

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили



**«МОГИЛЯНСЬКІ ЧИТАННЯ – 2022:
Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні:
глобальний, національний та регіональний аспекти»**

XXV Всеукраїнська науково-практична конференція

ТЕЗИ

**Інноваційні технології у фізичному вихованні
та студентському спорті**

Миколаїв, 7–11 листопада 2022 року

Миколаїв – 2022

Могилянські читання – 2022 : Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні : глобальний, національний та регіональний аспекти : XXV Всеукр. наук.-практ. конф. : тези доп. Інноваційні технології у фізичному вихованні та студентському спорті , Миколаїв, 7–11 листоп. 2022 р. / ЧНУ ім. Петра Могили. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2022. – 128 с.

Секція:
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ
У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ
ТА СТУДЕНТСЬКОМУ СПОРТІ

УДК 378.6:615.8

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

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ
У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ
З ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ

Депресія є поширеним розладом, який вражає понад 120 мільйонів людей у всьому світі, тобто, як мінімум, 1 з кожних 5 людей протягом його життя. Цей розлад здійснює суттєвий вплив на організм людини, та, при відсутності лікування, може призвести до інвалідизації.

Класичним методом лікування, прийнятим у всьому світі, є використання антидепресантних засобів. При цьому і інші терапевтичні альтернативи отримали зростаючу увагу в останні роки. Зокрема, для пацієнтів з депресією можуть бути корисними методи фізичної активності, а саме, терапевтичні вправи, які можуть бути доповненням, а подекуди й альтернативою до медикаментозного лікування.

Так Аравіцька М. Г. зазначає, що депресія – це захворювання, яке характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи. Наприклад, в осіб, які страждають тривалий час від хронічних захворювань, зокрема діабету чи гіпертонії, удвічі частіше розвивається депресія, а у разі двох та більше тривалих періодів захворювання ймовірність розвитку депресії підвищується в 7 разів. В свою чергу, розвиток психічних захворювань сприяє поступовий розвиток фізичних. В осіб, які хворіють на ожиріння, на 55 % частіше виникає депресія, а за наявності депресії на 58 % частіше розвивається ожиріння.

Також Аравіцька М. Г. вказує, що депресія знижує комплаєнтність хворих, тобто ускладнює розвиток довірчих усвідомлених відносин між фахівцем і пацієнтом, в ході яких останній готовий рівноправно співпрацювати з спеціалістом, слідувати його розпорядженням і рекомендаціям на основі отриманої інформації. Депресивні пацієнти схильні до сумнівів, нерішучості, невіри в благополучний результат через почуття безвиході, провини, анергії та апатії.

Досить часто (в 50–85% випадків) у людей, які перенесли депресивний епізод, виникає рецидив. Про це говорить Т. І. Мюллер в статті «Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder», яка була опублікована в журналі «Archives of General Psychiatry».

Ребрик Ю. Ю. та Ульяницька Н. Я. в своїй роботі дослідили, що фізична активність – фактор способу життя, який пов'язаний з імунною функцією, нейропротектором та енергетичним метаболізмом. Він модулює клітинні та молекулярні процеси в мозку, які життєво важливі для емоційного та когнітивного здоров'я. Фізична активність оптимізує реакцію на стрес, рівень і функцію, вироблення міокіну, рівні фактора транскрипції, мітохондріальну щільність, активність оксиду азоту, реактивне виробництво кисню та активність білкінази, метаболіти-кінуреніну, регуляцію глюкози, астроцитарне здоров'я та фактори росту. Дисрегуляція цих взаємопов'язаних процесів може вплинути на депресію. Конвергентні дані свідчать про те, що фізична активність покращує емоційну та когнітивну функцію у людей з депресією, особливо у людей з супутніми неврологічними розладами.

Дослідники з Іранського дослідницького центру Спортивної медицини опублікували роботу, в якій розглядалась роль фізичних вправ у боротьбі з депресією зі спробою запропонувати програму фізичних вправ для людей, які страждають на депресію. Позитивна роль фізичних вправ у питанні профілактики та лікування депресій була доведена у багатьох попередніх роботах. В деяких з них ефект від занять фізичними вправами був дуже дієвим. Автори наголошують, що перевага фізичних вправ у тому, що їх можна поєднувати з іншими терапевтичними методами та ліками. Окрім цього, на відміну від ліків, вони не мають побічних ефектів, тому незамінні для вагітних жінок, дітей та підлітків.

Також багатьма дослідженнями доведено, що аеробна програма навантажень дозволяє знизити рецидив, порівняно з медикаментозним лікуванням депресії. Фізичні вправи допомагають не тільки у боротьбі з депресією, зумовленою зовнішніми факторами, але й депресії в наслідок ослаблення організму.

Науковці Л. Ванкел і Б. Бергер аналізували зміни в емоційному стані та соціальній активності осіб, які займаються спортом. Учені спостерігали

позитивні зміни в якості життя та пояснювали це тим, що заняття спортом є своєрідним випробуванням власних сил та здібностей, що допомагають розвинути різні компетентності.

Дослідники стверджують, що аеробні (наприклад, біг, плавання) і анаеробні (наприклад, силові тренування) вправи є ефективними для зниження симптомів депресії та покращання настрою у пацієнтів. Навіть зміна розпорядку дня на користь збільшення фізичної активності вдома, на роботі, в транспорті, дає позитивний результат у боротьбі з депресією.

Американські вчені проаналізували дані 90 досліджень, в яких взяли участь понад 10,5 тис. пацієнтів з хронічними захворюваннями, які ведуть малорухливий спосіб життя, і виявили, що фізичні вправи допомагають боротися з депресивним станом.

Пацієнти, які протягом 17 тижнів виконували силові або аеробні вправи три рази на тиждень по 42 хв., відчували себе значно краще, ніж пацієнти, які виконували фізичні вправи середньої або високої інтенсивності.

Таким чином, пацієнтам з хронічними захворюваннями потрібні не просто фізичні вправи, а чітка програма регулярної фізичної активності.

Knubbenetal порівняв щоденні 30-хвилинні вправи або ходьбу протягом 10 днів (з інтервалами 3 хв між помірною і більш енергійною ходьбою на біговій доріжці) з розтяжкою і релаксаційними вправами в хворих з проявами легкої та помірної депресії. Через 10 днів група хворих показала значно нижчі депресивні симптоми порівняно з контрольною групою

В іншому дослідженні Legrand і Neff терапевтичні вправи було додано протягом перших двох тижнів стаціонарного лікування депресії, і це показало значне зниження показників депресії в групах, що виконують легкі терапевтичні вправи або розтягування з найвищим ефектом, що відбувається в групі з активним фізичним навантаженням.

Шахар-Малах та ін. опублікували попередні результати дослідження в невеликій вибірці стаціонарних хворих ($n = 12$), порівнюючи три тижні терапевтичних вправ з вправами на розтягування. Ці автори повідомили про значне зниження тяжкості симптомів тільки в групі де проводились терапевтичні вправи. Нарешті, Круг і його колеги опублікували результати дослідження, порівнюючи три місяці терапевтичних вправ з розтягненням в амбулаторному зразку з депресією ($n = 115$). Вони виявили значне поліпшення депресії як в групі з терапевтичними вправами, так і в групі розтягування.

Сахарук Л. Ю. у своїй роботі зазначає, що при роботі з пацієнтами, які страждають на депресивний розлад, необхідно дотримуватись принципів дозування фізичної активності. Проводити діагностичну оцінку

функціональних можливостей пацієнта; звертати увагу на наявність суїцидальних думок; врахувати супутні соматичні захворювання та стани; аналізувати можливу побічну дію медикаментів; індивідуально підбирати засоби та методи активації фізичної активності. Під час занять обов'язково потрібно проводити моніторинг рівня артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Також фізичні терапевти повинні звертати увагу на мотивацію пацієнтів для отримання кращих терапевтичних результатів лікування.

Таким чином, терапевтичні вправи є перспективним нефармакологічним методом лікування депресивних розладів, що показує ефекти, які можна порівняти або які можуть перевищувати інші методи лікування депресії першої лінії. При цьому фізичні вправи доступні фінансово, не мають побічних негативних ефектів та покращують загальний стан здоров'я. Враховуючи, що основна складність застосування вправ при депресії полягає у відсутності мотивації пацієнта, їх поєднання з психотерапією здається перспективним напрямком практичної психології.

Більшість національних систем охорони здоров'я ще недостатньо реагують на зміни у наданні необхідної допомоги пацієнтам із розладами психіки. Україна входить до числа держав, де кількість зафіксованих випадків постійно зменшується. За ініціатииви ВООЗ в Україні затверджено Постанову КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1011-р «Концепція розвитку охорони психічного здоров'я на період до 2030 року».

Одним із напрямів підвищення доступності психіатричної допомоги пацієнтам є децентралізація та розвиток позастаціонарної форми надання спеціалізованої допомоги, поліпшення допомоги на рівні первинної ланки, розвиток мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці, розширення програми реімбурсації ЛЗ для лікування пацієнтів в амбулаторних умовах.

Зараз в багатьох лікарнях України присутні відділення реабілітації або фізичні терапевти у штаті, проте, це не стосується психіатричних стаціонарів. Отже, оскільки методи фізичної активності мають позитивний вплив на фізичний та психоемоційний стан хворих з депресивними розладами, доцільно було б ініціювати розробку пакету реабілітаційної допомоги для хворих на депресію.

Бабінчук В. В.,
магістрант 1 року навчання
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

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

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРТОПЕДИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ

За даними МОЗ України, за останні п'ять років значно зросла поширеність дитячих захворювань у всіх вікових групах, особливо здоровими вважаються лише 25,76% дітей дошкільного віку проти 18,16% учнів першого класу. У структурі захворюваності патологічні зміни ОРА становили 4,32 %, займаючи п'яте місце після захворювань органів дихання, травлення, очей та допоміжних органів та ендокринної системи.

Важливим завданням сучасності є вивчення стану здоров'я дітей з метою профілактики та лікування ранніх функціональних змін у різних системах організму. Результати наукових досліджень свідчать про розвиток хронічної патології та наявність негативних тенденцій у морфофункціональному розвитку підростаючого покоління.

