

Міністерство освіти і науки України
Національна академія наук України
Південний науковий центр НАН та МОН України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Первинна профспілкова організація ЧНУ імені Петра Могили
Інститут української археографії та джерелознавства ім. М.С. Грушевського НАНУ
Державний архів Миколаївської області
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»
Державний аграрний університет Молдови (Кишинів)
Університет гуманітарних та природничих наук ім. Яна Длугоша (Польща)
Університет імені Адама Міцкевича (Польща)
Leipzig University of Applied Sciences (Німеччина)
Ca` Foscari University, Venice (Італія).



**ОЛЬВІЙСЬКИЙ ФОРУМ – 2023:
стратегії країн Причорноморського регіону
в геополітичному просторі**

XVII Міжнародна наукова конференція

ТЕЗИ

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ
НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

15–18 червня 2023 р., м. Миколаїв, Україна

Миколаїв – 2023

Ольвійський форум – 2023 : стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі. Актуальні проблеми фізичного виховання на сучасному етапі : XVII Міжнар. наук. конф. 15–18 черв. 2023 р., м. Миколаїв : тези / М-во освіти і науки України ; Нац. акад. наук України ; Півд. наук. центр НАН та МОН України ; ЧНУ ім. Петра Могили ; Первинна профспілкова орг. ЧНУ ім. Петра Могили ; Ін-т укр. археографії та джерелознавства ім. М. С. Грушевського НАНУ ; Держ. архів Миколаївської обл. ; ДУ «Нац. наук. центр радіаційної медицини НАМН України» ; Держ. аграрний ун-т Молдови (Кишинів) ; Ун-т гуманітарних та природн. наук ім. Яна Длугоша (Польща) ; Ун-т ім. Адама Міцкевича (Польща) ; Leipzig University of Applied Sciences (Німеччина) ; Ca` Foscari University, Venice (Італія). – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2023. – 104 с.

Збірник містить тези доповідей учасників XVII Міжнародної науково-практичної конференції «Ольвійського форуму-2023 : стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі. Актуальні проблеми фізичного виховання на сучасному етапі».

СЕКЦІЯ

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Підсекція

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ВІДНОВЛЕННІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

УДК 332.122

Андреева М. Д.,
магістрант 1 року навчання
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна
Дроботун О. С.,
старший викладач кафедри медико-біологічних
основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ФОРМУВАННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА ПРИЧОРНОМОРЬСЬКОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

Україна, як і багато інших країн світу, стикається з проблемою соціальної інтеграції людей з особливими потребами. У Причорноморському регіоні ця проблема є особливо актуальною через низький рівень соціально-економічного розвитку, недостатню увагу до розвитку інклюзивної освіти та недостатність ресурсів, які б допомагали розбудувати інклюзивну культуру в суспільстві. У зв'язку з цим, створення інклюзивного середовища в Причорноморському регіоні стає однією з основних проблем, які потребують вирішення. Тільки таким чином можна забезпечити соціальну та культурну інтеграцію людей з різними особливостями розвитку та побудувати більш гуманне та рівноправне суспільство.

Інклюзивне середовище – це оточення, де кожна людина, незалежно від своїх особливостей та потреб, має можливість повноцінно брати участь у соціальному житті та реалізовувати свій потенціал.

Інклюзивність забезпечується за допомогою створення умов, які забезпечують доступність та доступність до всіх видів освіти, роботи, культурних та інших послуг, а також широкої громадської участі в прийнятті рішень.

В інклюзивному середовищі виключається будь-яка форма дискримінації, незалежно від статі, віку, расової чи етнічної належності, релігії, інвалідності, соціального стану тощо. Важливо, щоб усі люди мали рівні можливості для розвитку та самореалізації, без обмежень та бар'єрів [2].

У Причорноморському регіоні України інклюзивність є актуальною темою, оскільки цей регіон є місцем зіткнення різних культур та традицій. Багатомільйонна аудиторія представлена людьми з різними потребами та можливостями. Створення інклюзивного середовища є ключовою складовою для забезпечення сталого розвитку та підвищення якості життя всіх громадян регіону.

Аналіз стану інклюзивної освіти в Причорноморському регіоні України відображає, що за останні роки було зроблено певний прогрес у забезпеченні рівних можливостей навчання для дітей з особливими потребами. Однак, незважаючи на певні досягнення, існують значні недоліки, які необхідно вирішити.

За даними Міністерства освіти і науки України, кількість дітей з особливими потребами, які навчаються у загальноосвітніх навчальних закладах, збільшується з кожним роком. Проте, згідно з дослідженнями, лише близько 30% таких дітей отримують повноцінну інклюзивну освіту.

Серед головних недоліків інклюзивної освіти в Причорноморському регіоні можна відзначити відсутність кваліфікованих вчителів-інклювістів, недостатню матеріально-технічну базу, відсутність відповідної підтримки від держави та суспільства, а також недостатню увагу до індивідуальних потреб дітей з особливими потребами.

Необхідною умовою успішної інклюзії дітей з особливими потребами є формування інклюзивного середовища, яке забезпечує рівні умови для навчання та розвитку кожної дитини, незалежно від її особливостей. Тому, для досягнення цієї мети, необхідно знайти шляхи залучення всіх зацікавлених сторін до формування інклюзивного середовища в Причорноморському регіоні.

Формування інклюзивного середовища в школах та інших закладах освіти є складним та багатограним процесом, що вимагає від педагогів та адміністраторів багато зусиль та ресурсів. Однак, існує ряд методів та практик, що можуть бути застосовані для досягнення цієї мети.

Одним з основних методів формування інклюзивного середовища є індивідуалізація навчання. Цей підхід полягає в тому, щоб дати кожному учневі можливість навчатися з урахуванням його потреб та особливостей. Для цього можуть бути використані різні методи та підходи, наприклад:

1. Диференційоване навчання. Цей підхід передбачає, що учитель створює для учнів різні завдання та матеріали, які враховують їх рівень знань та навичок. Це дозволяє кожному учневі займатися на своєму рівні та здобувати нові знання та вміння.

2. Кооперативне навчання. Цей підхід полягає в тому, щоб учні працювали в групах та співпрацювали між собою для досягнення спільної мети. Це дозволяє кожному учневі взаємодіяти з іншими та вчитися на прикладі інших.

3. Використання різних методів навчання. Для того, щоб кожен учень міг здобути нові знання та вміння, використовуються різні методи та підходи до навчання. Наприклад, можна використовувати візуалізацію, ігри та інтерактивні методи навчання [3].

Також важливо, щоб школи та інші заклади освіти були оснащені необхідними ресурсами для навчання учнів з різними потребами. Це можуть бути спеціально обладнані класи, комп'ютерні програми для навчання та зручне меблі, що забезпечать комфортні умови для навчання учнів з різними фізичними потребами.

Управління та координація робіт з формування інклюзивного середовища в Причорноморському регіоні України вимагає відповідальності та ролей відповідних організацій та установ. Національна рада з питань розвитку інклюзивної освіти та Міністерство освіти і науки України відіграють ключову роль у забезпеченні здійснення стратегії інклюзивної освіти в регіоні. Вони забезпечують розробку і впровадження програм та політик, спрямованих на забезпечення доступності освіти для всіх дітей та молоді [5].

Крім того, важливу роль у формуванні інклюзивного середовища відіграють громадські організації та активісти, які працюють з дітьми з особливими потребами та їх батьками. Вони забезпечують підтримку та допомогу у вирішенні проблем, пов'язаних з отриманням доступу до освіти та інших послуг.

Існує кілька успішних практик в Причорноморському регіоні, які допомагають формувати інклюзивне середовище:

1. Інклюзивна освіта в Ізмаїлі: У Ізмаїльському районі Одеської області запроваджено модель інклюзивної освіти від 1 до 4 класів. Цей досвід є одним з перших в Україні та дав можливість дітям із різних груп потреб отримувати якісну освіту.

2. Програма «Школа відкритих дверей» в Одесі: Ця програма була розроблена з метою забезпечення доступності простору для всіх груп населення. Завдяки цій програмі багато шкіл були реконструйовані та забезпечені спеціальними засобами для дітей з обмеженими можливостями.

3. Центр соціальної реабілітації та адаптації учнів у м. Миколаїв: Центр надає підтримку та ресурси дітям з обмеженими можливостями та допомагає їм адаптуватися до шкільного середовища. У центрі працюють психологи, педагоги, соціальні працівники, які надають допомогу дітям та їхнім сім'ям.

Ці приклади показують, що в Причорноморському регіоні дієвість інклюзивної освіти та інших практик формування інклюзивного середовища вже є реальністю. Наприклад, у місті Одеса працює Інклюзивний центр «Джерело», де проводяться заняття з дітьми з різними потребами та надається психологічна підтримка їхнім родинам. Також в Одеській області діє програма «Інклюзивна громада», яка сприяє соціальній адаптації людей з інвалідністю та покращенню їх життя [4].

У місті Миколаїв діє проект «Інклюзивна бібліотека», де забезпечується доступність літератури для людей з різними потребами. Також у місті створений інклюзивний центр «Поруч», де проводяться заняття з інклюзивного малювання, музики та різних видів спорту. У Запоріжжі реалізується проект «Інклюзивний туризм», який дозволяє людям з різними потребами відвідувати туристичні об'єкти та під час відпочинку отримувати якісний сервіс та підтримку [1].

Отже, у Причорноморському регіоні є приклади успішної реалізації інклюзивних практик в різних сферах життя. Це свідчить про те, що інклюзивне середовище можливе та необхідне для побудови справедливого та рівноправного суспільства.

Україна є учасником Світової декларації про освіту для всіх, в якій закладено зобов'язання забезпечити доступність якісної освіти для всіх, без будь-яких форм дискримінації. Формування інклюзивного середовища є одним із кроків до досягнення цієї мети [6].

Аналізуючи стан інклюзивної освіти в Причорноморському регіоні, можна зробити висновок, що досягнення були, але ще багато праці необхідно зробити. Недоліками є недостатній рівень усвідомлення важливості інклюзивної освіти серед громадськості, відсутність необхідного обладнання та матеріально-технічних засобів для реалізації інклюзивної освіти, а також недостатньо кваліфікованого персоналу.

Таким чином, подальша робота з формування інклюзивного середовища в Причорноморському регіоні України повинна бути спрямована на збільшення уваги до цієї проблеми, забезпечення доступності та ефективності заходів з інклюзії, розвиток інклюзивної освіти, соціальної адаптації та доступності простору для людей з обмеженими можливостями. Для цього важливо залучати до роботи з формування інклюзивного середовища всіх зацікавлених сторін, включаючи учнів,

батьків, педагогічний колектив, місцеві органи влади, громадські організації, бізнес-середовище тощо.

Також важливо забезпечити доступність та безпеку простору для людей з обмеженими можливостями, адаптувати існуючі будівлі та інфраструктуру до їх потреб, забезпечити належний рівень медичної та соціальної підтримки.

У роботі з формування інклюзивного середовища важливо використовувати кращі світові практики та досвід, взаємодіяти з іншими регіонами та країнами, щоб забезпечити максимально ефективну роботу та досягнення успіху в цій справі.

Отже, створення інклюзивного середовища є важливим завданням, яке потребує спільних зусиль усіх зацікавлених сторін. Це може стати досягненням, яке підвищить якість життя людей з обмеженими можливостями, забезпечить їхню повноцінну участь у суспільстві та розвиток регіону в цілому.

Список використаних джерел

1. Гось, Л. (2020). Стратегічне управління інклюзивним освітнім простором на прикладі «Сенсотекі».

2. Завітренко, Д. Ж., Нагорна, О. В., & Андронатій, В. А. (2021, November). Особливості формування інклюзивного середовища в освітньому процесі. In *The XI International Science Conference «Modern aspects of science and practice», November 30–December 03, 2021, Melbourne, Australia. 590 p. ISBN-978-1-68564-520-5* (p. 364).

3. Куліш, Т. І. (2018). Технології впровадження диференційованого підходу у початковій освіті незалежної України. *Всеукраїнська науково-практична конференція проводилася відповідно до плану роботи Інституту педагогіки Національної академії педагогічних наук України*, 66.

4. Логвиненко, В. М. (2021). Реалізація державної політики України щодо запровадження послуги раннього втручання.

5. Продіус, О. І. (2019). Особливості моделей інклюзивної освіти в країнах Європи відповідно до вимог сучасного суспільства. *Проблеми системного підходу в економіці*, 86-93.

6. Пуховська, Л. П. (2003). Перспективи формування світового освітнього простору в ХХІ столітті. *ВІСНИК Житомирського державного університету імені Івана Франка*, (13), 16-18.

Біла А. А.,
старший викладач кафедри медико-біологічних
основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я З ПОКАЗНИКАМИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У СТУДЕНТІВ З РІЗНИМИ ДОМІНАНТНИМИ ТИПАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ

На сучасному етапі розвитку нашого суспільства особливе значення має формування здорового способу життя молоді, в тому числі через заклади системи освіти. Моделі поведінки у суспільстві та способу життя формуються у ранньому віці. Тому надзвичайно важливим є визначення факторів та чинників, які мають формувати правильну поведінку людини щодо збереження та зміцнення здоров'я. Так, особливо дане питання стосується студентства. Дотримання здорового способу життя відіграє важливу роль у житті осіб молодого віку, оскільки це забезпечує майбутній розвиток у всіх сферах життя.

Дослідження кореляційних взаємозв'язків між рівнем соматичного здоров'я та показниками варіабельності серцевого ритму у студентів із різним домінуючим типом вегетативної регуляції.

У дослідженні взяли участь 128 студентів (жіночої (n=63) та чоловічої (n=65) статі) у віці 17-25 років, які навчалися у Чорноморському національному університеті імені Петра Могили. У всіх студентів було визначено показники варіабельності серцевого ритму за допомогою використання приладу «МПФІ ритмограф-1» та програмного забезпечення EasyHRV (ТОВ «АСТЕР-АЙТІ», Харків, Україна). На основі отриманих даних студенти були поділені на чотири групи згідно експрес-оцінки функціонального стану регуляторних систем (Шлик Н.І.): з помірним переважанням центральної регуляції (I тип), з вираженим переважанням центральної регуляції (II тип), з помірним переважанням автономної регуляції (III тип) та з вираженим переважанням автономної регуляції (IV тип). Під час дослідження було використано методику кількісної експрес-оцінки рівня соматичного здоров'я, розроблену Г. Л. Апанасенко. У всіх досліджуваних визначалися антропометричні (зріст, маса тіла, динамометрія), фізіологічні (життєва ємність легень, частота серцевих скорочень, артеріальний тиск) та функціональні (Проба Мартіне-Кушелєвського) показники та відповідні індекси (індекс маси тіла, життєвий індекс, силовий індекс, індекс Робінсона).

Статистичне оброблення результатів досліджень проведена з використанням програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 23. Для дослідження взаємозв'язків між показниками використано непараметричний кореляційний аналіз за Спірменом (r). Значимим вважався показник, якщо отримане значення коефіцієнту кореляції було рівним $p < 0,05$.

За результатами дослідження було виявлено, що у студентів із помірним переважанням центральної регуляції (I тип) достовірний кореляційний зв'язок між рівнем здоров'я та показниками варіабельності серцевого ритму не спостерігався.

Зокрема, згідно даним рис. 1. можна визначити, що студенти із вираженим переважанням центральної регуляції (II тип) мали кореляційний зв'язок між рівнем здоров'я та статистичним показником *Moda* ($r = -0,514$; $p < 0,05$). Так, даний взаємозв'язок був зворотним та із середньою силою зв'язку.

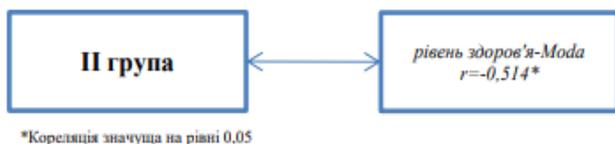


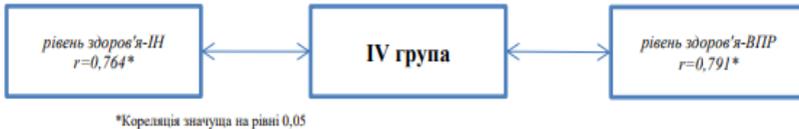
Рис. 1. – Взаємозв'язок рівня соматичного здоров'я з показниками варіабельності серцевого ритму у студентів з II типом вегетативної регуляції

Згідно рис. 2. було виявлено, що у студентів із помірним переважанням автономної регуляції (III тип) кореляційний зв'язок спостерігався між рівнем здоров'я, часовим показником *deltaX* ($r = 0,345$; $p < 0,01$) та показником кореляційної ритмографії *L* ($r = 0,345$; $p < 0,01$). Взаємозв'язки між рівнем соматичного здоров'я, *deltaX* та *L* були прямими із середньою силою зв'язку.



Рис. 2. – Взаємозв'язок рівня соматичного здоров'я з показниками варіабельності серцевого ритму у студентів з III типом вегетативної регуляції

За даними рис. 3. можна визначити, що студенти з вираженим переважанням автономної регуляції (IV тип) має кореляційний зв'язок між рівнем здоров'я та інтегральними показниками (ІН: $r=0,764$, $p<0,05$; ВПП: $r=0,791$, $p<0,05$). Зокрема, дані взаємозв'язки є прямими із сильною силою зв'язку.



*Кореляція значуща на рівні 0,05

Рис. 3. – Взаємозв'язок рівня соматичного здоров'я з показниками варіабельності серцевого ритму у студентів з IV типом вегетативної регуляції

Зокрема, у табл. 1 представлено кореляційні зв'язки між показниками варіабельності серцевого ритму та показниками/індексами, які визначалися для оцінки рівня соматичного здоров'я. Студенти з помірним переважанням центральної регуляції (I тип) та помірним переважанням автономної регуляції (III тип) мають коефіцієнти кореляції із слабкою та середньою силою зв'язку. Так, у представників із вираженим переважанням центральної регуляції (II тип) спостерігається середня сила зв'язку. Слід зазначити, що студенти з вираженим переважанням автономної регуляції (IV тип) мають сильну силу зв'язку за всіма коефіцієнтами кореляції. Зокрема, найбільше значення $r=0,952$ спостерігається між CI та pNN50, що є ознакою сильної сили зв'язку та взаємозалежність між даними показниками.

Таблиця 1

Кореляційні взаємозв'язки між показниками варіабельності серцевого ритму та показниками/індексами рівня соматичного здоров'я

Показник 1	Показник 2	r	Показник 1	Показник 2	r
<i>I група (n=47)</i>			<i>II група (n=16)</i>		
Життєвий індекс (ЖІ)	RMSSD	-0,290*	Індекс Робінсона	ЧСС	-0,633**
Життєвий індекс (ЖІ)	LF/HF	0,314*	Індекс Робінсона	RRNN	0,633**

Продовження таблиці 1

Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	RMSSD	-0,329*	Індекс Робінсона	Moda	0,643**
Зріст	RMSSD	-0,318*	Індекс маси тіла (ІМТ)	VLF	0,542*
Зріст	CC1	0,323*	Життєвий індекс (ЖІ)	VLF	-0,649**
Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	CC1	0,296*	Силовий індекс (СІ)	LF/HF	0,508*
Маса тіла	W	-0,362*	Силовий індекс (СІ)	W	-0,506*
<i>III група (n=57)</i>			Маса тіла	VLF	0,499*
Індекс маси тіла (ІМТ)	ЧСС	-0,353**	Маса тіла	LF/HF	0,614*
Індекс маси тіла (ІМТ)	RRNN	0,354**	Зріст	LF/HF	0,650**
Індекс маси тіла (ІМТ)	Moda	0,350**	Зріст	W	-0,574*
Індекс маси тіла (ІМТ)	ПАПР	-0,285*	Сила кисті	LF/HF	0,664**
Життєвий індекс (ЖІ)	pNN50	-0,308*	AT _{сис}	CC0	0,512*
Життєвий індекс (ЖІ)	ПАПР	0,289*	<i>IV група (n=8)</i>		
Життєвий індекс (ЖІ)	W	-0,331*	Індекс маси тіла (ІМТ)	ЧСС	-0,857**
Індекс Робінсона	ВІР	0,337*	Індекс маси тіла (ІМТ)	RRNN	0,857**

Продовження таблиці 1

Маса тіла	ЧСС	-0,346**	Життєвий індекс (ЖІ)	СС0	-0,790*
Маса тіла	RRNN	0,345**	Силовий індекс (СІ)	pNN50	0,952**
Маса тіла	Moda	0,328*	Індекс Робінсона	pNN50	-0,819*
Маса тіла	ПАПР	-0,265*	Проба Мартіне-Кушелевського	СС0	0,730*
Сила кисті	ЧСС	-0,297*	Маса тіла	ЧСС	-0,786*
Сила кисті	RRNN	0,295*	Маса тіла	RRNN	0,786*
Сила кисті	Moda	0,338*	Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	ЧСС	-0,762*
Сила кисті	ВІР	-0,292*	Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	RRNN	0,762*
Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	RMSSD	-0,262*	Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	Moda	0,719*
Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	pNN50	-0,266*	Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	СС0	-0,802*
Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	СС1	0,285*			
Життєва ємність легень (ЖЄЛ)	W	-0,331*			
Зріст	HF	-0,280*			

Примітка: * - кореляція значуща на рівні 0,05; ** - кореляція значуща на рівні 0,01.

Отже, встановлено, що студенти з різними домінуючими типами вегетативної регуляції мають відмінності кореляційних взаємозв'язків між рівнем соматичного здоров'я та показниками варіабельності серцевого ритму.

УДК 797.12(043.2)

Бондаренко І. Г.,

канд. наук з фіз. вих., доцент кафедри
олімпійського та професійного спорту
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Бондаренко О. В.,

старший викладач кафедри теорії та методики
фізичного виховання
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ВЕСЛУВАННЯ НА ЧОВНАХ «ДРАКОН»: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Фахівці з фізичного виховання і спорту звертають свою увагу на історичні аспекти розвитку фізичної культури, видів спорту, зокрема, з веслування на човнах «Дракон». Велику зацікавленість викликають тенденції розвитку та становлення веслувального спорту [4]. У Стратегії розвитку фізичної культури і спорту на період до 2028 року визначено недостатню кількість інформаційно-соціальних кампаній, спрямованих на популяризацію спорту, мотиваційних презентацій масового спорту. Слід привернути увагу суспільства до тих видів спорту, які можуть розвиватися в Україні та сприяти популяризації та поширенню здорового способу життя, організації змістовного дозвілля.

І.Г. Бондаренко (2021) визначені основні тенденції в розвитку веслувальних видів спорту: розвиток веслування у приміщенні; розвиток видів веслування, які поєднуються з іншими видами спорту; розвиток веслувальних видів спорту для людей з обмеженими можливостями; урахування гендерної ознаки, передусім зростання кількості учасників спортсменів-жінок; зростання ролі телебачення та мережі Інтернет у розвитку веслувальних видів ті ін. Звернено увагу на розвиток більш видовищних дисциплін веслувального спорту. Перспективними напрямками подальших досліджень визначено встановлення тенденцій розвитку веслувальних видів спорту в Україні, подальше вивчення умов впровадження нових видів веслування у

навчальний процес підготовки бакалаврів у галузі спорту [4].

Аналіз історичних даних щодо розвитку веслування на човнах-драконах в Україні та світі виявили протиріччя між інтенсивним його розвитком з початку 90-рр. ХХ ст. і відсутністю науково-методичної літератури щодо становлення цього виду спорту, прогнозування та вивчення тенденцій розвитку веслування на човнах-драконах, що зумовлює потребу у такому дослідженні.

Мета дослідження – визначити історичні передумови і перспективи розвитку веслування на човнах «Дракон». Було використано наукові методи аналізу, систематизації та узагальнення даних веб-сайтів спортивних федерацій з веслування, нормативних документів, наукових статей.

Масовий розвиток веслування на човнах типу «Дракон» розпочався в Азії дві тисячі років тому. Але лише у 1976 році, у Гонконзі, вперше проводилися міжнародні змагання. У 1981 році, під час проведення чемпіонату світу з веслування на байдарках і каное в Англії, були проведені показові заїзди на човнах типу «Дракон». З того часу в Англії, Німеччині, Данії, Голландії та Італії розпочався активний розвиток цього виду веслування, стали з'являтися школи при університетах і на базі інших веслувальних шкіл [3].

Існує декілька міфів та легенд розвитку веслування на човнах-драконах. Проведення змагань з перегонів на човнах-драконах пов'язують з легендою вшанування історичної постаті Цюй Юань та його історією, яка сталася понад 2000 років тому в стародавньому Китаї. У той час, через корупцію в уряді Королівства Чу, Цюй Юань був помилково звинувачений у державній зраді його політичними суперниками. Він вимушений поїхати з країни, і у відчай і, можливо, як останній акт протесту проти уряду, він кинувся в річку Мі Ло і потонув. Китайці ніколи не забули цей відчайдушний героїчний вчинок і коли рибалки мчали на своїх човнах, щоб дістати його тіло, перш ніж його могла з'їсти риба (б'ючи в барабани та кидаючи рисові галушки в річку, щоб відволікти їх); вони започаткували традицію, яка продовжується донині [6].

Традиційно виготовлений із тикового дерева човен, який походить із Південного Китаю, зазвичай називають «китайським човном-драконом». Головними відмінними рисами човна є міфічна голова дракона в азіатському стилі, яка прикріплена до носа човна; стилізований хвіст дракона, який прикріплений до корми; луска дракона, що намальована вздовж бортів човна [6]. За правилами змагань з веслування на «Драконах», які набули чинності з 1 січня 2019 р., такі човни мають «голову» і «хвіст» дракона, барабан і стілець для

барабана та характеризуються іншими технічними параметрами, довжиною від 9 до 12 м та вагою від 140 до 250 кг [1].

