесу з обов'язковим проведенням гімнастики для очей, фізкультхвилинок та ін.

Сучасні дослідники розрізняють інноваційні форми проведення навчальних занять та інноваційні форми активізації пізнавальної діяльності студентів. До останніх відносяться: ґрунтовна мотивація до вивчення дисципліни загалом та конкретної теми зокрема; апелювання до вже набутого соціального досвіду молодих осіб; використання рейтингової системи з бонусами й заохоченнями (покараннями) для студентів; використання анаграм, рівнянь, чайнвордів, кросвордів, дидактичних ігор; застосування інтерактивних методик; проведення заходів з урахування міжнародних, європейських, вітчизняних пам'ятних дат і святкових подій; персоніфікація й театралізація у ході навчальних занять та позааудиторних заходів із дисципліни та ін. [2, С.80].

На нашу думку, найбільш узагальненим критерієм класифікації інноваційних форм навчальних занять може стати їхній поділ на матеріальні й процесуальні (за критерієм змісту інновацій, залежно від предмету їхнього спрямування). Якщо для групи матеріальних інновацій форм навчальних занять буде характерним посутнє нововведення зовнішнього прояву цієї інновації («айстопінг», «сторітелінг», «десант», «бульвар», «воркшоп», «букроссинг» та ін.), то для група процесуальних інноваційних форм буде спрямована на їхнє впровадження в освітню діяльність за допомогою конкретних методів, методик, прийомів їхньої реалізації.

Отже, поняття інновацій в освіті є багатогранним та до кінця не вивченим, однак головним для відображення його змісту є нововведення, якісно кращі та відмінні від традиційних, усталених. Їхня мета – забезпечити вищі рівні показників результативності навчання та інтересу студентів до освітньої діяльності. В умовах дистанційного навчання інноваційні форми поступово стають уже традиційними, адже в умовах сучасних ЗВО й перебуванням регіону в «червоній зоні» за рівнем епідемічної небезпеки учасники освітнього процесу використовують прийоми навчання як в умовах синхронного, так і асинхронного режимів, доступності до освітніх онлайнплатформ, дозованого поєднання інформаційно-комунікаційних технологій та контрольованої організації самостійної роботи студентів.

Література

1. Жалій Р.В. «Здоров'язберігаючий сторітелінг»: поняття, методика застосування в процесі формування валеологічної компетентності // Гуманітарний вісник Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка : зб. наукових праць [ред.кол., гол. ред. Л.М. Рибалко]. – Полтава : ПолтНТУ імені Ю. Кондратюка. – 2017. – Вип ІІ. – С. 189-198.

2. Жалій Т.В. «Правовий айстопінг»: методика використання в процесі вивчення гуманітарних дисциплін // Гуманітарний вісник Полтавського національного технічного університету імені Юрія Кондратюка. – 2017. – Вип. ІІ. – С. 78-87.

3. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19.

4. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18.

Т. В. Жалій, к. іст. н., доцент
Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

У сучасних умовах значного погіршення стану здоров'я молоді, зниження зацікавленості до рухової активності, особливо актуальними видаються питання про популяризацію таких напрямків діяльності серед здобувачів освіти. Тому в статті розглянемо особливості правового регулювання популяризації впровадження здоров'язбережувальних технологій в умовах сучасних закладів вищої освіти.

Вкажемо, що Конституція України в ред. від 21.02.2019 р. закріплює обов'язок держави щодо розвитку фізичної культури та спорту. Так, норми ч. 4 ст. 49 визначають: «Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» . У ст. 26 Закону України «Про фізичну культуру і спорт» від 24.12.1993 р. в ред. від 16.07.2019 р. передбачається, що «Органи державної влади та органи місцевого самоврядування сприяють розвитку фізичної культури в навчальних закладах. Фізична культура у сфері освіти має на меті забезпечити розвиток фізичного здоров'я учнів та студентів, комплексний підхід до формування розумових і фізичних здібностей особистості, вдосконалення фізичної та психологічної підготовки до активного життя, професійної діяльності на принципах індивідуального підходу, пріоритету оздоровчої спрямованості, широкого використання різноманітних засобів та форм фізичного виховання і масового спорту, безперервності цього процесу протягом усього життя».

Важливою, на нашу думку, є норма вказаного закону про те, що «Фізична культура шляхом проведення обов'язкових занять у дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах здійснюється відповідно до навчальних програм, затверджених у встановленому порядку». У загальноосвітніх та професійно-технічних навчальних закладах уроки з фізичної культури є обов'язковими і проводяться не менше трьох разів на тиждень. Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування можуть приймати рішення щодо запровадження додаткових уроків з фізичної культури в загальноосвітніх навчальних закладах за умови наявності коштів у відповідних бюджетах.

У навчальних закладах заняття з фізкультурно-спортивної реабілітації учнів і студентів з інвалідністю є обов'язковими, їх періодичність та інтенсивність визначаються індивідуально, з урахуванням медичних рекомендацій. Загальноосвітні та професійно-технічні навчальні заклади з урахуванням місцевих природних умов, інтересів учнів самостійно визначають зміст, форми і засоби їх рухової активності, методи проведення занять з фізичної культури та організовують позаурочну фізкультурно-спортивну роботу за участю

позашкільних навчальних закладів, громадських організацій фізкультурно-спортивної спрямованості.

Керівники навчальних закладів зобов'язані забезпечувати створення сприятливих умов для належної рухової активності учнів та студентів.

Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. в ред 09.08.2019 р. відкрив нові горизонти для реалізації ініціатив у сфері фізичної культури, спрямованих на підвищення якості вищої освіти, невід'ємними складовими якої є розвинений студентський спорт, культура рухової активності та навички здоров'язбереження. Так, з-поміж основних завдань закладу вищої освіти є налагодження міжнародних зв'язків та провадження міжнародної діяльності в галузі освіти, науки, спорту, мистецтва і культури, керівник закладу вищої освіти повинен сприяти формуванню здорового способу життя у здобувачів вищої освіти, зміцненню спортивно-оздоровчої бази закладу вищої освіти, створює належні умови для занять масовим спортом. Реалізація «Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року», затвердженої Постановою КМ України від 1 березня 2017 р. № 115 дає змогу «підвищувати щороку рівень охоплення населення руховою активністю на 1-2 відсотки; створити умови для соціальної адаптації та реабілітації інвалідів і осіб з обмеженими фізичними можливостями» та ін.

Отже, нормативно-правова база щодо питання впровадження здоров'язбережувальних технологій в освітній процес сучасних закладів вищої освіти є досить широкою, однак потребує розширення методичний компонент щодо рекомендацій для колективів та науково-педагогічних працівників.

Література

1. Жалій Т.В. Гуманітарна підготовка майбутніх фахівців першого й другого рівнів вищої освіти в Україні: альтернативи, диспозитивність, пріоритети // Фізична реабілітації та здоров'язберігаючі технології : реалії і перспективи: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції, 9 листопада, 2017 р. [гол. ред. Л.М. Рибалко]. – Полтава : ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка – С. 23-24.

2. Жалій Т.В. Формування правової компетентності майбутніх учителів в контексті новел освітнього законодавства Дидаскал : часопис / А. Бойко (гол. ред.); Полтав. нац. пед. ун-т імені В. Г. Короленка, каф. заг. педагогіки та андрагогіки. – Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2015. – Вип. 16 : присвячено матеріалам всеукраїнської науково-практичної конференції "Упровадження основних положень Закону України «Про вищу освіту» як засіб забезпечення європейського рівня діяльності вищої школи", 17 листоп. 2015 р. – С. 108-112.

3. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19.

Т.В. Йопа, ст. викладач
М.П. Римар, к. пед. н., професор
А.Т. Ціпов'яз, к. пед. н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І СПОРТ В АСПЕКТІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

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 культури, 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 культури 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 ЗВО, суть якого полягає у формуванні знань, умінь і навичок, протирічить вимогам європейського освітнього простору, в який інтегрується освітня система України. Згідно з Болонським процесом пропонується використовувати принципово нову парадигму вищої освіти CBE (Competence – basededucation), що базується на засадах компетентнісного підходу до навчання, що забезпечує формування в студентів певних компетенцій та діагностуванні рівня компетентностей фахівців-випускників ЗВО 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 фізичної культури і спорту в умовах сталого розвитку суспільства потребує кваліфікованих та компетентних фахівців, ефективність підготовки яких вбачаємо на засадах компетентнісного підходу.

М.І. Карпенко, к. пед. н., доцент
кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я людини
*ДЗ «Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка»*

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ МЕТОДИ РОБОТИ ІЗ УЧНЯМИ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ

Реалії сьогодення змушують приділяти багато уваги питанням формування, збереження та укріплення здоров'я підростаючого покоління. В рамках даного дослідження зупинімось на аналізі методів валеологічного виховання молодших школярів. Зауважимо, що у нашому розумінні дефініції «здоров'язбереження», «валеологічне виховання» та «формування культури здоров'я» є синонімічними і мають однакове змістовне навантаження.

Наразі сьогодні доречно звернутися до золотого фонду історії педагогіки і найкращих авторських ідей. На особливу увагу, на наш погляд, заслуговують ті форми й методи роботи, які були авторськими здобутками педагогічного колективу Павлиської середньої школи за часів В.О. Сухомлинського. Зокрема така форма валеологічного виховання молодших школярів, як «уроки мислення серед природи». Багаторічні спостереження привели В. О. Сухомлинського до висновку, що тривале перебування в приміщенні, насиченому вуглекислотою, веде до значних захворювань дитини [1, с. 103-105]. Так, одним із проявів турботи про здоров'я стало прагнення не допустити „кисневого голодування" та домогтися повноцінного атмосферного режиму під час занять. У Павлиській середній школі ретельно проектували та вміло створювали аерофітотерапевтичні рослинні зони, завдяки яким летючі фітонциди різним чином впливали на життєдіяльність організму дітей: спазмалітично, заспокійливо чи, навпаки, збудливо. Так, близько 40 % усіх уроків протягом року проводились у саду просто неба. «Те, що значну частину уроків проводили серед природи, на свіжому повітрі, під блакитним небом, – писав В. О. Сухомлинський, – мало виняткове значення для дітей. Протягом навчального часу діти почували себе бадьорими і життєрадісними, не йшли додому з важкою головою» [1, с. 117].

Важливим методом здоров'язбереження учнів «школи під відкритим небом» були фенологічні спостереження за об'єктами та явищами живої природи: колір та форма листя, бруньок, квітів дерев, кущів, трав тощо. Такі завдання також формували характер та волю дітей, укріплювали нервову

систему й підвищували психічну стійкість до стресогених факторів, що так важливо для дітей передшкільного та молодшого шкільного віку. На думку педагогічного колективу Павлиської школи, подібна робота не повинна була обмежуватися лише цими висновками, а мотивувала дітей до ведення здорового способу життя. Педагогічна логіка будувалася так: людина – теж жива істота, яка потребує тепла (одягатися відповідно до погоди), світла (під впливом сонячних променів виліковується багато хвороб, виробляється вітамін D), повітря (прогулянки на свіжому повітрі та сон при відкритій хвіртці покращують роботу серця, головного мозку, укріплюють судини та нерви), харчування (відсутність їжі, води чи порушення режиму харчування призводить до хвороб чи навіть смерті).

Важливим методом формування культури здоров'я учнів передшкільного віку були ігри на відкритому повітрі. Доведено, що рухові ігри збільшують потужність респіраторних, ендокринних та інших резервів організму, у результаті чого підвищується стійкість організму дитини до різних впливів патогенного характеру.

Сюжетні ігри сприяли загальному фізичному розвитку та загартуванню дітей, вихованню в них спритності, швидкості та координації дій, почуття рівноваги та просторової орієнтації, а також формуванню відповідних морально-вольових особистісних якостей. Рольові та розумові ігри на лоні природи давали можливість дослідити та скорегувати психічний компонент здоров'я учнів: через ігрові фантазії краще уявити умови життя і виховання дитини, риси її особистості, пріоритетні впливи в родині чи поза нею, та відповідно до цього розробити, наприклад, тематику бесід з батьками.

У рамках навчально-виховного процесу важливими методами здоров'язбереження були рухливі вправи, спортивні ігри, фізична праця на свіжому повітрі, тренування, різноманітні спортивні змагання та свята. Показово, що для всіх учнів 1-10 класів у Павлиській середній школі традиційною була зарядка просто неба перед початком занять.

Суспільно-корисна праця за переконаннями В. О. Сухомлинського також є способом здоров'язбереження учнів, адже через неї відбувається цілісний розумовий, фізичний, естетичний, моральний і громадянський розвиток особистості. З перших днів перебування в школі всі учні працювали фізично – у кабінеті живої природи, у робочій кімнаті, на навчально-дослідній ділянці, доглядали за плодовими деревами й виноградом, вирощували саджанці, збирали насіння тощо. Праця на чистому літньому повітрі, насиченому фітонцидами таких злакових рослин, як пшениця, жито, ячмінь, гречка, була запорукою здоров'я дихальних шляхів, а в морозний зимовий день – чудовий засіб загартування організму й запобігання простудним захворюванням (у невеличкий мороз (до 10˚) 8-річні діти працювали раз на тиждень по 2 години, 9 – 10-річні – по 3 години, 11-річні – по 4 години).