Останнім часом активно вивчається проблема проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини внаслідок недостатнього синтезу колагену та аномальної сполучнотканинної структури тканин організму. Загальновідомо, що складність вивчення патогенезу недиференційованої дисплазії сполучної тканини полягає в складних механізмах захворювання у вигляді мультисистемної патології на тканинному, органному та організмовому рівні.

Важливу роль у визначенні етіологічних закономірностей диспластичних змін відіграє вивчення їх набутих форм, які виникають під впливом несприятливих факторів внутрішньоутробного розвитку і мають певну генетичну схильність до порушення фізіологічного ембріогенезу.

Оскільки період тератогенного проростання органів і систем відбувається на 7–12-му тижні внутрішньоутробного розвитку, цей період є критичним для розвитку поліорганної патології при дисплазії плода. Основними причинами є захворювання матері та шкідливі звички, несприятливі умови праці, вживання наркотиків у першому триместрі.

При НДСТ диференціюють фенотип MASS (мітральний, аортальний, скелетний, шкірний фенотип), оскільки ця група фенотипічних ознак нагадує диференційовану синдромну патологію. Фенотип MASS характеризується наявністю асоційованих ознак з боку різних систем організму, особливо скелетно-м'язової дисплазії, а саме: гіпермобільності суглобів, статури, довгих і коротких суглобів, патологічних функціональних змін опорно-рухового апарату.

Зазвичай компенсація стану сполучної тканини проходить процес посилення у віці двох-трьох років, у цей час поступово знижується прояв фізіологічної еластичності на тлі стабільної структури колагену, що призводить до збільшення жорсткості тканини. Тому важливо розпочати ранній комплексний систематичний скринінг стану здоров'я дитячого населення, що може підвищити ефективність профілактичних заходів, спрямованих на попередження розвитку хронічних захворювань, у тому числі опорно-рухового апарату.

Тісний зв'язок між станом ОРА і здоров'ям дітей була продемонстрована численними науковими дослідженнями, які показали, що відсутність відхилень у стані опорно-рухового апарату є необхідною умовою для нормального функціонування всього організму. Тому все більшої актуальності набуває питання профілактики порушень фізіологічного росту та розвитку ОРА у підростаючого покоління. За даними Т. О. Кадуріної (2000), Н. А. Корж (2002), Л. І. Омельченко (2007), І. В. Рой (2009), Б. Штейнмана (1993), у 79–86 % дітей із захворюванням ОРА виявляється дисплазія недиференційованої сполучної тканини. (НДСТ), які викликані поєднанням змін і захворювань на рівні тканини, органу та організму.

Однак наявність гіпермобільності суглобів (ГМС) стала особливо важливою як основною відмінною ознакою НДСТ у розвитку дитячого захворювання ОРА. Відомо, що ГМС характеризується збільшенням діапазону рухів через генетичні дефекти колагенових волокон і зустрічається з частотою 50–72% дитячого населення. Важливою особливістю ГМС є складність діагностики на ранніх етапах розвитку дворічних дітей, оскільки надмірна гнучкість суглобів є фізіологічною, а структура колагену стабілізується лише до трьох-чотирьох років. відбувається.

На даний час у практиці фізичної реабілітації дітей з ОРА накопичено цінний досвід вчених і фахівців, які прагнуть знайти, валідувати та вдосконалити найбільш ефективні та ефективні методи, засновані на комплексі функцій. Принципи лікування, профілактики, корекції, реабілітації та ціннісні орієнтації.

Алгоритми комплексної фізичної реабілітації дітей з порушеннями ОРА визначаються традиційними протоколами, що включають лікувальну фізкультуру (ЛФК), фізіотерапію, масаж, ортопедичні заходи, мануальну терапію та дієтотерапію. Фахівці з фізичної реабілітації наголошують на раціоналізації щоденної терапії, правильно організованих сеансах лікувальної фізкультури, психотерапії, аутотренінгу, фізіотерапії та ортопедичної терапії – розвантаження хребта та корекції статики за допомогою спеціальних клиноподібних підтяжок на ортопедичних диванах.

У фізичній реабілітації дітей з патологією ОРА фізіотерапевтичні процедури включають: магнітотерапію, електротерапію, гіпертермію, ультразвукову терапію, водолікування та електрофорез. Як зазначає Н. Ніколаєва, обов'язковою процедурою корекції диспластичного сколіозу у дітей є електростимуляція параспінальних м'язів із застосуванням синусоїдальної модуляції та коротких імпульсів електричного струму. Призначається також бальнеотерапія у вигляді хлоридно-натрієвих ванн та кліматотерапія з використанням морського клімату.

Для більшого лікувально-коригувального ефекту лікувальну фізкультуру поєднують з лікувальною фізкультурою. За словами В. Я. Фіщенко, безпосередньо перед початком лікувальної гімнастики рекомендується масаж тривалістю 10–12 хвилин, обов'язковим є впровадження гідромасажу та апаратного масажу.

Основним позитивним фактором засобів фізичної реабілітації є лікувальна фізкультура. Тому деякі автори відзначають, що якщо лікувальна фізкультура є невід'ємною частиною загального процесу фізичного виховання, то вона може бути ефективним корекційним засобом у вигляді поєднання ранкової оздоровчої гімнастики, передкласної гімнастики, фізкультурних занять, ігри на перервах, позакласні види спорту тощо.

Програма систематичних занять повинна включати загальнорозвивальні рухи та рухи специфічні переважно з профілактично-корекційною дією, що підвищують загальний тонус організму, активізують діяльність центральної нервової системи, серцево-судинної та дихальної систем, забезпечують перерозподіл м'язового тонуусу та зміцнення м'язовий корсет. У заняттях лікувальною фізкультурою важливу роль відіграють дихальні вправи, які посилюють вентиляцію легенів, кровообіг і окисно-відновні процеси в організмі. Крім того, дихальна гімнастика є способом регулярного зниження фізичного навантаження. На думку В. Мошкова, на заняттях у дітей необхідно розвивати фізіологічно правильне дихання, оскільки правильна техніка дихання – це активна корекція хребта і грудної клітки.

Показані різноманітні реабілітаційні заходи, спрямовані на попередження та корекцію ортопедичних порушень у дітей. Основна проблема, однак, полягає в тому, що єдиного протоколу та науково обгрунтованого підходу до реабілітації дітей з ортопедичними змінами внаслідок ГМС не створено.

Результати багатьох експериментальних і клінічних спостережень показали, що існує тісний зв'язок між структурною організацією, формою кісткової тканини і рівнем рухової активності дітей. Функція ОРА може змінюватись залежно від характеру роботи організму та умов існування організму. У відповідь на зміну умов функціонального навантаження кісток і суглобів розвиваються адаптивні процеси, в основі яких лежить функціональне фізіологічне або патологічне ремоделювання кісткової тканини.

Короткочасне безсистемне фізичне навантаження не супроводжується адаптивною перебудовою структурних елементів ОРА. Адаптаційні процеси мають безсимптомний перебіг за рахунок механізмів фізіологічних змін кісткової тканини, водночас вплив патологічних чинників супроводжується функціональними розладами ОРА.

У дітей раннього віку тривале статичне навантаження призводить до затримки поздовжнього росту кісток, а відсутність функціонального навантаження призводить до зменшення маси кісткової тканини. Крім того, функціональне перевантаження може призвести до дезадаптивних змін епіфізарного хряща.

Для дітей з патологією ОРА на фоні НДСТ визначені деякі протипоказання, які необхідно враховувати при проведенні таких реабілітаційних заходів: не рекомендується біг на довгі дистанції, стрибки, підйом важких предметів, швидка ходьба, теренкур, тривале нерухоме положення тіла. Обов'язковою умовою ЛФК є чергування навантажень, часу розслаблення, використання простих вихідних положень.

Рекомендуються аеробні тренування, дозована ходьба, лижі, подорожі, здоровий велосипед. Корисні також кількісні вправи на тренажерах, бадмінтон, настільний теніс і дихальна гімнастика. Усім дітям із патологією ОРА внаслідок НДСТ протипоказано займатися професійним спортом, оскільки надмірні фізичні навантаження призводять до швидкої декомпенсації сполучної тканини.

Фізична активність, яка покращує здоров'я, допомагає прискорити дозрівання сполучної тканини та створює основу для покращення аеробної здатності та імунної реактивності організму. Метою сеансу лікувальної фізкультури має бути зміцнення м'язів спини і живота, а також сумчастих зв'язок суглобів. Фізична активність не повинна

збільшувати рухливість хребта. Для рівномірного ефекту ви повинні використовувати початкове положення лежачи на спині і на животі. Корекційні вправи підбирати індивідуально і виконувати в статико-динамічному режимі. Залежно від показань до комплексу фізичних вправ додають симетричні та асиметричні рухи, поєднані з опором або навантаженням.

На думку Т. Кадуріної, визначено основні принципи лікування та реабілітації НДСТ у дітей:

1. немедикаментозна терапія (організація режиму дня, ЛФК, масаж, фізіотерапія, санаторно-курортне лікування та ортопедична корекція);
2. дієтотерапія (вживання продуктів харчування, збагачених білками, вітамінами та мікроелементами);
3. медикаментозна симптоматична терапія;
4. патогенетична терапія (стимуляція колагенотворення).

Отже, основні напрямки фізичної реабілітації дітей із ГМС та змінами статусу ОРА є узагальненими та універсальними, їх можна поділити на три напрями: діагностичний, профілактично-реабілітаційний та реабілітаційно-корекційний. Перший – діагностичний напрямок – містить спеціальну діагностику змін ОРА, ГМС і НДСТ. Напрямок профілактичної охорони здоров'я спрямований на регулярність життєдіяльності дітей, раціональне та збалансоване харчування, обмеження впливу несприятливих факторів у період внутрішньоутробного розвитку та після народження. До сфери реабілітаційних і корекційних заходів безпосередньо входять засоби фізичної реабілітації: лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапія, дієтологія, психотерапія, ортопедична корекція, гідрокінетична терапія та санаторно-курортне лікування.