Офіційні дистанції перегонів становлять 200 м або 250 м, 500 м і 2000 м. Мета змагань полягає в тому, щоб екіпаж по чітко визначеному безперешкодному шляху випередив своїх суперників за найменший час. Змагання на дистанції 2000 м проводиться як гонка-переслідування з двома колами 500-метрової траси, що включають три повороти. Човни стартують кожні 10 секунд. Під час змагань на 200 м та 500 м барабанщик повинен активно бити в барабан [1].

У 1970-х роках Туристична асоціація Гонконгу (тепер відома як Рада з туризму) вирішила організувати Міжнародний фестиваль човнів-драконів, щоб популяризувати Гонконг. У 1976 році відбулися перші Гонконзькі міжнародні перегони, які відкрили «сучасну еру» човнів-драконів як виду спорту. Ці змагання перетворилися на щорічний фестиваль, фотозвіти у пресі з якого, облетіли увесь світ. До створення Міжнародної федерації човнів-драконів (IDBF) у 1991 році Гонконзькі міжнародні перегони були «неофіційним клубним чемпіонатом світу серед екіпажів» у цьому виді спорту. Згодом були засновані Міжнародна федерація човнів-драконів (1991), Європейська та Азіатська федерації (1992) [6].

На сьогодні співпрацюють Федерації човнів-драконів:

- Міжнародна федерація з веслування на човнах-драконах
- Федерація з веслування на човнах-драконах Океанії
- Африканська федерація з веслування на човнах-драконах
- Азіатська федерація з веслування на човнах-драконах
- Панамериканська федерація з веслування на човнах-драконах
- Європейська федерація з веслування на човнах-драконах.

На сьогодні спостерігається потужний розвиток веслування на човнах-драконах, охоплюючи майже 50 мільйонів учасників у Китаї, понад 300000 – у Великобританії та Європі, включаючи Чехію, Угорщину, Польщу та Росію, 90000 – у Канаді та США. Запроваджено проведення чемпіонатів світу, чемпіонатів Європи, чемпіонати Азії, регіональних чемпіонатів в Північній Америці. В склад Міжнародної Федерації з веслування на човнах-драконах входить 62 країни [6].

В Україні розвитком і популяризацією веслування на човнах-драконах займається Федерація України з веслування на човнах «Дракон» (ФУВЧД), яка заснована у 2004 р. Перші всеукраїнські змагання були проведені в травні 2005 року. У тому ж році ФУВЧД прийнято до складу Міжнародної Федерації з веслування на човнах-драконах. За наказом Міністерства молоді та спорту України від 24.04.2014 №1305 затверджено Кваліфікаційні норми та вимоги Єдиної

спортивної класифікації України з неолімпійських видів спорту, зокрема з веслування на човнах «Дракон». У 2022 р. налічується 15 осередків за областями та м. Київ. Рейтинг за набраними очками очолила Житомирська область, в трійку призерів увійшли м. Київ та Київська область [5]. у 2016 році було затверджено навчальну програму для дитячо-юнацьких спортивних шкіл з веслування на човнах «Дракон». Розробка програми викликана потребою вдосконалення навчально-тренувального процесу у зв'язку з підвищенням вимог до підготовки спортсменів у веслуванні на човнах «Дракон».

Веслування на човнах-драконах почало масово розвиватися в Новій Зеландії в 1980-х роках під керівництвом групи, до якої входили золоті медалісти кількох Олімпійських ігор Пол Макдональд і Ян Фергюсон. Сьогодні в Новій Зеландії від 2000 до 3000 людей беруть участь у веслуванні на човнах-драконах. Члени Оклендської асоціації веслування на човнах-драконах відмічають: «У нас, мабуть, одна з найрізноманітніших груп людей, які можна собі уявити. Лише нещодавно я веслував з 70-річною жінкою поруч зі мною, і в одному човні була молода дівчина, якій було лише 16. Це більше, ніж спорт – культурні та історичні традиції відіграють важливу роль».

Окрім спортивних перегонів, Міжнародна федерація з веслування на човнах-драконах допомагає розвинути «фестивальні перегони» – спортивне свято, мета проведення якого, популяризація масового спорту, розваги, активний відпочинок. Відмічено значне збільшення кількості заходів щодо проведення фестивальних перегонів: формуються компанії з організації заходів, єдина мета яких – щорічна організація фестивалів з перегонів на човнах-драконах. Особливо це стосується Канади та США. У Європі Фестиваль Мальме в Швеції збирає багато сотень екіпажів від компаній і громад, а перегони тривають тиждень. Організовані Шведською асоціацією човнів-драконів і Каное-клубом Мальме фестивальні перегони Мальме та інші подібні перегони у Швеції та багатьох інших країнах світу також збирають кошти для спорту.

Значна кількість команд фестивалю формується з «корпоративного ринку», тому що це також соціальна подія та діяльність з формування команди, у якій незабаром проявляються сильні сторони та здібності працівників. Таким чином, розвивається корпоративний тимблдінг.

Як зазначають фахівці в галузі спорту, однією з переваг веслування на човнах-драконах є можливість «легкого переходу» від веселої фестивальної команди з невеликим досвідом до високоефективної змагальної команди.

На сьогоднішній день стрімко розвивається адаптивне веслування (паравеслування). У веслування на човнах-драконах намагаються залучати людей з певною формою фізичних, психологічних, неврологічних, сенсорних, розвитку або інтелектуальних порушень. Незважаючи на те, що терміни «порушення» та «інвалідність» часто використовуються як взаємозамінні, Міжнародна федерація з веслування на човнах-драконах зазначає чітку різницю між ними: «порушення» – це стан, з яким живе людина; «інвалідність» – це обмеження здатності цієї особи виконувати функції через порушення. Кількість клубів з паравеслування на човнах-драконах зростає [6].

Слід зазначити ще й реабілітаційний напрямок розвитку веслування на човнах-драконах. Команда Dragons Abreast Brisbane, відома як Team Missabittatititi (Австралія), прагне допомогти жінкам, які пережили рак молочної залози, підтримувати якість життя після діагностики цього захворювання за допомогою спортивних перегонів на човнах-драконах. Асоціація почала свою діяльність з 2000 року. Команда Dragons Abreast Brisbane стала зареєстрованою асоціацією у вересні 2015 року, і членство продовжує зростати. Зараз є 80 членів-жінок, які пережили рак молочної залози, і 25 членів підтримки.

Н. Еременко було досліджено оздоровчу ефективність занять веслуванням на дагонботах та визначено ряд переваг: більша частина занять проводиться на відкритому повітрі, паркова або лісопаркова зона на березі водойми; постійний контакт із природними факторами – сонце, повітря, вода; переважно циклічна робота аеробної спрямованості; заняття веслуванням надають загартовуючий вплив, і є відмінним профілактичним засобом проти простудних захворювань; безпосередній вплив на функціональні системи організму, такі як серцево-судинної, дихальної, м'язової системи [2].

Випускається електронний журнал «Новини спорту з веслування на човнах-драконах», який висвітлює всі аспекти веслування на човнах-драконах: фестивалі, чемпіонати світу, благодійні заходи та ін. Нещодавно було випущено ювілейну книгу «Книга до 30-річчя IDBF/сучасні перегони на човнах-драконах».

Стрімко розвиваються мережі ліцензованих виробників спортивного обладнання: весел (більше 20 підприємств) та 8 з виробництва човнів-драконів [6].

Аналіз документів, офіційних сайтів, наукових джерел дозволив узагальнити дані щодо тенденцій розвитку веслування на човнах-драконах:

1) розвивається рекреаційний напрямок веслування на човнах типу «Дракон»

2) спостерігається стрімкий розвиток веслування на човнах-драконах в якості неолімпійського виду спорту, триває підготовка фахівців, тренерів;

3) розвивається паравеслування на човнах-драконах, а також реабілітаційний напрямок, створюються команди людей з певними захворюванням;

4) розширюються мережі ліцензованих виробників спортивного обладнання;

5) набувають вагомого значення проведення фестивалів з веслування на човнах-драконах, благодійних заходів та корпоративного тимбілдінгу.

Список використаних джерел

1. Бондаренко І. Г., Бондаренко О. В. Практикум з веслування : навч. посібник. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2021. 136 с.
2. Єременко Н. П. Характеристика веслування на човнах «Дракон» як одного із засобів фізичної рекреації. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2014. Вип.1 (42). С.40-46
3. Єременко, Н. П. Цзяле Лю, Ужвенко В. А. Історія розвитку веслування на човнах «Дракон» у Китаї та Україні. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова : збірник наукових праць*. Київ : Видавництво НПУ імені М. П. Драгоманова, 2023. Вип. 3К (162). С. 136-142.
4. Сучасні тенденції розвитку веслування у світі. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини* / І. Г. Бондаренко та ін. 2021. Вип.20. С.26-34. doi: doi: 10.32626/2309-8082.2021-20.26-33
5. Федерація України з веслування на човнах «Дракон» : веб-сайт. URL: : <http://udbf.org/index.php/fuvchd/istoriya> (дата звернення 7.05.2023).
6. International Dragon Boat Federation. History and Culture : веб-сайт. URL : <https://www.dragonboat.sport/history> (дата звернення 7.05.2023).

Бондаренко О. В.

викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Кураса Г. О.

ст. викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПІДВИЩЕННЯ СПОРТИВНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ СТУДЕНТІВ

Організація діяльності спортивних секцій в університеті спрямована на підвищення спортивної майстерності студентів, зміцнення їх здоров'я, покращення спортивних результатів, формування навичок здорового способу життя, розвитку життєво важливих рухових навичок та фізичного здоров'я молоді людини, вихованні інтересу і необхідності у щоденних самостійних заняттях фізичною культурою і спортом.

Додаткові фізичні навантаження сприяють покращенню загально спортивних фізичних показників, загартуванню організму, формуванню витривалості, загалом допомагають складанню тестів з фізичного виховання на практичних заняттях, і, як результат отриманню високих рейтингових балів.

До занять у спортивних секціях, як правило, залучаються хлопці та дівчата які мають бажання тренуватися, мають схильність до вибраного виду спорту, досвід спортивних змагань, хорошу та задовільну фізичну підготовку.

Проблема організації та вдосконалення роботи спортивних секцій не є новою. Цій важливій проблемі присвятили свої праці педагоги, тренери, психологи (Кафтанова Т. В.).

На думку Кафтанової Т. В. відбір для занять у групах вищої спортивної майстерності повинен проводитись за наступними жорсткими критеріями: стан здоров'я; високий рівень мотивації до досягнення великих успіхів у спорті; попередня спортивно-технічна та спеціальна фізична підготовленість; відповідність морфотипу вимогам баскетболу; функціональні можливості організму; загальна фізична працездатність; наявність здібностей до баскетболу; сприятлива динаміка спортивних результатів; психофізіологічна надійність і готовність.

Важливо у студентів сформувати стійку мотивацію до занять у спортивній секції з вибраного виду спорту. Додаткові тренування, як правило, вимагають додаткового витрату часу, значне фізичне навантаження, зміну режиму дня тощо. Значну роль у цій справі відіграє

минулий власний досвід студента, авторитет тренера, мікроклімат в команді, перспектива майбутніх успіхів.

Мета і задачі ПСМ полягають у залучення студентів до постійних і систематичних занять спортом, оволодіння ними технікою у вибраному вигляді спорту, високою спортивною майстерністю.

Але ситуація, як склалася у нинішній час, стосовно організації занять у різноманітних спортивних секціях є складною та неоднозначною. Війна, яку розв'язала Росія проти незалежної України зруйнувала життя мирним українцям: мільйони людей покинули місця постійного проживання та виїхали за кордон, у більш безпечні місця, значна частина чоловіків та жінок у складі ВСУ боронять країну від ворога. Проте після перемоги над ворогом знову повноцінно запрацюють навчальні заклади, діти повернуться до навчання. Запрацюють спортивні зали і до занять у спортивних секціях повернуться учні та студенти.

Список використаних джерел

1. Підвищення спортивної майстерності: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.google.ru/search?q=>
2. Підвищення спортивної майстерності. Тип дисципліни: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.google.ru/search?q=>

УДК 616-001.1

Герніченко А. О.,
студентка II-го магістерського рівня,
спеціальності Фізична терапія, ерготерапія,
Дроботун О. С.,
старший викладач кафедри
медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Фізична реабілітація осіб з ампутаціями нижніх кінцівок є важливим етапом у процесі повернення до активного життя. Вона спрямована на відновлення функціональності, міцності і мобільності після втрати кінцівки.

Основні елементи фізичної реабілітації включають фізичну терапію, м'язове тренування, навчання використанню протезів і збалансо-

вану фізичну активність. Фізична терапія може включати розтяжки, масаж, вправи для зміцнення м'язів і покращення рухливості [1].

М'язове тренування спрямоване на відновлення сили і гнучкості м'язів, а також на розвиток компенсаторних механізмів для забезпечення стабільності та балансу. Воно може включати вправи з використанням вагових навантажень, розтяжки, заняття на спеціальних тренажерах та використання фізіотерапевтичних методів.

Навчання використанню протезів є важливою частиною реабілітації. Фахівці допомагають пацієнтам засвоїти навички правильного надягання та використання протезів, а також розвивати вміння керування ними для виконання різних дій [2].

Фізична активність, включаючи ходьбу, біг, плавання і вправи на велотренажерах, допомагає покращити загальний фізичний стан, сприяє збереженню серцево-судинної системи та підвищенню енергетичного рівня.

Важливою складовою фізичної реабілітації є також психологічна підтримка та консультивання, щоб допомогти пацієнтам впоратися з емоційними аспектами ампутації та підтримати їх у процесі адаптації до нового стану.

Зазвичай процес фізичної реабілітації після ампутації нижніх кінцівок може бути тривалим і вимагати індивідуального підходу до кожного пацієнта залежно від його стану, фізичних можливостей та цілей. Важливою є співпраця з командою медичних фахівців, які надають необхідну підтримку та допомогу протягом усього процесу реабілітації [3].

Після ампутації нижніх кінцівок фізична реабілітація відіграє важливу роль у відновленні функцій та покращенні якості життя пацієнтів.

Основні методи фізичної реабілітації при ампутаціях нижніх кінцівок включають:

1. Протезування: Це процес виготовлення та використання протезів для заміни втрачених кінцівок. Фахівці з протезування спільно з пацієнтом підбирають та налаштовують протез, щоб забезпечити максимальну функціональність та комфорт. Пацієнтам надається навчання використання протеза та проводяться тренування для покращення моторики та балансу.

2. Фізичні вправи: Пацієнти проводять спеціально розроблені фізичні вправи для зміцнення м'язів, покращення рухової функції та відновлення рухомості. Ці вправи можуть включати розтяжки, зміцнювальні вправи, роботу з вагами та балансування.

3. Масаж та м'язова терапія: Масаж та м'язова терапія можуть бути застосовані для поліпшення кровообігу, зняття м'язового напру-

ження, збільшення гнучкості та покращення зв'язку між м'язами та нервовою системою.

4. Гідротерапія: Терапія у воді може бути корисною для пацієнтів з ампутаціями, оскільки вона зменшує навантаження на суглоби та м'язи, полегшує рухомість і сприяє відновленню сили.

5. Освіта та консультування: Пацієнти отримують знання та навички щодо самообслуговування, правильної постави, мобільності та безпеки. Вони також можуть отримати консультування щодо психологічної підтримки та адаптації до нових умов життя після ампутації [2, 3].

Ці методи комплексної реабілітації можуть бути індивідуально адаптовані до потреб та можливостей кожного пацієнта. Результати фізичної реабілітації залежать від багатьох факторів, включаючи рівень ампутації, загальний стан здоров'я та мотивацію пацієнта. Важливо працювати з досвідченими фахівцями з фізичної реабілітації для досягнення найкращих результатів.

Кінцевою метою довготривалої реабілітації ампутованих нижніх кінцівок є повноцінна соціально-психологічна адаптація пацієнта до нового фізичного стану та образу тіла, а також його повернення до функціональної активності. Завдяки реабілітаційним заходам, пацієнт має змогу набути максимально можливого рівня мобільності та самостійності [6].

Реабілітація сприяє відновленню фізичної форми, покращенню якості життя та психологічному благополуччю пацієнта. Під час будь-якої реабілітації важливим аспектом для максимального відновлення пацієнта має бути відповідна підтримка з боку медичного персоналу, родини та оточуючого середовища. Це забезпечить пришвидшення процесу реабілітації.

Список використаних джерел

1. Волянський, О., Кіх, А., Корченко, В., Беспаленко, А., Щеглюк, О., Малецька, Т., & Михайловська, М. (2022). Мультидисциплінарна індивідуальна реабілітація військовослужбовців з ампутаціями кінцівок, які супроводжуються фантомним больовим синдромом. *InterConf*, (101). Режим доступу: <https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/interconf/article/view/18806>

2. Герасименко О. С. Засоби програми комплексної фізичної реабілітації осіб з ампутаціями нижніх кінцівок на рівні гомілки / О. С. Герасименко // Наукович часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 15 Науково – педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і

спорт). – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. – Вип. 06 (76). – С. 52 – 57.

3. Герасименко О. С. Передумови розробки комплексної програми фізичної реабілітації осіб з ампутаціями нижніх кінцівок на рівні гомілки / О. С. Герасименко, В. М. Мухін // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2016. – Вип. 23. – С. 50 – 59.

4. Технічні засоби в фізичній реабілітації: Опорний навчально-методичний інтерактивний комплекс / За заг.ред. Т. В. Кухтик. - Краматорськ: ДІТМ МНТУ ім. Ю.Бугая, 2010. – 106 с.

5. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol. Jul 2013;66(7):719-725.

6. Brunelli S, Morone G, Iosa M, et al. Efficacy of progressive muscle relaxation, mental imagery, and phantom exercise training on phantom limb: A randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. Feb 2015;96(2):181-187.

УДК 796:547.92](043.2)

Димов К. В.,

викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Головаченко І. В.,

викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Жигадло Г. Б.,

канд. пед. наук, доцент кафедри теорії та методики
фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

СТЕРОЇДИ У СПОРТИ

Андрогени – це стероїдні гормони, що виробляються статевими залозами і корою надниркових залоз (тестостерон, андростерон, дегідроепіандростерон та ін), мають властивість в певних концентраціях викликати андрогенізацію, вірилізацію організму (розвиток вторинних чоловічих статевих ознак) у обох статей. Найбільший рівень цих гормонів можна відзначити о 6.00 ранку, найнижчий о 19.00. Секрецію андрогенів регулює кортикотропін гіпофіза. Андрогени мають анаболі-

чний вплив на білковий та мінеральний обмін (підсилення синтезу білків, зменшення їх розпаду, зниження виділення іонів – натрію, кальцію, калію, фосфору та води. Вони впливають також на обмін речовин. Якщо перевищити дозу андрогенів, це може призвести до затримки росту скелета. Анаболічна дія андрогенів незалежно від статі та віку.

Дія андрогену закладається в тому, що частина гормону метаболізується з утворенням неактивної речовини. Андростенолон, що є активною частиною гормону, вступає в комплексну сполуку з рецепторним специфічним білком цитоплазми клітини статевих залоз, що забезпечує транспортування його в ядро, а також взаємодію з ядерним хроматином.

Андрогени (стероїдні гормони, що виробляються статевими залозами і корою надниркових залоз) випускаються у вигляді ін'єкцій, капсул, пігулок та крапель. На кінець XX століття велику популярність мали андрогени у вигляді нашкірних пластирів. Вони дозволяли уникнути інтоксикації, так як повільно всмоктувались в шкіру. Зараз пластирі не є популярними, їх використовують лише при лікуванні гіподинамізму, а спортсмени використовують пігулки та ін'єкції. Найпопулярнішими з них є андіол, андроксон, дигідротестостерон, омнадрен, оретон та ін. Саме з дигідротестостероном пов'язують таке поняття як «андрогенна активність». Під цим поняттям можна відокремити такі прояви організму:

- виникнення акне;
- підвищення лібідо;
- формування зовнішніх і внутрішніх статевих органів;
- формування вторинних статевих ознак, таких як ріст волосся на тілі;
- вплив на центральну нервову систему, в результаті якого відбувається скорочення часу на відновлення організму після випробуваного навантаження.

До позитивних ефектів андрогених стероїдів можна віднести такі: підвищення рівня тестостерону, спалення жиру за рахунок тестостерону, накопичення азоту – позитивний азотовий баланс, стимуляція апетиту та лібідо.

В цей час вони мають і негативні сторони: можливість конверсії тестостерону в жіночі гормони, накопичення рідин в організмі і зниження тиску як наслідок, себорея, акне, феномен «відкату» - втрата всієї набраної маси м'язів, ураження внутрішніх органів (найчастіше печінки), зниження чутливості власних андрогенних рецепторів.

Андрогени стали популярними із розвитком бодибілдінгу, тому вживають їх найчастіше саме бодибілдери.

В останні роки на практиці використовуються похідні андрогенних гормонів – анаболічні стероїди. Стероїди – це речовини рослинного або тваринного походження, які мають високу біологічну активність та регулюють процеси життєдіяльності. В медицині, в тому числі і спортивній, часто використовуються анаболічні стероїди. Ці стероїди синтезовані на базі чоловічого статевого гормону – тестостерону. Слово «анаболік» походить від грецького «anabolein», що перекладається як «нарощувати». Головною функцією їх є те, що вони прискорюють реакції обміну, тим самим полегшуючи засвоєння речовин, які потрібні для росту клітин. Саме це сприяє зростанню маси тіла та збільшенню м'язових сил. Також вони стимулюють синтез білка, затримують кальцій в кістках та сприяють прискореному процесу загоєння.

За деякими даними, ще з часів Античності спортсмени вживали стимулюючі засоби. В другій половині XIX століття були офіційно зареєстровані випадок вживання допінгу, а також і перша смерть через їх вживання. В 1935 році двоє вчених створили синтетичний тестостерон, після того, як проводились дослідження на собаках. Історики вважають, що саме цей препарат забезпечив успіх німецьким спортсменам на XI Олімпійських іграх, коли їх збірна завоювала 33 золоті медалі. Активно використовувати стероїди в спорті почали з 1956 року. Досить довго ніхто не сприймав всерйоз слова вчених та дослідників про шкоду надмірного вживання цих засобів. Вже в кінці XX століття всі види анаболічних стероїдів віднесли до класу небезпечних препаратів і почався суворий контроль з їх використання.

Анаболічні стероїди вживають або орально – у вигляді таблеток (анавал, данабол, пронабол, туринабол, станобол, анаполон та ін.) або у вигляді ін'єкцій (болденон, становер, тренболон, вінстрол, параболан, масторан та ін.). Також вони бувають у вигляді гелів або пластирів. Анаболічні стероїди ще називають будівельними гормонами, бо їх основною дією є вироблення речовин, потрібних для побудовання органічних тканин. Затримуючи в організмі фосфор, калій, стероїди стимулюють виробництво білка в організмі. Слід зазначити, що ефективність та тривалість дії стероїдів залежить від хімічного складу кожного із препаратів.

Вживання анаболічних стероїдів несе як позитивний, так і негативний вплив. Якщо говорити про позитивні сторони, то, безперечно, до цього відносять значне збільшення об'ємів м'язів, зменшення жирових запасів, зростання силових показників, підвищення витривалості та продуктивності, стимулювання більш швидкого відновлення після травм або тренувань, здатність витримувати інтенсивніші або об'ємніші тренування. Також не можна не відзначити і психологічні аспекти. Вони

сприяють бажанню більше тренуватись та досягати кращих успіхів, збільшують здатність досягнення цілей та краще переносити біль.

Говорячи про негативні сторони вживання анаболічних стероїдів, то їх можна розділити на 2 групи – під час вживання та після. В першому випадку можна спостерігати такі наслідки як роздратованість («стероїдна лють»), депресивний стан, підвищення лібідо, затримка рідин, акне (вугрі), шлункові болі, гінекомастія, підвищення рівню холестерину, маскулінізація у жінок (зміна менструального циклу, ріст волосся по чоловічому типу, грубішає мускулатура та голос, атрофія матки, зміни в яєчниках), негативна дія на печінку (у випадках, коли препарат має метилову групу в альфа-17 позиції), гіпертрофія міокарда з розвитком ішемії, себорея, зупинка росту волосся в молодому віці або їх випадання. В другому випадку відбувається зниження лібідо, імпотенція, безпліддя, атрофія яєчок, захворювання серцево-судинної системи, пригнічення імунітету та навіть рак. Для того, щоб передбачити побічні ефекти вживання анаболіків, треба дотримуватись всіх інструкцій та рекомендацій лікарів, не перевищувати дозу або тривалість курсу, не комбінувати декілька видів стероїдів. Жінкам бажано взагалі не приймати стероїди. Те саме стосується і підлітків. Починати вживати стероїди слід з 21 року через те, що ендокринна система молодої людини здатна самостійно виробляти потрібну кількість тестостерону. Через вживання в ранньому віці стероїдів може бути передчасна зупинка росту, плечі можуть втратити в ширині та ін.

Таким чином, вивчивши позитивні та негативні сторони, зробимо висновок, що вживання стероїдів безперечно дозволить набрати м'язову масу за досить короткий час, але тільки якщо приймати їх регулярно. Вживання їх має бути під наглядом лікаря. Самостійно їх вживаючи або змішуючи можна здобути багато негативних наслідків. Правильний образ життя, раціональне спортивне харчування, відпочинок між тренуваннями – все це може призвести до довгострокових спортивних результатів і, найголовніше, без шкоди для здоров'я.

Список використаних джерел

1. Стероиды и их влияние на организм человека: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://modsm.by/steroid/>
2. Анаболические стероиды: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://sportwiki.to/>

Довгань Н. Ю.,
д-р пед. наук, професор,
завідувачка кафедри олімпійського та професійного спорту
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНИЙ СУПРОВІД ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ: ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ

У сучасних умовах інтегрування України у європейську систему вищої освіти стратегічним завданням реформування вищої освіти України є трансформація кількісних показників освітніх послуг у якісні, що передбачає перегляд змісту вищої освіти та наповнення його новітнім матеріалом, упровадження сучасних технологій навчання, забезпечення мобільності, працевлаштування та конкурентоспроможності фахівців.