Таким чином, можна зробити висновок, що мету валеологічного виховання буде досягнуто лише за умови: по-перше, розуміння цілісності феномену здоров'я, органічного поєднання в ньому таких аспектів, як духовний, психічний та фізичний; по-друге, організації системної навчальної, виховної,

позакласної, позашкільної та самостійної роботи з формування культури здоров'я школярів і використання в ній прямих та опосередкованих методів і засобів валеологічного виховання.

Література

1. Сухомлинський В. О. Серце віддаю дітям /В.О. Сухомлинський // Вибр. тв. : В 5-ти т. – К. : Рад. шк., 1977. – Т. 3. – С. 7-279.

2. Сухомлинський В. О. Статті / В.О. Сухомлинський // Вибр. тв. : В 5-ти т. – К. : Рад. шк., 1977. – Т. 5. – 639 с.

О.В. Кривонос, магістрантка
Полтавського національного педагогічного
університету ім. В.Г. Короленка

ПРОБЛЕМИ ВИХОВАННЯ ЕКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГІЧНО ОРІЄНТОВАНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ДИТИНИ

Нині, коли катаклізми антропогенного походження, катастрофічне забруднення оточуючого середовища стало глобальною проблемою, біологічний вид Homo Sapiens чинить на планету негативний мутагенний тиск, людям Землі для виживання доводиться, нарешті, починати активне формування екологічної культури та здорового й безпечного життя, і буквально змалечку [1-3]. Необхідність розвитку у дітей позитивного ставлення до природи, а значить – до себе, свого здоров'я, визначається стратегічним завданням ЮНЕСКО: «Формувати розуміння взаємозв'язку між людиною, суспільством та природою у планетарному масштабі» [8, 14]. Змінити ситуацію, що склалася, можливо лишень за умови прийняття людиною інвайронментальної парадигми [10], формування еколого-валеологічної свідомості, що визнає гармонійний розвиток людини та природи найвищою цінністю, коли вплив на природу змінюється взаємодією із нею.

Екологія та валеологія ж, як окремо взяті науки, виявилися малоефективними у вирішенні виниклих проблем. Пошук адекватних науково-прикладних засобів привів учених до інтеграції екології та валеології в еколого-валеологію та необхідності розвитку еколого-валеологічної освіти на різних рівнях. І нині словосполучення «еколого-валеологічна освіта» відображає не просто факт об'єднання екологічних та валеологічних знань, а глибинний їхній взаємозв'язок, взаємообумовленість. Здоров'я інтегрує у себе екологічну й валеологічну єдність організму, особистості й оточуючого середовища [11].

Найважливіша ланка неперервної еколого-валеологічної освіти – дошкільна. Його основні завдання: закласти підвалини гармонійних стосунків дітей із зовнішнім середовищем, що характеризуються проявами пізнавального, морального, етичного й естетичного, теоретичного й практичного аспектів, активністю у ставленні до свого здоров'я [3, 4]. З.І. Тюмасєва та Є.Г. Кушніна під еколого-валеологічною освітою дітей дошкільного віку розуміють

природоузгоджувальний процес навчання [10]. Тому необхідно працювати у напрямку створення у дошкільників зачатків саме «планетарного еколого-валеологічного мислення» [11]. Підкреслимо: «Дошкільний вік – це період, коли дитина висловлює своє ставлення до оточуючого світу за допомогою емоцій, почуттів. А відтак пропонується [11] розвивати чуттєве сприйняття дитини, як-от: екологічні емпатію, ідентифікацію, рефлексію. Ці якості спрямовані на розвиток у дошкільника вміння співчувати і співпереживати світові природи, що є невід'ємною вимогою сучасного цивілізованого суспільства» [4, 6].

Тому пропонуємо вирішувати проблеми виховання у дошкільників орієнтацією педагогічної роботи саме на еколого-валеологічно спосіб життя з врахуванням новітніх теоретично-практичних розробок педагогіки та найкращого зарубіжного досвіду (Фінлядія, Швеція). Цей досвід свідчить про те, що розвиток наук екологія та валеологія не пішов нáрізно, відбулася інтеграція, виник своєрідний гібрид, котрий працює і на новий шлях розвитку людства: «Разом з природою!», а не педалює вже давно потухлі гасла: «Назад в природу!» чи «Ми не повинні чекати милості од природи!» Основне, що потрібно робити батькам, педагогам, так це починати еколого-валеологічне стерео-виховання якомога раніше і робити це, спираючись на надзвичайно емоційного сприйняття дітьми усього оточуючого світу.

Література

1. Винер Н. Человек управляющий. – СПб.: Питер, 2001. Режим доступу: http://grachev62.narod.ru/wiener/the_human_use_of_human_beings.html. Час доступу: 01.10.2020.

2. Вічевич А.М., Вайданич Т.В., Дідович А.П. Екологічний маркетинг: Навч. посібник. – Львів: УкрДЛТУ, 2002. – С. 64-66.

3. Глазычев С. Н., Вагнер И. В., Грехова Л. И., Сотникова Н. Н., Буркина И.В. Этнокультура педагогики семьи. М.: Редакционно-издательский центр МГТУ им. М.А. Шолохова, 2008. С. 212.

4. Гонтарь Надежда. Эколого-валеологический подход к обучению детей дошкольного возраста. Ресурси Інтернет. Режим доступу: https://www.maam.ru/detskijsad/-yekologo-valeologicheskii-podhod-k-obucheniyu-detei-doshkolnogo-vozrasta.html. Час доступу: 13.10.2020.

5. Дементьева Е. Экологическое сознание по-фински// Экологический дайжест 2010. Режим доступу: http://www.facepla.net/index.php/content-info/457-eco-mindfinland // FacePla.net. Час доступу: 15.09.2020.

6. Дерябо С.Д., Ясвин В.А. Экологическая педагогика и психология. Ресурси Інтеренет. Режим доступу: https://www.twirpx.com/file/1917224/ Час доступу: 29.09.2020.

7. За что можно полюбить Швецию? Режим доступу: http^||travel/mail/ru|article|38263||| Cfqn Gentitcndbz@mail/ru/2006/ Час доступу: 15.09.2020.

8. Конвенция об охране всемирного культурного и природного наследия от 16.11.1972 ЮНЕСКО. Режим доступу:

https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/heritage.shtml. Час доступу: 03.10.2020.

9. Одум Юджин. Основы экологии. Пер. с 3-го англ. изд. – М., Мир, 1975. – С. 3 – 5, 15.

10. Пономарева Л.И., Тюмасева З.И. Концептуальные основы эколого-валеологической подготовки педагогов дошкольного образования. Монография. – СПБ.: Изд-во МИНПИ «Астерион», 2008. – С. 79-197.

11. Розенберг Г.С., Рянский Ф.Н.Теоретическая и прикладная экология Навчальний посібник. Ресурси Інтернет, Режим доступу: http://proeco.visti.net/lib/teoreticheskayaecologia.pdf. Час доступу: 21.08.2020.

12. Шведы и природа: любовь на всю жизнь Ресурси інтернет Режим доступу: http://toemigrate.com/blog/Sweden/shvedy-i-priroda_-ljubovna-vsju-zhizn.html#cut // Сайт ToEmigrate.com: портал для эмигрантов и иммигрантов. 2012. Час доступу: 15.09.2020.

13. Шульженко А.К. Воспитание эстетического восприятия окружающей среды в европейских странах // Экологическое образование. 2005. № 2. С. 29 – 33.

14. Экологический сайт Финляндии HSY (Helsingin seudun ympäristöpalvelut, фин. Экологические услуги региона Хельсинки). Ресурси Інтернет. Режим доступу: www.hsy.fi// Час доступу: 11.11.2020.

П.М. Лісовський
доктор філософських наук, професор
Відкритий міжнародний університет
розвитку людини «Україна» (м.Київ)

КАРДІОКОД ЯК КРИТЕРІЙ КРИПТОАНАЛІЗУ В ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННІ: НЕЙРОІМУННА МОДУЛЯЦІЯ ЛЮДСЬКОГО ДОВГОЛІТТЯ

Сучасну актуальність до природознавства можна інтерпретувати філософськими методами вивчення в системі криптоаналізу. При цьому необхідно мати міцну фундаментальну матрицю знань у сфері біофізики. Залучення до цього криптоаналізу саме біологічної інформації, поширеної в серцево-судинній системі людини з позицій механіки рідких середовищ, гідродинаміки, математичної фізики, є метою впровадження у фізіологію і медицину нових методів дослідження.

На наш погляд, суть кровотоку в судинах має неоднорідну складну систему у вигляді відповідних елементів крові – еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів, що чергуються їх структурою плазми. Ця структура формується в аорті. Шари елементів крові рухаються як би в мастилі з плазми з дуже малим тертям або з підвищеною плинністю. Адже за один удар серце міняє форму 10 разів в системі фазового коду як направляючої структури кровотоку [1].

Запуск скорочень серця відбувається по його системі, що проводить, – м'язовій вузловій тканині (м'язовим клітинам), спеціалізованим на генеративно-цілісній єдності збудження і гальмування сердечного м'яза. В цьому відношенні є два матричні сектори: синоатріальний (СА-контур або синусовий), розташований в правому передсерді атріовентрикулярний (АВ-контур або передсердно-шлуночковий сектор), розташований на межі передсердя і шлуночків.

Перший з цих резонуючих секторів контурного характеру необхідно назвати рульовим (провідним маніпулятором) сердечного ритму або пейсмекером. У нім електричні імпульси викликають скорочення серця (70 – 80 скорочень в хвилину). Потім імпульси проходять через передсердя і збуджують другий, атріовентрикулярний сектор, який автономно може змусити битися серце, забезпечуючи 40-60 скорочень в хвилину. Через пучок нервових волокон, що проводять, і їх розгалуження збудливий процес поширюється на обидва шлуночки, викликаючи скорочення. Резонансний характер роботи вищесказаних двох режекторних контурів полягає в синхронізації рівнів тиску між передсердям і шлуночками як між барорецепторами низького тиску в аорті і сектором передсердя.

Тому в сучасну епоху глобалізаційних змін, наповнену соціальними конфліктами, необхідно здійснювати діагностику розвитку патологічних процесів в серцево-судинній системі на ранніх стадіях і прогнозувати (передбачати хворобу за декілька місяців до її прояву) [2].

Адже людина, яка цілісно здійснює криптоаналіз, виявляючи «кардіокод» здатна мобільно виявляти патологічні зміни в посудинах, а саме: групу ризику феноменальними рецепціями мудрості, що є надзвичайно актуальним для геронтології як якості людського довголіття.

Таким чином, з цією метою для подовження тривалості життя людини необхідно значно наповнювати свій організм бактеріальною культурою, що має геропротекторні властивості, тобто здатністю уповільнювати процеси старіння. Для цього необхідно розкрити механізми життєздатності відповідних природних рослин, виходячи з того земельного покриву, в якому народився, виховувалася ця людина як багатовекторна творча особа.

Література

1. Лісовський П.М. Інформологія: людина в всесвіт: Навч. посіб. – Київ: Кондор-Видавництво, 2018. – 152 с.

2. Курко М.Н., Лісовський П.М., Лісовська Ю.П. Криптологія: Навч. посіб. – Київ: Видавничий дім «Кондор», 2020. – 248 с.

П.Я. Мандя, заслужений тренер України
О.А. Пермяков, к. пед. н., доцент
А.В. Остапов, ст. викладач
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЗВО

Аналіз сучасної медичної та педагогічної літератури свідчить про те, що в останні роки в Україні помітно погіршився стан здоров'я учнівської та студентської молоді, зросла кількість людей з інвалідністю. А 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, наявність шкідливих звичок (куріння, прийом алкоголю, наркотичних речовин); низький статус фізичного виховання у багатьох ЗВО; неякісну організацію процесу фізичного виховання у ЗВО; недостатню спортивно-матеріальну базу вишів, гіпокінезію та багато інших.

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 підгрунтя здоров'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.

Проаналізувавши і узагальнивши 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'язбережувальні технології». 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 освітний 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 освітній процес на формування в них здоров’язбережувальної та здоров’ярозвивальної компетентностей, 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.

Г.М. Мучник, зав. кабінетом «Клініка, дружня до молоді»
Комунальне неприбуткове підприємство
Охтирської міської ради «Центральна районна лікарня»

ГІРКА ПРАВДА СЬОГОДЕННЯ: ДОМАШНЄ НАСИЛЬСТВО

Епідемія коронавірусної інфекції внесла свої корективи до нашого повсягденного життя. Режим самоізоляції, навчання та робота в режимі онлайн сприяє гальмуванню розповсюдження covid-інфекції. Маємо і негативні сторони протиепідемічних заходів, як-то: збільшення випадків домашнього насилля з усіма його наслідками: депресії, тривожні розлади, панічні атаки, психосоматичні захворювання, збільшення вживання алкогольних напоїв та психоактивних речовин і навіть суїциди. Вірогідність насилля вища у сім'ях, де і до карантинних заходів були конфлікти.