Висновок. Підсумовуючи результати попередніх наукових досліджень, слід зазначити, що питання системної реабілітації та профілактики змін НДСТ у дітей залишається невирішеним, що зумовлює актуальність та необхідність подальших досліджень у цьому напрямі. Сьогодні більшість наукових досліджень спрямовані на лікування та реабілітацію змін ОРА у дітей з ознаками НДСТ. Ефективність зазначених реабілітаційних заходів очевидна і підтверджена науковими роботами. Проте значна поширеність проявів НДСТ, у тому числі змін ОРА, зумовлює необхідність розширення комплексу реабілітаційних заходів у загальній педіатричній популяції. Тому існує об'єктивна необхідність розробки програми фізичної реабілітації дітей з ортопедичними проявами ГМС з метою досягнення максимальної ефективності реабілітації на ранніх етапах прогресування деструктивно-дегенеративних змін.

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

РОЗРАХУНОК АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ТА ОЦІНКА АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ

Актуальність. У сучасному суспільстві однією із найважливіших проблем здоров'я є вивчення адаптаційних можливостей студентів. Дане питання можна дослідити за допомогою визначення основних закономірностей процесу адаптації організму осіб молодого віку до умов зовнішнього середовища. Зокрема, індивідуальні можливості адаптації організму людини до різних чинників середовища значною мірою залежать від рівня їх здоров'я. Слід зазначити, що проблема контролю та оцінки стану здоров'я людини має важливе значення для сучасної студентської молоді. Так, інформаційні перевантаження, швидкий ритм життя, брак часу, постійні стресові ситуації та малорухливий спосіб життя можуть спричинити різні відхилення у нормальному функціонуванні систем організму.

Мета дослідження. Розрахувати адаптаційний потенціал та оцінити адаптаційні можливості студентів із різними типами вегетативної регуляції.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 128 студентів (63 жіночої та 65 чоловічої статі) у віці 17–25 років, які навчалися у Чорноморському національному університеті імені Петра Могили. Для визначення адаптаційного потенціалу студентів була використана методика оцінки адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи за Р. М. Баєвським (Баєвський Р. М., 2009), яка включала в себе визначення антропометричних (довжина та маса тіла) та фізіологічних показників (ЧСС, артеріальний тиск). Всі вимірювання проводилися дотримуючись стандартних умов. Зокрема, вік студентів було записано з їх слів.

У всіх студентів було визначено показники варіабельності серцевого ритму (ІН – індекс напруження, VLF – потужність хвиль дуже низької чистоти) за допомогою ритмографа «МПФИ ритмограф-1» та програмного забезпечення EasyHRV (ТОВ «АСТЕР-АЙТІ», Харків). На основі отриманих даних студенти були поділені на чотири групи згідно експрес-оцінки функціонального стану регуляторних систем (Шлик Н. І., 2014): 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).

Результати дослідження. Згідно отриманих даних табл. 1. можна зазначити, що у студентів з помірним переважанням центральної регуляції (I тип) задовільний рівень адаптації мали 40 осіб, напруження механізмів адаптації – 5 осіб та незадовільна адаптація спостерігалася у 2 студентів. У представників з вираженим переважанням центральної регуляції (II тип) та з вираженим переважанням автономної регуляції (IV тип) задовільна адаптація спостерігалася у 16 й 8 осіб відповідно. Так, у представників з помірним переважанням автономної регуляції (III тип) задовільний рівень адаптації мали 53 особи, напруження механізмів адаптації – 3 студенти та незадовільна адаптація – 1 особа.

Таблиця 1

Оцінка стану адаптації обстежуваних студентів

Бали	Стан адаптації	Кількість осіб
I тип (n=47)		
< 2,59	задовільна адаптація	40
2,60-3,09	напруження механізмів адаптації	5
3,10-3,49	незадовільна адаптація	2
>3,50	зрив механізмів адаптації	0
II тип (n=16)		
< 2,59	задовільна адаптація	16
2,60-3,09	напруження механізмів адаптації	0
3,10-3,49	незадовільна адаптація	0
>3,50	зрив механізмів адаптації	0
III тип (n=57)		
< 2,59	задовільна адаптація	53
2,60-3,09	напруження механізмів адаптації	3
3,10-3,49	незадовільна адаптація	1
>3,50	зрив механізмів адаптації	0
IV тип (n=8)		
< 2,59	задовільна адаптація	8
2,60-3,09	напруження механізмів адаптації	0
3,10-3,49	незадовільна адаптація	0
>3,50	зрив механізмів адаптації	0

На рис. 1. зображено, що серед обстежуваних студентів у відсотковому співвідношенні розподіл осіб із задовільним рівнем адаптації становив 85,1 % у студентів з помірним переважанням центральної регуляції (I тип), 100 % - з вираженим переважанням центральної регуляції (II тип) та з вираженим переважанням автономної регуляції (IV тип), а також 93 % у студентів із помірним переважанням автономної регуляції (III тип). Тоді як

напруження механізмів адаптації у представників I групи спостерігалось у 10,6 % та 1,7 % - у III групі. Так, незадовільну адаптацію було виявлено у 4,3 % студентів з I типом вегетативної регуляції (ВР) та 1,7 % у представників III групи. У студентів з II та IV типом ВР напруження механізмів адаптації та незадовільна адаптація не спостерігалися.

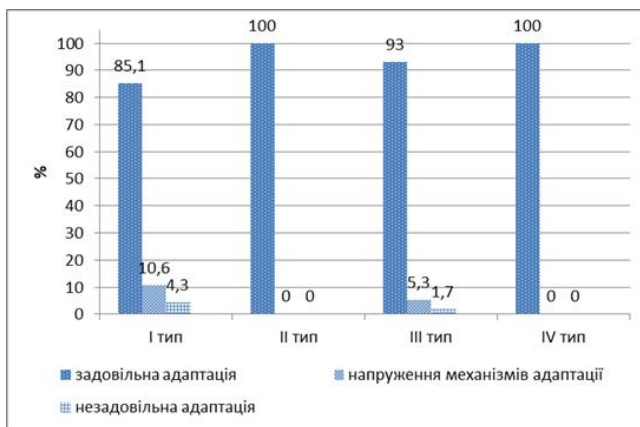


Рис. 1. Розподіл студентів з різним типом вегетативної регуляції за рівнем адаптації організму

Відповідно до отриманих даних, можна зробити висновок, що у більшості студентів спостерігається задовільний рівень адаптації, а зрив механізмів адаптації у жодного студента не спостерігався. Зокрема, співвідношення станів адаптації серед студентів із різними типами вегетативної регуляції відрізняються. Тобто серед представників із вираженим переважанням центральної регуляції (II тип) та з вираженим переважанням автономної регуляції (IV тип) спостерігалася більша кількість студентів із задовільною адаптацією, ніж серед осіб інших груп. Це свідчить про вищу стресостійкість до несприятливих чинників зовнішнього середовища у студентів із вираженим переважанням центральної регуляції (II тип) та з вираженим переважанням автономної регуляції (IV тип).

Болотникова Т. Г.,
канд. пед. наук, доцент кафедри
олімпійського та професійного спорту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ НА УРОКАХ ФІЗКУЛЬТУРИ

На сьогоднішній день, починаючи з 2009 року, після ратифікації основних міжнародних документів у сфері забезпечення прав дітей згідно зі світовими стандартами освіти, соціального захисту та охорони здоров'я, в питанні розвитку інклюзивної освіти, Україна зробила потужний крок вперед. Станом на 2022 рік в інклюзивних класах навчається понад 19000 учнів із особливими освітніми потребами, кількість яких поступово зростала після ухвалення Закону «Про внесення змін до Закону України "Про освіту" щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» (2017 р.) та Закону України «Про освіту» (2017 р.), завдяки яким діти з особливими освітніми потребами мають право здобувати освіту в різних навчальних закладах державних та комунальних форм власності, на умовах безоплатної основи навчання, вибору дистанційної або індивідуальної форми навчання, психолого-педагогічного супроводу, адаптації навчальних планів та програм, партнерство з громадою тощо.

За даними Міністерства освіти і науки України, інклюзивне навчання – це система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахуванні багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників. Інклюзивна освіта передбачає реалізацію такого підходу до викладання та навчання, що трансформуватиметься з урахуванням необхідності задоволення різних потреб, у тому числі потреб фізичної активності, у навчанні всіх учасників цього процесу.

Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури підтверджує, що для здорових дітей потреба у русі є природним актом, що реалізується щодня, тоді як для дітей з обмеженими можливостями здоров'я, заняття фізичною культурою є найбільш ефективним засобом фізичної, соціальної та психічної адаптації, тому **метою** нашої роботи є дослідження організації інклюзивного навчання на уроках фізкультури. Серед **методів**, які використовувалися для реалізації поставленої мети можна зазначити аналіз літературних та інших відкритих джерел з обраної тематики.

Реалізація інклюзивного навчання у межах уроку фізкультури вимагає різних підходів викладання порівняно з іншими навчальними предметами. По-перше, необхідні зміни програми, організації та змісту уроку, які будуть враховувати вимоги програмного матеріалу з одного боку, по-друге – важливою складовою є врахування інтересів та можливостей всіх дітей.

Внаслідок того, що процес інклюзії часто підміняють процесом інтеграції, завдання фізичного виховання для дітей з обмеженими можливостями здоров'я зводяться лише до процесу рекреації, а у здорових дітей – до розвитку толерантності. Як наслідок, у загальноосвітніх закладах діти з обмеженими можливостями здоров'я найчастіше звільнені від занять фізичної культурою, що призводить до значного обмеження їхньої рухової активності.

Фізичне виховання дітей з відхиленнями в стані здоров'я й патологіями не дозволяє досягти рівня фізичної підготовленості, схожого з рівнем здорових однолітків, але регулярне застосування фізичних вправ та навантаження в найближчій перспективі можуть дати позитивний ефект. Саме тому урок фізичної культури вирішує цілу низку освітніх, оздоровчих, виховних та розвиваючих завдань, що у свою чергу відображається на методиці проведення уроків.