Сьогодні фізичне виховання студентської молоді, на жаль, далеко від досконалості, що обумовлено рядом об'єктивних причин: 1) недостатня кількість позааудиторних занять з фізичного виховання; 2) низький рівень мотивації до самостійних занять фізичними вправами; 3) недостатній рівень спеціальних знань і практичних умінь у галузі фізичної культури; 4) низький рівень використання новітніх технологій та сучасних технічних засобів під час позааудиторних занять; 5) недостатнє фінансове забезпечення; 6) низька ефективність управління фізичним вихованням, яке здійснюється у вищих навчальних закладах.

У сучасній системі вищої освіти, у сфері фізичного виховання студентів упроваджуються формальні технології, які орієнтують кафедри фізичного виховання на формалізовану систему управління, де студентам відведено роль пасивних учасників. Так, О. Архипов [28], С. Канишевський [270], Т. Круцевич [315] зазначають: «У діючій системі фізичного виховання студентів використовують три рівні організації занять різного ступеня регламентації: 1) академічний (обов'язкові заняття у сітці навчального закладу); 2) факультативний (самодіяльні заняття у секціях, клубах за інтересом); 3) самостійні (індивідуальні й групові заняття спортивного чи фізкультурно-кондиційного характеру), спортивно-ігрові заняття за вільним характером; змагальні форми організації занять; туристичні походи; «малі» форми занять і та ін.».

Відповідно до Конституції України та цілої низки законодавчих актів, наша держава повинна забезпечувати людям з особливими

потребами, відповідно до їхніх побажань і інтересів, доступність та безоплатність освіти у державних і недержавних навчальних закладах на рівні, що відповідає індивідуальним здібностям та можливостям.

Фізична культура інтегрується в суті самої особи студента з особливими потребами, котрий функціонує в здоров'язберігаючому середовищі як конкретний носій оздоровчих цінностей, поєднуючи в собі загальне уявлення як довершеної особистості та найвищої цінності суспільства, у розкритті її талантів, розумових і фізичних здібностей, у вихованні високих моральних якостей, у формуванні громадян, здатних до свідомого суспільного вибору. Тому сучасна фізкультурна освіта повинна представляти собою цілий комплекс навчально-виховних, науково-просвітницьких, психолого-педагогічних, культурологічних і методичних заходів, а не тільки процес передачі знань.

Теоретичний аналіз проблеми фізичного виховання студентів з особливими потребами у вищій освіті неможливий без неупередженого осмислення й оцінки накопиченого у вітчизняній теорії та практиці досвіду. Зокрема у нормативно-правових документах і наукових працях закріплено, що мета освіти полягає у розвитку людини як довершеної особистості та найвищої цінності суспільства, у розкритті її талантів, розумових і фізичних здібностей, у вихованні високих моральних якостей, у формуванні громадян, здатних до свідомого суспільного вибору.

На жаль, останнім часом в Україні відбулося значне відчуження фізичної культури від людини, від її індивідуальних мотивів і потреб. Це визначило в суспільстві пасивне ставлення до фізичної культури і до фізкультурної освіти зокрема. Тому, і ми в цьому цілком упевнені, фізкультурна освіта людини з особливими потребами повинна змінюватися і розвиватися відповідно до національних ідейних цінностей та викликів епохи. Як відображення національної культури, вона покликана сприяти формуванню фізично здорового, інтелектуального та культурного потенціалу нації, відродженню ідеалів українського суспільства, всебічному, гармонійному розвитку та вихованню активної життєвої позиції студентської молоді, оскільки в процесі навчання студенти сприймають та осмислюють явища фізичної культури, у них формується цілісний погляд на сучасний світ, синтезуються отримані знання у загальнокультурному просторі, відбувається формування загальнокультурної компетентності. Однак актуальні проблеми, котрі існують в сфері фізкультурної освіти студентів з особливими потребами, характеризуються с загальними проблемами, пов'язаними з умовами існування суспільства.

Мета дослідження – обґрунтування моделі фізкультурно-спортивного супроводу здобувачів вищої освіти з особливими потребами у ЗВО.

Приступаючи до розгляду моделі фізкультурно-спортивного супроводу здобувачів вищої освіти з особливими потребами у ЗВО, визначимо дефініцію поняття «супровід», «супровід навчання здобувачів вищої освіти з особливими потребами». Тому центральним моментом дослідження є уточнення поняття «фізкультурно-спортивний супровід»

На думку О. Казакової, «супровід» – така допомога, в основі якої лежить збереження максимальної волі й відповідальності суб'єкта розвитку за вибір варіанта вирішення актуальної проблеми. Супровід – це складний процес взаємодії супроводжувача і супровідного, результатом якого є рішення й дія, що веде до прогресу в розвитку супроводжуваного. Не менш важливо й те, що суб'єктом або носієм розвитку дитини є не тільки вона сама, але і її батьки та педагоги. Позиція супроводу – позиція «на стороні дитини» [4, с. 24–36].

На близьких до цього позиціях перебувають деякі вітчизняні дослідники проблеми супроводу навчання студентів з особливими потребами (О. Василькова, М. Гринчук, І. Родигіна та ін.), які визначають його як комплексний метод забезпечення психологічної безпеки дитини певної пільгової категорії, озброєння її ресурсами для самостійної протидії різним негативним впливам, а також умінням формувати власний спосіб самозахисту та самовдосконалення шляхом цілеспрямованого свідомого навчання досягненню фізичного, душевного та соціального оптимального пристосування до соціального середовища, «збереження усієї суми своєї соціальної цінності» [8].

Вищезазначені автори підкреслюють, що при впровадженні системи супроводу навчання здобувачів вищої освіти із особливими потребами ЗВО має враховувати психофізичні особливості та проблеми навчання людей різних нозологій, їх потреби у компенсації сенсорних вад, що заважають сприймати навчальний матеріал, соціально-психологічні фактори, що ускладнюють інтеграцію здобувачів, потреби у фізичній реабілітації та багато інших.

У нашому дослідженні, на підставі уявлень про супровід навчання здобувачів вищої освіти з особливими освітніми потребами маємо стверджувати, що навчально-виховний процес повинен розпочинатися з моменту звертання особистості до Вишу і охоплювати усі процеси: підготовку до вступу, вступ та навчання у ЗВО, адаптацію цих здобувачів вищої освіти у процесі навчання (забезпечуються технічними засобами навчання, допомогою консультантів чи

асистентів, отримують психологічну, медичну та соціальну підтримку), а також передбачає підтримку зв'язків з випускниками.

На нашу думку, модернізація інклюзивної фізкультурної освіти в сучасній вищій школі повинна здійснюватись в напрямку її переорієнтації з пріоритетів фізкультурно-спортивних – на фізкультурно-оздоровчі цілі й зміст, загальну рекреаційну функцію, гуманістичну, культуру формуючу сутність фізкультурно-освітньої реальності, яка забезпечує умови формування культури здорового способу життя людини з особливими потребами.

З огляду на це, фізкультурно-спортивний супровід заохочує здобувачів вищої освіти до активних занять фізичною культурою та окремими видами спорту, участі у змаганнях різного рівня та параолімпійському русі, зміцнює мотивацію до здорового способу життя, передбачає поліпшення психофізичного стану студентів і підвищення їх інтелектуальної працездатності. Супровід здійснюється викладачами кафедри фізичного виховання та фахівцями спортивного клубу.

Отже, фізкультурно-спортивний супровід здобувачів вищої освіти з особливими потребами, нами визначається, як система спеціальних заходів з формування особистих якостей майбутніх спеціалістів, спрямованих на засвоєння знань, умінь, навичок і компетенцій, що виступає основою їх професійного становлення. Тут насамперед треба мати на увазі не просто оволодіння знаннями, а глибоке проникнення у сутність, оволодіння методами самостійного їх одержання і застосування на практиці.

У контексті вищезазначеного психолого-педагогічна наука веде широкий пошук засобів, які активізували б у студентської молоді зростання внутрішньої активності, спрямованої на їх морально-духовний розвиток, фізичне здоров'я, повної актуалізації наявного потенціалу.

З огляду на це, сьогодні успішне оволодіння вищою освітою можливе не тільки за умови психічного, морально-вольового, духовного розвитку, а й достатньо високого рівня здоров'я студентської молоді, тому врахування особливостей способу життя, зокрема фізичної активності, позитивного ставлення до фізкультурно-спортивної діяльності, є важливим елементом організації фізичного виховання у ЗВО. Засвоєння фізичної культури починається з оволодіння системою знань, які формують ціннісне ставлення та здатність здобувачів вищої освіти до фізичного вдосконалення і самореалізації здорового стилю життя.

Незважаючи на численні дослідження, актуальним залишається

питання впровадження сучасних спортивно орієнтованих технологій фізичного виховання в навчальний процес здобувачів вищої освіти , що побудовані на основі популярних видів рухової активності, які б сприяли покращенню їх рівня здоров'я та професійно важливих фізичних якостей.

У нашому дослідженні ми розуміємо спортивно-орієнтований підхід як новітній психолого-педагогічний підхід, який ґрунтується на основних педагогічних принципах, що застосовуються на заняттях з фізичного виховання у ЗВО, на основі синтезу фізкультурно-спортивних засобів та методів з урахуванням індивідуальних особливостей здобувачів вищої освіти , їх мотиваційних пріоритетів та спортивних уподобань.

Здійснений теоретичний аналіз дозволяє визначити, що сучасний етап розвитку освіти характеризується інноваційними змінами, які набувають особливої актуальності в освітньо-виховному процесі, а саме: здоров'язаощадження, здоров'язберігаючі технології здобувачів вищої освіти. Саме це вказує на необхідність модернізації системи фізичного виховання З ВО. Фізичне виховання має потенційні можливості педагогічного впливу на розвиток особистості здобувачів вищої освіти з високими нормами гуманістичної моралі. Використання принципів гуманістичної педагогіки сприяє розвитку індивідуальності здобувачів вищої освіти здатності до самопізнання та самоосвіти. Особистісно-орієнтований підхід в організації процесу фізичного виховання за умов використання новітніх технологій освіти (зокрема спортивно-орієнтованих) є головним механізмом організації процесу безперервної освіти та фізкультурно-спортивної діяльності, що базується на принципах самовдосконалення та самовиховання.

Відповідно до власних теоретичних уявлень про структуру, функції, форми та засоби психолого-педагогічного супроводу нами була розроблена його теоретична модель (рис. 1).

Структура фізкультурно-спортивного супроводу складається з трьох взаємопов'язаних розділів: фізичне виховання та спорт, фізкультурна освіта, і науково-дослідна робота (рис. 1).



Рис. 1. Концептуальна модель позааудиторної спортивно-масової роботи у ЗВО для здобувачів вищої освіти з особливими потребами

Як видно з рис. 1, нами виділено 3 напрями позааудиторної спортивно-масової роботи у ЗВО зі здобувачами вищої освіти з особливими потребами :

➤ спортивний напрям передбачає систематичні заняття одним з видів спорту у навчальних групах спортивного вдосконалення, у спор-

тивних секціях спортивного клубу чи індивідуально, участь у спортивних змаганнях з метою підвищення чи збереження визначеного рівня спортивної майстерності.

➤ фізкультурно-оздоровчий напрям полягає у використанні спеціальних фізичних вправ, загартовуючих процедур у реабілітації здобувачів вищої освіти з особливими потребами. Фізкультурно-оздоровчі заходи у режимі навчального дня направлені на відновлення здоров'я або окремих функцій організму, знижених або втрачених у результаті захворювань чи травм. Засобами є: раціональний режим життєдіяльності, природні фактори, лікувально-гігієнічний масаж, тренажери і широке коло різноманітних як загальнорозвивального, так і спеціального характеру фізичних вправ, елементів легкої атлетики, спортивних ігор, рухливих ігор, самостійні заняття фізичними вправами, дозованих прогулянок, оздоровчого бігу, туристично-пішохідних походів, занять у групах лікувальної фізкультури та фізичної реабілітації (ЛФК) та ін. Цей напрям передбачає застосування засобів фізичної культури для зміцнення здоров'я і відновлення працездатності студентів як в умовах гуртожитку, так і вдома. А це – ранкова гігієнічна гімнастика, загартовувальні процедури (обтирання, обливання, душ та ін.), раціональне харчування, а також дозована ходьба, оздоровчий біг, рухливі та спортивні ігри, плавання, ходьба на лижах та інші фізичні вправи.

➤ оздоровчо-рекреаційний напрям передбачає застосування засобів фізичної культури та спорту при колективній організації відпочинку і культурного дозвілля у вихідні дні й у період канікул з метою відновлення і зміцнення здоров'я, пізнання і спілкування з чарівною природою довкілля. До засобів цього напрямку відносяться: туристські пішохідні походи, екскурсії, рухливі ігри, спортивні заходи, які можуть бути організовані і проведені в оздоровчо-спортивних таборах, будинках відпочинку, туристичних базах і під час навчальної практики та ін.

Формування принципово нової концепції багаторічної фізичної підготовки в системі фізичного виховання відкриває нові перспективи їх вдосконалення та посилення їх впливу на фізичне виховання, фізичну культуру, насамперед, принаймні, на перших заняттях здобувачів вищої освіти першокурсників, яке проявляється в системі визначення розвитку фізичних здібностей та якостей.

Психологічний контекст конструювання змісту фізичного виховання здобувачів вищої освіти закладів вищої освіти у процесі позааудиторної спортивно-масової роботи неможливий без розгляду процесу адаптування здобувачів вищої освіти – першокурсників до потреб і умов фізичного виховання ЗВО. Спираючись на цю логіку, природно припустити, що методологічною основою створення нової прогресив-

ної технології фізичного виховання, можливою для реалізації може служити адаптування.

Навчання у закладі вищої освіти для сучасної молоді людини є один з найважливіших періодів її життєдіяльності, особистісного зростання та становлення як фахівця з вищою освітою. Пошук шляхів успішної адаптації до змінених соціальних умов та нової діяльності є нагальною проблемою для кожного, хто переступив поріг ЗВО.

Спроможність адаптуватися, долати труднощі, віднайти своє місце у життєвому просторі є вирішальним чинником вдалого розвитку молоді людини, а в майбутньому – фахівця з вищою освітою. У ЗВО процес навчання здобувачів вищої освіти налагоджується не легко, характеризується великою динамічністю психічних процесів і станів, які зумовлені зміною соціального довкілля. Зокрема, вступ у заклад вищої освіти у значній частині молоді супроводжується дезадаптацією, що спричинена новизною студентського статусу, відсутністю референтної групи, підвищеними вимогами з боку професорсько-викладацького складу, напруженістю та жорстким режимом навчання, збільшенням обсягу самостійної роботи і самовідповідальності загалом. Усе це вимагає від студента значної мобілізації своїх можливостей для успішного входження в зовсім інше оточення та якісно інший ритм життєдіяльності.

Розглядаючи процес адаптації студентської молоді, в нашому дослідженні, ми стверджуємо, що при організації занять з фізичного виховання, не в повній мірі враховується адаптація здобувачів вищої освіти - першокурсників, яка виявляє надмірні інтелектуальні, психологічні та фізичні навантаження, що не відповідають віковим особливостям молоді людини, віком 17–18 років. Відомо, що організм тих, хто займається відповідає єдиним комплексом реакцій на суму різнохарактерних подразників на заняттях з фізичного виховання.

Отже, окремо взята умовна одиниця фізичної активності може бути оптимальною, а разом з іншими факторами (надмірні розумові навантаження, недотримання режиму дня, погане харчування), вона вже здатна перевищити можливості організму до опірності й, таким чином, не допомогти, а навпаки, нашкодити адаптаційним процесам. У цьому контексті адаптація розглядається як елемент системи факторів, які одноразово діють на організм та підвищують фізичну, психологічну та розумову активність тих, хто займається. Це означає, що її вклад у навчально-виховну діяльність студента цих факторів має бути такими, щоб разом з іншими створювати умови для ефективного пристосування до суми всіх подразників, які зустрічаються у навчально-виховному процесі ЗВ.

Таким чином, фізкультурно-спортивний супровід здобувачів вищої освіти з особливими освітніми потребами та правильна організація позааудиторної діяльності, спрямованої на дотримання ведення здорового способу життя ефективно впливає на формування особистості.

Список використаних джерел

1. Адирхаєва Л. В., Адирхаєв С. Г. Фізкультурно-спортивний супровід навчання студентів з особливими потребами // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – К.: Університет «Україна», 2003.
2. Адирхаєва Л. В., Адирхаєв С. Г. Інноваційні підходи до викладання фізичного виховання студентів з особливими потребами // Науковий вісник Придніпров'я. – Дніпропетровськ: ДДІФКС, 2003.
3. Адирхаєв С. Г. Студенческое спортивное движение Украины – новые направления развития // Международная научно-практическая конференция FISU. – Измир, Турция, 2005.
4. Адирхаєв С. Г., Адирхаєва Л. В. Технологічні основи організації фізичного виховання студентів з особливими потребами // Олимпийский спорт и спорт для всех. – К.: НУФВСУ, 2005.
5. Адирхаєв С. Г., Адирхаєва Л. В. Шляхи підвищення якості фізичного виховання студентів з особливими потребами в умовах сучасного вищого навчального закладу // Молода спортивна наука України. – Львів: ЛДІФК, 2006.
6. Таланчук П. М., Кольченко К. О., Нікуліна Г. Ф. Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі: Навч.-метод. посіб. – К.: Соцінформ, 2004. – 128 с.
7. Савченко В., Луковська О. Про створення необхідних умов для навчання та побуту студентів-інвалідів у вищих навчальних закладах // Спортивний вісник Придніпров'я. – Дніпропетровськ: ДДІФКС, 2004. – № 6.

Дроботун О.С.,
ст. викладач кафедри медико-біологічних
основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПІДГОТОВКА ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 227 «ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ» ДО РОБОТИ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ТА ВЕТЕРАНАМИ ВІЙНИ

Комплексна реабілітація учасників бойових дій – один з найбільш актуальних та затребуваних на сьогодні напрямів діяльності спеціалістів допомагаючих професій (лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, соціальних працівників, психологів тощо).

Реабілітація військовослужбовців – це усталена і складна система медичних, психологічних, соціальних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку та ліквідацію наслідків патологічних процесів, які призводять до втрати працездатності; ефективне і раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності та/або професійну перепідготовку, їх соціальну інтеграцію та підвищення якості життя. Комплексна реабілітація включає у себе медичний, фізичний, психологічний та соціально-економічний аспекти, а також професійну/трудова реабілітацію, здійснюється мультидисциплінарною командою та визначається порядком організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 [5].

Актуальними напрямками комплексної реабілітації є:

- Реабілітація осіб, що зазнали уражень від мінно-вибухових травм;
- Реабілітація осіб із ампутаціями кінцівок (рання постампуційна реабілітація, підготовка та власне протезування, адаптація до протезу та відновлення функціональних можливостей);
- Реабілітація осіб з контузіями та наслідками черепно-мозкових травм;
- Реабілітація осіб, що зазнали обширних опіків;
- Психологічна реабілітація осіб, що мають наслідки бойового психотравмування, посттравматичний та комплексний посттравматичний стресовий розлад, диссоціативні розлади, розлади адаптації тощо.

Загальними завданнями, на вирішення котрих спрямована комплексна реабілітація військовослужбовців та ветеранів війни (у тому числі, що набули інвалідності), є: фізичне зміцнення, відновлення функціональної спроможності; психологічна та соціальна адаптація до нових умов життя; навчання побутовим навичкам, підвищення рівня самостійності; оволодіння навичками саморегуляції; сприяння максимальній незалежності від сторонньої допомоги; трудова адаптація; зменшення впливу посттравматичних психологічних проявів.

Вирішення означених завдань потребує від фахівців мультидисциплінарної команди, у тому числі, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, володіння специфічними фаховими компетенціями, а саме:

– Здійснювати ефективне спілкування із військовослужбовцями, ветеранами війни та членами їх сімей, уникати потенційних конфліктогенів та тригерів у спілкуванні, здійснювати профілактику та медіацію комунікативних конфліктів із пацієнтами-військовослужбовцями/ветеранами під час проходження курсів реабілітації.

– Розуміти клінічні та реабілітаційні діагнози військовослужбовців/ветеранів війни, перебіг та наслідки, особливості лікування та реабілітації: черепно-мозкових травм, контузій, політравми унаслідок мінно-вибухового поранення, опікової хвороби, травматичних ампутацій верхніх та нижніх кінцівок на різних рівнях, когнітивних та ментальних порушень унаслідок фізичного або психологічного бойового травмування.

– Здатність проводити реабілітаційне обстеження, визначати проблеми фізичної, когнітивної, психоемоційної, духовної сфер, обмеження заняттєвої участі пацієнта відповідно до Міжнародної класифікації функціонування та обмежень життєдіяльності та цілі реабілітації, планувати реабілітаційний процес, здійснювати його провадження та контроль ефективності для військовослужбовців/ветеранів із зазначеними нозологіями.

– Здатність підбирати допоміжні засоби реабілітації та навчати військовослужбовця ветерана їх використанню (ортези, палиці, милиці, колісні візки, спеціалізовані засоби для прийому їжі, комунікації тощо).

Крім того, слід враховувати, що військовослужбовці та ветерани війни є особливою соціальною категорією та потенційними носіями бойової психотравми та її наслідків, а фахівці мультидисциплінарної команди, як правило, цивільні особи, котрі не мають досвіду професійного спілкування з військовими та не знають специфіки

психологічного реагування на низку тригерів, пов'язаних із проходженням певних медичних процедур та реабілітаційних інтервенцій [2].

Так, військовослужбовці, що є учасниками активних бойових дій та зазнали фізичного та/або психологічного травмування, можуть мати прояви гострого стресового розладу, посттравматичного стресового розладу, емоційні та поведінкові розлади, розлади адаптації, шкідливі звички та залежності, суїцидальні думки та спроби, складнощі в комунікації, надмірну дратівливість та гіперпильність, підозрливість, напруженість, необґрунтовані захисні поведінкові реакції (наприклад, на дотик чи знаходження фахівця з реабілітацією за спиною військового тощо) [8].

Отже, для надання кваліфікованої комплексної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни є необхідність впровадження спеціальних освітніх компонентів у програму підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227.Терапія та реабілітація.

Так, викладацьким складом ЧНУ імені Петра могили було розроблено проєкт освітньої програми спеціальності 227.Терапія та реабілітація на першому (бакалаврському) та другому (магістерському) рівнях вищої освіти з урахуванням необхідності формування у здобувачів вищої освіти професійних компетенцій щодо роботи з військовослужбовцями та ветеранами війни.

Проєкт освітньої програми передбачає включення до циклу професійної підготовки вибіркового освітніх компонентів низки навчальних дисциплін, а саме: «Медична та реабілітаційна психологія», «Основи стресостійкості», «Медична та психологічна реабілітація ветеранів військових дій» на першому (бакалаврському) рівні вищої освіти та «Планування та документування реабілітаційного процесу за МКФ», «Медико-психологічна реабілітація при бойових травмах та ушкодженнях», «Фізична терапія при ампутаціях та ендопротезуванні», «Фізична терапія в комбустіології» на другому (магістерському) рівні вищої освіти. Також зазначені навчальні дисципліни можуть впроваджуватися у якості тематичних курсів підвищення кваліфікації для фахівців реабілітаційної галузі на післядипломному етапі освіти.

Вважаємо, що такий підхід дозволить випускникам спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» ЧНУ імені Петра Могили бути конкурентними на сучасному ринку праці та здійснювати кваліфіковану професійну діяльність у галузі комплексної реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни.

Список використаних джерел

1. Бриндіков Ю. Л. Мультидисциплінарний підхід у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2017. № 3(10). С. 44–56.

2. Єна А.І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А.І. Єна, В.В. Маслюк, А.В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1 (5). – С. 5-16. 15.

3. Закон України від 20 грудня 1991 № 2011-ХІІ, зі змінами «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>.

4. Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057.

5. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2021 р. № 1268. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>

6. Стандарт вищої освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти (далі – Стандарт) галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія. Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 05.09.2022 р. № 791. – режим доступу: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2022/09/06/227.Fizychna.terapiya.erhoterapiya.Mahistr-791-05.09.2022.pdf>

7. Теорія та практика психологічної допомоги військовим ТрО та членам їхніх сімей : навчальний посібник / за наук. ред. Л. А. Опанасенко. – Миколаїв : Іліон, 2023. – 172 с.

8. John Graham Carrington, Review Of International Practice in the Reintegration of Veterans: Considerations for Ukraine in the War and Post-War Context, 2022.

Іваненко І. М.,
викладач кафедри медико-біологічних основ
спорту та фізичної реабілітації
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

**ПРІОРИТЕТНІСТЬ РОБОТИ ЗІ СВІДОМІСТЮ ТА ПСИХОЕ-
МОЦІЙНОЮ СФЕРОЮ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ОЗДОРОВ-
ЛЕННЯ ЛЮДИНИ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ
ФІТНЕС ІНДУСТРІЇ**

«Mens sana in corpore sano» (лат. «У здоровому тілі – здоровий дух») – відомий афоризм. Традиційне розуміння: зберігаючи тіло здоровим, людина зберігає в собі і душевне та духовне здоров'я.