В усьому світі нині має місце зростання насильства в сім'ї, Україна – не виняток. У порівнянні з 2019 роком кількість кримінальних справ, пов'язаних з домашнім насильством, подвоїлась. І це – лише верхівка айсбергу. Постраждалі

не завжди звертаються до правоохоронних органів по допомогу через страх помсти або вважають побої, погрози, приниження за звичайні стосунки у сім'ї.

До міськрайонного відділу поліції Сумської області за 10 місяців 2020 року було 295 звернень з приводу домашнього насильства проти 162 за той же період 2019 року. Частіше жертвами стають жінки, хоча інколи серед постраждалих є і чоловіки. Жертвами кривдників стають і найнезахищеніші: діти, особи старшого віку, а також люди з інвалідністю.

Пандемія, фінансова незахищеність, стрес, невпевненість у завтрашньому дні призвели до посилення агресії. Кривднику не треба довго шукати жертву: вся сім'я вимушена бути вдома, от і має на кому зігнати злість та довести свою оманну значущість. Особливо небезпечно, коли жертвами домашнього насильства стають підлітки та діти. Наслідки цього можуть бути жахливими як для тендітної психіки, так і для соматичного здоров'я. Ніхто з батьків, звісно, не хоче, щоб їх дитина споживала та була залежна від алкоголю, наркотиків, брала участь у бійках, скоїла протиправні злочини. А саме це зазвичай стається із тими дітьми, яких не долюбили, які були жертвами або свідками насильства у сім'ї.

Ще до коронавірусної інфекції в Україні кожна друга дитина була жертвою психологічного насилля, кожна третя – фізичного, кожна п'ята – сексуального.

Багато кого здивує ця статистика. Пересічні громадяни за насилля вважають тільки фізичні діяння (побиття, опіки, ляпаси), а за сексуальне – зґвалтування. Це не так. Якщо дитина є свідком або об'єктом принижень, погроз, зауважень у зневажливій формі, постійної критики – вона є жертвою психологічного насилля. І те безслідно не минає – призводить до розвитку почуття неповноцінності, депресивним, а іноді асоціальним формам поведінки, порушенням здатності до самореалізації.

Сексуальне насилля – це коли дорослі члени сім'ї, не стидаючись дітей, демонструють свої статеві органи, беруть участь у статевих контактах при дітях, роблять їм непристойні пропозиції, мацають статеві органи дитини, змушують торкатися чужих статевих органів, фотографують оголену дитину і навіть вступають з нею у статеві контакти. Такі випадки сексуального насильства замовчуються. А воно нерідко відбувається у сім'ях. Зазвичай, жертвами сексуального насильства бувають діти молодші 12-ти років, але найчастіше вік жертв 3-7 років, і дитина не розуміє, що коїться.

Економічне насильство – це незадоволення основних потреб дитини, відмова чи зволікання у виплаті аліментів, повна відмова дитині в грошах, примус тяжко працювати, використання її як засобу торгу при розлученні.

До Охтирського відділу поліції за 10 місяців 2020 року надійшло всього 4 повідомлення про випадки домашнього насильства стосовно дітей. Насправді їх набагато більше. У багатьох родинах побиття, приниження, лайка нецензурними словами вважається як дієвий спосіб «виховання», за нормальне спілкування.

Сімейним кривдникам хочу нагадати, що з 2019 року діє Закон України «Про попередження насильства в сім'ї». У ньому, зокрема, зазначено: особи, винні у порушенні вимог законодавства про охорону дитинства або такі, котрі

вчинили насильство в сім'ї, несуть кримінальну, або цивільно-правову відповідальність, а це вже громадські роботи на строк від ста п’ятдесяти до двохсот сорока годин або арешт на строк до шести місяців, або обмеження волі на строк до п'яти років, чи позбавлення волі на той самий строк.

Жертвам сімейного насильства треба звертатися по допомогу до поліції, у служби в справах дітей. Конкретні юридичні поради та психологічну підтримку можна отримати, звернувшись за телефоном Національної гарячої лінії: 0800500335, за телефоном дитячої «гарячої лінії» 116111. Замовчування про насильство в сім'ї – це ненормально, бо воно породжує низку всіляких, іноді непоправних, бід. Це гірка правда сьогодення.

Т.Г. Омельченко, к. фіз. вих., доцент
Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Актуальність. Пандемії (відповідно до критеріїв ВООЗ, – поширення нового захворювання в світових масштабах) переслідували людство протягом всієї його історії [3]. Чума, холера, віспа, грип – всі ці захворювання в певні епохи вражали мільйони людей на всій планеті, завдаючи величезної шкоди світовій економіці.

Пандемія COVID-19 не є винятком. Чим більше люди стурбовані фізичною небезпекою, яку представляє вірус, тим більше вони недооцінюють психічну шкоду, спричинену, негативними емоційними станами. Епідемія монотонності, з якої зараз стикається більшість в Україні, опинившись на самоізоляції, є особливим варіантом того, що психологи називають «дозвільної нудьгою» [2]. Оскільки більшість людей не стикалося з такою проблемою раніше, сильна нудьга може бути пов'язана з безліччю проблем, включаючи депресію, азартні ігри, алкоголізм, токсикоманію і навіть самогубство. Враховуючи зазначене вище формування здорового способу життя в умовах пандемії є актуальною проблемою.

Мета дослідження: обґрунтувати роль засобів рухової активності у формуванні здорового способу життя та профілактиці негативних наслідків пандемії.

Виклад основного матеріалу. В структурі здорового способу життя рухова активність є потужним засобом зміцнення здоров'я населення та забезпечення високої працездатності. У зв`язку з цим, необхідно шукати дієві шляхи залучення українців до рухової активності з метою збереження та зміцнення здоров'я. Регулярна рухова активність у вільний час, дозволяє відновити фізичну й психоемоційну працездатність людини.

Результати проведеного онлайн-опитування свідчать про те, що більшість українців, у віці 21-35 років, не займаються формуванням власного здоров’я, не мають сформованих навичок здорового способу життя про що свідчать низький

рівень рухової активності, хаотичність розпорядку дня, недотримання раціонального режиму харчування, наявність шкідливих звичок, тощо. У нашому опитуванні приймали участь більшість жінок, що становило 82% від усіх респондентів.

Враховуючи мотиви жінок 21-35 років до занять руховою активність, а саме: бажання отримати задоволення від занять, позитивні емоції, добре самопочуття, досягнення краси, корекцію тілобудови (фігури) на основі результатів онлайн-опитування було визначено пріоритетний вид рухової активності - сучасний танець. Підтвердженням доцільного вибору є систематичний перегляд 73% респонденток телевізійного проекту «Танці з зірками».

Займатися танцями, можна людям абсолютно будь-якого віку, включаючи, природно, найповажніший вік. Доведено, що заняття танцями продовжують тривалість життя, сприяють підтримці загального тонусу, дозволяють тривалий час залишатися працездатним. Люди, які займаються танцями, живуть довго. Як приклад, всесвітньо відомий український танцюрист і хореограф Григорій Чапкіс (24.02.1930) на свій 85-річний ювілей, продемонстував на сцені неймовірний танцювальний майстер-клас, що є прикладом для наслідування.

Танцювальна терапія є досить ефективною для людей, які знаходяться у важких стресових ситуаціях. Під музичний супровід відбувається інтенсивний викид найбільш негативних емоцій, накопичених образ, душевної порожнечі, нездійснених бажань, невиправданих надій. Тренери зазначають: навіть якщо ви починали виконувати танцювальні рухи з абсолютно негативним настроєм, то через певний період часу ви обов'язково відчуєте позитивний ефект танцювального мистецтва [1]. У зв`язку з цим, серед кваліфікованих тренерів користується популярністю вираз «витанцюйте ваші проблеми».

З метою реалізації проекту «Формування здорового способу життя засобами рухової активності в умовах пандемії» ми звернулися до провідних танцювальних клубів міста Києва, а саме: «Меридіан», «Фреш», «Діамант» та «Акцент» з пропозицією забезпечити онлайн- майстер класи провідних тренерів клубів відповідно розкладу занять протягом тижня безкоштовно.

Тиждень доступних танців онлайн-форматі – це ефективний спосіб популяризації здорового способу життя через танець. Провідні танцювальні клуби безкоштовно в режимі відеоконференції навчали усіх бажаючих хіп-хопу, контемпу, ча-ча-ча, танго, румбі , сальсі, східному танцю та багатьом іншим стилям. Учаснику необхідно вибрати напрям танцю, зареєструватися та в зазначений час перейти за вказаним посиланням. Заняття відбувалися на протязі 7 днів, кожного дня, тривалістю 40 хвилин. За бажанням учасник має можливість надіслати електронної поштою відеозапис і взяти участь у конкурсі. Згодом обрати для себе заняття на дозвіллі. Головна мета – промоція здорового способу життя, рухової активності та спорту; показ того, що танець може бути цікавим, захопливим, а головне – доступним у будь-якому віці.

Висновки. Танець активізує діяльність нервової системи, регулює настрій і ступінь психічного напруження, дозволяє розслабити або й зовсім позбутися викликаного стресом психічного й м'язового напруження. У зв`язку є цим

танець є ефективним засобом формування здорового способу життя в умовах пандемії.

Література

1. Поляков С.С. Основы современного танца. – Ростов на дону: Феникс, 2015.

2. Порхуновій С. Стреси на роботі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://megasite.in.ua/55688-stresi-na-roboti.html

3. World health statistics 2019. WHO, Geneva, 2019. 87 p. Режим доступу: http ://www. health, gov/pagui delines.

Н.М. Пивовар, доцент
кафедри педагогічної майстерності та
менеджменту імені І.А. Зязюна
Т.В. Хілінська, асистент
Полтавський національний педагогічний
університет імені В.Г. Короленка

ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА – ЦЕ ПРАВО КОЖНОЇ ДИТИНИ НА ОТРИМАННЯ ЯКІСНИХ ОСВІТНІХ ПОСЛУГ

«Що для мене означає інклюзивна освіта? Це розвиток потенціалу кожної людини»
(Лариса Байда, представник Національної Асамблеї людей з інвалідністю України)

Інклюзивна освіта забезпечує рівне ставлення до всіх людей, виключає будь-яку дискримінацію і створює особливі умови для дітей, що мають особливі освітні потреби. Всі діти є цінними та активними членами суспільства. Це заявка освіти України на демократизм і гуманізм.

Гуманізація освіти – «центральна складова нового педагогічного мислення, яка передбачає перегляд та переоцінку всіх компонентів педагогічного процесу в світлі їхньої людинотворчої функції. Вона означає повагу школи й педагогів до особистості дитини, довіру до неї, прийняття її особистісних цілей, запитів й інтересів; створення максимально сприятливих умов для розкриття й розвитку здібностей і обдарувань дитини…» [1, 76].

Головна мета діяльності вчителя – створити ситуацію успіху для розвитку особистості дитини, дати кожному вихованцеві можливість відчути радість успіху, усвідомити свої здібності, повірити у власні сили. Завдання педагога – допомогти особистості дитини зрости в успіху, відчути радість від подолання труднощів, зрозуміти, що задарма в житті нічого не дається, скрізь необхідно докласти зусиль, і успіх буде еквівалентний витраченим зусиллям. В ідеальному варіанті інклюзія передбачає повне залучення всіх учнів в усі аспекти навчання і шкільного життя» [2, 15].

У сучасному житті необхідний творчий пошук нових підходів, концептуальних шляхів і змістовних форм у роботі з дітьми та їхніми батьками.

Таку підказку можуть надати праці та досвід видатного вченого, українського педагога В.О. Сухомлинського, який постійно приділяв увагу важливій і складній проблемі – виховання та навчання «особливих» дітей.

В одній із ста порад учителеві можна знайти наступні рядки: «Не допускайте, щоб дитина переживала безвихідну гіркоту відставання, якусь свою неповноцінність». У цих рядках криється великий сенс, який чітко окреслює найважливіші принципи особистісно-орієнтованого підходу, які і лягли в основу сучасного інклюзивного навчання, а саме:

1) принцип визнання відсутності нездібних дітей;
2) принцип урахування нерівності розумових здібностей дітей;
3) принцип неповторності кожної дитини [3].

Хочеться висловити впевненість у тому, що процеси інтеграції дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітніх навчальних закладах набудуть значного поширення і стануть успішними та підкріпленими змінами ставлення суспільства до цих дітей.

Література

1. Гончаренко С.У. Український педагогічний словник. – К.: Либідь, 1997. – 206 с.
2. Лорман Т., Деппелер Дж., Харві Д. Інклюзивна освіта: Практичний посібник. – К.: СПДФО Парашин І.С., 2010.
3. Сухомлинський В. О. Сто порад учителеві. – К.: Рад. шк., 1988. – 304 с.

Л.М. Рибалко, д. пед. н, професор
завідувач кафедри фізичної культури та спорту
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

КЛАСИФІКАЦІЯ ОСВІТНІХ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

В умовах оновлення суспільно-економічного життя актуальною залишається проблема формування, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я людини. Згідно Конституції України людина, її життя і здоров'я визнаються найвищою соціальною цінністю, формування якої має забезпечити освіта впродовж життя. Саме тому постає об'єктивна потреба у розробленні здоров'язбережувальних технологій та впровадженні їх у освітній процес не лише шкіл та дошкільних закладів, а й вищих навчальних закладів, які забезпечать формування в молодого покоління здоров'язбережувальної та здоров'ярозвивальної компетентностей, відповідної культури здоров'я, утвердження пріоритету здорового способу життя. Застосування здоров'язбережувальних технологій сприятиме комплексному вдосконаленню змісту освітнього процесу та його навчального середовища в аспекті здоров'язбереження.