Уроки фізичної культури та спорту, насамперед, повинні будуватися на результатах діагностики вихідних показників рухових та функціональних можливостей учнів. Необхідність оцінки вихідного рівня фізичної підготовленості обумовлена, перш за все, тим фактом, що руховий аналізатор відіграє важливу роль у розвитку вищої нервової діяльності та психічних функцій людини. Між порушеннями дрібної моторики та інтелектуальними дефектами існує взаємозв'язок, обумовлений порушеннями одних і тих самих механізмів – порушенням діяльності кори великих півкуль головного мозку, в основі якого лежить органічна патологія коркових зон рухово-кінестетичного аналізатора. З урахуванням вищезазначеного, за допомогою зміни фізичного стану тих, хто займається в інклюзивних класах, можна вибірково впливати на діяльність різних систем організму, а також вищі психічні функції, функції аналізаторів.

За даними фахівців реабілітологів, вчителів, педагогів-реабілітологів відзначається, що процес фізичного виховання та навчання незалежно від ступеня втрати здоров'я повинен будуватися на основі обдуманого виконання вправ учнями, ідеомоторної роботи, системного аналізу та синтезу рухів, здійснювати регуляцію темпу, ритму, координації рухів та інших характеристик. Ключовим моментом має стати формування вміння контролю та самоконтролю у процесі виконання фізичних вправ.

Проведений аналіз науково-методичної літератури дозволяє заключити, що реалізовані технології викладання фізичної культури повинні бути спрямовані, на формування здоров'язберігаючої пізнавальної діяльності, що сприяє розширенню кругозору та вихованню потреби у здоровому способі життя. Проте реалізація даного підходу в рамках інклюзивної освіти зустрічається з низкою труднощів. Зокрема:

1. Відмінною особливістю фізичної культури з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я є той факт, що вона має строго індивідуальний характер. Традиційно мета діяльності педагога у фізичному вихованні – досягнення певного спільного для всіх дітей певної статі та віку належного рівня показників рухової та фізичної підготовленості. Педагоги варіюють методами та прийомами, які спрямовані на досягнення дитиною якогось стандарту, найчастіше середньостатистичного.

2. Робота із дітьми, де разом зі здоровими присутні діти з обмеженими можливостями здоров'я, вимагає від педагога більшої концентрації уваги на дотриманні правил техніки безпеки та більше часу приділяти дітям з відхиленнями у стані здоров'я, що значною мірою підвищує рівень психічної напруги.

3. Підготовка фахівців у сфері фізичної культури до роботи в умовах інклюзивної освіти утруднена, у свою чергу, проблемою середовищних «бар'єрів» (вибір навчального матеріалу, що відповідає інтересам та можливостям усіх учнів класу; складності спілкування школярів з особливими освітніми потребами як із здоровими однолітками, так із педагогом та ін.).

Реалізація інклюзивної освіти в рамках фізичної культури вимагає подальшої розробки та вдосконалення системи роботи педагогів-реабілітологів, вчителів фізичного виховання, а також методів навчання у групах, у яких інтегровані діти з обмеженими можливостями здоров'я.

На сьогоднішній день найбільш прийнятними методами у практичній роботі з учнями, які мають певні захворювання або патології є пояснювально-ілюстративний, репродуктивний, частково пошуковий, комунікативний, інформаційно-комунікаційний метод, методи контролю, самоконтролю та взаємоконтролю. Активні методи навчання, ігрові методи – дуже гнучкі методи, багато з них можна використовувати з різними віковими групами та в різних умовах. Якщо гра є звичною та бажаною формою діяльності для дитини, треба використовувати цю форму організації діяльності для навчання, в тому числі на уроках фізичного виховання та фізичної культури. В свою чергу, мотиваційний потенціал гри буде спрямований на більш ефективне освоєння школярами освітньої програми.

Впровадження сучасних комп'ютерних технологій у шкільну практику дозволяє зробити роботу вчителя більш продуктивною та ефективною. Використання інноваційних комп'ютерних технологій на уроках фізкультури органічно доповнює традиційні форми роботи, розширюючи можливості організації взаємодії вчителя з учасниками інклюзивного освітнього процесу. Зручним є використання презентацій, на слайдах яких можливо розмістити необхідний фото та відеоматеріал щодо виконання певних вправ із голосовим супроводом. За такої організації матеріалу включаються три види пам'яті дітей: зорова, слухова, моторна. Це дозволяє сформувати стійкі візуально-кінестетичні та візуально-аудіальні умовно-рефлекторні зв'язки центральної нервової системи. У процесі корекційної роботи в дітей з обмеженими можливостями здоров'я, разом із розвитком фізичних якостей, формуються правильні мовні навички, а надалі і самоконтроль за своєю мовою. Мультимедійні презентації привносять ефект наочності у заняття, підвищують мотиваційну активність, сприяють тіснішому взаємозв'язку педагога та учня. Завдяки послідовній появі зображень на екрані, учні мають можливість виконувати вправи уважніше і в повному обсязі.

Метод проєктів – один із інтерактивних методів інклюзивного навчання, що є складовою навчального процесу, практика використання якого показує підвищення особистої впевненості учнів, розвиток комунікабельності та вміння співпрацювати, розвиває в учнів практичні навички використання рухів у повсякденному житті.

Таким чином можна зробити наступні висновки. На тлі глибоких соціально-економічних змін у розвитку суспільства відбуваються серйозні зміни в системі освіти: в осмисленні його цілей, змісту, методів внаслідок тенденції, що намітилася в напрямку до гуманістичного, особистісно-орієнтованого навчання та виховання. У сфері освіти дітей з обмеженими можливостями здоров'я сформувалося нове соціальне замовлення на інклюзивну освіту дитини.

Метою освіти, яку ставить перед школою держава, суспільство та сім'я, крім набуття певного набору знань та умінь, є розкриття та розвиток потенціалу дитини, створення сприятливих умов для реалізації її природних здібностей. Природне ігрове середовище, в якому відсутній примус і є можливість для кожної дитини знайти своє місце, проявити ініціативу та самостійність, вільно реалізувати свої здібності та освітні потреби, є оптимальним для досягнення цих цілей. Включення активних методів навчання в освітній процес дозволяє створити таке середовище, як на уроці, так і позакласної діяльності, в тому числі і для дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Бондаренко О. В.,
викладач кафедри ТМФВ
Димов К. В.,
викладач кафедри ТМФВ
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

СПЕЦІАЛЬНІ ВПРАВИ ВОЛЕЙБОЛІСТА НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Волейбол командна гра. Кожен гравець команди працює на колектив і лише спільними зусиллями команда може отримати перемогу. Суть гри у волейбол полягає в тому, щоб перекинути м'яч на сторону суперника і боронити свою сторону майданчика. Команда, яка набрала найбільшу кількість очок перемагає. Успішна взаємодія членів команди під час гри у волейбол є залогом перемоги. У той же час ігрова майстерність кожного з членів команди повинна бути на високому рівні. На ігровому майданчику під час гри знаходиться 6 гравців. У кожного своя роль і свої задачі поставлені тренером команди. Знаючи рівень тактичної та фізичної підготовленості кожного гравця тренер визначає тактику та хід гри.

Для того щоб стати хорошим волейболістом треба мати відповідну фізичну підготовку. Тренувальний процес спрямований на те, щоб розвивати у спортсменів силу, витривалість, спритність, координацію рухів. Найголовнішою фізичною якістю волейболіста є стрибучість. Спортсмен під керівництвом тренера цілеспрямовано розвиває у підопічного здатність стрибати якомога вище. Це дозволяє якісно атакувати суперника, наносити ефективні удари по м'ячу під час атаки. Тому доцільно використовувати «скакові» вправи: перестрибування через перешкоди, бар'єри, вистрибувати з доставанням високо розміщеного м'яча. Позитивно показані скакові вправи із скакалкою, настрибування на високі предмети тощо. Крім того волейболіст повинен працювати зі штангою, гирями, гантелями розвиваючи силу ніг, рук, спини, м'язів живота. Силові аправи мають бути регулярними та посильними.

Особливу увагу спортсмен має приділяти вихованню витривалості. Справа в тому, що гра на майданчику може тримати досить довго, навіть більше години. Для того щоб витмати змагальний марафон треба мати хорошу фізичну витривалість. Тому під час тренувань доцільно використовувати біг на значні дистанції у середньому темпі. Доцільно біг чередувати з ходьбою, щоб спортсмен мав змогу відновити дихання та дещо відпочити. Справа в тому, що гра у волейбол має, так би мовити,

«рваний» характер, темп гри постійно змінюється, динаміка може змінюватися, тому і гравець має бути вже до цього пристосований.

Спортсмен волейболіст повинен також приділяти увагу розвитку гнучкості. Для цього доцільно використовувати різного роду вправи на розтягування, тягучість. Махи ногами з широкою та високою амплітудою будуть корисними та доцільними. Особливу увагу треба приділити гнучкості у плечовому поясі, спині. Гнучкість тісно пов'язана з координацією рухів. Спеціальні вправи з м'ячем і без м'яча допоможуть покращити координацію рухів та убезпечити від травм.

УДК 615.825:616.12

Брензевич О. В.,
магістрант 2 року навчання
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Яблонська Т. М.,
канд. мед. наук, доцент кафедри медико-біологічних
основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ЗАСТОСУВАННЯ ДОЗОВАНОГО ВЕЛОТРЕНУВАННЯ ЯК МЕТОДУ ВІДНОВЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕСПРОМОЖНОСТІ ХВОРИХ НА ІХС

Ішемічна хвороба серця є одним з найбільш розповсюджених захворювань системи кровообігу, вражає як людей похилого віку, так і працездатних осіб і належить до так званих епідемій людства. Окрім того, значні економічні витрати держави пов'язані з лікуванням та реабілітацією саме таких хворих. У зв'язку з тим, триває пошук нових напрямів у розв'язанні цілої низки складних питань щодо відновлювального лікування, реабілітації та вторинної профілактики такої групи хворих.