Вираз взято з Ювенала. Фраза вирвана з контексту, насправді хід думки Ювенала був іншим. Ось як звучить ця цитата у більш розгорнутому варіанті:

Órandúm (e) st ut sít mens sán(a) in córpore sáno.
Fórtem pósc(e) animúm, mortís terróre caréntem,
Quí spatiúm vit(ae) éxtrem(um) inter múnera pónat
Náturáe, qui férre queát quos cúmque labóres,
Nésciat írascí, cupiát nihil ét potióres
Hérculis áerumnás credát saevósque labóres
Ét Vener(e) ét cenís et plúma Sárdanapállí.
* * * * *

(переклад Ф. А. Петровського) :

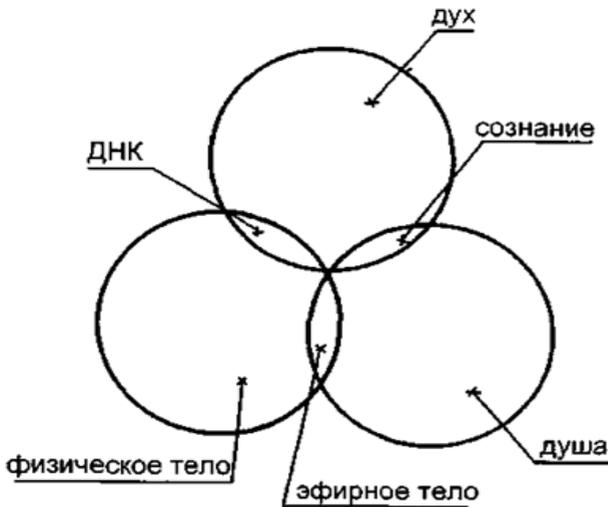
Якщо ти просиш чогось і святилищам жертви приносиш –
Там тельбухи, ковбасу, що з білої свині приготував, –
Треба молити, щоб розум був здоровим в тілі здоровому.
Бадьорого духу проси, що не знає страху перед смертю,
Що шанує за дар природи межу свого життя,
Що в змозі терпіти ускладнення які завгодно...

Фраза Ювенала стала популярною після того, як її повторили англійський філософ Джон Локк (1632–1704) і французький письменник-просвітителю Жан Жак Руссо (1711–1778). Всі автори виходили з того, що наявність здорового тіла аж ніяк не гарантує наявність здорового духу. Навпаки, вони говорили про те, що потрібно прагнути до цієї гармонії, оскільки вона в реальності зустрічається дуже рідко. Таким чином, традиційне розуміння цього крилатого вислову є повною про-

тилежністю спочатку вкладеного в нього сенсу: люди сприймають другу частину як наслідок з першої.

В сучасних умовах настав час повернутись до природнього порядку в розумінні причинності та ієрархічної послідовності складових людини. Нарешті усвідомити, що духовна свідомість (інформація) виконує керуючу роль в управлінні психоемоційними (енергія) та фізичними процесами людини.

У 1997 році було зареєстровано наукове відкриття в галузі теорії людини: «Властивість людини поєднувати енергією та інформацією клітини свого фізичного тіла». Автор – Ярцев В. В. Вийшла монографія «Ефірне тіло людини», що описує суть відкриття. Офіційне визнання даної роботи науковим відкриттям дозволяє розкрити суть людини і побачити її складові, зв'язки між ними, зони взаємодії.



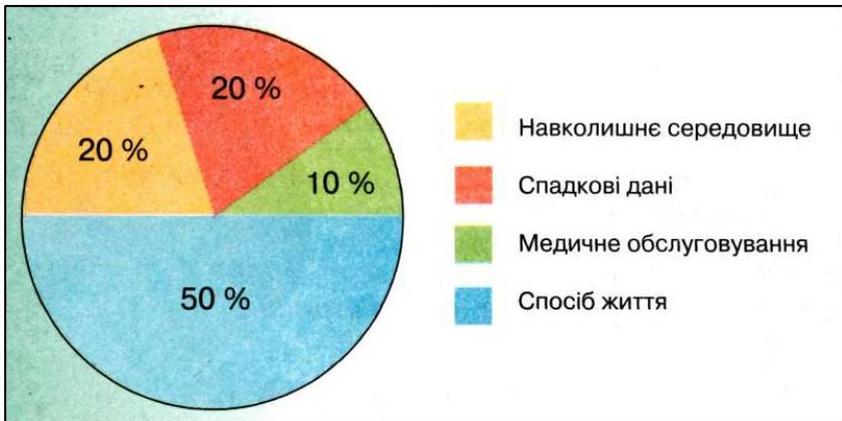
Условная модель-схема человека

Термін «здоров'я» визначений ВООЗ в 1948 році: «Стан повноцінного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад». Сучасне тлумачення – не як стану, а у глибинному сенсі – стійкості, «запасу для життя». У 1984 році ВООЗ переглянула тлумачення здоров'я, визначивши його як «ступінь, до якого особа чи група людей здатні втілити прагнення та задовольнити власні потреби і навіть змінити довкілля або впоратися з ним». Тому відповідальність кожної людини – зробити усвідомлений вибір вести

здоровий образ життя та підтримувати своїми зусиллями хороший рівень здоров'я.

Здоров'я – це засіб для повсякденного життя, а не мета життя. В наш час фізичне здоров'я, боротьба з хворобами для багатьох стала головною метою життя. Наявність хронічних хвороб та постійне відвідування аптеки стало нормою. Насправді повноцінне здоров'я – це природний стан людини, воно має бути саме по собі. Здорове тіло повинно служити для виконання справжніх завдань життя в напруженості життєвого, духовного призначення людини.

Наукові дослідження чинників, від яких залежить здоров'я, показали, що 50% припадає на образ життя людини, на її ставлення до власного здоров'я та тільки 10% здатна забезпечити медицина та інші помічники.



Рухова активність, здорове харчування та гармонійна психоемоційна сфера – головні складові образу життя стосовно фізичного здоров'я. Гіподинамія, традиційне харчування, руйнівний стрес сучасного життя призводять спочатку до функціонального ослаблення, а потім і до хвороби людини.

В своїх дослідженнях такого широкого поняття як відновлення та підтримка високого рівня здоров'я без хвороб до кінця життя, ми зосереджуємось, в першу чергу, на руховій активності при ясного стані свідомості, здатності керувати процесами мислення та усвідомленим опануванням психоемоційних процесів.

Розглянемо проблеми, які існують в медичній реабілітації при лікуванні хвороб, та в спорті і фітнес індустрії, які направлені на фізичний розвиток та профілактику захворювань.

Багато людей перебуває в стані «передхвороби», функціонального ослаблення організму. Наприклад, були проведені дослідження 1250 студентів університетів та у 26% було діагностовано неспсихотичні психічні розлади у формі неврастенії та інших розладів (Юрценюк О. С, 2021). Тобто, необхідно більш широко застосовувати методи реабілітації та профілактичного оздоровлення, що пропонується в сфері фітнес індустрії, яка стрімко розвивається.

У багатьох людей на рівні ідей, мети та мотивації до занять панують хибні стратегії та програми. Тобто такі питання як, для чого ми виконуємо ті чи інші оздоровчі дії, куди вони направлені та який прогнозований результат ми сподіваємось отримати, призводять до ще більшого проблем та погіршення здоров'я в цілому, хоча вузьке завдання може бути вирішено. Наприклад: молода жінка хоче навесні, напередодні пляжного сезону привести себе до більш гармонійних форм. В результаті після декількох тренувань отримує біль у попереку, спазм паравертебральних м'язів. Це трапилось внаслідок передозування навантаження, бажання отримати швидкий результат, формально сподобатись оточуючим. Такими діями керують егоїстичні, руйнівні емоції, страх виглядати некрасиво. Нічого позитивно творчого, суспільно корисного така споживча діяльність не приносить, тому з'являється біль та зворотній результат. Біль та хвороба – це підказка, що потрібно засвоїти урок та змінити стратегію з егоїстичної на таку, що має підґрунтя в руслі духовного призначення людини.

Концепція сучасної медицини, що потрібно лікувати не хворобу, а хворого, сьогодні ніким не заперечується. Більшість медиків погодилися і з цілісною, триєдиною (Дух, Душа, Тіло) моделлю розладів здоров'я, розуміють психосоматичні та світоглядні чинники розладів в кожному конкретному випадку. Формально кожен лікар згоден з цими позиціями і теоретично розділяє їх. Але на практиці справа йде інакше.

Наші дослідження застосування інтегральної практики, що включає комплекс методів, а саме бібліотерапію, вертикальне дихання, саногенетичну та динамічну медитацію та фізичні вправи. Такий комплексний підхід з пріоритетом на роботу зі свідомістю дозволяє збільшити рівень психічної адаптації, покращити роботу нервової та ендокринно-гуморальної регуляції. Механізм роботи кори головного мозку та інших відділів центральної нервової системи здійснюється не стільки матеріальними елементами, скільки інформаційними процесами, які впливають на збудження і гальмування нервових процесів, аналіз, син-

тез і перероблення інформації, вибір рішення і організацію дії досягнення. Саме тому при оздоровчих тренуваннях необхідно застосовувати принцип цілісності і системності, а діючий фактор повинен мати, в першу чергу, інформаційну природу впливу на всі рівні системи психологічної та фізичної адаптації, включаючи універсальний та індивідуальний підходи.

Перед кожним тренуванням ведучий практики викладає теоретичні основи щодо освоєння методів самоспостереження, сано- і психогенезу. Роз'яснює людині основні механізми формування психосоматичних проявів і вегетативних реакцій з психосоматичним статусом, механізми реагування, пов'язані з характерологічними індивідуальними особливостями. Людину навчають правильному застосуванню теоретичних знань в практиці життя, закріплюють навички здорового образу життя. Теоретичні знання призводять до угасання умовно-рефлекторної складової психосоматичних проявів, сприяють зменшенню симптомів психосоматичного розладу.

В основу Інтегральної Практики поставлено задачу створити такий спосіб, за допомогою якого формують особливий саногенетичний стан свідомості пацієнта, в умовах якого підтримується здоровий образ життя, що є запорукою психосоматичного здоров'я, і що являє собою якісно новий результат.

На нашу думку, потрібно включити до комплексної програми оздоровлення психорелаксаційну реабілітацію, яка має вигляд невербальної та динамічної медитації при виконанні людиною умови постійного дихання через ніс. Невербальну медитацію здійснюють послідовним виконанням зосередження уваги пацієнта на низхідному потоку повітря та світла високої вібрації, своєму загрудинному просторі, концентрації всіх проявів психічної діяльності у внутрішньому просторі, самоспостереженням за змінами емоційного стану, виникненням нових почуттів, соматичних і вегетативних реакцій, сповільненням дихання.

Медитативний стан, який часто ототожнюють з трансом і який насправді принципово від нього відрізняється, є цілком природним станом свідомості, коли вся вища нервова і психічна діяльність підкорені якомусь одному процесу, коли він стає пануючим і тимчасово володіє всією життєдіяльністю людини. Інакше це можна назвати станом, коли людина цілковито заглиблюється в якусь діяльність. Це може бути творчий акт або процес обмірковування будь-якої проблеми, або відданість якомусь почуттю. Тому сам по собі медитативний стан не є чимось незнайомим або неприродним для людини.

Психорелаксаційну реабілітацію здійснюють шляхом введення пацієнта у стан невербальної (тобто безсловесної) медитації, якого дося-

гають послідовним виконанням зосередження уваги пацієнта на своєму загрудинному просторі, концентрації уваги на проявах психічної діяльності у своєму внутрішньому просторі. Вхід в такий стан допомагає людині перетворити руйнівні емоції, по іншому відноситись до оточуючого середовища, яке перестає бути стресором. Зміна ціннісних орієнтацій у внутрішньому світі створює ніби духовний стрижень та опору і допомагає прожити життєві випробування, скорботи, образи, втрати і інші випробування, навчає бути більш терплячим, лагідним і контактним, тобто, соціально-адаптованим.

Під час медитації людина відчуває заспокоєння, бадьорість, сповільнення функції дихання, зникнення нав'язливих думок, загальне покращення настрою, фізичного і психічного станів. Це покращення не зникає і після виходу із медитативного стану, воно має стійку післядію. Людина, навчаючись прийомам входження до медитативного стану, відчуває, коли їй потрібно повторно увійти в такий стан і може свідомо, за своєю волею, увійти в нього настільки, наскільки вона вважає за необхідне. Таким чином, невербальна медитація є свідомо керованим процесом, який пацієнт за своєю волею може відновити або припинити. Він не забирає багато часу. Навчена людина керує цим процесом, не перериваючи свого буденного життя. Пацієнт постійно займається самоспостереженням за змінами емоційного стану, виникненням нових почуттів і відчуттів, соматичних і вегетативних реакцій, сповільненням дихання, очікуванням післядії входження до медитативного стану. Наявними ознаками для пацієнта, що медитативного стану досягнуто, є поява радості, умиротворення, невимовного блаженства, відчуття відсутності думок, тіла, і «бездиханності».

Тобто, людина досягає особливого стану свідомості (відсутність образів, без мріяння), при якому зникає активна розумова діяльність, припиняються нав'язливі думки, зникають важкі спогади. В цьому стані знижується тиск парадигм свідомості при її активній присутності (чим така медитація відрізняється від інших трансподібних станів, коли діяльність свідомості звужується або зникає). В цей час перебудовуються зв'язки між асоціативними зонами мозку, розриваються структури негативних патогенетичних домінантних вогнищ, звільняється мозковий і психічний простір для прийняття і засвоєння нових саногенетичних установок, економізується загальна діяльність клітин і структури мозку, систем організму і організму в цілому.

Для засвоєння навичок такої медитації необхідна принципова згода пацієнта змінити своє життя. Тільки у випадку згоди може здійснюватися, формуватися нове сприйняття світу. Саме тому невербальна медитація за способом не може бути використана як «суто механічна

психогімнастика», а є практикою людини, яка вірить у спосіб свого зцілення та у його позитивний ефект.

Дихання носом має бути контрольованим процесом і є обов'язковою умовою реабілітації. В стані невербальної медитації засвоєння носового дихання переходить в автоматизм і вже не потребує вольового контролю. Виробляється особливе внутрішнє дихання, яке посилює анаеробні процеси і послаблює зовнішні екскурсії легень. В результаті збільшується ємність легень за рахунок зняття захисного спазму бронхіол і включення великої маси легеневої тканини в газообмін, який зберігає альвеолярну вуглекислоту і оберігає кров від надмірної інтервенції кисню.

В процесі освоєння техніки медитації за наведеним способом людина легко засвоює здоровий образ життя, легко позбавляється шкідливих звичок і самознищуючих тенденцій, починає відчувати потребу у усвідомленому способі харчування.

Людина, яка засвоює інтегральну практику, може досягати такого стану в будь-який момент, не виходячи з робочого режиму життя.

Інтегральна практика була відпрацьована протягом 15 років, випробувана на масових і групових заняттях курсів Академії Духовної Трансформації Людини, які закінчили близько 3000 людей з ослабленим здоров'ям та хронічними захворюваннями. При проходженні курсів проводилась психодіагностика та оцінка функціонального стану організму. Оцінка результатів дозволяє фіксувати зникнення хронічних хвороб, покращення загального стану здоров'я не тільки фізичного, а також духовного та психоемоційного.

Бережіть здоров'я, зміцнюйте і примножуйте його! Не розтринькуйте даремно цей безцінний скарб, дарований вам Природою і вашими предками.

Список використаних джерел

1. Scientific Research on the Transcendental Meditation Program. Collected papers. Volume 1. Maharishi European Research University Press. West Germany, 1977,727

2. Бинат С. Г. Весь мир у тебе на ладони. Основи філософського і наукового розуміння мира. 2007. – 120 с.

3. Каролис Дінейка. Рух, дихання, психофізичне тренування. Київ, «Здоров'я», 1984.

4. Юрценюк О. С. Непсихотичні психічні розлади у студентів. Автореферат докторської дисертації. – Київ, 2021.

5. Патент 62486 Україна, А (51) 7 А61М21/00. (19) UA Спосіб лікування психосоматичних захворювань / О. В Ревуцька, З. Я. Ревуць-

кий. – No 2003042654 ; заявл. 02.04.2003 . ; опубл. 15.12.2003, Бюл. No 12.

6. Ярцев В. В. Анатомия и физиология эфирного тела человека. – Омск: ГУИПП «Омский дом печати», 2000. – 208 с.

7. Ревуцька О. В. Навчання дорослих низьковентиляційного способу життя (за Ревуцькою) з метою комплексної реабілітації при цукровому діабеті II типу, гіпертонічній хворобі, ожирінні та інших патологіях. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – Випуск 3К (56) – 2015.

УДК 615.825

Льницька В. О.,
магістрант 1 року навчання
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна
Дроботун О. С.,
старший викладач кафедри медико-біологічних
основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

МІСЦЕ РУХОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВІДНОВЛЕННІ НАВИКУ ХОДЬБИ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ

Згідно офіційної статистики МОЗ України станом на 2020 рік гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) посідають друге місце за причиною смертності. Показник летальності від інсульту в нашій країні в 2 рази перевищує аналогічний показник у країнах Європейського Союзу [1]. За останні роки щорічно спостерігається 100000-110000 випадків інсультів, серед яких більше 35% – становлять особи працездатного віку [2, 3].

Соціальна значущість проблеми реабілітації постінсультних пацієнтів зумовлюється високим рівнем інвалідизації та низьким рівнем інтеграції в суспільство осіб цієї нозологічної групи. ГПМК є однією з причин стійкої втрати працездатності населення в усьому світі, а інвалідизація від інсульту займає перше місце серед причин первинної інвалідизації. Серед пацієнтів, що вижили після інсульту, лише 10% повертаються до незалежного життя і праці [4].

Доведено також, що перші шість місяців (в гострому й ранньому періоді інсульту) відзначається найбільша ефективність реабілітації.

Тривалість її не обмежена часом, відновлення може тривати і у пізньому відновному періоді інсульту [4].

Проте немає достатньої кількості науково розроблених програм фізичної реабілітації хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, у віддаленому періоді інсульту [5]. Унаслідок повного або часткового геміпарезу чи геміплегії, майже у 60% хворих виникає порушення опорної і взагалі рухової функції організму. І це суттєво порушує функцію ходьби [3]. В зв'язку з цим у пацієнтів розвиваються різного роду трофічні порушення, погіршується рухливість суглобів та дестабілізується загальний стан серцево-судинної системи. Як наслідок підвищується ризик повторного інсульту та незворотних патологічних змін у організмі, що може призвести до летального результату.

Для успішного відновлення та профілактики повторних випадків інсульту рання мобілізація хворих на ГПМК є одним із головних завдань фізичної терапії [2]. Відсутні також комплексні програми щодо вирішення проблем відновлення фізичної, нейропсихічної й мовної сфери хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, саме в пізньому періоді [4].

В ранньому відновному періоді ЛФК включає індивідуальні і індивідуально-групові заняття в поєднанні з точковим масажем, аутогенним тренуванням. Вони направлені на активне розслаблення і локальну стимулюючу дію на ізольовані групи м'язів паретичних кінцівок. Крім створення психотерапевтичного середовища, концентрація хворих в ранньому відновному періоді інсульту забезпечує проведення групових занять з ЛФК. Багаторазові заняття ЛФК впродовж дня передбачаються: РГГ, ЛГ, самостійне виконання вправ хворими. Завдяки збільшення його фізичної активності в комплекс занять додається тренування навичок самообслуговування і елементи трудової терапії [5].

Загальновідомо, що реабілітація після інсульту – це комплекс заходів (медикаментозних, психо-фізіо- і кінезіотерапевтичних), спрямованих на пом'якшення його наслідків, попередження ускладнень, тренування кардіореспіраторної системи й відновлення рухових функцій, мінімізація ризику повторного інсульту, корекцію емоційних й когнітивних порушень, а також намагання домогтися повного відновлення працездатності пацієнта та його соціальної активності.

Основними принципами реабілітаційного процесу є індивідуальний підхід (реабілітаційна програма для кожного пацієнта будується з урахуванням діагнозу (ішемічний, геморагічний інсульт)), обширності вогнища ураження, давності захворювання, віку, супутніх захворювань, характерологічних особливостей пацієнта; систематичність і тривалість відновлювальних заходів [5,6].

Основним засобами фізичної реабілітації в постінсультному періоді є позиціонування, пасивні й активні фізичні вправи, дихальна гімнастика, масаж, гідрокінезіотерапія, преформовані фізичні чинники (імпульсні струми), відновлювальний масаж.

Основними принципами постінсультної реабілітації є:

- 1) максимально ранній початок реабілітаційних заходів (якщо дозволяє стан здоров'я пацієнта, то починають з перших днів);
- 2) систематичність і тривалість;
- 3) адекватність і комплексність (завдяки синхронній роботі міждисциплінарної команди можливе найбільш повноцінне відновлення утрачених функцій після перенесеного інсульту) [3].

Важливим є постійне використання дихальних вправ, у тому числі дренажних, задля профілактики застійних явищ в легенях і пневмоній. Ефективним є надування гумових кульок, іграшок (5-7 разів на день). Конкретний зміст кінезіотерапевтичної програми визначається для хворого ступенем ушкодження мозкової тканини, його локалізацією [7].

В умовах спеціалізованого реабілітаційного центру на відновному етапі з постінсультними хворими можна проводити лікувальну гімнастику в басейні. Водне середовище, в якому здійснюються лікувальні рухи, робить додатковий вплив на організм людини, тепла вода (36-37°C) знижує тонус мускулатури, зменшує ступінь контрактури, покращуючи трофіку тканин, зменшуючи застійні явища і підсилюючи кровообіг.

Всупереч наявній думці, що при інсульті реабілітація повинна розпочинатися після виписки зі стаціонару, – починати кінезіотерапію після інсульту потрібно після ліквідації загрози життю пацієнта. І чим раніше розпочати, тим кращих результатів можна досягнути.

Аналіз літератури, присвячений проблемі реабілітації інвалідів з наслідками перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, дозволив зробити висновки про те, що проблема судинно-мозкових захворювань є найбільш актуальною у сучасній медицині світу.

В наукових дослідженнях продовжує залишатися актуальним завдання розробки програм фізичної реабілітації, спрямованих на підвищення рівня рухової функції, поліпшення якості життя, покращення когнітивних функцій таких хворих.

Наявність ознак рухових та когнітивних порушень у пацієнтів з перенесеним гострим порушенням мозкового кровообігу вимагає розробки програми індивідуальних та інтенсивних реабілітаційних заходів з метою відновлення функцій мозку та адекватного лікування всіх можливих проявів, які погіршують ефективність реабілітаційних заходів та якість життя хворих після інсульту.

Список використаних джерел

1. Білянський О. Ю. Фізична реабілітація осіб другого зрілого віку після мозкового ішемічного інсульту: Автореф. дис. канд. наук з фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.03 «Фізична реабілітація». — Львів, 2007. — 20 с.
2. Вакуленко Л. О. та ін. Лікувальний масаж. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. — 448 с.
3. Драганова О. В. Фізична реабілітація постінсультних хворих в пізньому відновлювальному періоді / О. В. Драганова, Т. В. Баришок // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2009. — № 7. — С. 55-58.
4. Коваленко В. М. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Т. С. Манойленко. — К., 2009. — 145с.
5. Копчак О. О. Особливості постінсультних когнітивних порушень у пацієнтів з метаболічним синдромом/ О. О.Копчак//Міжнародний неврологічний журнал. — 2012. — No3(49). — С. 88–95.
6. Мільченко К. Особливості застосування засобів фізичної терапії та ерготерапії при мозковому ішемічному інсульті на ранньому етапі лікування / К. Мільченко К., Ю. О Лянной // Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії . м. Суми, 6 грудня 2019. С. 53-58.
7. Рокошевська В. В. Модель індивідуальної програми фізичної реабілітації після перенесеного мозкового геморагічного інсульту/ В. В. Рокошевська // Молода спортивна наука України: зб. наукових праць з галузі фізичної культури і спорту. — Л., 2008. — Вип.12. — Т.3.— С. 193–196.

Конопляник О. В.,
викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання, ЧНУ ім.
Петра Могили, м. Миколаїв, Україна
Сергієнко Ю. М.,
ст. викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ВІДНОВЛЕННЯ ОРГАНІЗМУ ПІСЛЯ ЗНАЧНИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

В процесі тренування спортсмен отримує значні фізичні та психологічні навантаження, травми. З часом у спортсмена спостерігається перевтома та «вигорання» на фоні зниження спортивних досягнень. Тому надзвичайно важливо правильно організувати тренувальний процес, а після нього відпочинок та ефективне відновлення організму спортсмена. Раціонально та правильно проведений процес відновлення сил організму дозволяє частіше та ефективніше тренуватися, досягати значних спортивних результатів, подовжити спортивний вік. У той же час, неправильно організоване тренування призводить до перевантаження організму спортсмена, зниження результатів, травматизму та шкодить здоров'ю.

Значна кількість наукових праць присвячені проблемі відновлення організму після значних фізичних навантажень: Сафонов А. А. (засоби відновлення працездатності); Бірюков А. А., Кафаров К. А. (засоби відновлення працездатності спортсмена); Кондратьєв А. (відновлення організму після тренування); Рязанов В. А. (відновлення після різноманітних фізичних навантажень). Загалом, предметом дослідження науковців є причини перевтомлення спортсмена, процес відновлення його сил та здоров'я, застосування різноманітних засобів впливу на покращення спортивних результатів.

У нинішній час спорт спрямований на досягнення високих спортивних результатів, що тісно пов'язано зі значними фізичними та психологічними навантаженнями. Спортсменів супроводжують травми, перевтомлення, фізичне виснаження. Перевтома – це функціональний стан, який тимчасово виникає під впливом тривалої та інтенсивної роботи та призводить до зниження її ефективності, а також є сигналом, який свідчить про можливе виснаження організму. Це в значній мірі стимулює організм до самозбереження (наприклад втрата свідомості).

Нерідко в спорті «великих досягнень» фізичні навантаження тривають на фоні перевтомлення, що може призвести до перетренування, яке

потребує перегляду системи тренування, фізичного та психологічного навантаження, навіть відміни від участі в змаганнях тощо.