Нині функціонує чимало освітніх здоров'язбережувальних технологій, які науковці класифікують за певними ознаками. Так, Н. К. Смірновим [2] розроблена базова класифікація здоров'язбережувальних технологій, яка є найбільш універсальною для фахівців різних галузей. Зокрема ним виокремлено такі блоки:

– *медико-гігієнічний* (дотримання санітарногігієнічних норм та забезпечення медичною допомогою учасників навчально-виховного процесу);

– *фізкультурно-оздоровчий* (використання засобів фізичної культури для розвитку фізичних якостей та зміцнення здоров'я);

– *екологічний* (формування у школярів екологічної свідомості та прагнення до збереження навколишнього середовища);

– *безпека життєдіяльності* (дотримання правил безпеки життєдіяльності, охорони праці, цивільної оборони);

– *оздоровчий* (використання занять лікувальної фізкультури, профілактика порушень постави та зниження гостроти зору);

– *розвивально-адаптуючий* (використання у навчально-виховному процесі соціальних та психологічних тренінгів для вчителів, учнів та батьків).

О. Ващенко виділяє такі типи здоров'язбережувальних технологій [4]:

– *здоров'язбережувальні* (технології, що створюють безпечні умови для навчання та праці та ті, що сприяють вирішенню завдань раціональної організації виховного процесу, відповідності навчального та фізичного навантажень можливостям людини);

– *оздоровчі* (технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я, підвищення ресурсів здоров'я);

– *технології навчання здоров'ю* (гігієнічне навчання, формування життєвих навичок, профілактика травматизму, статеве виховання);

– *виховання культури здоров'я* (виховання особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя).

За характером діяльності здоров'язбережувальні технології можуть бути як окремі (вузькоспеціалізовані), так і комплексні (інтегровані). За напрямом діяльності серед окремих здоров'язбережувальних технологій розрізняють такі: медичні (технології профілактики захворювань; корекції і реабілітації фізичного здоров'я; санітарно-ггієнічні); освітні, що сприяють здоров'ю; соціальні (технології організації ЗСЖ; профілактики і корекції девіантної поведінки); психологічні (технології профілактики і психокорекції психічних відхилень особистісного та інтелектуального розвитку)[1].

Базова класифікація здоров'язбережувальних технологій, розроблена М. Гончаренко [1, с. 33], включає:

– *медико-гігієнічні технології* (дотримання санітарно-гігієнічних норм, надання повноцінної медичної допомоги суб'єктам навчально-виховного процесу тощо);

– *фізкультурно-оздоровчі технології* (загартовування, розвиток фізичних якостей (сили, швидкості, гнучкості, витривалості));

– *екологічні здоров'язбережувальні технології* (підвищення рівня духовно-етичного здоров'я учнів, формування у них екологічної свідомості та прагнення до збереження навколишнього середовища);

– *технології забезпечення безпеки життєдіяльності* (дотримання правил пожежної безпеки, охорони праці, цивільної оборони тощо);

– *лікарсько-оздоровчі технології* (реалізація принципів лікувальної педагогіки та лікувальної фізкультури);

– *соціально-адаптуючі й особистісно розвивальні технології* (упровадження у навчально-виховний процес програм соціальної та сімейної педагогіки, соціально-психологічних тренінгів для вчителів, учнів і їх батьків);

– *здоров'язбережувальні освітні технології* (застосування психолого-педагогічних методів і прийомів, спрямованих на здоров'язбереження дітей і підвищення ефективності навчально-виховного процесу).

Виокремлені типи здоров'язбережувальних технологій зорієнтовані на формування в суб'єктів освітнього процесу здоров'язбережувальної та здоров'ярозвивальної компетентностей завдяки зміцненню в них ціннісного ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших людей, розширенню бази знань про здоров'язбережувальну поведінку й удосконалення умінь і навичок збереження індивідуального здоров'я на рівні духовного, соціокультурного й фізичного складників.

Аналіз змісту сучасних технологій здоров'язбереження дає можливість виокремити такі їх типи (за О. Ващенко):

- *здоров'язбережувальні* – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини;
- *оздоровчі* – технології, спрямовані на зміцнення фізичного здоров'я учнів/студентів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я (фізична підготовка, фізіотерапія, аромотерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія);
- *технології навчання здоров'ю* – навчання гігієнічній поведінці, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загально-навчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти;
- *виховання культури здоров'я* – виховання в учнів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини [5, с. 17-18].

Отже, аналіз та узагальнення наукової та методичної літератури дає змогу стверджувати, що упровадження здоров'язбережувальних технологій у системі

освіти пов'язується з використанням комплексу заходів, до яких відносимо: медичні, фізкультурно-оздоровчі, лікувально-оздоровчі, реабілітаційні, соціально-адаптаційні, екологічні та забезпечення безпеки життєдіяльності.

Література

1. Антонова Л.Н., Шульга Т.И., Эрдынеева К.Г. Психологические основания реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях. М.: Изд-во МГОУ, 2004. 100с.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.В. Медико-социальные проблемы воспитания подростков: монография. М.: ПедиатрЪ, 2014. 540 с.
3. Бойченко Т.Є., Василашко І.П., Коваль Н.С. Основи здоров'я : підруч. для 9 кл. загальноосвіт. навч. закл.. К. : Генеза, 2009. 160 с.
4. Ващенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховному процесі. Здоров'я та фізична культура, 2006. № 8. С. 1-6.
5. Ващенко О., Свириденко С. Здоров`язберігаючі технології в загальноосвітніх навчальних закладах. Директор школи, 2010. № 20. С. 12-20.

Т.В. Сахно, д. х. н., професор
Р.В. Цуркан, магістр
Полтавський державний аграрний університет
А.О. Семенов, к. ф.-м. н., доцент
Полтавський університет економіки і торгівлі
Н.В. Семенова, науковий співробітник
Полтавська академія наук технологічної кібернетики України

ПРОРОЩЕНЕ НАСІННЯ – ДЖЕРЕЛО ХАРЧОВИХ І БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

В даний час спосіб життя населення України змінився в бік «здорового способу життя і більш здорової їжі». Попит на продукти харчування більше орієнтований на дієти, багаті фруктами і овочами, які характеризуються високим вмістом біоактивних молекул. Особливу роль відіграють готові до вживання овочі, зібрані на початкових і найбільш ранніх стадіях росту рослин, які широко відомі як «проросле насіння» [1]. Термін «проросле насіння» включає різні типи продуктів, отриманих з насіння, в залежності від споживаної частини рослини, зокрема, від того, чи включене насіння або воно видаляється і умов навколишнього середовища під час проростання. Для кожного з цих продуктів зустрічається кілька визначень (наприклад, мікрозелень, пагони, дитяча зелень, крес-салат, пирій), широко поширених в науковій літературі, і один і той же термін може відноситися до різних типів продуктів. Це часто призводить до непорозумінь, позбавляючи фахівців базової термінології, на яку необхідно вказати, оскільки визначення в західних країнах дано для «паростків» і «пророслих зерен». «Паростки» (Регламент (ЄС) № 208/2013) – це

«продукт, отриманий в результаті проростання насіння і їх розвитку в воді або іншому середовищі, зібраний до розвитку справжніх листків і призначений для вживання в їжу повністю, включаючи насіння».

В цій роботі ми розглядаємо передпосівну стимуляцію насіння пшениці для підвищення енергії проростання та схожості, збільшення біомаси [2].

Продукти на основі насіння пшениці є джерелом цінних, необхідних для створення збалансованих поживних речовин (нутрієнтів). Біоактивоване насіння пшениці є перспективною сировиною у виробництві дієтичних добавок, оздоровчих та функціональних харчових продуктів.

Однак, виробництво пророщеного зерна пшениці пов'язане з низкою невирішених завдань, серед яких інтенсифікація процесу пророщення та мікробіологічна безпека кінцевого продукту.

Сучасні способи інтенсифікації процесу пророщення єднають у собі сукупність фізичних та хімічних способів впливу на сировину [3]. Аналіз сучасних способів інтенсифікації процесу отримання пророслого зерна пшениці показав, що УФ- та озонові технології є найбільш привабливими для цієї мети.

Озон є потужним окисником і чинить комплексну дію на насіннєвий матеріал: стимулюючу та стерилізуючу. УФ-С випромінювання та озон чинять високу знезаражуючу дію на патогенні мікроорганізми, що дозволяє підвищити мікробіологічну безпеку об'єкту, який обробляється.

Метою наших досліджень було встановлення впливу різних технологічних чинників (довжина хвилі УФ-випромінювання, концентрація озону, доза опромінювання) на інтенсивність процесу пророщення.

Найбільш енергетично-ефективною дозою УФ-випромінювання є область С (200 – 280 нм) [4].

В якості об'єктів досліджень використовували зерно врожаю 2020 року, яке відповідало вимогам ДСТУ 3768-2010 «Пшениця. Технічні умови» за такими показниками якості: вологість 14%, скловидність 87 %, масова частка сирої клейковини 30 %.

Енергію проростання та схожість насіння сільгоспкультур визначали в лабораторних умовах відповідно до методики [ДСТУ-4138-2002]. Вказані показники визначаються у відсотках. Проби для проведення досліджень відбирали із партії насіннєвого матеріалу, відповідно до вимог. Для проведення експериментальних досліджень із отриманих проб було відраховано 200 насінин для контрольного зразку та по 200 зернин для УФ-опромінення однією із доз в діапазоні від 50 до 2000 Дж^2.

Насіння перед УФ-опроміненням, відповідно до методики [ДСТУ-4138-2002], розкладалось на кількох шарах зволоженого фільтрувального паперу в чашках Петрі і витримувалось в термостаті при температурі 7±2 °С протягом 24 годин. Потім зразки насіння, крім контрольних, опромінювали ртутними лампами низького тиску, що випромінюють в УФ-С області.

При проведенні експериментальних досліджень використані розрядні УФ лампи низького тиску, що і в роботі [6].

Згідно отриманих експериментальних результатів залежності схожості від дози УФ-опромінення визначили, що оптимальними дозами для опромінення

насіння пшениці є 400 – 600 Дж/м^2, при яких кількість пророслого насіння є максимальною. Дози, наближені до 1000 Дж/м^2 і більші, спричиняють спад вказаних показників. Результати досліджень енергії проростання та схожості насіння пшениці при дозі УФ-С опромінення 500 Дж/м^2 показали, що енергія проростання збільшилася в порівнянні з контрольними зразками на 7 – 12 %, а схожість на 9 – 15 %.

Література

1. Сафонова О. М. Дослідження впливу озоно-повітряної суміші на процес пророщення зерна пшениці / О. М. Сафонова, О. А. Холодова, А. В. Бородіна, Т. А. Єпіхіна // Наукові праці [Одеської національної академії харчових технологій]. – 2011. – Вип. 40(1). – С. 50-53. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Np_2011_40(1)__16.
2. Semenov Anatoly, Korotkova Irina, Sakhno Tamara, Marenych Mykola, Hanhur Volodymyr, Liashenko Viktor, Kaminsky Viktor. Effect of UV-C radiation on basic indices of growth process of winter wheat (*Triticum aestivum* L.) seeds in pre-sowing treatment. Acta agriculturae Slovenica, 116/1. Ljubljana, 2020. P. 49-58.
3. Семенов А. О., Бургу Ю. Г., Кожушко Г. М., Маренич М. М., Сахно Т. В. Вплив ультрафіолетового випромінювання на проростання, схожість та ростові процеси насіння пшениці. Вісник полтавської державної аграрної академії. 2018. № 4 (91). С. 70-75.
4. Семенов А. О., Кожушко Г. М., Сахно Т. В. Ефективність проростання насіння ріпаку при передпосівному опроміненні його УФ-випроміненням різного спектрального складу. Вісник полтавської державної аграрної академії. 2018. № 3 (90). С. 27-31.
5. Semenov A., Kozhushko G., Sakhno T. Influence of UV radiation in pre-sowing treatment of seeds of crops. Technology audit and production reserves. – 2019. № 1/3 (45). С. 30-32.
6. Семенов А. О. Особливості конструкції одноцокольних ламп для ультрафіолетового опромінювання. Scientific Journal «ScienceRise». 2014. № 5/2 (4). С. 64-67.