В рамках магістерської роботи нами проведено дослідження ефективності включення у програми реабілітації хворих похилого віку методів функціональної рухової активності, зокрема дозованого велотренування.

У дослідження включено 82 хворих, яким у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду було виставлено діагноз: ІХС (ІХС, стабільна стенокардія напруги I – III функціональних

класів (ФК) за класифікацією Канадської асоціації кардіологів, нестабільна стенокардія), постінфарктний кардіосклероз з порушеннями ритму серця і провідності (шлуночкові екстрасистолії I–IV градаций), хронічна серцева недостатність (СН) I–II Б стадії, I–III ФК (за критеріями Нью-Йоркської асоціації серця). Курація пацієнтів здійснювалась у період перебування хворих у кардіореабілітаційному відділенні базового клінічного санаторію «Росія» (м. Одеса). Серед хворих було 47 чоловіків і 35 жінок. Середній вік хворих становив $(54,3 \pm 10,2)$ років, зокрема для жінок – $(50,2 \pm 7,8)$, для чоловіків – $(56,3 \pm 11,0)$ років.

Із загальної кількості обстежених 45 хворих клінічно були у фазі відновлення після гострого ІМ і закінчили повний курс стаціонарного лікування у кардіологічному відділенні лікарні та проходили курс відновлювального лікування у спеціалізованому кардіологічному відділенні санаторію. У решти хворих давність перенесеного ІМ складала більше двох років.

При розподілі хворих на ІХС на ФК за виразністю хронічної СН використовувалися критерії Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA). ФК встановлювався за клінічними критеріями і в разі необхідності підтверджувався даними велоергометричного (ВЕМ) тестування.

Обсяг лікувально-реабілітаційних заходів був побудований згідно з сучасними схемами. Корекція факторів ризику полягала у відмові від тютюнопаління, контролі АТ, дотриманні спеціальної дієти, зменшенні маси тіла у хворих з ожирінням, адекватному лікуванні цукрового діабету, контрольованому підвищенні фізичної активності, усуненні психологічних факторів. Медикаментозне лікування складалось із симптоматичних засобів терапії: нітратів, блокаторів 3-адрено-рецепторів, сиднонімінів – у разі толерантності до нітратів; триметазидину (переважно у хворих з цукровим діабетом). Для запобігання ускладнень ІХС використовувались гіполіпідемічні та антитромбоцитарні препарати, а також інгібітори АПФ.

Хворим основної групи ($n=40$) крім комплексу фізіотерапевтичних методик, який включав чотири або двокамерні ванни; природні мінеральні ванни (напів- або загальні); альтернативні керовані фізіотерапевтичні чинники впливу (електросон, електрофорез медикаментозних препаратів за загальною або транскардіальною методикою) та загальноприйнятні засоби ЛФК (щоденне планове фізичне навантаження за програмою поступового розширення обсягу м'язової роботи – дозована ходьба, теренкур, тренувальний підйом сходами, індивідуальні та малогрупові заняття з інструктором ЛФК з виконання фізичних вправ, механотерапія,

масаж), до плану медичної реабілітації вводили систематичне дозоване велотренування.

Велотренування проводилися в другій половині дня за протоколом ізотонічного навантаження зі східчас то зростаючим його рівнем, за 1,5 години після прийому їжі, з виконанням наступних умов: початкове навантаження – 25 Вт (150кг-м/хв), швидкість педалювання – 60 об./хв, кратність збільшення навантаження – 25 Вт (150 кг-м/хв), тривалість кожного ступеня – 5 хв періодичність тренувань – 3 рази на тиждень із загалом ним тренувальним часом одного заняття 20–30 хв. Перерва між тренуваннями – не менше 48 і не більш 72 годин.

Решта хворих увійшла до контрольної групи (n=42 що проходила курс реабілітації, який був побудовано згідно з рекомендованою та загальноприйнятою в Україні для хворих на ІХС за умов санаторію схем

У результаті проведеного курсу санаторно-курортної реабілітації у хворих обох досліджуваних груп було досягнуто покращання функціонального стану системи кровообігу, яке виражалося підвищенням ТФН.

Максимально досягнута потужність навантаження після курсу реабілітації становила у середньому в основній групі (105,4±5,9) Вт, у контрольній – (98,5±5,7) Вт (P>0,05), тобто стала більшою, аніж до реабілітації, – (81,0±6,0) і (75,0±7,5) Вт відповідно (P<0,05).

Порівняння показників ФРЗ у групах хворих, реабілітація яких базувалася на запропонованій схемі, і у тих, кому проводився стандартний курс санаторно-курортної реабілітації, виявило цілу низку відмінностей. В обох групах відзначалося збільшення об'єму виконаної роботи більш як в 1,5 рази від початкового: в основній групі – від (2927,9±507,2) до (4992,5±557,0) кг-м (P<0,05), у контрольній – (2563,9±721,7) і (4414,7±552,4) кг-м відповідно (P<0,05).

У пацієнтів обох груп виявлено вірогідне збільшення часу виконання тесту (P<0,05) і зменшення ступеня виразності ішемічних змін на ЕКГ – депресії сегмента S-T (P<0,05). Разом із тим, в основній групі мало місце вірогідне зменшення терміну збереження ішемічної реакції ЕКГ порівняно з таким до реабілітації (P<0,05), тим часом як у контрольній групі термін збереження ішемії був зрівнюваним з початковим (P>0,05).

Зростання ТФН в основній групі відбувалося на тлі вірогідного (порівняно з показниками до реабілітації) збільшення ЧСС, максимально досягнутої у процесі ВЕМ. Відомо, що чим більшою за зростаючого навантаження є частота пульсу, тим кращі функціональні можливості серцево-судинної системи, тим вище максимальне споживання кисню, а отже, ФРЗ і функціональний стан серцево-судинної системи.

Зростання ТФН в основній групі відбувалося на тлі вірогідного (порівняно з показниками до реабілітації) збільшення ЧСС, максимально досягнутої у процесі ВЕМ. Відомо, що чим більшою за зростаючого навантаження є частота пульсу, тим кращі функціональні можливості серцево-судинної системи, тим вище максимальне споживання кисню, а отже, ФРЗ і функціональний стан серцево-судинної системи.

Вивчення динаміки функціонального статусу серцево-судинної системи у хворих на ІХС показало, що за прогресуючого перебігу захворювання включаються механізми регуляції скорочувальної функції міокарда, спрямовані насамперед на підтримання серцевого викиду. Зміни у гемодинаміці проходили трьома стадіями: I стадія – зменшення серцевого викиду за обмеженої зміни як систолічного, так і діастолічного тиску відбувається за рахунок збільшення ЧСС; II стадія – зміна АТ не забезпечується величиною загального периферичного опору судин, а спад ударного і хвилинного об'ємів кровообігу відбувається за низького рівня ТФН; III стадія – рівень хвилинного об'єму кровообігу не забезпечується збільшенням ЧСС, ударний об'єм знижується, а роль загального периферичного опору судин нівелюється, ще більш різко знижується ТФН.

Зменшення функціональних резервів серцево-судинної системи пов'язане насамперед зі зниженням скорочувальної активності міокарда і необхідністю додаткової стимуляції серцевої діяльності вже у спокої. Ефективність регуляції функції серця під час фізичного навантаження знижується, потреба у збільшенні гемо-динамічного забезпечення роботи призводить до функціонального перевантаження ішемізованого міокарда і росту енергетичного дисбалансу. Істотною особливістю порушення функції серця у хворих на ІХС є збільшення реакції кардіогемодинаміки на одиницю виконаної роботи, тобто її неекономічний характер, що є передумовою зростання ознак СН на тлі зниження ефективності інотропних дій і компенсаторних механізмів.

Таким чином, ВЕМ тестування дозволило кількісно оцінити поріг компенсації, ступінь зниження або підвищення скорочувальної і насосної функцій, патогенетично обґрунтовано визначити програму ФРЗ, адекватно оцінити її ефективність і прогнозувати результат.

УДК 612.75

Герніченко А. О.,
магістрант I року навчання
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Дроботун О. С.,

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

ПРОФІЛАКТИКА СКОЛІОЗУ 1–2 СТУПЕНЯ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Сколіоз (англ. scoliosis, походить від грец. σκολιός – «викривлення») – це широке поняття, що включає морфофункціональні зміни організму людини, які виникають внаслідок викривлення хребта і проявляється змінами діяльності дихальної, серцево-судинної, нервової систем, опорно-рухового апарату тощо. Сколіоз є небезпечною хворобою, адже порушення рівноваги, має тяжкі наслідки, що значно погіршує якість життя і, як наслідок, здатні досить вагомо зменшувати тривалість життя в цілому. У дітей і підлітків часто розвивається сколіотична хвороба, яка потребує комплексного ортопедичного лікування, оскільки у нелікованих хворих або при пізній діагностиці настає тяжка інвалідність. Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта, які виникають у молодому і середньому віці, за статистичними даними, призводять до тривалої тимчасової або й постійної непрацездатності. Дана проблема постає досить гостро, оскільки поширеність сколіозу серед населення, зокрема дитячого, є досить великою.

За даними науково-методичної літератури в останні десятиліття відзначається значне збільшення кількості дітей і підлітків з тим чи іншим ступенем порушення постави. Нині постава до 90 % дітей не відповідає нормі. Багато в чому ця проблема сучасної освіти, в тому що три чверті всіх порушень постави припадає на вік 5–14 років. Це пов'язано насамперед зі зростаючою гіподинамією – недостатнім обсягом рухової активності, що збігається з періодом активного росту дітей. Набуте порушення постави в ясельному віці зустрічається у 2,1% дітей, у 4 роки – у 15–17%, у 6–7 років - у кожної третьої дитини, а у школярів становить 67%.