За цим виникає проблема відновлення організму після великих фізичних навантажень. Під відновленням розуміється відрізок часу, який необхідний для того, щоб організм «реабілітувався» після значних фізичних навантажень.

Автори статі «Як прискорити відновлення після тренування» наголошують, що ефективними засобами відновлення організму є: психологічні, медико-біологічні та педагогічні.

Завдячуючи психологічним методам, досягається зниження психологічного навантаження, напруження та збудження, стабілізуються взаємовідносини в колективі, знімається пригніченість, нейтралізується страх тощо. Важливо в період психологічної реабілітації створити для спортсмена комфортні умови проживання, відпочинку, максимально відволікти від побутових проблем, не допускати створення конфліктних ситуацій.

Зауважимо, що інколи спортсмени, не звертаючи увагу на перевтому, продовжують тренуватися з незначним навантаженням, що на нашу думку припустиме, але небажане. Організм повинен не лише відновитися, а й гіпервідновитися. Спортсмен повинен відчувати прилив сил, у нього повинно з'явитися відчуття гіпервідновленості тощо, і лише після консультацій лікаря приступити до тренувань під прискіпливим наглядом тренера.

Список використаних джерел

1. Відновлення після тренування: головні правила: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.google.ru/search?q=>

2. Як прискорити відновлення після тренування - ефективні науково підтвержені способи: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://sayyes.com.ua/ua/kak-uskorit-vosstanovlenie-myshts-effektivnye-nauchno-podtverzhdennye-sposoby/>

Коханюк І. В.,
магістрант 1 року навчання
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна
Дроботун О. С.,
старший викладач кафедри медико-біологічних
основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

МІСЦЕ ВИСОКОІНТЕНСИВНИХ ІНТЕРВАЛЬНИХ ТРЕНУВАНЬ У ОСІБ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ХОДИ

Реабілітація після інсульту – це прогресивний, динамічний, цілеспрямований процес, спрямований на те, щоб дати можливість людині з порушенням досягти оптимального рівня фізичної, когнітивної, емоційної, комунікативної, соціальної та функціональної активності [11]. Актуальність реабілітації після інсульту обумовлена тим, що дане захворювання сприяє високому рівню смертності. Згідно офіційної статистики, в Україні цереброваскулярні захворювання посідають друге місце за причиною смертності, це приблизно 100 000–110 000 смертей, близько 14% усіх померлих. Майже третина з них – у людей працездатного віку, 30-40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% – протягом року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя [1].

Поширеними фізичними порушеннями після інсульту є слабка сила, низький рівень фізичної підготовки та повільне пересування. Ці порушення в поєднанні з когнітивним дефіцитом призводять до зниження рівня активності та участі. Слабкість після інсульту є поширеним явищем, і нові дані свідчать про те, що це може бути причиною порушення рухової функції і пов'язане з виконанням функціональної діяльності. [10].

Пацієнти, які перенесли інсульт, мають менш, ніж половину своєї кардіореспіраторної активності, ніж їхні колеги без інсульту. Докази свідчать про те, що кардіореспіраторні тренування у пацієнтів з інсультом зменшують інвалідність під час або після звичайного лікування інсульту. Незважаючи на добре відомі позитивні ефекти фізичних вправ у пацієнтів з інсультом, найкращий протокол кардіореспіратор-

ного тренування все ще обговорюється [2]. Класичні програми нейрореабілітації для тих, хто переніс інсульт, надають «обмежену можливість для серцево-судинних вправ» і «використання безперервних вправ середньої інтенсивності (MICE) для покращення кардіореспіраторної форми. Рекомендації після інсульту рекомендують MICE для покращення аеробної здатності, рухливості та швидкості ходьби. Однак вплив на функціональне відновлення, аеробна підготовленість і якість життя залишаються неясними [3].

Режими вправ з більшою інтенсивністю, такі як високоінтенсивне інтервальне тренування (ВІТ), з'являються як обнадійлива альтернатива для покращення здоров'я серцево-судинної системи та мозку після інсульту. ВІТ передбачає повторювані короткочасні та довгі сеанси високоінтенсивних вправ, що чергуються з активними або пасивними періодами відновлення [6].

Протоколи ВІТ можна поділити на три види. Короткоінтервальний ВІТ максимізує час, характеризується короткими супрамаксимальними сплесками високої інтенсивності (100%-120%) тривалістю від 15 до 60 секунд при співвідношенні вибуху до відновлення 1:1. Малооб'ємний ВІТ забезпечує високу нервово-м'язову інтенсивність із короткими, високоінтенсивними сплесками від 10 до 60 секунд при майже максимальному або максимальному абсолютному або анаеробному навантаженні та співвідношенні вибуху до відновлення за 1:2 або 1:4 хвилини з активним відновленням до пом'якшити будь-які потенційні симптоми запаморочення, спричинені накопиченням венозної крові. Довгоінтервальний ВІТ також розроблений для максимізації часу, охоплює триваліші високоінтенсивні сеанси (3-4 хвилини) при менших навантаженнях (80%-90%) і коефіцієнтом вибуху до відновлення 1:1 або 4:3 з активним відновленням [4].

Автори порівнювали короткі та довгі інтервали, та прийшли висновку, що порівняно з іншими формами тренувань на біговій доріжці було показано, що додавання ВІТ на біговій доріжці до звичайної стаціонарної реабілітації після інсульту значно покращує функцію ходи. Короткий інтервал ВІТ переважно максимізує швидкість тренування, тоді як довгий інтервал ВІТ переважно максимізує повторення кроків та наземну аеробну інтенсивність. ВІТ з короткими інтервалами забезпечив на 12% швидшу швидкість наземних тренувань і на 70–76% високу швидкість тренувань на біговій доріжці, більший приріст наземної швидкості під час сеансу (зміни для ВІТ з довгими інтервалами істотно не відрізнялися від нуля) і більший прогрес у швидкості на біговій доріжці протягом сеансу (без істотного прогресу через 6 сеансів ВІТ з довгими інтервалами). Навпаки, довгоінтервальний ВІТ

дозволив на 3% збільшити середню аеробну інтенсивність під час наземного тренування та на 13% збільшити загальну кількість кроків за сеанс [9].

У протоколі ВІТ використовувалися повторювані 30-секундні серії ходьби з максимальною безпечною швидкістю, які чергувалися з 30-60-секундними періодами відпочинку, орієнтуючись на середню аеробну інтенсивність вище 60% від резерву серцевого ритму. У пацієнтів із хронічним інсультом інтенсивна ходьба призвела до значного та значущого збільшення здатності до ходьби лише за 4 тижні тренувань, але для максимізації негайного приросту було потрібно щонайменше 12 тижнів [7]. А у дослідженні Lau KW залежне від швидкості тренування на біговій доріжці у пацієнтів із підгострим інсультом призвело до більшого збільшення швидкості ходи та довжини кроку порівняно зі стабільною швидкістю.

Пацієнти у дослідженні Hornby, які перебували на стаціонарній реабілітації після інсульту, виконували в середньому 1500 кроків на день і досягали більшої інтенсивності ($\approx 40\%$ занять) з істотними позитивними впливами на опорно-руховий апарат і відсутністю підвищеного ризику частоти побічних явищ та ускладнень у порівнянні від звичних у середньому лише 250-300 кроків/сеанс або день, з дещо більшим кроком під час амбулаторної реабілітації (в середньому 400-900 кроків/сеанс). Інтенсивність втручань також дуже низька: частота серцевих скорочень (ЧСС) досягає зон аеробного тренування лише протягом 2,8 хвилин (4,8%) сеансів. Автор говорить, що виконання великої кількості цілеспрямованих, повторюваних крокових вправ пацієнтам із важким руховим дефіцитом після інсульту під час стаціонарних сеансів фізіотерапії є можливим. Крім того, така крокова активність пов'язана з покращенням результатів локомоторної та нелокомоторної мобільності [5].

У дослідженні Jørgensen втручання складалося з високоінтенсивних тренувань на біговій доріжці з підтримкою ваги тіла; прогресивне силове тренування опору; і аеробні вправи. Швидкість ходи під час тесту шестихвилинної ходьби зросла на 62%, а систолічний і діастолічний артеріальний тиск знизився на 10% і 11% відповідно. Щотижневе тестування швидкості ходьби показало, що більша частина збільшення швидкості ходьби відбулася в перші 8 тижнів тренувань [10].

Окрім того, ВІТ зараз вважається перспективною стратегією для покращення когнітивних функцій та стимулювання процесів нейропластичності [6]. Серцево-судинні вправи також сприяють змінам у первинній моторній корі (M1), ключовій цільовій області для покращення моторного відновлення після інсульту. Висока інтенсивність

серцево-судинних вправ необхідна для підвищення експресії нейротрофічного фактора мозку та інсуліноподібного фактора росту I, нейротрофінів, які модулюють процеси відновлення нервової системи [4].

Підвищення концентрації лактату в крові, що виділяється активними м'язами під час сеансу ВІТ часто корелює з підвищенням рівня BDNF у сироватці крові, моторною збудливістю кори головного мозку та моторним навчанням у здорових людей. Крім того, інсульт пов'язаний із сильним нейрозапаленням, яке впливає на процеси нейропластичності в центрі ураження, півтіні та віддалених областях, таких як спинний мозок [6].

Було показано, що у пацієнтів із ІХС ВІТ значно покращує VO_2 на порозі вентиляції, розмір і функцію лівого шлуночка, скорочувальну функцію, діастолічний діаметр лівого шлуночка, діастолічний об'єм, потовщення задньої стінки, фракційне скорочення та добуток тиску частоти, кардіореспіраторну придатність, викид фракції та функції ендотелію більшою мірою. У дослідженні ВІТ значно перевершує МІСЕ у покращенні кардіореспіраторної форми. При проведенні аналізу підгруп було показано, що втручання, які тривали >7 тижнів, призвели до більшого покращення кардіореспіраторної пристосованості у пацієнтів із ІХС. Це покращення, здається, не посилюється після 12-тижневої тривалості [8].

Отже, ВІТ є ефективним у покращенні функціонального відновлення та параметрів ходи. Даний вид тренувань має потенціал сприяти підвищенню нейропластичності та моторному відновленню після інсульту.

Список використаних джерел:

1. Всесвітній день боротьби з інсультом. Центр громадського здоров'я МОЗ України: веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/news/29-zhovtnya-vsesvitniy-den-borotbi-z-insultom>

2. Anjos JM, Neto MG, Dos Santos FS, Almeida KO, Bocchi EA, Lima Bitar YS, Duraes AR. The impact Of high-intensity interval training On functioning And health-related quality Of life In post-stroke patients: A systematic review With meta-analysis. Clin Rehabil. 2022 Jun;36(6):726-739

3. Michiel RM Twiss. High-intensity interval training (HIIT) after stroke: a big hit? [Електронний ресурс] / Michiel RM Twiss // British Journal of Sports Medicine. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://blogs.bmj.com/bjbm/2018/12/05/high-intensity-interval-training-hiit-after-stroke-a-big-hit/>.

4. Crozier J, Roig M, Eng JJ, et al. High-Intensity Interval Training After Stroke: An Opportunity to Promote Functional Recovery, Cardiovascular Health, and Neuroplasticity. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2018
5. Hornby TG, Holleran CL, Leddy AL, Hennessy P, Leech KA, Conolly M, et al. Feasibility of focused stepping practice during inpatient rehabilitation poststroke and potential contributions to mobility outcomes. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2015;29:923-932. doi: 10.1177/1545968315572390
6. Hugues N, Pellegrino C, Rivera C, Berton E, Pin-Barre C, Laurin J. Is High-Intensity Interval Training Suitable to Promote Neuroplasticity and Cognitive Functions after Stroke? *International Journal of Molecular Sciences*. 2021; 22(6):3003. <https://doi.org/10.3390/ijms22063003>
7. Boyne P, Billinger SA, Reisman DS, et al. Optimal Intensity and Duration of Walking Rehabilitation in Patients With Chronic Stroke: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol*. 2023;80(4):342–351. doi:10.1001/jamaneurol.2023.0033
8. Hannan AL, Hing W, Simas V, Climstein M, Coombes JS, Jayasinghe R, Byrnes J, Furness J. High-intensity interval training versus moderate-intensity continuous training within cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Open Access J Sports Med*. 2018 Jan 26;9:1-17. doi: 10.2147/OAJSM.S150596. PMID: 29416382; PMCID: PMC5790162.
9. Boyne P, Scholl V, Doren S, Carl D, Billinger SA, Reisman DS, Gerson M, Kissela B, Vannest J, Dunning K. Locomotor training intensity after stroke: Effects of interval type and mode. *Top Stroke Rehabil*. 2020 Oct;27(7):483-493. doi: 10.1080/10749357.2020.1728953. Epub 2020 Feb 16. PMID: 32063178; PMCID: PMC7429314.
10. Jørgen Roed Jørgensen, Daniel Thue Bech-Pedersen, Peter Zeeman, Janne Sørensen, Lars L. Andersen, Michael Schönberger, Effect of Intensive Outpatient Physical Training on Gait Performance and Cardiovascular Health in People With Hemiparesis After Stroke, *Physical Therapy*, Volume 90, Issue 4, 1 April 2010, Pages 527–537, <https://doi.org/10.2522/ptj.20080404>

Миц М. О.,

канд. іст. наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Жигadlo Г. Б.,

канд. пед. наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В УНІВЕРСИТЕТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Вже більше року триває війна Росії проти вільної та незалежної України. Українські ЗСУ та весь український народ героїчно боронять свою країну від ворога. У той же час, незважаючи на війну, наше суспільство пристосувалося до нових складних та неоднозначних умов життя. Так, заклади освіти перейшли на новий формат навчання – онлайн. Цей спосіб навчання та спілкування з учнями і студентами є більш складним, ніж звичайна денна форма навчання, але освітяни пристосувалися до нього. Лекції, семінари, практичні заняття проходять відповідно до розкладу. Зважаючи на той факт, що нас особливо цікавить організація занять практичного спрямування з фізичного виховання та спорту, ми будемо досліджувати цю тему.

У попередніх наукових працях автори описали, детально вивчили та висвітлили питання ставлення студентів до фізичного виховання, адаптацію студентів першого курсу до занять з фізкультури, участь здобувачів освіти у роботі спортивних секцій тощо. І тепер логічно впливає проблема організації занять з фізичного виховання під час війни. На попередній конференції «Могилянські читання 2022» ми торкалися цієї важливої проблеми і тепер маємо її продовжити.

З початку навчального року розроблені навчальні програми з дисципліни фізичне виховання (узагальнено) для студентів ФВС, в яких передбачені умови проведення занять, закладені основні вимоги до здобувачів освіти, відповідно компонований розклад занять, враховані побажання викладачів та студентів відповідно до нових потреб дня.

Особлива проблема була у плануванні, а згодом у проведенні практичних занять з фізичного виховання (наприклад баскетболу, стрітболу, л/а тощо). Але вихід був знайдений. Викладачі активно використовують інтернет та двосторонній відеозв'язок, коли і викладач і студент бачать один одного, і викладач має можливість не лише показати вправу (наприклад, вправи на гнучкість, силу, витривалість, спритність),

але і подивитись як студент їх виконує, спостерігаючи цей процес по відеозв'язку.

Також ефективними є відеоконференції з теоретичного курсу, які значно доповнюють знання студентів з тих чи інших видів спорту: правила та організація змагань, розмітка спортивного майданчика, суддівство, техніка безпеки під час проведення занять з фізичного виховання тощо.

Крім того, у процесі навчання передбачені письмові контрольні роботи, реферати, метою яких є формування, закріплення та перевірка знань студентів. КР оцінюються у вигляді балів, з якими здобувачі освіти мають можливість ознайомитися у системі moodle.

У той же час, є ціла низка проблем у організації та проведенні занять в інтернет-режимі. Наприклад, в одній з груп, в якій нараховується 46 осіб, 17 не змогли регулярно виходити на зв'язок з викладачем. Причиною цьому є часткова відсутність електроенергії в місцях їх проживання, інтернету, поганий телефонний зв'язок, територіальна віддаленість, частина дітей, що за кордоном, періодично переїжджають з місця на місце тощо. Але не будемо списувати з рахунків і недобросовісних студентів, які недбало ставляться до виконання теоретичних та практичних завдань і шукають заздалегідь надумані причини свого недбалого та безвідповідального ставлення до навчання. З цією метою викладачеві корисно мати телефонні номери всіх студентів групи, старости цієї групи і регулярно підтримувати з ними зв'язок та, при нагоді, інформувати куратора групи про проблеми.

Організація та проведення занять в системі онлайн, безумовно, дещо ускладнює процес навчання, спілкування зі студентами у порівнянні з денною формою навчання, але у нинішніх умовах вона є найбільш придатною та ефективною і тому потрібно використовувати її доцільно та раціонально, хоча вона і потребує подальшого вдосконалення.

Muntian L. Ya.,
Associate Professor of the Department of Hygiene,
Social Medicine, Public Health and Medical Informatic
Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine

GENERAL CHARACTERISTICS OF PHYSICAL REHABILITATION MEANS

The word “rehabilitation” in Latin means “restoration of fitness, ability”. The WHO defines rehabilitation as the integrated and coordinated use of medical, social, educational and vocational measures to restore health, train or retrain a disabled person for new living conditions in society. That is why the main focus of rehabilitation is to restore the patient’s health through the integrated use of various means aimed at maximizing the recovery of impaired physiological functions of the body, and if this cannot be achieved, the development of compensatory replacement devices (functions) [1–4].

The main goal of rehabilitation is the most complete restoration of lost body functions and recovery from a disease state. If this is not possible, the goal is to partially restore or compensate for the impaired or lost function, restore working capacity or retrain in a rehabilitation center.

Physical rehabilitation includes exercise therapy, massage, natural and preformed physical factors (physiotherapy), exercise equipment (mechanotherapy) and occupational therapy.

General requirements for use of rehabilitation equipment:

1. Compliance of the medicines and their dosage with the type of disease, its period and severity.
2. Consideration of individual characteristics of the patient (age, gender, profession); psycho-emotional state, adequacy of the patient’s assessment of severity of their condition, functional capabilities of the body; ability to perform household and work activities; the state of environment (home, relatives, etc.) [1–4].

Below is a brief description of the main physical rehabilitation equipment [5–8].

Therapeutic exercise is a method of treatment that uses means and principles of physical culture to treat diseases and injuries, as well as to prevent complications for a faster recovery of health and efficiency. The main means of exercise therapy are physical exercises, which are used in form of gymnastic, ideomotor, sports and applied exercises and games. They have a tonic (stimulating), trophic, compensatory, and normalizing effect on patient’s body. All mechanisms of therapeutic effect of physical exercises are

interrelated. The following forms of exercise therapy are distinguished: morning hygienic gymnastics; therapeutic gymnastics; independent exercises; therapeutic walking; sports exercises and games; hydrokinesitherapy.

Massage is a method of treatment and prevention, which is a set of methods of mechanical dosed impact on any areas of human body surface, performed by hands of a massage therapist or special devices. Therapeutic massage is a massage used to treat various diseases and injuries. The main massage techniques are stroking, rubbing, kneading and vibration.

Physiotherapy is the use of natural factors for therapeutic and preventive purposes. There are natural physical therapeutic factors – sun, air, climate, water (fresh, sea, mineral), therapeutic mud and preformed (artificial) factors, which are obtained with the help of special devices through the transformation of mainly electrical energy into various types and forms. Physical therapeutic factors, like other means of physical rehabilitation, cause a multisystem reaction in the body. They affect blood and lymph circulation, vascular tone, microcirculation, enzymatic activity and metabolism, immunity, central nervous system and internal organs and the musculoskeletal system.

Depending on their physical properties and biological effects, the following groups of artificially produced and natural therapeutic factors are distinguished: low and high voltage electric currents, electric and magnetic fields, light, mechanical vibrations, artificial air environment, variable air pressure, radioactive factors, hydrotherapeutic and thermal therapeutic factors.

Mechanotherapy is treatment with physical exercises using special devices. They are used to perform precisely targeted and strictly dosed movements. Their goal is to restore joint mobility and strengthen muscle strength. Acting locally on the tissues, they enhance lymph and blood circulation, increase the elasticity of muscles and ligaments, and restore joints to their proper function. Different types of mechanotherapy devices are used. The principle of their action is based on the biomechanical features of joint movements: pendulum and block type and lever system.

Employment therapy is a labor treatment aimed to restore impaired functions and ability to work. It is based on systematic training of household and industrial movements, restoration of lost motor skills. After all, the main task of employment therapy is to restore the patient's independence in everyday life, to return him or her to his or her previous job, and if this is not possible, to prepare him or her for another job.

For employment therapy, well-equipped special rooms should be used, which should be located next to the physical therapy room. Activities such as gardening, cleaning, carpentry, locksmithing, sewing, etc. are also used.

The realization of these tasks depends on nature of a disease or injury, patient's functional capabilities and physical ability to perform a particular job.

Employment therapy stimulates physiological processes, restores or increases joint mobility and muscle strength and improves coordination of movements. In case of residual functions, it adapts and trains the patient to use them to maximum effect. In addition to this, employment therapy is a powerful psychotherapeutic tool. It mobilizes the will, focuses attention during work, distracts the patient from unpleasant feelings and thoughts about the disease, and gives hope for recovery.

References

1. Bismak O. V., Melnik N. H. (2010) *Osnovy fizychnoi reabilitatsii* [Basics of physical rehabilitation]. Kharkiv: Publishing house Brovin O.V. (in Ukrainian).
2. Voropaiev D. S., Yezhova O. O. (2019) *Osnovy fizychnoi reabilitatsii (zahalna kharakterystyka zasobiv fizychnoi reabilitatsii)* [Basics of physical rehabilitation (general characteristics of means of physical rehabilitation)]. Sumy: Sumy State University. (in Ukrainian).
3. Mukhin V. M. (2010) *Fizychna reabilitatsiia* [Physical rehabilitation]. Kyiv: Olympic literature. (in Ukrainian).
4. Osipov V. M. (2013) *Osnovy fizychnoi reabilitatsii* [Fundamentals of physical rehabilitation]. Berdyansk: BSPU. (in Ukrainian).
5. Porada A. M., Solodovnyk O. V., Prokopchuk N. Ye. (2008) *Osnovy fizychnoi reabilitatsii* [Basics of physical rehabilitation]. Kyiv: Medicine. (in Ukrainian).
6. Mykhaliuk Ye. L., Cherepok O. O. (2010) *Fizychna reabilitatsiia pry zakhvoriuvanniakh i travmakh nervovoi systemy* [Physical rehabilitation for diseases and injuries of the nervous system]. Zaporizhzhia: ZSMU. (in Ukrainian).
7. Petrenko N. V. (2022) *Fizychna reabilitatsiia, sportyvna medytsyna* [Physical rehabilitation, sports medicine]. Sumy : Sumy State University. (in Ukrainian).
8. Yaremko Ye. O., Vovkanych L. S. (2014) *Fiziolohiia fizychnoho vykhovannia i sportu* [Physiology of physical education and sports]. LSUPhC. (in Ukrainian).

Петренко О. В.,
старший викладач кафедри
олімпійського та професійного спорту
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ЗАСТОСУВАННЯ ЕРГОГЕННИХ ЗАСОБІВ У ПЛЯЖНОМУ ВОЛЕЙБОЛІ

Наукові дослідження щодо фізичної підготовленості та покращення спортивних результатів волейболістів відіграють важливу роль у розвитку цієї дисципліни. Одним з ключових аспектів вдосконалення гри є забезпечення адекватного рівня енергії та витривалості гравців протягом тривалого матчу. У зв'язку з цим, розуміння та застосування ефективних стратегій енергетичного підживлення має вирішальне значення для досягнення максимальної продуктивності та результативності у пляжному волейболі.

В цьому науковому дослідженні ми спрямовуємося на аналіз та оцінку різних енергетичних стратегій, які можуть бути використані в пляжному волейболі з метою покращення фізичного стану гравців та їх гри. Ми розглянемо роль правильного харчування, вживання додаткових енергетичних продуктів, таких як напої та добавки, а також оптимальний режим відновлення після тренувань та матчів.

Мета дослідження – надати науково обґрунтовані рекомендації щодо оптимального енергетичного підживлення пляжних волейболістів, які дозволять їм підтримувати високий рівень продуктивності та дати їм перевагу над суперниками. Дослідження будуть засновані на наукових даних та аналізі літератури, що дозволить нам зробити об'єктивні висновки та рекомендації для тренерів і спортсменів, які зацікавлені в досягненні успіху у пляжному волейболі.

Огляд наукової літератури дозволяє в контексті теми розглянути її у основних аспектах:

1. Вплив харчування та дієти на фізичну витривалість пляжних волейболістів.
2. Ефективність спортивних напоїв та добавок для підтримки енергетичного рівня та витривалості.
3. Роль вуглеводів, білків та жирів у харчуванні пляжних волейболістів.
4. Оптимальний режим споживання їжі та напоїв під час тренувань і змагань.

5. Вплив додаткових енергетичних продуктів, таких як гелі, батончики, на фізичну витривалість та відновлення.

6. Роль мінералів та вітамінів у підтримці енергетичного балансу та регенерації м'язів пляжних волейболістів.

7. Оптимальні стратегії підживлення для підтримки оптимального фізичного стану та продуктивності гравців протягом тривалих матчів.

Вплив харчування та дієти на фізичну витривалість пляжних волейболістів є ключовим аспектом успішної підготовки та досягнення високих спортивних результатів. Оптимальне харчування забезпечує необхідну енергію, макро- та мікроелементи, які необхідні для підтримки фізичного стану, витривалості та відновлення. Пляжний волейбол характеризується інтенсивними фізичними навантаженнями, високою інтенсивністю рухів та значним споживанням енергії. Оптимальне харчування перед, під час та після тренувань та змагань впливає на енергетичний баланс, гідратацію, вуглеводний запас та відновлення м'язів. Важливим аспектом є забезпечення достатнього рівня енергії шляхом вживання достатньої кількості вуглеводів, які є головним джерелом палива для м'язів під час фізичних навантажень. Комплексні вуглеводні продукти, такі як цільні злаки, фрукти та овочі, забезпечують стабільний рівень постачання енергії протягом тривалого матчу. Вуглеводи грають важливу роль у підтримці глікогену – запасу енергії в м'язах. Вуглеводи сприяють підтримці витривалості та швидкості, а також сприяють відновленню глікогенових запасів після тренувань і змагань.