О.А. Согоконь, к. пед. н., доцент
Полтавський національний педагогічний університет
імені В.Г. Короленка

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ КОМПОНЕНТИ У ПРИРОДНИЧОНАУКОВІЙ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

При аналізі сучасних літературних джерел ми з'ясували, що важливою ідеєю природничонаукової підготовки фахівця фізичної культури є ідея здоров'язбереження. Сучасна педагогічна наука розглядає поняття «здоров'язбереження» як процес, що сприяє формуванню, зміцненню і

збереженню здоров'я учнів та студентів у закладах освіти (В. Бабич, М. Безрук, Н. Васильєва, Н. Гонтаровська, О. Данильченко, О. Жабокрицька, С. Мельник). При визначенні інтегрованого поняття «природничонаукова підготовка фахівця фізичної культури» зазначено, що це спеціально організований процес оволодіння предметними медико-біологічними компетентностями та формування на цій основі професійних якостей, необхідних для майбутньої професійної діяльності. Цей процес існує у системно-синергічному взаємозв'язку з гуманітарною, соціально-економічною, професійно-практичною підготовкою та практикою навчально-тренувальної діяльності фахівця [5, с. 8].

Сучасні науковці (Н. Башавець, С. Гончаренко, І. Васютенкова, Л. Воротняк, Л. Демінська, Л. Данилова, С. Мединський, В. Омеляненко, А. Петров, П. Хоменко, А. Чорноштан) підкреслюють, що фахівцю фізичної культури належить провідна роль у передаванні знань і умінь здоров'язбереження, тому формування здоров'язбережувальної компетентності майбутнього фахівця фізичної культури є необхідним та обов'язковим компонентом його професійної підготовки. Н. Башавець під здоров'язбережувальною компетентністю розуміє високий рівень майстерності виконання особистою здоров'язбережувальної діяльності, що характеризуються глибокими знаннями щодо збереження та зміцнення здоров'я, можливість вільного володіння здоров'язбережувальною діяльністю та відповідними компетенція ми [1, с.121]. Ми визначаємо здоров'язбережувальну компетентність, як інтегративну якість фахівця, для якої характерною є складна система організації знань, умінь, досвіду діяльності, професійних і особистісних якостей, виявлена в єдності аксіологічного (цінностей професійної культури, творчих якостей особистості, прагнення до професійного самовдосконалення), гносеологічного (біологічних, медичних, здоров'язбережувальних знань) й операційного (професійних знань, умінь, навичок і досвіду використання технологій фізичного виховання) компонентів, забезпечення фізичного та психічного здоров'я вихованців та збереження власного здоров'я. Здоров'язбережувальна компетентність включає володіння фахівцем здоров'язбережувальними технологіями та передбачає створення здоров'язбережувального середовища, центром якого є здоров'язбережувальна діяльність майбутнього фахівця фізичної культури [2, 3].

Головною метою і результатом формування здорового способу життя майбутніх фахівців є створення ціннісно-орієнтованої настанови на здоров'я і здоровий спосіб життя, головною складовою якої є готовність до опанування знаннями, уміннями і навичками своєї здорової життєдіяльності на всіх етапах навчання та вміння передавати їх вихованцям у своїй професійній діяльності [5, с. 39].

Ми розглядаємо здоров'язбережувальну компетентність, як інтегральну динамічну рису особистості, що проявляється у здатності організовувати і зберігати свою здоров'язбережувальну діяльність, реалізовувати власні здоров'язбережувальні позиції, виходячи з особисто усвідомлених та засвоєних моральних норм та принципів, вміти протистояти впливам що суперечать

внутрішнім установкам, поглядам і переконанням, самостійно приймати моральні рішення.

Формування у студентів спрямованості мислення на збереження й зміцнення здоров'я – є невід'ємним компонентом здоров'язбережувальної компетентності майбутніх фахівців, яка розглядається не тільки як медико-валеологічна інформованість, але й застосування здобутих знань на практиці, володіння методиками запобігання захворюванням і зміцнення здоров'я.

Важливим компонентом формування фахівця фізичної культури є створення здоров'язбережувального освітнього простору, яке пропонуємо розглядати, як соціально організоване виховне середовище, в якому пріоритетами є культура здоров'я, здоровий спосіб життя та прогнозування здоров'язбережувальної діяльності. Під терміном «здоров'язбережувальний освітній простір» розуміємо спеціально організоване фахівцем фізичної культури середовища, в якому умови спрямовані на формування, зміцнення та збереження фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я вихованців і задоволення їхніх потреб у здоров'язбереженні. Здоров'язбережувальний простір забезпечує усвідомлення його суб'єктами цінності здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я, формування навичок культури здоров'я та самовдосконалення.

Таким чином, ми визначили головні здоров'язбережувальні компоненти, які необхідні при підготовці фахівців фізичної культури, що направлені на формування, збереження та зміцнення здоров'я вихованців та створення здоров'язбережувального освітнього простору. Подальші наукові розвідки у даному напрямі полягають у обґрунтуванні принципів, методів та умов впровадження здоров'язбережувальних освітніх технологій, що забезпечить інтеграційну підготовку фахівця фізичної культури.

Література

1. Башавець Н.М. Здоров'язбережувальна компетентність майбутнього фахівця як основа його культури. Наука і освіта. 2013, №1 – 2. С. 120-121.

2. Табінська С.О. Модернізація професійно-педагогічної підготовки майбутніх бакалаврів з фізичного виховання: автореф. дис. канд. пед. наук. Запоріжжя, 2016. – 20 с.

3. Тимошенко О.В. Теоретико-методичні засади оптимізації професійної підготовки вчителів фізичної культури у вищих навчальних закладах: дис. … доктора пед.. наук : 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти», Київ. – 2009. – 587 с.

4. Фізкультурно-оздоровчі та спортивні технології в освітньому просторі: теорія і практика: Колективна монографія за заг. ред. д.пед.н. О. О. Момот, к.пед.н. Ю. В. Зайцевої. – Полтава, 2020. – 339 с.

5. Хоменко П.В. Професійна підготовка майбутнього вчителя фізичної культури: Монографія. – Полтава, 2012. – 379 с.

А.А. Тимчій, аспірантка
Черкаський національний університет
імені Богдана Хмельницького

ДО ПИТАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРИФЕРІЙНОГО ЗОРУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Зір є найважливішим джерелом інформації для людини, зоровий аналізатор надає в кілька разів більше корисної інформації про зовнішній світ, ніж всі інші органи чуття разом узяті [1]. Зір прийняв на себе величезні навантаження, на які не був запрограмований в ході еволюції. Через це виникають різні дефекти.

Одним з таких порушень, котре набуло в сучасному світі характер епідемії є міопія. Короткозорість, або міопія – це сильна рефракція. Паралельні промені збираються у фокус попереду сітківки, тому на сітківці виходить нечітке, у колах світлорозсіювання, зображення [2].

З'ясовані основні чинники та характер протікання короткозорості [3]. Втім проведені дослідження в основному стосуються клінічних проявів цього явища. Не до кінця з'ясовані біологічні фактори формування міопії у онтогенезі. Тим більше актуальним є дослідження формування короткозорості у окремих групах дітей певної місцевості, образу життя, навчальних навантажень і т.п. Мало досліджень особливостей полів зору у сучасних школярів та гостроти зору. Тому метою дослідження було вивчення периферійного зору у школярів з нормальною гостротою зору та міопією.

На рис. 1 представлена різниці між полями зору для білого подразника та кольоровими подразниками у школярів 16-17 років.

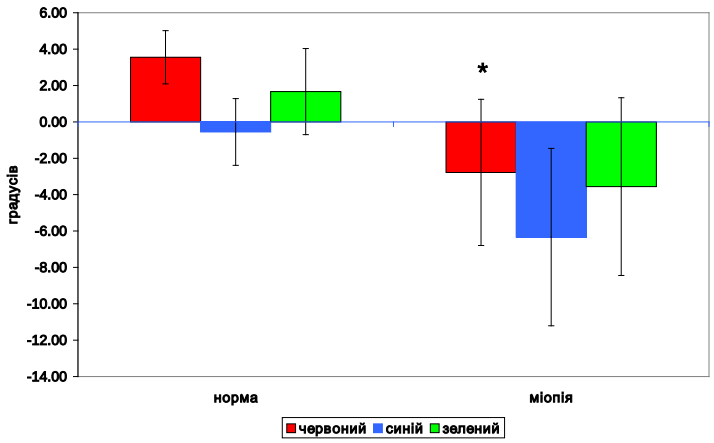


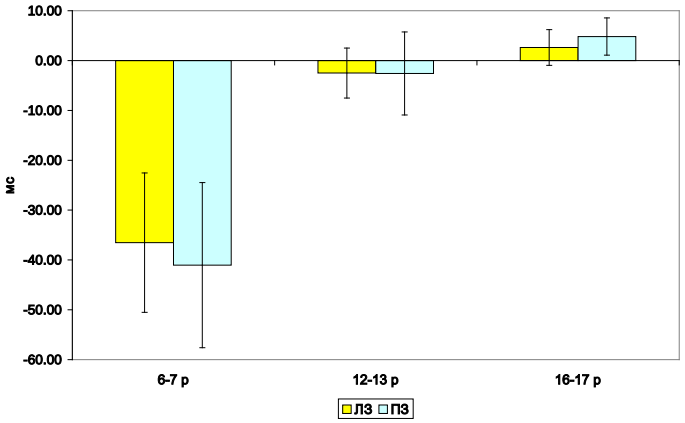
Рисунок 1. Різниця між полями зору для білого подразника та кольоровими подразниками у школярів 16-17 років.

Звертає на себе увагу те, що різниці між полями зору для білого та інших кольорів не значні. Виявлений факт парадоксального визначення кольорів при периметрії. Вимірювані при визначенні кольору на периферії зору називали його помилково, проходила інверсія кольорів. Цілком можливо це пояснюється

широким використанням гаджетів з насиченою кольоровою палітрою. Внаслідок цього може погіршуватись чи бути парадоксальним кольоросприйняття на периферії.

Аналіз реакції на рухомі об'єкти, що подавались з різних полів зору показав наступне. Різниць між цими показниками для різних полів зору не було. Також не знайдено різниць в точності реакції між особами з міопією та школярів з нормальною гостротою зору.

Разом з цим існують суттєві різниці в РРО між різними віковими групами (рис. 2).



Р

Рис. 2. Реакції на рухові об'єкти, що подаються з різних полів зору у школярів різного віку.

Це свідчить про те, що РРО відображає стан не периферійної, а центральної ланки зорового аналізатора. У дітей 6-7 років переважають процеси збудження при аналізі зорової інформації з різних полів зору. Стабілізація процесів збудження та гальмування відбувається вже у 12-13 років.

Висновки:

1. Виявлений факт парадоксального визначення кольорів при периметрії. Вимірювані при визначенні кольору на периферії зору називали його помилково, проходила інверсія кольорів.
2. Показано, що точність реакції на рухові об'єкти які подаються з різних полів зору вірогідно менша у молодших школярів.

Література

1. Алесина И.Л., Чечельницкая С.М., Демьянова Т. Г., Авдеева Т.Г. Заболевания глаз и успеваемость детей в школе // Детская больница. – 2010(1). – С. 45-48.
2. Аллен Питер; Радхакришнан Хема. Миопия. Часть I. Современная оптометрия. – 2011, 1. – С. 31-36.
3. Баринова К. О., Корнилова Е.Л., Батманов Ю. Е. Современные аспекты этиопатогенетического лечения близорукости // Глаз. – 2008, № 2. – С. 17-21.
4. Вайнер Кэтрин. Миопия. Часть II. Распространение и патология // Современная оптометрия, 2011, 2. – С.25-31.

В.О. Хилько, викладач
ЗФПО «Київський фаховий медичний коледж №3»

ПРОБЛЕМИ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Оцінка стану психічного здоров’я населення викликає занепокоєння усього світового товариства та підлягає дослідженню. Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі.

Відповідно до статті 3 Конституції України, зазначено, що людина, її життя і здоров’я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються найвищою соціальною цінністю [2], саме стан здоров’я людей, який є основним із соціальних індикаторів суспільного прогресу потребує активізації виховання почуття свідомого ставлення до нього [4, 5]. Так як збереження здоров’я є важливою умовою щодо забезпечення вимог соціального та економічного розвитку країни, то інформація про його стан набуває особливого статусу [6, 8], а одним з основних компонентів планування розвитку медичної галузі є вивчення динаміки показників поширеності та захворюваності населення [9].

Мета дослідження – визначити і проаналізувати показники стану психічного здоров’я населення України в цілому та чинники, які впливають на його стан.

У роботі використано статистичні матеріали Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Інституту Громадського здоров’я, результати вибіркових досліджень захворюваності та поширеності хвороб серед населення України, результати анкетування серед населення за шкалою HADS (Госпітальної Шкали Тривоги та Депресії).

Аналізом захворюванності населення було охоплено період з 2012-го по 2020-й роки. Предметом дослідження є стан психічного здоров’я та захворюваність. Об’єкт дослідження – населення України, міста Києва.

В пошуковій роботі використовувалися наступні методи дослідження, а саме: теоретичний, який включає аналіз, синтез, системний підхід, бібліосемантичний, статистичний.

Стан здоров'я населення обумовлює щастя і довголіття як окремої людини, так і процвітання всієї нації. Однак за останні роки у стані здоров'я населення України спостерігається стійка тенденція до погіршення. Ситуація ускладнюється одночасним погіршенням психічного стану здоров'я населення країни: за останніми даними, біля 2-х мільйонів мають нервово-психічні розлади різної етіології, зростає кількість психопатичних особистостей, а психічно нормальні люди стають хворими за тієї причини, що не знають дієвих механізмів збереження, зміцнення і відновлення психічного здоров'я в умовах постійних фізичних та інтелектуальних перевантажень, стресів, соціальних негараздів.