Проблема деформації скелету у дітей та підлітків в усі часи була актуальною. Актуальність даної проблеми також обумовлена ранньою появою деформацій скелету. Починаючи з часу формування плоду, далі з моменту народження і потім у дошкільному та шкільному віці ця патологія призводить до порушень систем життєдіяльності організму, а надалі - до повної інвалідності в зрілому віці. Причин, що викликають ті або інші проблеми з хребтом дуже багато. Головні з них – слабкі м'язи спини, грудей, стегон, які повинні утримувати хребет в правильному положенні. А слабкість м'язів провокується тотальною гіподинамією, сучасні діти катастрофічно мало рухаються, що у свою чергу призводить до викривлення хребта та виникнення сколіозу.

Сколіотична хвороба належить до найбільш складних проблем сучасної ортопедії. Це захворювання характеризується цілим комплексом типових морфологічних, рентгенологічних змін хребта, грудної клітки, тазу, внутрішніх органів.

Серед основних причин виникнення сколіозу - спільна слабкість і нерозвиненість зв'язково-м'язового апарату, яка в період найбільш інтенсивного зростання (6–8 і 10–12 років) у поєднанні з провокуючими діями (неправильно сталі звички, погана постава, незначна природна асиметрія ніг, тазу) приводить до виникнення і розвитку викривлення хребта. При значних деформаціях виникає ребровий горб, перекошується таз, з'являються клиновидність хребців, сповільнюється розвиток внутрішніх органів.

Ефективність профілактики та лікування сколіозу багато в чому залежить від самого хворого. Утворенню сколіозу можуть сприяти систематичні надмірні фізичні навантаження або, навпаки, недостатнє заняття фізкультурою. Найбільш небезпечним періодом для формування або ускладнення сколіозу являються періоди посиленого росту кісток у довжину. Перший такий період приходиться на вік 5-8 років, другий - це період статевого дозрівання, 12–15 років. Посилений ріст скелету викликає перенапруження м'язового апарату. В результаті при перенапруженні хребта навіть у здорової дитини може розвинути сколіоз; якщо у дитини вже був сколіоз, наприклад 1-ого ст., то він може прогресувати.

Як правило, повністю виправити викривлення в дитячому віці можливо лише при сколіозах 1–2 ступені, коли немає виражених необоротних змін в хребті. При сколіозах 3–4 ступенів можна добитися лише зупинки прогресу хвороби. У міру досягнення закінчення зростання організму ~16–18 років розвиток сколіозу зупиняється. Вважається, що після 20 років виправити хребет неможливо. Подальше лікування носить загальнозміцнюючий і підтримуючий характер тобто лікувальна фізкультура, правильний режим дня, фізіотерапія і масаж.

Хоча програмами фізичного виховання передбачено формування правильної постави, не обумовлені засоби та методи вирішення цього завдання. Вправи на формування навички правильної постави та м'язово-рухових передумов застосовуються нерегулярно і в обмеженому обсязі. Відсутні рекомендації щодо профілактики порушень постави безпосередньо в процесі занять із фізичної культури.

Так, у роботах сучасних дослідників наведено численні дані, що сколіоз I–II ступенів суттєво впливає на організм, при цьому знижується рівень фізичної працездатності та фізичного стану. Вчасне застосування профілактичних та корекційних програм є досить ефективною у разі

раннього втручання та відповідності принципам системності і комплексності.

Широка поширеність порушень постави вимагає також розробки надійних і доступних методів діагностики стану постави для масових обстежень.

Для діагностики використовують такі методи, як:

- Візуальний огляд;
- Методи інструментальної діагностики (КТ, рентгенографія);
- Методи загальної соматоскопії;
- Методи функціонального тестування.

На нашу думку, поданий перелік діагностичного інструментарію слід доповнити методами мануально-м'язового тестування, яке досі не знайшло широкого поширення у діагностиці сколіотичної патології.

Одним із важливих шляхів збереження і зміцнення здоров'я нації є профілактика і відновлювальна корекція порушень опорно-рухового апарату, зокрема сколіозу у дітей шкільного віку. За останній час змінилися і удосконалилися її методика. Як показують дані багатьох авторів, значно покращилися результати функціонального лікування, але, в загальному масштабі проблема сколіозів у дітей не є вирішеною.

При реабілітації, як правило, проводяться заходи направлені на розвантаження хребта і виправлення викривлення до цього відноситься:

- щадний режим дня
- ортопедичні укладання
- корсетотерапія
- розвиток м'язів спини і тулуба :
- спеціальна коригуюча лікувальна фізкультура
- плавання
- загальнозміцнюючі і тонізуючі процедури:
- електростимуляція м'язів спини
- фізіотерапія
- масаж
- курси вітамінотерапії
- дихальні вправи на суші і воді

У результаті досліджень вченими створено низку методичних рекомендацій, щодо профілактики сколіозу.

1. Підбір правильних меблів для роботи або ігор на комп'ютері.
2. Підбір правильних меблів для сну..
3. Регулярні курси масажу спини.
4. Плавання за спеціальною методикою.
5. Спеціальна лікувальна гімнастика для виправлення постави.

Думки більшості науковців, що займаються науковою та практичною розробкою проблеми порушення постави, сходяться на тому, що основним засобом у вихованні правильної постави і в корекції порушеної постави є фізичні вправи. Рухова активність є потужним біологічним стимулятором життєвих функцій організму, що зростає. Потреба в рухах становить одну з основних фізіологічних особливостей дитячого організму і абсолютно необхідна для його нормального формування і розвитку. Фізичні вправи створюють нові умовно-рефлекторні зв'язки, які швидко утворюються завдяки високій пластичності вищої нервової діяльності та інтенсивності відновлювальних процесів в дитячому віці.

Слід зазначити, що для виправлення дефектів постави цілеспрямованого використання засобів фізичного виховання виявляється недостатнім. Необхідною умовою є також вживання заходів, які сприяють покращенню фізичного розвитку дитини. До таких заходів перш за все належить організація сприятливих для дитини умов зовнішнього середовища – умов статичного навантаження, харчування, режиму дня, гігієнічних умов.

У класичних загальнонавчаних методиках корекції порушень постави провідна роль відводиться застосуванню різних видів фізичних вправ. У загальноосвітніх школах профілюючим засобом є тільки спеціальні фізичні вправи. На нашу думку, вони не дають стійкого результату і існує необхідність перегляду та доповнення підходу до профілактики та корекції порушень постави в умовах ЗОШ. Одним із перспективних напрямків оптимізації системи фізичного виховання дітей, що мають порушення постави, є розробка нових інноваційних методик, в яких використання спеціально підібраних фізичних вправ дає позитивний ефект в реабілітації порушень постави. Ці вправи повинні бути адекватні можливостям організму і надавати тренувальну і коригуючу дію, підвищуючи адаптаційні можливості організму, зміцнюючи м'язовий корсет і формуючи у дитини навичку правильної постави.

УДК 159.9:378-053

Джуріна К. А.,
магістрант спеціальності 091 «Біологія»,
Дроботун О. С.,
старший викладач кафедри медико-біологічних
основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ФІЗИЧНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ВІЙНИ

В умовах сьогодення потужним поштовхом для розвитку військової реабілітації стало повномасштабне вторгнення на територію України. Багато українських захисників отримують поранення різного ступеня важкості, де перша медична допомога надається у військових госпіталях і спеціалізованих медичних закладах. Далі пройшовши лікування, військовослужбовці стикаються з проблемою відновлення своєї функціональності. Тому важливе значення має не лише фізична реабілітація до повного відновлення, а й психологічна, що надає їм можливість повністю повернутись до повноцінного життя в суспільстві.

Найчастіше реабілітації потребують після травм опорно-рухового апарату, черепно-мозкових травм та їхніх наслідків, що потребує тривалого часу для відновлення, який може тривати від 1-2 до 5-6 місяців і більше. За час бойових дій збільшилась кількість травм, які потребують в подальшому ампутацію кінцівок. Адже наслідки поранень і тривала прикутість до ліжка з обмеженням рухливості призводять до атрофії та ослаблення м'язів. Формуються контрактури, які не дають можливості повноцінно рухатись. Навіть після збереження кінцівки, ефективної репозиції кісткових уламків чи фіксації переломів хребта необхідна реабілітація, що має велике значення у формуванні компенсації: ходьба за допомогою милиць і на протезі. Протезування розпочинається в кожного по-різному, в середньому через 4–8 тижнів після ампутації.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України, усі громадяни, що втратили кінцівки, мають право на безкоштовне протезування в Україні. Як учасники бойових дій, так і цивільні громадяни, що отримали травми внаслідок бойових дій, можуть безкоштовно отримати якісні протези, виготовлені за новітніми технологіями. Комплектуючі протези замовляються з-за кордону. Щоб почати користуватися протезом, навчитися ходити і підніматися по сходах, потрібні сильні і добре функціонуючі м'язи. Через біль, гіподинамію і пошкодження, що спричинили ампутації, м'язи слабшають, тому перед використанням протеза їх необхідно зміцнити. Фізичні вправи одночасно сприяють формуванню кукси, зняттю набряку і посиленню харчування тканин.

Завданням реабілітації наслідків травм опорно-рухового апарату є зменшення больового синдрому, нормалізація кровообігу, відновлення та покращення функцій уражених структур, укріплення м'язового апарату, покращення якості життя. Значне місце для відновлення посідає ЛФК. Лікувальна дія фізичних вправ здійснюється за рахунок основних

механізмів: тонізуючого впливу, трофічної дії, механізмів формування тимчасових і постійних компенсацій та нормалізації функції. Спеціальні фізичні вправи і масаж розслаблюють м'язи, знімають болісність в ушкоджених сегментах опорно-рухового апарату. Під впливом фізичних вправ поліпшується кровообіг, збільшується кількість капілярів і анастомозів у зонах ушкодження; спостерігається підвищення біоелектричної активності м'язів і посилення окисно-відновних процесів у них, що покращує хімізм м'язового скорочення і скорочувальних властивостей м'язів; збільшується об'єм м'язових волокон, поліпшуються еластичність, сила і витривалість м'язів; посилюється кровопостачання і живлення хрящової тканини, збільшується кількість синовіальної рідини, поліпшується еластичність сухожильно-капсульного апарату суглоба, що сприяє найшвидшому перебігу регенеративних процесів, загоєнню, відновленню морфологічних структур ушкодженого сегмента опорно-рухового апарату. При відновному лікуванні травм також має значення механізм нормалізації функцій. Завдяки систематичному фізичному тренуванню і масажу вдається відновити функцію ураженого сегмента опорно-рухового апарату і загальну працездатність потерпілого.