Для цього використовують гелі, желетки, енергетичні батончики, свіжі фрукти, такі, як банани або яблука, які є природними джерелами вуглеводів та електролітів. Вуглеводні гелі, які містять швидкозасвоєвані вуглеводи.

Білки також грають важливу роль у харчуванні пляжних волейболістів, оскільки вони сприяють регенерації та відновленню м'язової тканини. Білки є будівельним матеріалом для м'язів, тканин та ферментів. Вони необхідні для підтримки м'язової маси, відновлення та ремонту м'язів після фізичного навантаження. Білки також впливають на імунну систему та забезпечують насиченість, що допомагає утримувати стабільний енергетичний рівень під час тривалих змагань. Рекомендується включати магазинні продукти, яйця, рибу, м'ясо, тофу та інші джерела білка в раціон. А також додатково використовувати наступні доданки. Білкові концентрати – сухі порошки або рідини, які містять високу концентрацію білків, отримані з різних джерел, таких як сироватка, соя, яйця або рослинні джерела; білкові суплементи – таблетки, капсули або жувальні таблетки, які містять концентровані форми біл-

ків; білкові снеки – білкові батончики, паштети або інші смакові закуски.

Жири є джерелом концентрованої енергії та необхідні для належного функціонування організму. Вони допомагають засвоєнню розчинних вітамінів (А, D, Е, К) та незамінних жирних кислот. Жири також впливають на зв'язування та транспортування розчинних вітамінів, підтримують здоров'я суглобів та нервової системи.

Відповідне співвідношення між вуглеводами, білками та жирами в харчуванні пляжних волейболістів залежить від індивідуальних потреб, режиму тренувань та змагань. Оптимальна стратегія харчування повинна враховувати необхідність достатнього розподілу цих макроеlementів протягом дня, враховуючи фізичну активність та індивідуальні особливості кожного гравця.

Достатня гідратація є необхідною для підтримки фізичного стану та функціонування організму. Пляжні волейболісти повинні регулярно пити воду та електроліти для запобігання дегідратації та збереження оптимального рівня вологості організму.

Під час інтенсивних фізичних навантажень спортсмени втрачають велику кількість рідини через потовиділення та дихання. Відновлення водного балансу є критично важливим для забезпечення оптимального функціонування організму та підтримки фізичної продуктивності [1].

Людський організм реагує на тепловий стрес двома основними способами: розподілом кровотоку до шкіри (розширення судин), щоб поліпшити передачу тепла від м'язів до шкіри і потім до навколишнього середовища, а також виділенням поту на шкіру, який випаровується і відводить тепло з організму.

Мозок регулює ці фізіологічні реакції втрати тепла за допомогою додаткового впливу теплового подразнення на температурозалежні нервові клітини шкіри та всього тіла.

Цей регуляційний процес також може піддаватися впливу нетеплових сигналів, таких як дегідратація, метаборецептори (тип хеморецепторів, що реагують на продукти метаболізму, що виникають при тренуванні м'язів) та цитокіни. Розподіл та збільшення кровотоку до шкіри через розширення судин збільшує потребу серця, одночасно знижуючи тиск наповнення серця.

Ці реакції вимагають, щоб серце працювало сильніше і швидше, збільшуючи місцеву (коронарну тканину) потребу в кисні. Що висуває додаткові вимоги до спортсмена під час фізичних навантажень.

Оптимальний рівень насичення водою залежить від багатьох факторів, таких як інтенсивність тренувань, температура навколишнього

середовища, вологість, тривалість занять, фізичний стан спортсмена та його індивідуальні особливості.

Дослідження в сфері спортивних напоїв та добавок зосереджуються на оцінці їх складу, властивостей та впливу на фізичну продуктивність. Типові складники спортивних напоїв включають вуглеводи, електроліти, білки та інші добавки, такі як креатин, бета-аланін, кофеїн тощо. Дослідники оцінюють, як ці складники впливають на рівень енергії, витривалість, швидкість, точність та відновлення у пляжних волейболістів [2].

Важливим показником для волейболістів є осмоляльність. Осмоляльність напоїв для спортсменів характеризується кількістю осмотично активних частинок в одиниці рідкого продукту. Існують три види спортивних напоїв: ізотонічні, гіпертонічні та гіпотонічні.

Ізотонічні напої мають осмоляльність приблизно 280-300 млііосмоляр на 1 кг, що відповідає осмоляльності крові. Такі напої не порушують баланс в організмі, постачаючи вуглеводи та рідину в необхідних кількостях для компенсації втрат під час фізичних навантажень.

Гіпертонічні напої мають вищу осмоляльність, понад 300 млііосмолей на 1 кг (зазвичай 600-700 млііосмолей на 1 кг). Такі напої можуть використовуватися як складова підготовчої дієти, допомагаючи швидко відновити витрачені енергетичні резерви без необхідності споживання великих кількостей вуглеводів у їжі.

Гіпотонічні напої, зазвичай, мають осмоляльність в діапазоні 50-250 млііосмолей на 1 кг. Це включає так звані «легкі» (light) напої [3].

Дослідження також розглядають різні режими прийому спортивних напоїв та добавок, включаючи передзмагальний прийом, прийом протягом тривалої активності та відновлення після тренування. Важливим аспектом є дозування та відповідне використання спортивних напоїв та добавок для досягнення найкращих результатів у пляжному волейболі.

Волейболісти під час гри піддають свої кістки значному навантаженню, зокрема при стрибках та ланцюжках. Потужні удари та постійне переміщення можуть створювати високі навантаження на кісткову тканину. Кальцій є основним будівельним матеріалом для кісток, і він є необхідним для їх зміцнення та попередження травм.

Кальцій має роль у передачі нервових імпульсів та зв'язку з м'язами. Він сприяє скороченню м'язів та контролює їх роботу. Достатній рівень кальцію в організмі допомагає волейболістам досягати більш точних та сильних рухів, а також зменшує ризик м'язових травм.

Волейболісти повинні мати енергію та витривалість під час тренувань та змагань. Кальцій впливає на енергетичний метаболізм та допомагає у перетворенні їжі на енергію. Він також впливає на оптимальне

функціонування нервової системи, що важливо для координації рухів та точності у виконанні техніки гри.

Враховуючи значення кальцію для волейболістів, раціон повинен містити продукти, багаті на кальцій, такі як молочні продукти, риба, зелене листя та інші джерела кальцію.

Додаткові енергетичні продукти можуть також містити амінокислоти, зокрема глутамін та вітаміни групи В, які сприяють ефективному відновленню м'язів та зменшенню м'язового пошкодження після тренувань. Глутамін є важливою амінокислотою для регенерації м'язової тканини та підтримки імунної системи, що може сприяти швидкому відновленню після фізичного навантаження. Вітаміни групи В впливають на енергетичний метаболізм та функцію нервової системи, що може позитивно впливати на фізичну витривалість [4].

Проведений систематичний огляд наукових досліджень підтверджує, що енергетичні добавки та стратегії підживлення мають значний вплив на фізичну витривалість, відновлення та спортивні показники у волейболістів на пляжі. Різні типи добавок демонструють різну ефективність, тому важливо розглядати їх в контексті конкретних потреб спортсменів.

Аналіз впливу енергетичних добавок, таких як спортивні напої, гелі, енергетичні батончики та інші, показав, що вони можуть позитивно впливати на фізичну витривалість у волейболістів на пляжі. Залежно від складу та співвідношення поживних речовин, таких як вуглеводи, білки та електроліти, ці добавки можуть поліпшувати енергетичний обмін та підтримувати оптимальний рівень гідратації.

Різні енергетичні добавки можуть впливати на процес відновлення після тренувань та матчів у пляжних волейболістів. Деякі добавки можуть сприяти швидшому відновленню м'язів, заповненню енергетичних резервів та зменшенню втоми. Однак, враховуючи індивідуальні особливості спортсменів та їхніх потреб, необхідно підібрати оптимальну стратегію підживлення та вибрати відповідні добавки.

Список використаних джерел

1. The effect of beach volleyball training on muscle performance of indoor volleyball players / D. G Balasas et al. Sports Med Phys Fitness. 2018. 1 September. P. 1240–1246. URL: <https://doi.org/10.23736/S0022-4707> (date of access: 30.05.2017).
2. Hot weather and heat extremes: health risks /Kristie L Ebi 1, Anthony Capon 2, Peter Berry 3, Carolyn Broderick 4, Richard de Dear 5, George Havenith 6, Yasushi Honda 7, R Sari Kovats 8, Wei Ma 9, Arunima Malik 10, Nathan B Morris 11, Lars Nybo 12, Sonia I

Seneviratne 13, Jennifer Vanos 14, Ollie Jay 15 / The luncet. 2021.08.21. P. 698-708. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01208-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01208-3).

3. Функціональні напої для спортсменів / Ю. А. Козонова, Д. Ю. Пруц / Холодильна техніка та технологія, № 3 (149), 2014. С. 60-68.

4. Олійник А. М. Фармакологічна реабілітація в спорті: посібник для студентів вищих учбових закладів / А. М. Олійник, В. С. Грушко, О. В. Олійник. – Тернопіль, 2010. – 165 с.

УДК 796.88.015

Слободський Б.С.

студент 284 групи, ЧНУ ім. Петра Могили,
м. Миколаїв, Україна

Слободський Ю. С.

викладач кафедри олімпійського та професійного спорту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ЗМАГАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ВАЖКІЙ АТЛЕТИЦІ

Найважливішим компонентом в системі підготовки спортсмена є змагання, які виступають як мета, засіб і метод підготовки спортсмена. Змагання визначаються як спеціальна сфера, в якій здійснюється діяльність спортсмена, що дозволяє об'єктивно порівнювати певні його здібності і забезпечити їх максимальні прояви (змагальна діяльність).

Важка атлетика традиційно належить до видів спорту з об'єктивним метрично вимірюваним результатом. Проте аналіз змагань найвищого рангу показує, що на змаганнях важкоатлети не досягають кінцевої мети (до 40% в конкретних випадках), тобто не фіксують снаряд згідно правил змагань і закінчують, не кваліфікувавшись. Отож, важка атлетика за способом визначення результату є як серед видів, де необхідно досягнути метрично вимірюваним результатом, так і в групі видів, де необхідно досягнути кінцевого результату. Роль тактики у важкій атлетичі вважається малозначущою для досягнення результату й тому не була достатньо вивчена, хоча зустрічались окремі дослідження, в яких, поряд з іншими аспектами, вивчалась і різноманітні питання тактики.

Змагання в системі підготовки спортсменів є не лише засобом контролю за рівнем підготовленості, способом виявлення переможця, але й важливим засобом підвищення тренуваності і спортивної майс-

терності. Основна підготовчо-тренувальна діяльність спортсмена здійснюється в умовах спортивного тренування. Вона є основною формою підготовки спортсмена, яка являє собою спеціальний педагогічний процес, побудований на системі вправ і спрямований на управління спортивними вдосконаленням спортсмена, що обумовлює його готовність до досягнення вищих результатів.

Відомо, що головним чинником, на основі якого здійснюється планування спортивної підготовки у важкій атлетиці, є спортивний результат та його зростання (тобто максимальне збільшення силових показників та м'язової маси). Визначено, що процес зростання м'язової сили у важкоатлетів під час систематичних тренувань триває в середньому 11-16 років. Водночас із зростанням силових можливостей підвищуються показники маси тіла спортсменів (до 50-60 кг).

У таких випадках зростання силових можливостей може досягати 300%, а процес може тривати до 35-40 річного віку.

Юні спортсмени, які почали займатись важкою атлетикою у 10-12 років, щорічно збільшують спортивні досягнення на 10-16 кг. Потім темпи зростання спортивних результатів зменшуються, і з кожним черговим роком спостерігається тенденція до їх зниження. Найважливішим у цьому процесі є не вік спортсменів, в стаж тренувань: чим він більший, тим менший рівень зростання спортивних результатів. Спортсменів, у яких стаж професійної підготовки у видів спорту становить більш ніж 12-15 років, практично не здатні підвищити свої спортивні результати, що пояснюється зниженням їхнього рівня адаптації до тренувальних навантажень.

Динаміка зростання спортивних результатів має свої особливості. Практикою визначено таку загальну закономірність зростання спортивних досягнень: найбільший рівень відзначається в перші п'ять років підготовки, із шостого до дев'ятого року існує тенденція до зниження темпів зростання, від 10-го до 15-го року їх стабілізація на певному рівні, а надалі – зниження.

Установлено також закономірності зростання спортивних результатів важкоатлетів залежно від їхньої ваго-зростових показників: важкоатлети середніх і важких вагових категоріям утримають високу результативність на етапі максимальної реалізації індивідуальних можливостей упродовж тривалішого часу, ніж спортсменами легкових категорій. В останніх значно раніше (у середньому на 3-5 років) спостерігається тенденція до зниження результативності порівняно зі спортсменами важких вагових категорій.

Змагання в СПС – не лише засіб контролю за рівнем підготовленості, але й важливий засіб підвищення тренуваності і спортивної майсте-

рності. Особливості безпосередньої підготовки до змагань і власне змагальної боротьби є потужним засобом мобілізації функціонального потенціалу організму спортсмена, подальшої стимуляції його адаптаційних резервів та ін. Роль і місце змагань суттєво відрізняється в залежності від етапу багаторічної підготовки. На початкових етапах плануються, як правило, підготовчі і контрольні змагання. Зростом кваліфікації спортсменів кількість змагань зростає, в змагальну практику вводяться підвідні, відбіркові і головні змагання.

В сучасній змагальній практиці можна виділити три методичні підходи:

1. Стартувати як можна частіше, досягати найвищих результатів у кожному змаганні;
2. Малоінтенсивна змагальна практика. Уся увага на підготовку до головних змагань;
3. Широка, але суворо диференційована змагальна практика: підготовчі і контрольні змагання використовуються лише як засіб підготовки.

Перевагами першого є те, що його застосування дозволяє спортсменам широко використовувати змагання як засіб і метод підготовки і контролю за ефективністю тренувального процесу. Проте, як демонструють спеціальні дослідження, постійна спрямованість до досягнення високих спортивних результатів в різних змаганнях, хоч і стабілізує результат, пов'язана з надлишковими нервово-психічними і фізичними навантаженнями, погіршенням технічної підготовленості і, як правило, призводить до зниження спортивних результатів в головних змаганнях.

Другий підхід також має свої недоліки, особливо при підготовці спортсменів високої кваліфікації. По-перше, обмежена змагальна практика позбавляє спортсмена одного з найважливіших факторів, який забезпечує подальший розвиток пристосувальних реакцій. По-друге, недостатній змагальний досвід часто не дозволяє повноцінно реалізувати в головних змаганнях техніко-тактичний і функціональний потенціал. При такій підготовці змагання приховують багато неочікуваних аспектів, до яких спортсмен може виявитись не готовим і викликати в його організмі постійний стан тривоги і, відповідно, результат може бути негативним.

Третій підхід вважається оптимальним. При плануванні змагань протягом року необхідно враховувати єдність тренувальної і змагальної діяльності спортсменів в системі підготовки. Цілі участі спортсмена у змаганнях на різних етапах підготовки повинні відповідати рівню його підготовленості і здатності вирішувати поставленні завдання.

Важка атлетика – це пряме змагання, коли кожен атлет має три спроби в ривку і три спроби в поштовху. Найважча вага піднятої штанги в кожній вправі підсумовується в змагальному заліку. Змагання з важкої атлетики судять 3 рефері, і їх рішення стають офіційними за принципом більшості.

На відміну від інших силових видів спорту, у важкій атлетиці важливі не тільки силові показники, а й гнучкість, швидкість і координація, у зв'язку з технічною складністю двох основних важкоатлетичних вправ – ривка і поштовху.

Змагальна діяльність по відношенню до офіційних змагань виступає у своєму абсолютному значенні як власне змагальна діяльність. І в цьому плані це є специфічна рухова активність людини, здійснюється, як правило, в умовах офіційних змагань на межі психічних і фізичних сил людини, кінцевою метою якої є встановлення суспільного значущих і особистих результатів. Власне змагальна пізнання людських можливостей і формування етичних взаємовідносин, а також форма спілкування між людьми або групами людей.

Основним результатом реалізації систем спортивної підготовки є спортивне досягнення, рівнем якого визначається обдарованість спортсмена, спрямованість і ефективність систем підготовки. Основна підготовчо-тренувальна діяльність спортсмена здійснюється в умовах спортивного тренування. Вона є основною формою підготовки спортсмена, яка являє собою спеціалізований педагогічний процес, побудований на системі вправ і спрямований на управління спортивним вдосконаленням спортсмена, що обумовлює його готовність до досягнення вищих результатів.

Змагальна діяльність, як показує практика, має великий вплив на організм спортсмена. Це пов'язано, насамперед, з максимальною швидкістю активними діями спортсменів, використання максимальної сили, витривалості, а також з випробуванням постійного нервово-емоційного напруження, стресового впливу. Тому в останні роки вивченню закономірностей змагальної діяльності стало приділятися значно більше уваги.

Список використаних джерел

1. Олешко В. Г. Силові види спорту / Олімпійська література, 1999.
2. Товстоног О. Ф. Динаміка індивідуальних показників спортивного результату важкоатлетів національної збірної команди України – учасників Ігор XXXI Олімпіади / Олександр Товстоног, Марія Розторгуй, Сергій Зубков, Ігор Фостяк // Спортивна наука України: зб. наук.

пр. з галузі фіз. культури та спорту: [електронне видання]. – Львів, 2017. – № 1

3. Платонов В. Н. Рухові якості та фізична підготовка спортсменів. – Київ: Олімпійська література, 2017.

4. Гончаренко В. І., Лапицький Д. Н., Чхайло М. Б. Навчально-методичний посібник з тренерської практики. – Суми: Видавництво СумДПУ ім. А.С Макаренка, 2020.

5. Медведєв А. С. Проблеми подальшого вдосконалення методики тренування важкоатлетів на сучасному етапі // Теорія та практика фізичної культури. – 1996.

6. Келлер В. С. Теоретико-методичні основи підготовки спортсменів / Келлер В. С., Платонов В. М. – Л.: Українська спортивна Асоціація, 1992.

7. Платонов В. Н. Рухові якості та фізична підготовка спортсменів. – Київ: Олімпійська література, 2017.

УДК 796.062.4:355.237.3

Слободський Ю. С.,
викладач кафедри олімпійського та професійного спорту,
ЧНУ імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

КРОСФІТ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

В статті розкривається методика застосування кросфіту в процесі формування мотивації студентів до регулярних занять фізичною культурою і спортом. Дані експериментального дослідження свідчать про позитивний вплив занять кросфітом на фізичну підготовленість, а також на зацікавленість молодих людей новим видом спорту, що закріпило звичку до регулярних занять фізичними вправами. Спираючись на результати дослідження, можна відзначити, що формування позитивної мотивації до занять фізичною культурою і спортом залежить від врахування індивідуальних особливостей, пошуку нових підходів до організації занять, уведення нових видів спорту до регулярних занять студентів.

Інтенсифікація навчального процесу у вищих навчальних закладах освіти, активізація самостійної творчої роботи, збільшення психічних навантажень гостро поставили питання про впровадження в повсякденне життя студентів фізичної культури та спорту. Розвиток цивіліза-

ції породжує такі зміни в способі життя, які підвищують ступінь ризику виникнення в молодих людей захворювань серцево-судинної системи, онкологічних захворювань, ожиріння. Щоб уплинути на поведінку молоді людини з майже вже сформованим світоглядом, переконаннями необхідні зусилля як зі сторони самої людини, так і зі сторони навчального закладу.

Нова універсальна програма загальної фізичної підготовки кросфіт за останні роки набула великої популярності серед молоді всього світу (в тому числі України) та ставить мету покращення загальної фізичної підготовки, реакції, витривалості і готовності до будь-якої життєвої ситуації, що вимагає активних фізичних дій.

Найяскравішим прикладом функціонального тренування є кросфіт, який являє собою спорт фізичної підготовки. Включає в себе принципи товариства, здорової конкуренції та задоволення від фізичного навантаження. Методологія кросфіту залежить від вседоступності методів, результатів та критики. Кросфіт – емпіричний, клінічно підтверджений. Кросфіт не спеціалізована програма фізичної підготовки, але спроба оптимізувати фізичну компетентність в кожному з десяти фізичних показників. Це кардіо-васкулярна працездатність, витривалість, сила, гнучкість, потужність, швидкість, координація, спритність, рівновага та точність. Цей перелік фізичних компетентностей задовольняє потреби професійних атлетів, що різняться рівнем, а не родом. Розвиток кардіо-васкулярної працездатності однаково важливий як для професійних спортсменів, так і для атлетів-початківців.

Підхід до функціонального тренінгу включає в себе збалансоване поєднання анаеробного та аеробного навантаження, виходячи з поставлених цілей. Відносно тренування складається у дотриманні потреб специфічності, прогресування та варіативності, а також відновленню оптимальних адаптацій до навантаження.

Масштабованість – кросфіт вправи і тренування можна модифікувати в залежності від рівня фізичної підготовки і наявного інвентарю. Використання функціональних вправ – під час виконання таких вправ м'язи працюють і рухаються фізіологічним чином, не виникає зайвої напруги в суглобах і хребті, зменшується ймовірність травм. Побудова заняття схоже на звичайне тренування. Починати потрібно з розминки, закінчувати – заключною частиною, розтяжкою, мобілізуючими вправами.

Основним засобом тренування являються функціональні вправи, які спрямовані на гармонійний розвиток фізичних якостей, а також м'язів та фізіологічних систем організму за рахунок зміни інтенсивності та частоти рухів під час інтервальної або циклічної роботи.

На нашу думку, саме кросфіт, як новий вид спорту, може стати таким потужним стимулом до регулярних занять студентської молоді фізичною культурою і спортом. Однак, наукових досліджень в даному напрямку ще досить невелика кількість. Вищезначене обумовлює потребу в більш детальному вивченні та експериментальній перевірці впливу занять кросфітом на зміну мотивації до регулярних занять фізичною культурою і спортом студентів ВНЗ.

Наша прихильність до фізичної підготовки, що ґрунтується на фактах, даних про фізичну продуктивність, що публікуються публічно, співпраці з іншими тренерами в розвитку програми і відкритість системи в цілому дозволили нам отримати важливі уроки з програми. Уроки, що стосуються адаптацій, досягаються тренуваннями по кросфіту. Ми виявили, що кросфіт збільшує працездатність у широких тимчасових межах у різних модальних доменах.

Це відкриття було дуже важливим для мотивації наших зусиль. Це всеосяжне збільшення працездатності відповідає нашим спочатку заявленим цілям побудови програми широкої, цілісної та всеосяжної фізичної підготовки.

Воно також пояснює різноманітність спортивних завдань, що переслідуються в кросфіт, що виражається в глибокому проникненні кросфіту в різні види спорту та фізичної діяльності. Ми дійшли до висновку, що зростаюча працездатність – фізична продуктивність, і все інші параметри, такі як максимальне споживання кисню (МСК), поріг лактату, побудова тіла і навіть сила та гнучкість, є її похідними.

У тренажерних залах та спортивно-оздоровчих центрах по всьому світу типові тренування складаються із ізольованих рухів та тривалих аеробних сесій. У фітнес спільноті, від тренерів до спортивної періодики, існує думка, що розведення рук у бік, згинання на біцепс, екстензії ніг тощо, подібні вправи, що комбінуються з 20-40 хвилинним крученням педалей на велотренажері або бігом на біговій доріжці, ведуть до значного зростання фізичної підготовленості.

Ми працюємо виключно зі складними рухами в коротких високоінтенсивних кардіо-васкулярних сесіях. Ми замінили розведення рук у бік на жим штанги стоячи, згинання рук на підтягування, екстензії ніг у тренажер на присідання. Замість однієї довгої дистанції наші атлети подолують п'ять-шість коротких відрізків.

Дивна правда в тому, що ті самі методи, що використовуються для розвитку професійних атлетів, розвивають ті ж показники і в людей похилого віку. Звичайно, ми не змусимо не підготовлену людину присідати з такою самою вагою, яку робить олімпійський лижник, однак вони однаково потребують у присіданнях. Фактично, присідання є

засобом підтримки функціональної незалежності тіла та підвищення фізичної підготовленості. Присідання – лише один із прикладів рухів, які є універсально цінними та необхідними, але при цьому дуже рідко використовуються будь-ким було, крім досвідчених атлетів. За допомогою болючого навчання та поступового зростання навантажень кросфіт здатний навчити будь-кого, хто піклується про себе, виконувати безпечно та максимально ефективно ті ж вправи, що використовуються тренерами для підготовки професійних атлетів найвищого рівня.

Кросфіт є програмою силової та загальної фізичної підготовки у рамках двох аспектів. По-перше, є ключовою програмою силової та загальної фізичної підготовки тому, що підготовленість, що розвивається в рамках кросфіт, є основою для будь-яких інших атлетичних потреб та завдань. Це те, що потрібно всім. По-друге, це «ключова» програма силової та загальнофізичної підготовки в буквальному сенсі виконуваної центральної ролі стосовно поставлених цілей. Більшість нашої роботи зосереджується на головній функціональній осі людської тіла, що становить «ядро» та включає згинання та розгинання тазу, розгинання та обертання торса. Цільна роль функціонального тренінгу у цьому плані обумовлена простим спостереженням, що потужне розгинання тазу необхідне та критично важливо для елітної спортивної працездатності. Наш досвід показує, що ніхто без здатності до потужного розгинання тазу не досягає серйозних спортивних результатів і багато, хто мав цю здатність, були відмінними атлетами. Біг, стрибки, удари кулаками та кидки. Всі ці рухи зароджуються в «ядрі». У кросфіт ми починаємо розвиток атлетів з розвитку ядра, що, до речі, відноситься і до способу використання м'язів у функціональних рухах – від центру до кінцівок.