Встановлено, що проблема психоемоційної напруги загострилась за останні два десятиліття внаслідок зміни в способі життя і трудової діяльності, а саме:

- зростаюча інтелектуалізація професійної діяльності при поступовій ліквідації фізичної праці;

- збільшення ролі розумової діяльності, яка потребує підвищеної уваги, активного спостереження і контролю, переробки інформації тощо;

- ріст інформаційного перенавантаження деяких робітників;

- заміна некваліфікованої праці кваліфікованою;

- зростаючі вимоги, пов'язані з інтенсифікацією професійної підготовки.

Спостерігається загальна тенденція в світі щодо зростання частки осіб старше 60 років, а це, дійсно, впливає на показники психічного здоров'я.

Саме поширеність психічних та поведінкових розладів в Україні, за даними П.В. Волошина та Н.О. Марути (2015), характеризується постійним збільшенням (на 2,9 % за 10 років) [7].

Всесвітня організація охорони здоров'я неодноразово зверталась до проблеми депресії – другого за поширеністю фактору, що приводить до непрацездатності або втрати здоров'я, і головної причини 128000 самогубств, що стаються у Європейському регіоні ВООЗ щорічно. Число людей із депресивними розладами в Регіоні становить 40 мільйонів. Показники поширеності цих розладів на рівні країн коливаються в діапазоні від 3,8% до 6,3% від загальної чисельності населення. Незважаючи на поширеність депресії та її здатність розвиватися у будь-якої людини на усіх етапах життя, її все ще часто не розпізнають і не лікують.

В найгіршому випадку депресія призводить до суїцидів, які є другою (після дорожньо-транспортних пригод) причиною смертності серед людей у віці 15 – 29 років.

Основними проявами депресії є пригнічений настрій, який відмічається практично щоденно, особливо, в ранкові години, упродовж 2-х тижнів та більше, незалежно від зовнішніх обставин. Відчутне зниження або повна втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка зазвичай була пов'язана з позитивними емоціями, немотивоване зниження енергії та активності, підвищення втомлюваності при фізичних та інтелектуальних навантаженнях, зниження самооцінки, впевненості в собі, наявність почуття провини, безпорадності, розгубленості, невпевненості в своїх діях, нездатність прийняти рішення чи зосередитися – це все притаманне проявам депресії. Часто спостерігаються інші скарги – надмірна сонливість або ж безсоння, тривога та занепокоєння, дратівливість, апатія, плаксивість, можуть виникнути порушення апетиту, зменшення або збільшення маси тіла.

На сьогоднішній день населення зіткнулося з серйозною проблемою під час пандемії короновірусу, яка охопила понад 227 країн світу, – це переносимість карантину.

Фінансові втрати часто стають причиною занепокоєння під час карантину, оскільки люди втрачають роботу, переривається їхня професійна активність без чіткого розуміння термінів її відновлення. Такі проблеми зазвичай чинять негативний вплив на психічне здоров'я людини. За даними низки досліджень, фінансові втрати призводять до значного соціоекономічного дистресу, що може стати причиною тяжких психологічних проблем, ознак тривоги та гніву

навіть протягом кількох подальших місяців після карантину. Дуже важливим є те, про що говорять науковці, – це необхідність застосування пом'якшувальних заходів для мінімізації наслідків карантинних обмежень.

Міністерство охорони здоров'я України ще 25 березня 2020 р. надало рекомендації щодо підтримки психологічного стану під час пандемії COVID-19. У документі зазначено, що «вірус паніки» страшніший за коронавірусну інфекцію. Тому, окрім підтримки фізичного здоров'я, фахівці радять попіклуватися і про свій психічний стан, щоб уникнути погіршення психологічного здоров'я. В разі появи страху спілкування з оточуючими, посилення замкнутості слід кооперуватися у невеликі групи і проводити час разом онлайн, організовуючи книжкові клуби, чемпіонати з настільних ігор, кіноперегляди тощо, уникаючи спілкування з людьми, які намагаються затягнути вас у вихор своїх деструктивних переживань. Слід розглянути можливість занять спортом у домашніх умовах, знайти нове хобі чи зайнятися самовдосконаленням (наприклад, пройти курс навчання онлайн). Тим, хто підпав під вплив «інфодемії» та постійно шукає в інтернеті інформацію про симптоми COVID-19, «приміряючи» їх на себе, фахівці радять отримувати інформацію виключно від лікарів, не займатися самолікуванням, ретельно дотримуватися правил особистої гігієни та фізичного дистанціювання, відслідковувати дані статистики та оцінювати реальні ризики й варіанти розвитку подій.

Під час проведеної пошукової роботи було використано вибіркове дослідження за допомогою анкетування з використанням Госпітальної Шкали Тривоги та Депресії (HADS). Після проведеного аналізу маємо наступні результати: охоплено анкетуванням 300 осіб, вік опитаних – з 17-ти до 70-ти років.

Аналізуючи оброблені анкети встановлено, що рівні тривоги та депресії знаходяться в межах норми відповідно до шкали HADS приблизно у 89 відсотків опитаних осіб. Клінічно виражена тривога та депресія спостерігається у 11 відсотків.

Тобто, маємо частину контингенту з числа опитаних, які потребують додаткового обстеження та лікування психічного стану.

На превеликий жаль, стан тривоги та депресії у деяких представників медичної професії може привести до професійного вигорання. А це приведе не тільки до погіршення стану здоров'я працівників, а безпосередньо може вплинути на пацієнтів, які потребують медичної допомоги і буде порушене головне правило медицини – «Не нашкодь!», що є недопустимо ні в якому разі.

Існує вислів «дозуйте стрес». Уникати стресу ми не можемо, уникнути може той, хто нічого не робить. Будь-яка активність приводить в дію механізм стресу. Г. Сельє (відомий канадський фізіолог та дослідник стресу) схильний припускати, що навіть в стані повного розслаблення людина зазнає деякого стресу. Повна свобода від стресу означає смерть, адже стрес, як пише Г. Сельє – «аромат і смак життя».

Дуже важливо виконувати основні правила здорового способу життя, шукати позитивні емоції, насолоджуватись прекрасним оточенням, тим самим

ми можемо забезпечити собі нормальний стан нервової та психічної системи. А це й перебування на свіжому повітрі, займання йогою, чи іншими видами релаксації, дозування стресу, більше сміху та позитивних емоцій, уникнення від шкідливих звичок, збагачування свого раціону харчування, вживання овочів та фруктів, кохання.

На завершення пропонуємо вислів давньогрецького історика Геродота Галікарнаського (484 – 425 до н.е.): «Твоє здоров'я – чисте повітря, вода і їжа. Вставай вранці з радістю, лягай спати з посмішкою. Ти радієш, посміхаєшся – значить, ти здоровий. Не лікуй хворобу, лікуй своє життя, живи за законами природи, розуму. Коли немає здоров'я, мовчить мудрість, не може розквітнути мистецтво, не грають сили, марне багатство і безсилий розум».

Література

1. Конституція України (Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 р.). Київ: Преса України, 1997. 80 с.

2. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030року.Розроблено Кабінетом міністрів України від 27 грудня 2017 року №1018-р.

3. Індекс здоров'я. Україна-2018:Результати загального національного дослідження/Укл. Степурко Т.Г. та ін. Київ, 2018.

4. Александров О. О., Ольвінська Ю. О. Статистичний аналіз захворюваності населення України: мат. конф. // Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень. Одеса: ОНЕУ, 2015. С. 32-36.

5. Здоров'я людини та демографія. Досвід Європи. Світовий банк, 2010.72 с.

6. Москаленко В. Ф. Здоровъе и здравоохранение: ключевые императивы. Киев: ИД «Авиценна», 2011. 256 с.

7. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 1 (82). С. 5-11.

8. Соціальні індикатори рівня життя населення: статист. зб. Київ: Державна служба статистики України, 2016. 198 с.

9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2017. 516 с.

10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2018.

О. К. Шафалюк, доктор економічних наук, професор
М. С. Шафалюк, аспірантка
ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана»

МОЖЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОМ'ЮНІТІ-МЕНЕДЖМЕНТУ У ДОЛАННІ ПРОБЛЕМ МОТИВАЦІЇ ДОСЯГНЕНЬ І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННІ

Використання психологічних технологій і векторів мотиваційного спрямування життєдіяльності особистості, як у доланні проблем на шляху до бажаних досягнень, так і за долання наслідків та виходу з кризових станів має велику значущість і підтверджену результативність. Спеціальні методики та прийоми широко використовуються у бізнесі, спорті, медицині, освіті та інших сферах. При цьому великої актуальності набуває конструктивна систематизація підходів та спрямування їх застосування на принципах соціальної відповідальності, гуманності.

Для прийняття правильних рішень фахівцями, вибору найбільш ефективних сценаріїв розвитку взаємодій з особистістю реціпієнта, значущу для них проблему важливо розкласти на складові за пережитими аспектами, представити в протилежностях. Тоді, наприклад, низька результативність буде не причиною низької самооцінки і втрати перспектив, а наслідком низької мотивації у реалізації чужих цілей та шляхів їх досягнення, які не є найбільш комфортними і відповідними наявним у особистості (групи осіб) знанням, навичкам тощо. Останні, у свою чергу, можуть бути недооціненими, сприйматися негативно, як наслідок застосування нереалістичних параметрів оцінювання (чужих, необ'єктивних (завищених тощо).

Таким чином, у дослідженнях достатньо швидко можливо вийти на певний спектр стандартних причини розвитку неврозів:

- невдоволення собою (занадто повільно, занадто пізно, не так, як міг би або як інші, не тим способом і т.д.);
- множинність цілей: робота на знос (людина приречена на невдачу і перевтома з втрати ефективності, відповідно, негатив буде рости геометрично); неправильні цілі (чужі, завищені/занижені, уникнення (складного, бажаного);
- негативний порівняння з іншими;
- уникнення: 1) буду робити тільки за умови («коли я стану ...», «поки мені не допоможуть ...», «поки не пощастить ...»); 2) не хочу мучитися, напружуватися і т.д.;
- необґрунтоване очікування допомоги (достатньо власних зусиль і ніхто не зобов'язаний допомагати), яке може супроводжуватися накопиченням образ;
- заперечення реальності чи присутності в ній (мені так не подобається, тому і живу в ілюзорному світі, не виходить з першого разу (відразу) і не пробую знову (не покращує свої шанси через навчання, тренування і так далі, а сумую або відмовляюся (уникнення), з внутрішнім неприйняттям ситуації (злість образа і так далі)).

Достатньо результативними для цілеспрямованого опрацювання особистісної проблематики (конфліктів) є сценарії конструктивної зміни ставлення до кризових ситуацій:

1) прийняти ситуацію/себе як є і жити далі («дозволити собі», не карати себе самого (не дозволяти іншим));

2) перевірити систему координат оцінювання і, відповідно, оцінку себе/ситуації;

3) вийти з протиріччя, наприклад, використовуючи співпрацю, інші шляхи, усвідомлення глибинної (стратегічної) проблеми;

4) прийняти невизначеність, неможливість кардинальних змін і переключитися на дію, що покращує ситуацію – доступні кроки у правильному напрямку (наприклад, «покращуючи» себе: звернення до фахівців, заняття в спортзалі і так далі).

Всі вищезазначені сценарії можуть працювати в комплексі, спрямовуючи мислення і дії.

Важливо, що більшість з актуальних проблем особистості, кризових ситуацій, які зумовлюють негативні переживання, як звичай, мають достатньо високий потенціал емоційного відгуку інших людей, підтримка і активна взаємодія з якими є бажаною і надзвичайно важливою для позитивного результату. У розвитку такої взаємодії продуктивним є використання можливостей соціальних мереж та ком'юніті-менеджменту, що, окрім іншого, може дозволити отримати фінансову допомогу і сприяння від соціально-відповідальних компаній (глобальний кейс «Univeler» – #Campaign for Real Beauty; «Santo Buenos Aires» та «Honda» – #Project Drive-in тощо).

О.Р. Шошоя, студентка 3 курсу
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Г.М. Траверсе, д. мед. н., професор,
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ТЕРМАЛЬНІ ВОДИ – ПРИРОДНЕ БАГАТСТВО УКРАЇНИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Про цілющі особливості термальної води було відомо багато століть назад. Ще древні римські воїни заліковували поранення після походів, приймаючи ванни. Одними з перших термальні джерела стали використовувати греки в античну епоху, зводячи терми – прообрази сучасних курортів. Але лише в середині XIX століття за допомогою проведених досліджень було вивчено склад води і її дію на організм людини. Так з'явилася наука – бальнеологія. Сьогодні ефект від використання термальних вод підтверджено результатами медичних досліджень [1].

На Закарпатті розташовано біля 50 термальних джерел, найпопулярніші з яких знаходяться в м. Берегово. Тут теплі гейзери насичені найкориснішими сполуками долають відстань 1200-1500 м перш ніж потрапити на поверхню. Температура води при цьому на гирлі становить 56-58 градусів і не вимагає спеціального підігріву. Завдяки тому що вода з термалів не оброблюється штучно, вона зберігає всі лікувальні властивості та дуже широко використовується як додаткова терапія. Висока мінералізація води до 24% допомагає знищувати бактерії та є несприятливим середовищем для багатьох шкідливих мікроорганізмів [2].