Вибухи протипіхотних мін спричиняють відривки сегментів кінцівок, сукупні вогнепальні переломи кісток, множинні уламкові поранення м'язих тканин, кровоносних судин, нервових стовбурів, забруднення ран землею, поєднані рани голови, грудної клітки, таза, органів черевної порожнини. Поранення потребують негайного медичного контролю, тривалої реабілітації, метою якої є комплексний підхід до відновлення здоров'я та максимальної можливої працездатності постраждалих. Провідна роль реабілітації це використання засобів:

різноманітних фізичних вправ, елементи спорту, масаж, мануальної терапії, фізіотерапії, природні та преформовані фізичні фактори, механотерапію, працетерапію, аутогенне тренування, м'язову релаксацію.

Психологічна реабілітація військовослужбовців являє собою комплекс заходів психологічного характеру, спрямованих на збереження, відновлення та корекцію психофізіологічних та психічних функцій, оптимального рівня боєздатності військовослужбовців, які були піддані впливу психотравмуючих чинників та постраждали внаслідок цього, а також створення сприятливих умов для подальшого успішного виконання ними службових обов'язків. За даними ряду досліджень у 70 % колишніх учасників збройних конфліктів через 2 роки усе ще була присутня дезадаптація, яка виявлялась в нездатності до пристосування до мирного життя з такими ознаками: страх, високий рівень тривожності, відсутність оптимізму й активності в ситуації, алкоголізм, наркоманія тощо.

Основні принципи психологічної реабілітації військовослужбовців:

- своєчасний початок, що забезпечує досягнення мети психологічної реабілітації військовослужбовців;
- комплексність;
- безперервне, поетапне та послідовне застосування заходів психологічної реабілітації військовослужбовців за певною визначеною послідовністю залежно від характеру психічного розладу та реальних можливостей;
- партнерство, що передбачає залучення самих військовослужбовців до активної участі у відновлювальному процесі;
- індивідуалізація програми психологічної реабілітації військовослужбовців, тобто застосування методів та засобів залежно від походження та особливостей відхилень (порушень), а також статі, віку, індивідуальних якостей особистості військовослужбовців, їх загального фізичного стану тощо;
- єдність методів впливу;
- колективність здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців (у військовому підрозділі), що морально легше переноситься військовослужбовцями та підвищує її ефективність.

Психологічна реабілітація військовослужбовців проводиться спільно командою фахівців у складі лікаря, який є керівником команди, психолога (психотерапевта), лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, в разі необхідності – ерготерапевта та інших фахівців. Серед методів психологічної реабілітації важлива роль належить психотерапії, яка проводиться за допомогою бесід з військовослужбовцями. Метою таких бесід є заспокоєння людини, показ їй минушого характеру змін, що відбуваються у її стані, орієнтування на вихід з травматичної ситуації, роз'яснення механізмів виникнення психічних розладів і переконання військовослужбовця в реальних можливостях саморегуляції деяких нервових процесів.

Психотерапія – це вид лікування, коли основним інструментом впливу на психіку людини є слово, вмиле застосування якого дозволяє усунути прояви психічної травми, змінити ставлення військовослужбовця до себе і свого стану. Сутність роз'яснювальної (раціональної) психотерапії полягає в психічному впливі на особистість і її стан, в аргументованому переконанні людини, корекції її хибних уявлень, понять, суджень, які стали причиною її дезадаптації. В психотерапії дуже важливий оптимальний психологічний контакт, індивідуальний підхід, облік життєвого і бойового досвіду, особливостей особистості і конкретних умов ситуації. Ефективність психологічної реабілітації визначатиметься своєчасністю, послідовністю, наступністю реабілітаційних заходів. У разі неможливості надання психологічної допомоги або необхідності в медичній евакуації, командири

зобов'язані вжити всіх можливих заходів для транспортування травмованих до лікувальних установ.

Наслідки війни стосуватимуться як наших військовополонених, так і їхніх родин, поранених громадян, осіб, які втратили рідних або змушені залишати свої домівки, роботу та звичне щоденне життя. Через війну хтось перебував у полоні, а хтось зазнав насильства та пережив окупацію. Саме тому для того, аби допомогти людині перемогти цей біль, вистояти та пережити наслідки війни, за ініціативи першої леді України разом із МОЗ України та міжнародними партнерами формується Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

УДК 796.011:2

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

ВІЙНА В КОНТЕКСТІ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Сучасна ситуація України в умовах війни вимагає єдиного стратегічного формування від політичного, соціально-економічного, наукового та освітнього простору до надання можливостей продемонструвати трансформаційні зміни розвитку суспільства, заснованого на забезпеченні повноцінного психологічного та фізичного здоров'я нації та майбутніх поколінь. Особливості цієї війни, зокрема, полягають в її орієнтації на загальне ослаблення та дезорганізацію української влади, руйнування її економічного потенціалу, виробничої, транспортної, соціальної інфраструктури.

В умовах воєнного стану спостерігається тенденція до погіршення психологічного та фізичного здоров'я населення України. Сьогодні різко зросла роль провідних чинників в усіх сферах життя суспільства, піднявся інтерес до всебічного вивчення психологічного та фізичного здоров'я: чинників формування (біологічних, фізіологічних, соціальних, здоров'язберігаючих) розвитку психічних та фізичних функцій людини, можливостей зміни реактивності організму та реабілітаційних функцій та підтримання здоров'я людини в умовах військових дій.

До вивчення цієї проблеми звертаються сучасні українські вчені, які в своїх працях розкривають окремі її аспекти: питання психологічного та

фізичного розвитку людини в стресових ситуаціях (І. Бех, Л. Копець, К. Фоменко та ін.); загальні поняття «самоуправління» і «саморегулювання», їх види та типи (М. Варій, Л. Коган, В. Рибалка та ін.); психічні стани особистості (М. Варій, С. Максименко та ін.).

Водночас зазначимо, що проблема психічного самоуправління особистості в умовах стресу, усвідомлення відповідальності за збереження власного здоров'я, як суспільної цінності соціально-економічного і технологічних трансформацій розвитку країни в умовах війни потребує ретельного вивчення. Ця проблема частково зумовлена тим, що чинники, які визначають комплекс психологічного та фізичного здоров'я в умовах війни та їх наслідків остаточно не зрозумілі та не визначені.

З огляду на зазначене, очевидно є актуальність формування комплексного системного підходу до визначення чинників психологічного та фізичного здоров'я людини в умовах війни, шляхом використання методів і засобів фізичної та психологічної реабілітації, що ефективні для оздоровлення, підвищення стійкості організму до несприятливих дій в умовах війни з існуючими ризиками, загрозами до збереження здоров'я та відновлення працездатності людини, що своєю чергою вимагає напрацювання теоретичних і методичних основ, необхідних для прикладного корегування з використанням здоров'язберігаючих технологій, включаючи такі фактори, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд і відновлення здоров'я.

Пристаюючи до визначення конструкту фізичного та психологічного здоров'я людини в умовах війни, визначимо дефініції понять «психологічне здоров'я» та «психичне здоров'я». У науковий лексикон термін «психологічне здоров'я» ввела І. В. Дубровіна. На її думку, «психологічне здоров'я передбачає інтерес людини до життя, свободу думок та ініціативу, активність і самостійність, відповідальність і здатність до ризику, віру в себе та повагу іншого, здатність до сильних почуттів і переживань, усвідомлення своєї індивідуальності, творчість у самих різних сферах життя і діяльності». М. К. Смирнов визначає психологічне здоров'я як високий рівень соціально – психологічної адаптації, що виявляється в гармонійних стосунках з оточуючими, суб'єктивним відчуттям психологічного комфорту і високим потенціалом досягнення благополуччя в житті.

Психологічне здоров'я людини пов'язане з її психологічним благополуччям, якістю життя в цілому. Виділяється «актуальне психологічне благополуччя» й «ідеальне психологічне благополуччя», у якому уявлення про «ідеальне» виступає глобальним інструментом оцінки людиною свого буття. Особливо актуальним на сучасному етапі суспільства в умовах війни, стає вивчення психологічного здоров'я та благополуччя особистості в екстремальних умовах життєдіяльності, що, перш за все,

зумовлено значним збільшенням кількості природних, антропогенних і техногенних екстремальних впливів на людину. Таким чином, поняття «психічне здоров'я» – складова частина медичного підходу до феномена здоров'я. Психічно здоровою вважається людина, у якій відсутні клінічно виражені прояви психопатології та якій не встановлено діагноз психічного захворювання.

Проблема психологічного та фізичного здоров'я в умовах військових дій на території нашої країни сьогодні вийшла за межі окремої людини чи певних малих соціальних груп. Ця проблема в Україні набула вже національного характеру і стає все більш масштабною. З 24 лютого 2022 року коли почалася війна напевно, не було тієї сфери життєдіяльності, яка б не була розкрита та досліджена. Військові дії дуже боляче б'ють по душевному стану людей, вони починають жити в постійному очікуванні найгіршого. Соціальні інститути суспільства, які покликані регулювати і розв'язувати численні соціально особистісні й інші проблеми і протиріччя, відстають від реалій нового століття та фактично не справляються зі своїми завданнями, особливо у сфері духовного життя, психічного благополуччя і здоров'я людей.