Кросфіт використовує три різні стандарти або моделі для оцінки та визначення напрямку підготовленості. У сукупності ці три стандарти визначають бачення фітнесу в кросфіт. Перший ґрунтується на десяти загальних фізичних якостях, повсюдно визнаних спортивними фізіологами. Другий стандарт або модель, ґрунтується на виконанні атлетичних нормативів, у той час як третій ґрунтується на енергетичних системах м'язової діяльності.

Кожна модель критична для цілісності ідеї кросфіт і є суттєвою при оцінці і загальної підготовленості атлета або ефективності тренувального процесу. Перш ніж приступити до детального опису дії цих трьох моделей, попереджаємо, що ми не намагаємося продемонструвати легітимність нашої програми за допомогою наукових принципів.

Перший стандарт підготовленості. Вирізняють 10 визнаних фізичних якостей. Це працездатність СС та дихальної систем, витривалість,

швидкість, сила, потужність, гнучкість, точність, рівновага, швидкість адаптації до зміни навантажень, координація. Ви так само підготовлені, наскільки компетентні у кожній з 10 навичок.

Другий стандарт підготовленості. Суть цієї моделі у цьому, що підготовленість передбачає ефективне виконання будь-якого уявного завдання. Ця модель передбачає, що рівень вашої підготовленості може бути виміряна через вашу здатність виконати ці завдання ефективніше в порівнянні з іншими.

Суть у тому, що підготовленість передбачає здатність виконувати будь-які завдання, навіть незнайомі, а також завдання, складені в комбінації, що нескінченно варіюються. Насправді це змушує атлета не обмежуватися жорсткими рамками підходів, повторень, періодів відпочинку, вправ, їх порядку, періодизації тощо.

Третій стандарт підготовленості. Розрізняють три енергетичні системи забезпечення м'язової діяльності. Ці «метаболічні двигуни» відомі як фосфагенна (система АТФ), гліколітична та окислювальна системи.

Перша, креатин-фосфатна система, домінує у високоінтенсивній діяльності, що триває близько 10 секунд. Друга гліколітична система забезпечує енергією діяльність середньої інтенсивності, яка триває до 2-3 хвилин. Третя система, окисна, відповідає за діяльність низької інтенсивності.

Загальна підготовленість, яку просуває та розвиває кросфіт, потребує компетентності та тренуваності кожної з цих трьох систем. Поєднання ефектів роботи цих трьох систем значною мірою визначає «як і чому» щодо метаболічних тренувань або «кардіо», що використовуються в кросфіті.

Таким чином, регулярні заняття кросфітом можуть сприяти фізичному удосконаленню та закріпити звичку до регулярних занять фізичною культурою і спортом. Спираючись на результати дослідження можна відзначити, що формування позитивної мотивації до занять фізичною культурою і спортом залежить від ряду чинників: врахування індивідуальних особливостей, пошуку нових підходів до організації занять, введення нових видів спорту до регулярних занять.

Список використаних джерел

1. Історія виникнення кросфіту:
URL:<https://life.liga.net/porady/news/krossfit-trenirovki-dlyanachinayuschih>
2. Володимир Тисанюк: «Кросфіт – це не лише користь для організму, а естетична краса». 24.01.2019

[URL:https://kyivbattle.org/2019/01/24/volodimir-tisanyuk-krossfit-tse-neliske-korist-dlya-organizmu-a-j-estetichna-krasa/](https://kyivbattle.org/2019/01/24/volodimir-tisanyuk-krossfit-tse-neliske-korist-dlya-organizmu-a-j-estetichna-krasa/)

3. Основні принципи кросфіту. Побудова занять.

[URL:https://t1.ua/porady/44567-krossfit-shcho-tse-take-i-zchohorozpochaty.html](https://t1.ua/porady/44567-krossfit-shcho-tse-take-i-zchohorozpochaty.html)

4. Вправи системи «кросфіт». URL:

<https://cross.expert/category/uprazhneniya>

6. Теличук Г. Живи активно. URL:

<http://zhyvyaktyvno.org/index.php/news/crossfit.-scho-ce-chi-vartopochinati/>

7. Базилевич Н. О. Особливості використання нового виду спорту «Crossfit» у самостійній фізкультурно-оздоровчій роботі студентів / Н.О. Базилевич, О.С. Тонконог // Гуманітарний Вісник ДВНЗ «Переяслав-Хм. ДПУ імені Григорія Сковороди» Спецвипуск.– Переяслав-Хмельницький, 2016.– С. 136–142.

8. Ольховий О. М. Модульно-рейтингова система підготовки офіцерів-керівників занять з фізичної підготовки : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.02 «Фіз. культура, фіз. виховання різних груп населення»/ Ольховий Олег Михайлович ; ЛДДФК.– Львів, 2005.

УДК 614.253.1”2022/2023”(477.73-21)

Тимофійшина А. С.,

магістрантка кафедри медико-біологічних основ спорту
та фізичної реабілітації,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Чорна В. О.,

кандидат соціологічних наук, доцент кафедри соціології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я М. МИКОЛАСЬВА (за 2022 р. та I квартал 2023 р.)

З початком повномасштабної війни, яка розпочалась 24 лютого 2022 року зі вторгнення армії РФ на територію України, за кордон виїхало близько 14,5 мільйонів громадян, в тому числі і медичні працівники. Таким чином, за останній рік у мережі закладів охорони здоров'я по країні в цілому, ми спостерігали дефіцит медичних пра-

цівників, як лікарів-спеціалістів, так і середнього медичного персоналу.

Сьогодні одним з нагальних питань перед керівниками закладів охорони здоров'я залишається вирішення проблеми укомплектованості медичними кадрами у підпорядкованих закладах.

Медичні спеціалісти є головною і досить вагомою частиною системи охорони здоров'я, які забезпечують результативну та ефективну діяльність закладів охорони здоров'я у наданні пацієнтам якісної медичної допомоги.

Слід зазначити, що з 24 лютого 2022 року значна кількість спеціалістів галузі охорони здоров'я змінила своє місце роботи.

Згідно оприлюдненої статистичної інформації на сайті Центру громадського здоров'я МОЗ України, у 2010 році профільних спеціалістів (без урахування спеціалістів стоматологічного профілю) в галузі охорони здоров'я по країні нараховувалось 224876, та у 2020 році 179602, що на 45274 менше. У Миколаївській області у 2010 році було зафіксовано 3534 лікарів, у 2020 році динаміка по області покращилась та склала 4351, що на 817 спеціалістів більше.

У 2022 році забезпечували пацієнтів медичною допомогою в міських закладах охорони здоров'я (18 закладів, без врахування стоматологічних поліклінік) 4095 медичних працівників, з них 785 лікарів – спеціалістів та 1264 середніх медичних працівників, в порівнянні з довоєнним періодом – 5137 осіб, (79,7 % від кількості працівників у 2021 році). У 2022 році 28 лікарів – молодих спеціалістів приступили до роботи після проходження інтернатури, у 2021 році – 39 лікарів, також було залучено до роботи 86 лікарів – інтернів (у 2021 році – 96).

Укомплектованість кадрами в закладах охорони здоров'я, відповідно до штатних розписів та наявних фізичних осіб по галузі охорони здоров'я складає 63,3%, в порівнянні з довоєнним періодом – 79,2%, таким чином зменшення відбулось на 15,9%.

Відсутніми на робочих місцях за 2022 рік було зафіксовано 734 особи, за якими було збережено місце роботи:

- 498 осіб – без збереження заробітної плати, з них 123 лікарів;
- 189 осіб – припинені дії трудових договорів, з них 54 лікарів.

Кількість працюючих зменшилась на 20,3%:

- лікарі-спеціалісти 76,3% – 862 особи (до війни – 1130), зменшення на 23,7%;
- СМП 77% – 1437 осіб (до війни – 1865), зменшення на 23%;
- інші 83,8% – 1796 осіб (до війни – 2142), зменшення на 16,2%.

В закладах охорони здоров'я м. Миколаєва за 2022 рік нараховувалось 2164 військовозобов'язаних працівників, з них було заброньовано

1297. До лав Збройних Сил України було мобілізовано 47 працівників закладів охорони здоров'я м. Миколаєва, з них 17 лікарів.

В галузі працюють 293 лікаря пенсійного віку (27,7% від загальної кількості лікарів) та 229 осіб середнього медичного персоналу пенсійного віку (13% від загальної кількості).

Також слід звернути увагу на проаналізовану інформацію щодо працівників, які довгостроково перебувають у відпустці без збереження заробітної плати, припиненні дії трудових договорів та працівники, які мобілізовані до ЗСУ, за якими зберігається місце роботи.

Отже, станом на 01.04.2023 в галузі працює 4673 фізичних осіб, відсутні на роботі з зазначених нижче причин 459 осіб, залишаються на робочому місці 4214 працівників, з них 2423 це медичні працівники.

Наявна кількість працівників (окрім спеціалістів стоматологічного профілю) міських закладів охорони здоров'я станом на 01.04.2023

По-сади	Фіз. особи всього на 01.04.2023	Відсутні, за якими зберігається місце роботи				Залишаються на робочих місцях	% працівників, що залишаються на робочих місцях
		Відпустка без збереж. зароб. плати	Припинено дію трудов. договору	Мобілізовано до ЗСУ	Всього		
Ліка-рі	1039	72	43	17	132	907	87,3%
СМП	1706	122	52	16	190	1516	88,9%
Інші	1928	74	49	14	137	1791	92,9%
Всьо-го	4673	268	144	47	459	4214	90,2%

Згідно проаналізованої інформації станом на 01.04.2023 (в порівнянні з довоєнним періодом) ситуація із забезпеченістю кадрами (окрім спеціалістів стоматологічного профілю) виглядає наступним чином:

Посади	Фіз.особи всього 01.01.2022	Залишаються на робочих місцях станом на 01.04.2023	% забезпеченість в порівняні з дово- єнним періодом
Лікарі	1130	907	80,3
СМП	1865	1516	81,3
ІНШІ	2142	1791	83,6
Всього	5137	4214	82

Також, згідно статистичних даних, які розміщені на офіційному сайті Центру громадського здоров'я МОЗ України за Ф-№17 «Звіт про медичні кадри – 2020» по Миколаївській області, ситуація з наявністю спеціалістів, які надають реабілітаційні послуги пацієнтам виглядала наступним чином:

Найменування	усього облікова кількість осіб на 31.12.202 0	у т.ч. на основній роботі в закладах підготовки кад- рів, НДІ та апарату органів управ- ління	Із загальної кількості лікарів мають кваліфіка- ційну категорію		
			вища	I	II
Фізіотерапевт	18	0	13	2	1
З лікувальної фізкультури та спортивної меди- цини	7	0	1	3	1
Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини	0	0	0	0	0
Ерготерапевти	0	0	0	0	0
Фізичні терапевти	0	0	0	0	0

Згідно статистичних даних за 2010 рік, Ф-№17 «Звіт про медичні кадри – 2010» відсутні в переліку такі спеціалісти, як фізичний терапевт, ерготерапевт та лікар фізичної та реабілітаційної медицини, ситуація зі спеціалістами виглядала наступним чином:

Найменування	усього облікова кількість осіб на 31.12.2020	у т.ч. на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апарату органів управління	Із загальної кількості лікарів мають кваліфікаційну категорію		
			вища	I	II
Фізіотерапевт	36	0	19	10	2
З лікувальної фізкультури та спортивної медицини	13	0	3	4	4

Отже, за результатами статистичних даних, ми маємо змогу спостерігати зменшення скорочення персоналу з фізичної терапії (ФТ), що пов'язано з певними чинниками, саме тому зазначеній проблемі слід приділити достатньо уваги, а саме підготовка (навчання) та подальше працевлаштування спеціалістів, які на сьогодні активно залучаються у реабілітаційних заходах пацієнтів.

Одним з головних завдань для керівників закладів охорони здоров'я є доцільним вибір стратегії стосовно проведення кадрової політики.

Пропонуємо розглянути та взяти до уваги наступні пункти стратегії кадрової політики: привабливий пакет пільг (забезпечення житлом, соціальні пільги), міждисциплінарність команди, конкурентна заробітна плата, кар'єрне зростання, робоче місце забезпечене сучасним матеріально-технічним оснащенням, також слід звернути увагу на працевлаштування студентів.

Тіхоміров А. І.,
доцент кафедри олімпійського і професійного спорту
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ «ЗДОРОВ'Я – ХВОРОБА»

Концепція здоров'я та хвороби є актуальною для багатьох наукових та медичних галузей, а також для кожної людини, яка прагне зберегти своє здоров'я та попередити хвороби. У сучасному світі поняття «здоров'я – хвороба» розглядається з багатьох аспектів, включаючи фізичний, психологічний та соціальний стан людини. У цій статті ми розглянемо сучасну концепцію визначення понять «здоров'я – хвороба», її аспекти та вимоги.

Здоров'я – це складне поняття, яке можна розглядати з різних поглядів. Сучасна концепція визначення поняття «здоров'я» базується на розумінні його як стану повного фізичного, психічного, духовного та соціального благополуччя людини, а не просто відсутності хвороби. Здоров'я пов'язане зі здатністю до фізичної активності, належного харчування та розумного використання лікарських препаратів. Також воно включає позитивний стан душі, здатність до адаптації при зміні навколишнього середовища та розуміння своїх потреб.

Ця концепція була вперше сформульована Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1948 році і визначає здоров'я як «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороби або недуги». Таким чином, ця концепція підкреслює, що здоров'я не є просто відсутністю хвороби, а це стан, який залежить від багатьох факторів, включаючи фізичний стан, психологічний комфорт, соціальні взаємини та здатність до функціонування в різних сферах життя. Ідея в тому, що здоров'я не може бути досягнуте без забезпечення повної гармонії між різними аспектами життя людини.

Отже, сучасна концепція здоров'я підкреслює необхідність забезпечення повної гармонії між фізичним, психічним та соціальним благополуччям людини, а також активного і здорового способу життя, забезпеченням здорового середовища і доступу до ефективних медичних послуг. Всі ці аспекти є важливими для досягнення та підтримки здоров'я людини.

- Фізичне здоров'я включає в себе правильне харчування, регулярну фізичну активність, відмову від шкідливих звичок (наприклад,

куріння або зловживання алкоголем) та забезпечення безпечного та здорового середовища.

- Психічне здоров'я включає позитивну самооцінку, здатність адаптуватися до стресу, здатність до формування та підтримки стійких відносин з іншими людьми, а також здатність до розвитку особистісної гармонії та задоволення життям.

- Соціальне здоров'я включає в себе здатність до адекватної комунікації з іншими людьми, до участі в соціальних взаєминах та до розвитку соціальних мереж і підтримки взаємодії між різними категоріями людей.

Усі ці аспекти здоров'я є взаємопов'язаними та взаємодіють між собою, і їх розвиток та підтримка можуть забезпечити повноцінне та щасливе життя. Саме тому, щоб зберегти здоров'я, потрібно звертати увагу на всі аспекти здорового способу життя та брати на себе відповідальність за своє здоров'я.

Хвороба – це порушення функціонування організму, яке призводить до погіршення здоров'я та може виявлятися у вигляді симптомів, що псують якість життя людини. Сучасна концепція визначення поняття «хвороба» враховує багато чинників, які впливають на її виникнення та розвиток. Це не лише фізичні симптоми та ознаки захворювання, але й психологічні, соціальні та економічні аспекти, це дозволяє комплексно оцінити стан пацієнта та вибрати оптимальний підхід до лікування. Одним з головних факторів, які визначають хворобу – є порушення фізіологічного функціонування організму. Такі порушення можуть бути спричинені різними факторами, включаючи інфекції, травми, генетичні вади, неправильне харчування та ін.

Крім фізіологічних факторів, на хворобу можуть впливати психологічні та соціальні чинники. Наприклад, страх, стрес, тривога та депресія можуть підвищити ризик виникнення хвороби або погіршити її перебіг. Наприклад, страх може активувати різні фізіологічні механізми в організмі людини, може призвести до вироблення адреналіну та норадреналіну, які підвищують кров'яний тиск і рівень цукру в крові. Також страх може спричинити вироблення кортизолу, гормону стресу, який може впливати на роботу серця, нирок, імунної системи та інших органів.

Страх може мати і негативний вплив на психічне здоров'я людини, що може викликати депресію, тривогу, психосоматичні розлади та інше. Тому важливо навчитися контролювати страх і використовувати методи релаксації та стрес-менеджменту для зниження рівня стресу в організмі.

Соціальні фактори, такі як погані умови життя, низький рівень освіти та доступу до медичних послуг, також можуть впливати на розвиток хвороб.

Крім того, хвороба може бути визначена не лише за наявністю фізичних симптомів, але і за наявністю психічних та соціальних наслідків. Наприклад, після травми може виникнути посттравматичний стресовий розлад, який може проявлятися не лише фізичними симптомами, але й психологічними та соціальними. Сучасна концепція визначення поняття «хвороба» допомагає лікарям та науковцям краще розуміти і лікувати хвороби, а також розвивати нові методики лікування та профілактики захворювань.

Поняття «хвороба і здоров'я», по суті, є дуже невизначеними категоріями, над якими продовжують працювати вчені і філософи. Ще більш ускладнює ці категорії запровадження таких понять, як «передпатологія», тобто, стан, що передує патології, і «передхвороба», при якій патологія може перейти в хворобу. При такій постановці питання, поділ на патології та хвороби, термінологічно ще більше заплутує зміст цих відносних категорій.

Реально ці поняття можуть адекватно обговорюватись тільки на основі двох підходів. По-перше, на основі уявлень самого хворого, що дуже важливо через істотні відмінності в рівні здоров'я (або хвороби). По-друге, на підставі уявлень лікаря, що визначає межі здоров'я та хвороби в кожному конкретному спостереженні відповідно до критеріїв, прийнятих у тій чи іншій, найчастіше вузькоспеціальній галузі його професійної діяльності [4].

Єдиної загальноновизнаної дефініції хвороби немає до сьогодні. До тих пір, поки в медицині не буде створено власну парадигму, засновану на єдиній уніфікованій системі принципів, що впливають із єдиної філософії медицини та такої ж єдиної теоретичної доктрини патології, лікування залишиться «сферою спорадичної та розрізненої професійної діяльності лікарів різних спеціальностей, які входять у єдину складну систему, важкодоступну до сприйняття як лікарями, так і пацієнтами» [1].

Найбільш проста система визначення хвороби та здоров'я «є породженням біомедицини з її вкрай науковим підходом, коли індивід, який не має об'єктивних ознак захворювання, повинен вважатися здоровим. Таким чином, згідно з біомедичною концепцією, яка загалом лежить в основі сучасної медичної практики, здоров'я та хвороба розташовані на протилежних кінцях одновимірного континууму «Здоров'я – Хвороба» [2].

У цій концепції вся увага зосереджена на оцінці об'єктивних біологічних і фізіологічних параметрів, що нібито характеризують функціональний справжній стан організму. При цьому практично не піддаються кількісному опису невід'ємні властивості і якості людини, такі як емоції (ефективність) і поведінка, або зовсім не беруться до уваги, або все-таки використовуються досвідченішими лікарями для суб'єктивної оцінки ефективності проведеного лікування (самопочуття та активність пацієнта).

Проте у філософському плані проблема хвороби та здоров'я спочатку має розглядатися саме в одновимірному континуумі. Тільки в цьому випадку можна досить повно, розкривши основну сутність цих найважливіших медичних категорій «здоров'я та хвороби», дійти висновку про їхню відносність і неможливість їхнього поділу на взаємодіючу пару протилежностей. Хворобу тут можна розглядати як проміжну стадію переходу від здоров'я до смерті або нового стану здоров'я [2].

Реальне людське буття нескінченно різноманітне і варіює від можливості чи неможливості жити до можливості чи неможливості виконувати ті чи інші функції у соціумі. Тому в гносеологічному відношенні змістовний бік дефініції хвороби, ймовірно, можна поділити на наступні аспекти: хвороба як біологічне, як психологічне та, нарешті, як соціальне явище. При цьому доцільно пам'ятати, що сутність хвороби є неподільною, а ці аспекти дефініції є лише деякими спробами поглянути на проблему під різними кутами зору виключно з метою пізнання.

Розглянемо, наприклад, соціальне визначення хвороби, у якому акцент робиться на характері взаємин особистості та суспільства, а також на соціокультурній ознаці станів здоров'я та хвороби (або нездоров'я). Людина здорова, коли «усвідомлені нею потенційні можливості відповідають власним уявленням особистості про основні умови її здоров'я, і ця особистість не надає неблаготворного впливу на потенційні можливості інших» [7].

На наш погляд, у дефініції хвороби як тимчасової події, дуже важливо відзначити момент її закінчення. Проте складність вирішення цього завдання нині надмірна через неможливість однозначного встановлення меж здоров'я та хвороби, об'єктивного визначення такого стану хворого, коли можна сказати, що він вже здоровий. Однозначна відповідь на питання про те, які критерії можуть бути покладені в основу рішення про припинення лікування, ймовірно, буде отримано ще не скоро.

У біологічному сенсі хворобу слід розглядати як процес переходу кількісних змін в якісні, коли кількість подразрень, які ритмічно над-

ходять із зовнішнього або внутрішнього середовища, і значуще (але тимчасово) відхиляють реагуючий субстрат (тканину, орган, систему органів, пов'язаних функціонально, або, іншими словами, функціональну систему) від точки гомеостазу, змушує цю систему змінити свою матеріальну структуру, пристосуватися до актуального подразника. Цей процес потребує значної витрати енергії, що можливо за рахунок її раціонального перерозподілу від менш актуальних функцій до більш насущних, життєво важливих. Все це відображається в психіці та емоціях у вигляді сомато-сенсорного комплексу симптомів, відчуття поганого самопочуття, неможливості виконання звичних біологічних, поведінкових актів та соціальних функцій і усвідомлюється пацієнтом спочатку як нездужання, а потім як хвороба [3].

Людина почувається здоровою лише з поверненням якогось достатнього, звичного їй, рівня можливостей біологічної та психосоціальної самореалізації.

Таким чином, у окремих випадках, хворобу, що характеризується сприятливим перебігом, можна визначити як подію онтогенетичної еволюції, представлену ланцюгом швидкоплинних доцільних гомеостатичних перебудов метаболізму (і функцій), які являють собою оптимуми співвідношення патогенних і саногенетичних факторів, що чергуються [4].

У той самий час, поняття «хвороба» можна доповнити певним змістом, що об'єднує непорушну ідею цілісності людини (нерозривність її фізичного і психічного, тобто матеріальної та ідеальної основи) з сутністю хвороби.

Доповнюючи смислове визначення хвороби як такої і погоджуючись з тим, що «в природі об'єктивно не існує хвороб та нездужань» [6], слід прийняти за істину думку Гегеля про те, що хвороба це «диспропорція між подразненнями та здатністю дії». Саме в такому сенсі, ймовірно, має сприйматися думка Ф. Енгельса про те, що «хвороба стиснута у своїй свободі життя» [5].

І, нарешті, ще про один важливий смисловий аспект патології пристосування через хворобу. Це питання докладно і всебічно досліджено В. Петленком у серії його фундаментальних праць. Хвороба – це відображення спроб організму і особистості цілісної людини пристосуватися до умов зовнішнього середовища, які для нього зазнали індивідуальних змін. На цій підставі адаптивні можливості людини іноді використовуються як показник здоров'я [38]. Тим не менш, цей основний аспект загальної патології, наближаючи нас до розуміння сутності хвороби як такої, не вичерпує всіх питань, актуальних для практика [4].

Сучасна концепція «здоров'я-хвороба» включає в себе фізичний, психологічний та соціальний стан людини. Важливими аспектами є профілактика та раннє виявлення хвороб. Розуміння понять «здоров'я та хвороби» має важливе значення для кожної людини, що прагне зберегти своє здоров'я та попередити хвороби. Для медичної та наукової спільноти це розуміння понять є важливою передумовою для розробки ефективних методів профілактики, діагностики та лікування різних хвороб.

Список використаних джерел

1. Амосов Н. М. Серце не спить: Нариси про серцево-судинні захворювання та здоровий спосіб життя. – Київ: Здоров'я, 1982. – 280 с.
2. Касьянова Р. А. Сучасні технології в медицині: наукові та практичні аспекти. М.: Видавництво ГЕОТАР-Медіа, 2016. – 184 с.
3. Хлуновський О. М. Методологічні засади концепції хвороби пошкодженого мозку (теоретичний аналіз клінічної практики): Автореф. дис. докт. мед. наук. СПб, 1992. – 20 с.
4. Хлуновський О. М., Старченко А. А. Концепція хвороби ушкодженого мозку (Методологічні основи) // СПб.: Вид-во Лань, –1999. - Т.320., № 8. – С. 253.
5. Friedrich Engels. (1883). *Dialektik der Natur*. Berlin: Dietz Verlag. – 403 p.
6. Hegel, GWF (1830 г.). *Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse*. Група 1: Die Wissenschaft der Logik. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. – Раздел 2. Das Sein in Beziehung auf ein Anderes. § 253.
7. Ogden, D. & Hirst, D. (2004). The therapeutic relationship and cognitive behavioural therapy: a case study of an adolescent girl with depression. *Journal of Psychiatric and Mental*

Тупсєв Ю. В.,

канд. наук з фіз. вих. і спорту, доцент кафедри
олімпійського і професійного спорту,
декан факультету фізичної культури та спорту, ЧНУ ім. Петра Могили,
м. Миколаїв, Україна

Гетманцев С. В.,

канд. біол. наук, доцент, завідувач кафедри
медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ФОРМУВАННЯ РУХОВИХ ДІЙ В ПРОЦЕСІ БАГАТОРІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ – БОРЦІВ

Спортивна боротьба на сучасному етапі її розвитку відрізняється високими вимогами до різних сторін підготовки. Багато фахівців вважають, що фізична, психологічна і теоретична підготовка борців виявляється в їх технічних діях, від ступеня досконалості яких залежить, зрештою, успіх виступу в змаганнях [1].