Термальна вода Закарпаття – це справжня знахідка для лікування різноманітних хвороб та загального оздоровлення організму без ліків та довготривалих процедур. Користь термальної води обумовлена збалансованим хімічним складом. Дивовижне поєднання сполук неможливо відтворити штучно, тому цінність таких джерел дуже висока.

Вода містить йод, хлориди, магній, калій, фтор, амоній, гідрокарбонати, кальцій, сірководень та оксид кремнію. Біохімічний вплив води активізує всі метаболічні процеси в клітинах організму, насичує його макро и мікро елементами та зміцнює бар'єрну функцію.

Як будь-які ліки термальна вода має свої показання та протипоказання. Води показані для людей, що мають серцево-судинні захворювання без ускладнень, патологію центральної та периферичної нервової системи, захворювання рухового апарату, суглобів. Термали корисні при реабілітації після операцій, інсультів.

Бельнеолікування є серйозним процесом профілактики і лікування захворювань різної етіології [3]. Лікувальна термальна вода гарячого джерела мінеральних вод діє трансдермально. Вплив настільки ефективний, що багато захворювань, де показано операційне втручання, закінчуються повним одужанням або стійкою ремісією.

Перелік захворювань, які лікує термальна вода, вражає уяву.

Термальна вода має протизапальний і знеболюючий ефект, допомагає зміцненню імунітету, нормалізує кровообіг і обмінні процеси. Навіть у практично здорової людини біля термального джерела шкіра набуває оксамитовість і свіжість, розгладжуються дрібні зморшки, відновлюється сон. Через пару тижнів перебування на курорті зникають м'язові або суглобові болі, поліпшується загальне самопочуття.

Більш того, вода багатьох джерел має бактерицидну дію і ефективна при різних хворобах шкіри: від екземи до псоріазу. Неврози, порушення сну, хронічна втома, депресія – часто зустрічаються сьогодні проблеми, і перебування на бальнеологічних курортах допоможе швидко і ефективно відновитися людям, що страждають розладами нервової системи.

Однак, лікування термальними водами мають і свої протипоказання: це гіперфункція щитовидної залози, онкологічні захворювання, подагра, гіпофізарне порушення, гострий інфаркт (перенесений менше шести місяців назад), гострий інсульт, загроза переривання вагітності, алергічна реакція на основні компоненти – йод, бром, бор, кремній.

Таким чином, термальні води – це одна з «родзинок» Закарпаття і є природним багатством України. Подібних джерел в світі існує всього три і вони знаходяться в Новій Зеландії, в Ісландії та на Камчатці.

Література

1. https://im30.club/16058/
2. https://vidviday.ua/blog/ru/7-termalnyh-bassejnov-zakarpatya/
3. Курорти України державного та місцевого значення / За ред. К.Д. Бабова, О.М. Нікіпелової. – Одеса: Пальміра, 2010. – 220 с.

А.С. Шуманська, магістрант
спеціальності «Фізична культура та спорт»
Л.Б. Волошко, к. пед. н., доцент
завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Протягом останнього десятиріччя спосіб життя розглядається у багатьох державах світу поряд зі спадковістю, рівнем розвитку охорони здоров’я та станом навколишнього середовища [3]. Якщо розглядати здоровий спосіб життя як дію кожної окремої особистості, яка спрямована на зміцнення здоров’я та проведення профілактичних заходів проти захворювань, то як компоненти останнього частіше за все використовують раціональне харчування, рухову активність, повноцінний відпочинок, додержання санітарно-гігієнічних вимог, емоційну культуру, відсутність шкідливих звичок. Але, нажаль, зараз спостерігається тенденція розбіжності теоретичних знань населення про правила здорового способу життя та реальним їх дотриманням у повсякденному житті [1].

Найбільш вразливою соціальною групою є молодь, а саме учні ЗЗСО, студенти ЗВО, що зумовлено деякими причинами: значне ментальне та емоційне навантаження, психологічні стреси, тривале перебування у навчальних аудиторіях, яке призводить до гіподинамії, нерегулярне та незбалансоване харчування. Всі ці фактори сприяють трансформації молоді до самої чуттєвої категорії населення. Ситуація посилюється широким розповсюдженням серед молоді шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю та наркотичних речовин та ін.), що на теперішній час є тривожною світовою тенденцією [2]. Оскільки студентська молодь являє собою перспективну частину трудового потенціалу країни, то успішний економічний розвиток держави у значному ступені залежить від уміння пропагувати здоровий спосіб життя і при цьому використовувати всі можливі ресурси [5].

Щоб переконатися в даній проблемі було проведено соціологічне опитування осіб визначеного віку і рівня освіти [6]. Серед студентів 1 курсу 17-18 років одного ЗВО України в 2020 році в процесі вивчення курсу дисципліни «Фізичне виховання». Респондентам було запропоновано анкети, що включають аспекти здорового способу життя, а саме: І група питань – режим дня; ІІ група – раціональне харчування; ІІІ група – рухова активність.

Дотримання студентами режиму дня

Респоденти	Ранковий розпорядок			Коли лягаєте спати?		
	рано вранці	робите ранкову гімнастику	довго лежите у ліжку	в один і той же час	дуже пізно	коли як
Дівчата, % відп.	22,1	15,2	62,7	40,7	22,2	37,1
Юнаки, % відп	19,6	13,9	66,5	40,7	30,4	37,1

Харчування студентів

Респонденти	Періодичність харчування			Склад звичайного сніданку		
	три та більше разів на добу	два рази на добу	один раз на добу	м'ясна страва, чай (кава)	чай (кава) з бутербродами	не снідаю
Дівчата, % відп.	50,1	43,5	43,5	13,7	61,8	24,5
Юнаки, % відп	57,8	42,2	0	15,5	29,4	55,1

Студенти про складові здорового способу життя

Складові здорового образу життя	Дівчата (n=70) % відп	Юнаки (n=180) % відп.
Правильне харчування	91,0	79,0
Режим дня	34,5	24,3
Активний образ життя	26,6	19,7
Фізична активність	93,3	96,6
Відсутність шкідливих звичок	73,0	67,0
Позитивний емоційний стан	10,0	13,3
Загартування	4,0	5,0
Здоровий сон	47,3	42,1
Контроль стану здоров'я	5,1	2,3
Ходьба пішки	21,2	11,0

Аналізуючи результати опитування можна дійти висновків, що більшість студентів погано дотримуються режиму дня, мало уваги приділяють раціональному харчуванні, не дотримують здорового способу життя. Оскільки рівень здоров'я населення, особливо молоді, є ключовим показником добробуту суспільства та держави у цілому, то створення умов і можливостей реалізації здорового способу життя має бути пріоритетною задачею політики будь-якої прогресивної держави.

Література

1. Куделко В.Е. Аналіз соціально-педагогічних основ формування потреб в самостійних заняттях фізичною культурою у студентів НФАУ. Педагогічні, психологічні та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2006. № 12. С. 93-96.

2. Лелека В.М. Сучасні проблеми та перспективи розвитку фізичного виховання, здоров'я і професійної підготовки студентської молоді. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2014. Вип. 118 (2). С. 138-140.

3. Логвиненко О. Здоровий спосіб життя як наукове інтегроване поняття. Молодь і ринок. 2014. № 5 (112). С. 62-65.

4. Башавець Н.А. Стан захворюваності сучасної студентської молоді та шляхи його поліпшення. Педагогічні, психологічні та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2010. № 7. С. 6-10.

5. Круцевич Т.Ю., Марченко О. Формування фізичної культури студентів у системі вищої освіти. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2008. № 2. С. 78-81.

С. П. Яланська, д. психол. н., професор
завідувач кафедри психології та педагогіки
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

АЕРОАПІФІТОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

У період складних економічних, політичних перетворень, інформаційних перевантажень, небезпеки пандемії кожен з нас піддається значним впливам, що негативно впливають на психологічне здоров'я.

Психологічне здоров'я є втіленням соціального, емоційного та духовного благополуччя (як ресурсу та стану), оскільки це провідна потенційна передумова забезпечення життєвих потреб щодо активного способу життя, досягнення власних цілей, адекватної та оптимальної взаємодії з людьми, соціальним та іншим оточенням [1].

Особистість, яка працює, часто не знаходить час для відпочинку, психологічного розвантаження, що надзвичайно важливо для відновлення сил

організму. Говорячи про здоровий спосіб життя ми акцентуємо увагу на спорті та різних фізичних активностях, збалансованому харчуванні, здоровому сні та ін. Важливим також є вміння долати стреси, здійснювати психологічне та психофізіологічне розвантаження. Для полегшення розв'язання такого завдання було отримано патент на корисну модель «Спосіб психологічного та психофізіологічного розвантаження» (М.І. Степаненко, С.П. Яланська, С.В. Степаненко, № 36198 від 12.08.2019 р.). Заявлений спосіб доцільно використовувати для попередження проблем психологічного характеру, корекції психологічного і психофізіологічного стану людини, покращення її психологічного здоров'я. Спосіб відрізняється тим, що на кожному послідовному етапі здійснюється аероапіфітотерапія: людина перебуває в апіфітокліматі приміщення, що сприяє психофізіологічному балансу організму; під час лежання на вулику-лежанці забезпечується апівібромасаж, що сприяє оптимізації обмінних процесів, енерго-інформаційному балансу організму [2].

Отже, аероапіфітотерапію доцільно використовувати для психологічного розвантаження організму. Відпочинок в апібудинку сприяє відновленню психофізіологічних ресурсів людини, забезпечує психологічне здоров'я особистості.

Література

1. Галецька І.І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки / І. Галецька // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ, Серія психологічна, – 2 (1)´2012, Львів – 2012 – С. 49 – 58.

2. Пат. 136198 Україна, МПК (2019.01), A61H 23/00, A61K 36/00, A61N 2/00, A61N 7/00, A61P 25/00. Спосіб психологічного та психофізіологічного розвантаження / М.І. Степаненко, С.П. Яланська, С.В. Степаненко. – № u 2019 01668; заявл. 18.02.2019; опубл. 12.08.2019, Бюл. № 15. Режим доступу: http://reposit.pntu.edu.ua/handle/PoltNTU/6775

ЗМІСТ
РОЗДІЛ 1. ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Vibhor Agrawal
DEVELOPMENT OF AN OBSERVATIONAL GAIT ANALYSIS APP FOR CLINICAL APPLICATIONS …….…… 3

Antoine Lanfranchi, Viktoriia Horoshko
POSSIBILITY OF PHYSICAL REHABILITATION FOR MUSCULOSKELETAL DISORDERS WITH THE HELP OF EQUESTRIAN SPORTS……. 4

Anna Kudinova, Yevheniya Vyshar
THE PHYSICAL REHABILITATION OF POST-INFARCTION PATIENTS... 5

Maiassi Marwane, Viktoriia Horoshko
MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES: ADDITIONAL REALITY IN THE REHABILITATION OF CHILDREN AGED FROM 6 TO 14 YEARS…. 7

Noé Girardet, Viktoriia Horoshko
INJURIES AND REHABILITATION OF HIGHLY QUALIFIED SWIMMERS DURING WATER SPORTS COMPETITIONS…… 9

Viktoriia Horoshko
ASSESSMENT OF THE IMPACT OF NORDIC WALKING ON THE HEALTH OF ELDERLY PEOPLE……..… 11

Беседа Н.А.
РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ…….. 14

Беспалова О.О., Лебедєва М.І.
АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З АРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ…… 15

Бирчак В.М.
ДИНАМІКА ОЗНАК ПОДРАЗНЕННЯ СЕРЕДИННОГО НЕРВА У ОСІБ ПОСТІММОБІЛІЗАЦІЙНОЮ КОМПРЕСІЙНОЮ НЕЙРОПАТІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ……... 18

Буйвало В.П.
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ У ВІКОВІЙ КАТЕГОРІЇ ДО 60 РОКІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ…….…... 20

Вишар Є.В., Клеценко Л.В.
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ГРИЖАМИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ……. 22

Волошко Л.Б.
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ ОРГАНІЗМУ ПРИ АУТОІМУННОМУ ТИРЕОІДИТІ……..... 23

Волошко Л.Б., Білан В.В.
ПРОГРАМА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЙ ХРЕБТА У СТУДЕНТІВ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНО-ГРУДНОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА…….…. 25

Гордієнко О.В., Зайченко Д.М.
СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ АТО……..... 27

Горошко В.І., Денисенко І.В.
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ РОБОТИ ЕРГОТЕРАПЕВТА ПРИ СУПРОВОДІ ЛЮДЕЙ З ВАДАМИ ЗОРОВОГО АПАРАТУ…….. 30

Горошко В.І., Десятник І.В.
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ СПОСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ВІКОМ 40 – 45 РОКІВ.. 33

Горошко В.І., Щербина В.В.
ПЛАВАННЯ ЯК ОДИН ІЗ ВИДІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ПАТАЛОГІЯХ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА……... 35

Гук А.М., Клеценко Л.В.
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ…….. 37

Дабека В.С., Траверсе Г.М.
ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ МОРАЛЬНОЇ ЕТИКИ В МЕДИЦИНІ……. 39

Дідоха І.В.
ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ СТАРЕЧОЇ АСТЕНІЇ НА ПЕРЕБІГ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ…….. 41

Ємченко Т.О., Гордієнко О.В.
ІПОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ……..….. 43

Калайда І.С.
ПЛАВАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ПЛЕЧОВІ ПЛЕКСИТИ…… 44

Киричок Ж.М., Волошко Л.Б.
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ СПРЯМУВАННЯ ПРЕФОРМОВАНИХ ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ…….. 46

Клеценко Л.В.
ДО ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО/ООС……. 47

Клеценко Л.В., Шапран А.А.
ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ…… 49

Коваль Н.П.
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З САРКОПЕНІЧНИМ ОЖИРІННЯМ……. 51

Ковтун Н.О., Клеценко Л.В.
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА…….….. 53

Колиушко К.В., Бойко А.С.
АЛГОРИТМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У 3 – 4 ФАЗАХ ВІДНОВНОГО ПРОЦЕСУ……... 54

Кулик В.С., Клеценко Л.В.
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ…… 56

Макаров Г.Е.
ПОДОШВЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ СТОПЫ (ПБС) КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫХ НАРУШЕНИЙ…….……. 58

Наконечна С.П.
СТАН РЕСПІРАТОРНИХ РЕЗЕРВІВ У ЮНАКІВ ТА ЮНОК З ОЖИРІННЯМ ТА СИМЕТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ……. 59

Олексюк О.І.
ДІДЖИТАЛІЗАЦІЯ РИНКУ ПОСЛУГ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ЗАЙНЯТЬ СПОРТОМ……. 61

Пошивайло В.В.
ЗАСТОСУВАННЯ КРІОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЛІКУВАННІ СПОРТСМЕНІВ…… 64

Розторгуй М.С.
РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ АСПЕКТ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ З ВАДАМИ ЗОРУ В ПАУЕРЛІФТИНГУ……. 66

Рыбалка В.В., Самодрин А.П.
НЕКОТОРЫЕ ВЫВОДЫ ИЗ ПРАКТИКИ РАЦИОНАЛЬНОГО ВОСПРЕПЯТСТВОВАНИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19…… 68

Скрипник П.В., Клеценко Л.В.
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ…… 71

Смірнова А.А., Волошко Л.Б.
МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДИСКОПАТІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА……. 73

Траверсе Г.М.
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ОЖИРІННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ……. 75

Траверсе Г.М.
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА РОЛЬ ВІТАМІНУ Д В ПРОФІЛАКТИЦІ РЯДУ ЗАХВОРЮВАНЬ……. 77

Фурсова М.О., Горошко В.І.
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ: УКРАЇНА І СВІТ……..….. 79

Черкас О.А., Траверсе Г.М.
МЕДИЧНІ ТА ЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ….. 81

Шевченко Ю.О., Клеценко Л.В.
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ…….. 83

Якуба Н.О., ТраверсеГ.М.
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ І СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ…… 85

Ялова Т.Л., Горошко В.І.
МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ В ОПОРНО-РУХОВІЙ СИСТЕМІ ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 0 ДО 6 МІСЯЦІВ ЗА ДОПОМОГОЮ СИСТЕМИ ДОГЛЯДУ 87

РОЗДІЛ 2. ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Атаманчук Н.М.
ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ……. 90

Гордієнко Ю.В.
ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ…….. 91

Добровіцька О.О.
ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІТ-ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ……. 93

Клевака Л.П.
ТУРБОТА ПРО ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНОК В ПОЛТАВСЬКОМУ ІНСТИТУТІ ШЛЯХЕТНИХ ДІВЧАТ…….. 95

Мизгіна Т.І., Зінченко Н.В., Рябека Т.І.
ФОРМУВАННЯ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ФАХОВОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ СВІДОМОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ.. 97

Сас Н.М., Собченко Д.А.
ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ…… 99

Сущенко Л.П., Копочинська Ю.В.
ПРОФЕСІЙНА ІДЕНТИЧНОСТЬ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ: МОТИВАЦІЙНО-ЦІННІСНИЙ КОМПОНЕНТ……. 102

РОЗДІЛ 3. ОЗДОРОВЧІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, СПОРТУ ТА РЕКРЕАЦІЇ

Stanisław Roliński
SPORT ELEKTRONICZNY W POLSCE JAKO NIEZALEŻNA DYSCYPLINA SPORTOWA
КИБЕРСПОРТ В ПОЛЬШЕ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ВИД СПОРТА…… 104

Беседа Н.А., Безкостна К.Р.
ОСОБЛИВОСТІ ШВИДКІСНО-СИЛОВОЇ ПІДГОТОВКИ КВАЛІФІКОВАНИХ СТРИБУНІВ ПОТРІЙНИМ…… 105

Беседа Н.А., Сірапутська Я.О.
СТЕП-АЕРОБІКА ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТОК ЗВО…….. 108

Беседа Н.А., Яременко А.Р.
ВПЛИВ ГІМНАСТИКИ НА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ РУХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДЛІТКІВ…… 110

Бойко Г.М.
ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ПЛАВЦІВ ВИСОКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ……. 111

Волошко Л.Б., Науменко М.А.
ЗАСТОСУВАННЯ ХОДЬБИ В ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТТЯХ З ДІТЬМИ.. 114

Волошко Л.Б., Трирог В.А.
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ СКОЛІОЗАХ У ДІТЕЙ…….. 115

Волошко Л.Б., Хоменко С.О.
ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІТНЕСУ В РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТТЯХ ……..…… 117

Воронецький В.Б., Гордієнко О.В.
ЦІННІСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОЗДОРОВЧОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ……. 119

Гордієнко О.В.
ЗАСОБИ І МЕТОДИ ОЗДОРОВЧОГО ТРЕНУВАННЯ…….. 121

Гордієнко О.В., Халітов А.Т.
ВПЛИВ ТРЕНУВАЛЬНИХ ЗАНЯТЬ ПАУЕРЛІФТИНГОМ НА ВЛАСНЕ-СИЛОВІ ЗДІБНОСТІ ЮНАКІВ В НЕСПЕЦИФІЧНИХ ВПРАВАХ……..…… 123

Горошко В.І., Артем’єв М.А.
КОМПЛЕКСНИЙ РОЗВИТОК ВЕСТИБУЛЯРНОЇ СТІЙКОСТІ В АКРОБАТИЦІ НА ПОЧАТКОВОМУ ЕТАПІ ТРЕНУВАНЬ…… 125

Горошко В.І., Салашний В.М.
РОЛЬ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ У ФОРМУВАННІ ДІАФРАГМАЛЬГОГО ДИХАННЯ ВОКАЛІСТІВ ТА ДИКТОРІВ……. 128

Горошко В.І., Явтушенко П.В.
ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПРИЧИН ТРАВМ У ФУТБОЛІ ТА 132ПРОФІЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМУ ГРАВЦІВ……. 130

Жамардій В.О.
МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ… 132

Заікін А.В., Гордієнко О.В.
ВІКОВІ АСПЕКТИ СПОРТИВНО-ОЗДОРОЧИХ ЗАНЯТЬ……. 134

Ківернік О.В., Гордієнко О.В.
ГІГІЄНА ТА ХАРЧУВАННЯ СПОРТСМЕНА…….. 136

Кривошапка Т.І.
ІГРИ В ТЕОРІЇ ФІЗИЧНОЇ ОСВІТИ ШКОЛЯРІВ П.Ф. ЛЕСГАФТА……. 137

Лукова С.В.
ГУБРИСТИЧНА МОТИВАЦІЯ ЯК ПРАГНЕННЯ ДО САМОСТВЕРДЖЕННЯ ПІДЛІТКІВ-СПОРТСМЕНІВ…… 139

Неверовская Ю.С., Тозик О.В.
БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ БОДИБИЛДИНГОМ…… 141

Оніщук Л.М.
ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ……. 143

Пабат Н.А., Тозик О.В.
СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФРИСТАЙЛОМ……. 145

Сердюк Д.Г., Гордієнко О.В.
МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ В СПОРТІ……. 147

Синиця Т.О.
ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ПРОГРАМИ ЗАНЯТЬ З ОЗДОРОВЧОЇ АЕРОБІКИ……..……. 149

РОЗДІЛ 4. СУЧАСНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТІ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Alifanovienė Daiva, Šapelytė Odeta
АНАЛИЗ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА, ПЕРЕЖИВАЕМОГО СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ: РЕКОНСТРУКЦИЯ КОНТЕКСТА ЛИТВЫ……..…… 152

Horoshko Viktoriia, Briot Thomas
IMPLEMENTATION OF ROBOTICS IN HEALTHCARE…….. 156

Бабачук Ю.М.
ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІГОР З ЕЛЕМЕНТАМИ СПОРТУ…….. 158

Безносюк О.О., Сінякевич О.Є.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗОРУ ЗАСОБАМИ БІЛЬЯРДНОГО СПОРТУ…….. 160

Беседа Н.А., Вірченко А.В.
АКТИВІЗАЦІЯ РУХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДЛІТКІВ В СИСТЕМІ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ……..…… 162

Беседа Н.А., Кравченко О.В.
ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МОЛОДШОГО ШКОЛЯРА В СИСТЕМІ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ……..……. 165

Волошко Л.Б., Кучеров В.А.
ПОДОЛАННЯ РОЗУМОВОЇ ВТОМИ УЧНІВ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ……..……. 166

Гордієвський Д.Є., Драч Н.В.
ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЩЕРБАНІВСЬКОМУ ЛІЦЕЇ…….. 168

Горошко В.І., Шкаберіна В.С.
ПРОФІЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМУ В ТАНЦЮВАЛЬНИХ КОЛЕКТИВАХ…….. 171

Жалій Р.В.
ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ……..…… 173

Жалій Т.В.
НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ……... 175

Йопа Т.В., Римар М.П., Ціпов'яз А.Т.
ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І СПОРТ В АСПЕКТІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ.. 177

Карпенко М.І.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ МЕТОДИ РОБОТИ ІЗ УЧНЯМИ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ……. 179

Кривонос О.В.
ПРОБЛЕМИ ВИХОВАННЯ ЕКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГІЧНО ОРІЄНТОВАНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ДИТИНИ…….…… 181

Лісовський П.М.
КАРДІОКОД ЯК КРИТЕРІЙ КРИПТОАНАЛІЗУ В ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННІ: НЕЙРОІМУННА МОДУЛЯЦІЯ ЛЮДСЬКОГО ДОВГОЛІТТЯ……. 183

Мандя П.Я., Пермяков О.А., Остапов А.В.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЗВО…… 185

Мучник Г.М.
ГІРКА ПРАВДА СЬОГОДЕННЯ: ДОМАШНЄ НАСИЛЬСТВО…..…….. 187

Омельченко Т.Г.
ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ…….…… 189

Пивовар Н.М., Хілінська Т.В.
ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА – ЦЕ ПРАВО КОЖНОЇ ДИТИНИ НА ОТРИМАННЯ ЯКІСНИХ ОСВІТНІХ ПОСЛУГ…….…. 191

Рибалко Л.М.
КЛАСИФІКАЦІЯ ОСВІТНІХ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ……..… 192

Сахно Т.В., Цуркан Р.В., Семенов А.О., Семенова Н.В.
ПРОРОЩЕНЕ НАСІННЯ – ДЖЕРЕЛО ХАРЧОВИХ І БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ ……..……..…. 195

Сокогонь О.А.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ КОМПОНЕНТИ У ПРИРОДНИЧОНАУКОВІЙ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ……..……. 197

Тимчій А.А.
ДО ПИТАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРИФЕРІЙНОГО ЗОРУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ…….. 200

Хилько В.О.
ПРОБЛЕМИ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ…… 202

Шафалюк О.К., Шафалюк М.С.
МОЖЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОМ'ЮНІТІ МЕНЕДЖМЕНТУ У ДОЛАННІ ПРОБЛЕМ МОТИВАЦІЇ ДОСЯГНЕНЬ І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННІ…….. 206

Шошоя О.Р., Траверсе Г.М.
ТЕРМАЛЬНІ ВОДИ – ПРИРОДНЕ БАГАТСТВО УКРАЇНИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ……..…… 207

Шуманська А.С., Волошко Л.Б.
СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ……..…… 209

Яланська С.П.
АЕРОАПІФІТОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ……. 211

Наукове видання

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

Збірник наукових матеріалів
VI Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю

до 90-річчя Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

19 листопада 2020 року

Відповідальний за випуск – к.пед.н., доцент Волошко Л.Б.

Комп'ютерна верстка – Чередник О.М.

Друкується в авторській редакції

Підписано до друку 16.11.2020 р. Формат 60×84 1/16.
Папір офсетний. Друк ризограф.
Ум.друк. арк. – 12,96. Обл.-видав. арк. – 18,82.
Тираж 50 прим. Зам. № 106

Видавець і виготовлювач: Поліграфцентр Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
36011, Полтава, Першотравневий проспект, 24
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготівників і розпоряджувачів видавничої продукції.
Свідоцтво серія ДК№ 7019 від 19.12.2019 р.