Проблема підвищення ефективності технічної підготовки – одна з найгостріших проблем, що стоять перед теорією і практикою спорту, актуальність якої зростає із зростанням спортивних результатів. Одним з чинників який значно ускладнює тренувальний процес, є висока вимога до спортивної техніки.

Багато фахівців відзначають, що основним предметом навчання в спорті є техніка фізичних вправ. Техніка фізичних вправ – це складна динамічна система. Вона підкоряється певній доцільності, обумовленою специфікою спортивної діяльності, що виражається, перш за все, в характері представлення спортивного результату в конкретному виді спорту. На дану систему в процесі її функціонування накладаються обмеження, зв'язані з індивідуальними особливостями моторики спортсмена і правилами змагань [2].

Узагальнюючи багаторічний досвід підготовки борців, Г. С. Туманян представив розділи і проблеми технічної підготовки борців в процесі багаторічної підготовки. Автором наголошується, що завданнями загальної технічної підготовки борців є:

- ознайомлення з широким колом рухів, в основному, з інших видів спорту;
- доведення до рівня рухового уміння значного числа рухів;
- доведення вузького кола рухів до рівня рухового навичку, тобто досягнення автоматизованості, стабільності, варіативності виконання

спортивних рухів [3].

На думку багатьох фахівців в області спортивної боротьби [3, 4], рішення цих задач вкрай важливе на початкових етапах багаторічної підготовки.

Сьогодні не викликає дискусій, що підготовка борців високої кваліфікації неможлива без однієї з її складових частин – методики початкового навчання техніки рухових дій. У спортивному єдиноборстві розділ навчання, направлений на формування у спортсменів знань, умінь і навиків спортивної техніки, є найбільш важливим [4].

Загально-дидактичний підхід до методики навчання, відмічений І. І. Аліхановим, вимагає чіткості в постановці завдань, розробці засобів і методів для вирішення цих завдань, визначення закономірностей цього процесу і своєрідності реалізації принципів навчання, особливо дана теза актуальна на початкових етапах підготовки [4].

Навчання спортивній боротьбі – педагогічний процес, направлений на формування знань у тих, що займаються, умінь і навиків техніки рухових дій, при безперервному здійсненні завдань всебічного фізичного розвитку [5]. Спроби розробки нових, адекватніших вимогам часу методів і засобів навчання спортивної техніки робилися фахівцями неодноразово.

При навчанні базової техніки рухових дій слід орієнтуватися на необхідність освоєння різноманітних підготовчих вправ. Фахівці відзначають, що на початковому етапі підготовки у жодному випадку не слід намагатися стабілізувати техніку рухів, добиватися стійкого рухового навичку, що дозволяє досягти певних спортивних результатів. В цей час у юних спортсменів закладається технічна база, що припускає оволодіння широким комплексом різноманітних рухових дій. Такий підхід – основа для подальшого технічного вдосконалення. Дослідженням змісту етапів багаторічної підготовки юних спортсменів, а також розробці системи управління спортивною підготовкою дітей і підлітків присвячені роботи багатьох учених [6, 7].

Вивчення організму, що росте, як цілісної динамічної системи дозволило визначити і загальні норми тренувальних навантажень, їх інтенсивність в різні вікові періоди [6].

Реалії сучасного спорту вищих досягнень примушують тренерів в цілях інтенсифікації досягнення високого результату змагання вже протягом перших років занять боротьбою деколи ігнорувати якісне оволодіння тим або іншим прийомом, в кращому разі освоювати їх поверхнево. Це дозволяє їм більше уваги приділяти вузькому колу дій з урахуванням схильності тих, що займаються, до певного тактичного типу, доводячи їх до досконалості в різноманітних техніко-тактичних

схемах і досягати, таким чином, деяких успіхів [3].

Але останнім часом виявляються пропуски в освоєнні "школи" боротьби, що істотно утрудняє ефективну підготовку борців на етапах спортивного вдосконалення і вищої спортивної майстерності. Тому одним з первинних завдань етапу початкової підготовки є досягнення якості оволодіння "базовою" технікою боротьби для подальшого техніко-тактичного вдосконалення.

В даний час перед фахівцями спортивної боротьби гостро стоять питання побудови найбільш раціональної системи навчання техніці прийомів і розробки інноваційних підходів навчання найбільш ефективним способам виконання базових елементів боротьби [3].

Результати численних досліджень свідчать про те, що фізичні вправи, як засіб, і методика їх застосування, як основна умова їх реалізації, були і залишаються наріжним каменем системи спортивної підготовки, а як предмет дослідження – вельми актуальним напрямом спортивної науки.

У своїх роботах багато фахівців відзначають, що поява кібернетики, теорії інформації і проникнення їх в біологію методично збагатило цю область природничо-наукового знання і привело до уявлень про мозок як комп'ютер, який сприймає і переробляє зовнішню інформацію, а потім ухвалює рішення і вибирає спосіб його реалізації. Ця ідея лягла в основу розвитку сучасних уявлень про організацію і регуляцію рухової поведінки, навчання складним руховим діям, зокрема в умовах спортивної діяльності.

Дані уявлення розвивалися в декількох напрямках.

Одне з них – психофізіологічне – орієнтовано на розгляд рухової поведінки, виходячи з досягнень психології, психофізіології, біофізики і поєднання в єдиній концепції інтелектуальної сфери виконавця (рівень свідомості, аналізу, уявлень, рухового досвіду) і фізіологічних механізмів організації і регуляції рухів.

Інший напрям – біомеханічне – розглядало моторну дію як систему рухів, критерій раціональності в організації якої визначався законами механіки. Біомеханіка, як інтегральна система знань, дозволяє ефективно використовувати сучасні педагогічні технології. Сюди відносяться і роботи по біомеханіці спортивних вправ, одне із завдань яких зводилося до того, щоб описати кінематичну структуру рухів, знайти їй логічне пояснення і потім сформулювати педагогічні (дидактичні) принципи навчання і вдосконалення спортивної техніки. В рамках цього напрямку розроблені оптико-електронні методи, що дозволяють отримати кількісну інформацію про практично будь-які складно координатні рухові дії.

Практика єдиноборства показує, що недостатня ефективність роботи тренера із спортсменами на початковому етапі підготовки знижує результативність тренувальної діяльності на наступних етапах багаторічної підготовки. В зв'язку з цим підготовка юних борців актуалізує пошук нових наукових підходів і оперативне впровадження в спортивну практику інноваційних педагогічних підходів в учбово-тренувальний процес.

М. В. Топхаровим виділено 2 напрями техніко-тактичної підготовки юних борців:

1) напрям, що передбачає формування обмеженого круга прийомів (часто 1-2) з чималою кількістю входів, – способів тактичної підготовки (до десяти і більше). Тобто різностороння тактична підготовка, що дозволяє привести супротивника в зручну для себе позицію для точного, своєчасного і ефективного виконання прийому, є особливістю цього напрямку;

2) напрям, що характеризується формуванням цілого комплексу прийомів з одним загальним початком [8].

При цьому, як показали спостереження і аналіз діяльності змагання, поширеніший перший напрям, перевага якого полягає в тому, що різноманіття входів дозволяє обмежити дію збиваючих чинників своєчасно і з великою точністю, а значить ефективно виконати прийом. Його недолік полягає в тому, що навіть при всій різноманітності дуже важко підвести супротивника до прийому, наперед йому відомому. У зв'язку з цим технічна майстерність борця знаходиться в жорстких рамках, звільнитися від яких дуже важко.

Другий напрям також має свої недоліки, які полягають в менш точному і ефективному виконанні прийомів. Проте в зв'язку з цим слід зазначити, що вигідна ситуація виникає несподівано і продовжити її можна не одним автоматизованим прийомом, а декількома, залежно від ситуації. У цьому є своя позитивна сторона – це відсутність відсталості навіть в рішенні найважчих рухових задач, найбільш творче ведення поєдинку, засноване на широкому технічному арсеналі юного борця.

Інтегруючим чинником в організації навчання на основі даних біомеханіки виступає фізична, зокрема біомеханічна суть рухової дії, в основі якої лежать закони механічного руху живої матерії тіла людини. Виходячи з цього, на перший план в практиці навчання виступає проблема пізнання і об'єктивного віддзеркалення в педагогічному процесі біомеханічної структури рухових дій, що вивчаються.

Рухові дії предстають як моноцільові багаторівневі та ієрархічні системи біомеханічних елементів рухів, які інтегровані і узгоджені між

собою в певні структури, орієнтовані, перш за все, на найбільш ефективне рішення конкретної рухової задачі, досягнення цілком конкретної мети. У таких багаторівневих системах в єдине природне ціле об'єднані не тільки біокінематичні структури рухів, але і всі їх забезпечуючі функціонально-морфологічні біологічні параметри організму. Основним критерієм інтеграції всіх елементів таких систем є чинники, що визначають досягнення основної мети рухової дії. Даний рівень розуміння специфіки біомеханічної організації рухових дій показує, наскільки невинувато спрощені ті багато відомих в спеціальній літературі методичних розробок, в яких висококваліфікованим спортсменам рекомендується диференційовано займатися фізичною і технічною підготовкою, розвиток же спеціальних рухових якостей розглядається поза загальним завданням навчання, а рівень функціонального стану спортсмена, що тренується, оцінюється сам по собі, поза його системним зв'язком, а точніше, залежно від рівня освоєння певних елементів рухових дій і, отже, від ефективності рішення рухової задачі і досягнення високого спортивного результату.

Наявність інформації про кінематичну структуру базової техніки борців вільного стилю на початковому етапі дозволяє цілеспрямовано управляти учбово-тренувальним процесом, оскільки організація системи рухів передбачає вибір і ефективне використання робочих механізмів локомоторного апарату, а також вдосконалення координації нервово-м'язових зусиль і формування доцільної біодинамічної структури рухової дії.

Список використаних джерел

1. Крючков А. С. Конституционально-ориентированная технология физического воспитания мальчиков в возрасте от 7 до 10 лет на предварительном этапе в дзюдо: автореф. дис. на соиск. науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры» / А. С. Крючков. – Москва, 2009. – 24 с.
2. Гамалий В. В. Біомеханічні аспекти техніки рухових дій у спорті / В. В. Гамалий – К.: Науковий світ, 2007. – 211 с.
3. Туманян Г. С. Теория, методика, организация тренировочной, внутренировочной и соревновательной деятельности. Часть 3. Кн.13. Техническая подготовка / Г. С. Туманян, В. В. Гожин – М.: Советский спорт, 2001. – 80 с.
4. Алиханов И. И. Биомеханические основы спортивной борьбы / И. И. Алиханов // Спортивная борьба: Ежегодник. – М.: 1984. – С. 20-22.

5. Лапутин А. Н. Современные проблемы совершенствования технического мастерства спортсменов в олимпийском и профессиональном спорте / А. Н. Лапутин // Наука в олимпийском спорте. – 2001. – №2. – С. 38-46.

6. Бальсевич В. К. Очерки по возрастной кинезиологии человека / В. К. Бальсевич. – М.: Советский спорт, 2009. – 220 с.

7. Волков Л. В. Спортивна підготовка молодших школярів / Л. В. Волков. – К.: Освіта України, 2010. – 388 с.

8. Топхаров М. В. Методика обучения технике вольной борьбы в соответствии с современными требованиями соревновательной деятельности: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теория и методика физ. воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физ. культуры» / М. В. Топхаров. – Улан-Удэ, 2007. – 24 с.

УДК 796.012.11

Тупсєв Ю. В.,

канд. наук з фіз. вих. і спорту, доцент кафедри олімпійського і професійного спорту, декан факультету фізичної культури та спорту, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Гетманцев С. В.,

канд. біол. наук, доцент, завідувач кафедри медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ БАЗОВОЇ ТЕХНІКИ РУХОВИХ ДІЙ У ВІЛЬНІЙ БОРОТЬБІ

При організації процесу навчання базової техніки рухових дій враховують ряд умов:

– формування рухових уявлень і розучування вправи до рівня уміння з метою оволодіння основним механізмом розучуваної одиниці техніки. Для її досягнення вирішуються наступні методичні завдання: виключити всі додаткові подразники, щоб якнайповніше обмежити процеси іррадіації збудження; правильно визначити зміст першого кроку навчання як початкового подразника;

– визначення простих елементів, що входять в руховий склад і необхідні для формування базової техніки рухових дій;

- підвищення ефективності формування базової техніки рухових дій борців на основі використання сучасних комп'ютерних мультимедіа технологій;

- відповідності темпу і тривалості рухів цілям підготовки і завданням безпеки учбового процесу з дотриманням певного рівня м'язової напруги і розслаблення;

- суворе дотримання безпеки процесу навчання, що вимагає акцентування уваги на заходах, направлених на забезпечення безпеки учнів;

- ознайомлення з достатньо широким колом рухів, в основному з інших видів спорту: акробатики, рухомих і спортивних ігор, легкої атлетики і т.і. [1].

Принцип свідомості, що послідовно реалізовується, дозволяє юним спортсменам не тільки усвідомлювати форму і правильний ритм технічного елементу, що вивчається, але і аналізувати рухи, виявляти свої помилки і помилки товаришів.

Повністю попередити появу помилок при виконанні вправи неможливо, тому особливо важливо своєчасно їх виявляти і виправляти, з тим, щоб вони не перетворилися на автоматизовані, не стали свого роду негативним елементом техніки.

Важко переоцінити роль мультимедіа технологій у виправленні помилок. Вони дають можливість використовувати відеограми, стоп-кадри, багатократні їх повторення і ін.

Навчання рухам із складною координаційною структурою вимагає використовувати в спортивному тренуванні найсучасніші форми організації педагогічного управління. Дві складові частини цього процесу — викладання і навчання — є основними елементами управління. Їх єдність відображає специфіку спортивно-педагогічної діяльності, визначає систему дидактичних відносин і забезпечує цілісність учбово-тренувального процесу.

Початкова або базова школа представляє початковий рівень базової технічної підготовки і припускає освоєння найбільш простих, але надзвичайно важливих елементів техніки рухових дій [2].

Навчання новачка починається з освоєння ряду основоположних технічних прийомів, необхідних не тільки для доступу в обраний вид спорту, але і для всього спортивного вдосконалення.

Розроблені методичні рекомендації навчання юних борців техніці рухових дій ґрунтуються на загальних закономірностях формування умінь і навиків виконання спортивних рухів [3,4].

Велике профілактичне значення в процесі спортивної підготовки має правильне використання різноманітних методів допомоги і страхо-

вки в практиці індивідуального навчання. При цьому, чим точніше освоюється техніка, що вивчається, тим більше здійснені придбані уміння і навички. Багато фахівців сьогодні переконано, що одним з найважливіших шляхів підвищення ефективності навчання спортивним рухам є забезпечення вищої якості педагогічного управління [5].

У практиці спорту, при навчанні руховим діям, як основний, використовується наочний метод навчання рухам.

Виховно-освітній розділ включає в свій зміст набір таких засобів і методів, щоб реалізувався головний алгоритм роботи: формування рівня здоров'я – виховання і соціалізація особистості – подальше підвищення рівня освіти, зокрема знань, умінь і навичок здорового способу життя.

Центральною фігурою у всій виховній роботі в спортивній школі є тренер-педагог, який не обмежує свої виховні функції лише керівництвом поведінкою спортсмена під час тренування і змагань. Багатобічним і по-особливому тісним духовним зв'язкам тренера і спортсмена об'єктивно сприяє ряд обставин, які зумовлюють характер їх взаємин. Це, зокрема, необхідні для спортивного успіху регулярні, часто повсякденні контакти в процесі тренувальних занять, спільність спортивних інтересів, сумісні переживання успіхів і невдач. Використання тренером принципу навчання, що виховує, полегшує рішення складних педагогічних задач. Цей принцип реалізується у вихованні спортсмена в процесі спортивних занять і в створенні сприятливого стану, що позитивно впливає на виховний процес.

Деякі тренери нерідко зводять спортивне тренування переважно до спеціалізації і забувають або лише формально вирішують задачі всебічного фізичного розвитку, посилаючись на те, що сама боротьба достатньо розвиває спортсмена фізично. Це неминуче зводить тренування до "натаскування" борця на виконання розряду, а кінець кінцем, припиняє його спортивне зростання і фізичний розвиток. У організмі спортсмена з'являються слабкі ланки, порушується необхідна гармонія форм і функцій. Разом з тим розвиток тренуваних органів, функцій, працездатність стають нестійкими, зростання досягнень припиняється, збільшується небезпека травм. Необхідно постійно поєднувати техніко-тактичну і морально-вольову підготовку із загальною фізичною підготовкою.

Багато фахівців відзначають, що система підготовки спортсмена повинна формувати новий світогляд тих, що займаються. Для вирішення завдань підвищення теоретичних знань юних спортсменів про здоровий спосіб життя, ролі рухової активності в здоров'ї людини нами була розроблена програма «В здоровому тілі – здоровий дух».

Розробка і вдосконалення різноманітних методів навчання, які використовувались на етапі ознайомлення, обумовлені тим, що переважно більшість помилок учні здійснюють на даному етапі. Основними причинами помилок є недостатній розвиток кондиційних або координаційних якостей, негативне перенесення рухових навиків, незрозуміння рухового завдання, недосконалість плану його реалізації. Проте правильна послідовність кроків навчання і продуманий зміст кожного кроку попереджають появу помилок. Наприклад, застосування методу наочного орієнтування дозволяє виключити помилки в таких просторових характеристиках розучуваного руху, як напрям, форма і амплітуда. Дуже часто методи наочного орієнтування і вправ, що підводять, дозволяють уникнути помилок, які можуть привести до травм. Своєчасний контроль за розумінням поставленого рухового завдання і за планом його реалізації також повинні попередити появу помилок.

Принцип свідомості, що послідовно реалізовується, передбачає переконаність тих, що єдиноборствують, в значенні фізичної сили, кінетичної енергії, ваги тіла, зміни реакції взаємного контакту, використання кінетичної енергії партнера, збереження заданого ритму руху, послідовності і тривалості фаз руху кінематичних ланок, виконання вправ, направлених на розвиток м'язів, зусилля яких мають найбільше значення при виконанні конкретної одиниці техніки. Це дозволяє тим, що єдиноборствують, не тільки усвідомлювати форму і правильний ритм руху, але і аналізувати рухи, легко виявляти свої помилки і помилки товаришів.

Повністю попередити появу помилок при виконанні вправи неможливо, тому особливо важливо своєчасно їх виявляти і виправляти, з тим, щоб вони не перетворилися на автоматизовані, не стали свого роду негативним елементом техніки.

Важко переоцінити роль відеотехніки у виправленні помилок. Вона дає можливість використовувати стоп-кадри, багатократні їх повторення і ін. Сьогодні досвідчені тренери контролюють правильність виконання вправи, оцінюючи кожен її елемент. Наприклад, спостерігаючи за правильністю виконання стрибка у висоту, тренери контролюють близько 30 його основних елементів. В процесі контролю тренери спираються на точне знання всіх елементів, складових технічних дій, свій власний руховий досвід, знання загальних і приватних методів навчання.

Одним із способів, що дозволяють фіксувати малопомітні помилки, є ідеомоторне моделювання тренером правильно виконаного руху синхронно з учнями. Це полегшує уважне і безперервне спостереження за всіма послідовними елементами, даючи можливість зіставити

виконання елемента, що представляється, з реальним. При повторному виконанні помилкової дії в сповільненому темпі помилка може і не повторитися. У складних випадках при визначенні помилок тренерів необхідно керуватися власними відчуттями, що виникають за підтримки і страхів того, що займається, і зіставляти їх з його відчуттями.

Існуючі класифікації помилкових дій підрозділяють їх по різних параметрах, які знижують вірогідність появи помилок, представляють інтерес, перш за все, для укладачів методик навчання. У практичній же діяльності тренера ніяка типологія помилок не допоможе йому виявити помилки, а віднесення вже виявленої помилки до тієї або іншої типологічної групи (дрібні, значні, локальні, регіональні, випадкові, характерні, автоматизовані, координаційні і т.п.) практично не має сенсу. Єдина типологічна група, до якої тренер зобов'язаний уміти негайно віднести помилку, — це помилки, що ведуть до травм. Часто творці класифікацій помилкових дій виходять з уявлення про помилку не як про неправильне виконання окремого елемента техніки, а як про ланцюг спотворень всієї рухової дії і рахують помилку комплексною.

Тим часом знання умов, що визначають бездоганне виконання окремого елемента техніки, дозволяє виявити локальну помилку і її причину. Звідси витікають і прості способи виправлення помилок. Загалом, вони зводяться до повторення раніше пройденого матеріалу, ізольованого виконання невдалого елемента, використання вправ, що підводять і спеціальних, дозволяють удосконалювати кондиційні і координаційні якості спортсмена.

Список використаних джерел

1. Туманян Г. С. Теория, методика, организация тренировочной, внутренировочной и соревновательной деятельности. Часть 3. Кн.12. Система упражнений / Г. С. Туманян, В. В. Гожин. – М.: Советский спорт, 2001. – 80 с.

2. Гавердовский Ю. К. Обучение спортивным упражнениям. Биомеханика. Методология. Дидактика / Ю. К. Гавердовский. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – 912 с.

3. Кондаков А. М. Техничко-тактическая подготовка самбистов 11-12 лет средствами специальных координационных упражнений с учетом весовых категорий: автореф. дис. на стип. науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры» / А. М. Кондаков – Омск, 2010. – 24 с.

4. Тупеев Ю. В. К вопросу оптимизации обучения технике двигательных действий юных борцов. / Ю. В. Тупеев // Вісник Чернігівсько-

го державного педагогічного університету. – 2008. – Випуск 54. – С. 458-461.

5. Тупеев Ю. В. Изучение особенностей обучения базовым элементам техники двигательных действий юных борцов вольного стиля / Ю. В. Тупеев // Спортивний вісник Придніпров'я. – Дніпропетровськ. – 2010. – №1. – С. 36-40.

ЗМІСТ

Секція АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Підсекція: Здоров'язберігаючі технології та реабілітація у відновленні здоров'я населення

- Андрєєва М. Д., Дроботун О. С.* Формування інклюзивного середовища Причорноморського регіону України.....3
- Біла А. А.* Взаємозв'язок рівня соматичного здоров'я з показниками варіабельності серцевого ритму у студентів з різними домінантними типами вегетативної регуляції.....8
- Бондаренко І. Г., Бондаренко О. В.* Веслування на човнах «Дракон»: проблеми та перспективи розвитку.....13
- Бондаренко О. В., Кураса Г. О.* Підвищення спортивної майстерності студентів.....19
- Герніченко А. О., Дроботун О. С.* Фізична реабілітація осіб з ампутаціями нижніх кінцівок.....20
- Димов К. В., Головаченко І. В., Жигadlo Г.Б.*
Стероїди у спорті23
- Довгань Н. Ю.* Фізкультурно-спортивний супровід здобувачів вищої освіти з особливими освітніми потребами: теоретична модель.....27
- Дроботун О. С.* Підготовка здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» до роботи з військовослужбовцями та ветеранами.....36
- Іваненко І. М.* Пріоритетність роботи зі свідомістю та психоемоційною сферою в процесі фізичного оздоровлення людини в умовах сучасної фітнес індустрії40
- Ільницька В. О., Дроботун О. С.* Місце рухової реабілітації у відновленні навичку ходьби постінсультних хворих.....47

Конопляник О. В., Сергієнко Ю. М. Відновлення організму після значних фізичних навантажень.....	51
Коханюк І.В., Дроботун О. С. Місце високоінтенсивних інтервальних тренувань у осіб після інсульту для покращення ходи.....	53
Мінець М. О., Жигадло Г. Б. Організація занять з фізичного виховання в університеті під час війни.....	58
Muntian L. Ya. General characteristics of physical rehabilitation means.....	60
Петренко О.В. Застосування ергогенних засобів у пляжному волейболі.....	63
Слободський Б. С., Слободський Ю. С. Особливості змагальної діяльності у важкій атлетиці.....	68
Слободський Ю. С. Кросфіт як засіб формування здорового способу життя.....	72
Тимофійшина А. С., Чорна В. О. Аналіз кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я м. Миколаєва (за 2022 р. та I квартал 2023 р.).....	77
Тіхоміров А. І. Сучасна концепція визначення понять «Здоров'я – хвороба».....	82
Тупєєв Ю. В., Гетманцев С. В. Формування рухових дій в процесі багаторічної підготовки спортсменів-борців.....	88
Тупєєв Ю. В., Гетманцев С. В. Особливості навчання базової техніки рухових дій у вільній боротьбі.....	93

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

Редактор *О. Михайлова*. Комп'ютерна верстка *К. Гросу-Грабарчук*
Друк *С. Волинець*. Фальцювально-палітурні роботи *О. Мішалкіна*

Підп. до друку 20.06.2023
Формат 60x84¹/₁₆. Папір офсет.
Гарнітура «Times New Roman». Друк ризограф.
Ум. друк. арк. 6. Обл.-вид. арк. 5,2.
Тираж 5 прим.Зам. 6672

Видавець та виготівник: Чорноморський національний університет імені Петра Могили
54003, м. Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10.
Тел.: 8 (0512) 50-03-32, 8 (0512) 76-55-81, e-mail: rector@chmnu.edu.ua.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6124 від 05.04.20