Відсутність цілісної та реально функціонуючої державної та суспільної системи забезпечення психологічного та фізичного здоров'я особистості в умовах війни дорого обходиться і людині, і суспільству. Загрозливо зростаюча соціальна апатія, низька задоволеність життям і невміння долати життєві труднощі та проблеми, що виникають, низька продуктивність праці, – усе це результат психологічних дефектів і невідповідності психосоціального розвитку особистості сучасної людини соціально-економічним, політичним, інформаційним, технологічним, екологічним та іншим процесам, що відбуваються в умовах війни. Вищенаведене зумовлює сьогодні доцільність і необхідність масованого використання досягнень психології рівень розвитку якої достатній для зростання її ролі в суспільстві, а саме надання психологічних, реабілітаційних послуг населенню задля забезпечення психологічного та фізичного здоров'я. Загально визнано, що здоров'я, важливий критерій ступеня розвитку і благополуччя суспільства, значною мірою впливає на стан національної безпеки, процеси й результати економічного, соціального, культурного розвитку країни тощо. Психічне здоров'я як чинник соматичного здоров'я зумовлює стан здоров'я опосередковано поведінкою, пов'язаною зі здоров'ям та способом життя.

Оскільки психологічне та фізичне здоров'я також вважається резервом сил організму людини, завдяки якому вона може долати стреси, та обумовлюється й соціальними факторами, складнощі, що виникають у певних виняткових обставинах, в даному випадку в умовах війни,

неодмінно призводять до зростання не тільки психологічного травмування, що може призводити до погіршення їхнього психоемоційного стану, психосоматичних захворювань і соціальної дезадаптації.

До загальних питань, що впливають на стан та збереження психологічного та фізичного здоров'я населення в умовах ведення війни, які потребують наукового розгляду та вирішення з метою стратегічного збереження здоров'я віднесемо такі завдання, а саме :

- впровадження кращих зразків психологічної, психотерапевтичної допомоги та ефективних організаційних заходів щодо її надання, включно із формуванням дієвої системи підготовки фахівців у сфері психічного здоров'я з можливістю надання кваліфікованої допомоги під час військових дій;

- для ефективного надання реабілітаційної допомоги необхідно постійно проводити моніторинг стану здоров'я, задоволеності населення отриманою допомогою та виявлення потреб і проблем даної галузі. Для цього необхідно, зокрема, розробити індикатори, удосконалити існуючу систему збору статистичних даних, провести різномасштабні реабілітаційні дослідження.

- створення комп'ютерної мережі, як частини загальнодержавної інформаційної системи, із поступовим входженням у світовий науково-інформаційний простір в напрямку фізичної терапії, фізичної реабілітації, психологічної, психотерапевтичної допомоги.

Таким чином, можна констатувати, що в умовах війни значно зріс негативний вплив на особистість різних чинників, у людей загострюються почуття страху, невизначеності, невпевненості, розгубленості та деколи й розчарування. Проблема фізичного та психологічного здоров'я традиційно має наукове та практичне опрацювання у медицині, фізичній реабілітації, психології. Міжгалузєва увага до фізичного та психологічного здоров'я цілком обґрунтована та своєчасна, оскільки розв'язання цієї проблеми на суспільно-державному рівні може бути тільки при комплексному підході, створенні та реалізації ефективної міжгалузєвої системи заходів. Одне з найважливіших місць у цій системі належить психологічній практиці та реабілітаційним заходам, як сферам надання кваліфікованої психологічної допомоги та реабілітаційних послуг населенню.

УДК 159.9:355

Дроботун О. С.,
старший викладач кафедри медико-біологічних основ спорту

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

Питання медико-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій актуальне для науково-практичної розробки ще з 2014 року. З початком повномасштабних бойових дій, проведенням мобілізації, збільшенням кількості військовослужбовців, що отримали травми та поранення різного ступеню тяжкості, знаходилися в полоні, необхідність розробки системної програми психологічної реабілітації набула ще більшої гостроти та актуальності.

Більшість фахівців, що опікуються питаннями здоров'я військовослужбовців, зазначають, що психологічна реабілітація в тому чи іншому обсязі потрібна кожному учаснику бойових дій, а не лише особам із посттравматичним стресовим розладом, причому це питання має суспільний характер, оскільки комплексна реабілітація (медична, фізична, психологічна) та соціальна адаптація військовослужбовців-учасників бойових дій є одним із завдань зі стабілізації суспільства, зняття соціальної напруженості, встановлення миру та злагоди, а, отже, покращення якості життя.

На сьогоднішній день можна констатувати наявність значного досвіду теоретичного вивчення проблеми соціального захисту та реабілітації населення в різних аспектах, проте системних теоретичних розробок безпосередньо з соціального захисту, медичної, психологічної та соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів, а також методик їх практичного застосування в даний час явно не вистачає.

Практичний аспект реабілітації військовослужбовців, які постраждали в зоні АТО/ООС та за час повномасштабної збройної російської агресії, реалізований переважно у формі безпосередньо медичної допомоги в амбулаторних або стаціонарних умовах та елементів психологічної реабілітації в умовах санаторно-курортного лікування, що є абсолютно недостатнім, як для фізичного відновлення, так для подальшого повернення до повноцінного суспільного життя.

Отже, питання психологічної реабілітації учасників бойових дій залишається системно не реалізованим, оскільки нинішня модель медичної допомоги не передбачає індивідуальної роботи психолога в госпітальних умовах, специфічних центрів психологічної допомоги саме для військовослужбовців в Україні також практично немає, крім того,

існує кадровий дефіцит психологів, які вміють працювати з наслідками бойової травми та посттравматичними станами в учасників бойових дій.

Таким чином, усе вищевикладене вказує на необхідність практичного вирішення проблеми комплексної реабілітації та соціально-психологічної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій як на державному, так і на регіональному рівнях.

Бойові дії, незалежно від того, чи є людина комбатантом або ж спостерігачем, свідком, є сильним потрясінням для психіки, потужною психотравмою, наслідки котрої будуть відчуватися від декількох місяців до багатьох років, а іноді й усе життя. Як ближні та віддалені наслідки бойового стресу у військових, які брали участь у бойових діях, можуть спостерігатися:

- гострі стресові реакції (ГСР);
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- поведінкові розлади;
- емоційні розлади;
- фізичні реакції та психосоматичні прояви;
- розлади адаптації;
- шкідливі звички, формування залежностей (частіше алкогольної);
- суїцидальні прояви;
- складнощі з комунікацією, соціальні конфлікти.

В науковій літературі достатньо ґрунтовно описані механізми розвитку та прояви ПТСР, перебіг гострої стресової реакції, спричиненої бойовою травмою. Щодо поведінкових, емоційних та адаптаційних розладів у військовослужбовців наразі немає достатньої кількості наукового матеріалу, відповідно, немає і чітких методичних рекомендацій щодо їх профілактики та корекції.

Науково-методична база психологічної реабілітації викладена у працях таких сучасних дослідників як: В. Барк, Л. Беккет, М. Корольчук, В. Лефтеров, Є. Потапчук, В. Стасюк, О. Тимченко, та інших. Актуальні питання психологічної реабілітації учасників АТО/ООС представлено в наукових працях С. Задорожного, С. Лукомської, Н. Мась, В. Покотила, О. Сафіна, О. Хміляра та інших. Обґрунтування та структуру моделі психологічної реабілітації учасників АТО, яка базується як на здобутках зарубіжного досвіду, так з урахуванням українських реалій наведено у роботах В. Алещенка.

Психологічна реабілітація розглядається як комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистісного та соціального статусу особи, сприяння психосоціальної адаптації до зміненої життєвої ситуації,

осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті. Психологічна реабілітація – частина комплексної реабілітації (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами.

На наш погляд комплексна реабілітація у її широкому розумінні взагалі, і в тому числі учасників локальних збройних конфліктів, повинна включати наступні елементи:

- медичну реабілітацію (відновлення фізичного та психічного здоров'я та потенціалу людини або певної соціальної групи, підірвані внаслідок травматичного зовнішнього впливу);

- соціально-культурну реабілітацію (відновлення культурно-просуторового середовища, що має характеристики, достатні та необхідні для творчої активності та духовної самореалізації людей);

- психологічну реабілітацію (створення нормального психологічного клімату для осіб, які перенесли травматичний шок, запобігання та ліквідація посттравматичних стресових розладів, забезпечення психологічної, особистісної перебудови, формування нових установок по відношенню до життя тощо).

Загальними завданнями психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій є:

- запобігання розвитку та корекція посттравматичних стресових розладів;

- зміщення акцентуації постраждалих від внутрішньої картини хвороби до внутрішньої картини здоров'я, що сприятиме успішному фізичному відновленню;

- зниження ризику агресивної, насильницької та суїцидальної поведінки;

- зниження частоти та ступеня вираженості психопатологічних проявів у постреабілітаційному періоді;

- поліпшення показників соціально-психологічної адаптації.

Базуючись на фундаментальних принципах реабілітації, таких як ранні інтервенції, комплексність, етапність, клієнто-/пацієнтоорієнтованість та ін. психологічна реабілітація повинна являти собою системний процес та включати наступні етапи:

- превентивний (психологічну підготовку до залучення у бойові умови);

- етап ранньої кризової інтервенції (під час виконання бойових завдань);

– етап психологічної декомпресії (перші 48 годин при виході з «гарячих» точок, поверненні з полону);

– етап функціонального відновлення (медико-психологічну реабілітацію в умовах лікувальних, спеціалізованих реабілітаційних та санаторно-курортних закладів);

– етап психосоціальної реадаптації (психологічний супровід процесу соціальної адаптації при поверненні в умови цивільного життя).

Перші три етапи знаходяться у зоні компетенції військових психологів, останні можуть здійснюватися цивільними фахівцями, що мають відповідну кваліфікацію та пройшли спеціальну підготовку.

Розробка та впровадження зазначеної системи комплексної психологічної реабілітації на регіональних та державному рівнях дозволить:

1. Здійснювати профілактику розвитку посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців-учасників бойових дій.

2. Підвищити морально-бойовий дух військових підрозділів.

3. Скоротити строки відновлення на фізичному та психологічному рівнях.

4. Здійснювати профілактику залежностей та суїцидальних ризиків серед учасників бойових дій.

5. Подолати кризовий стан військовослужбовців-учасників бойових дій при поверненні до цивільного життя, відновити чи сформувати здатність проектування майбутнього та прагнення до самореалізації.

6. Забезпечити безболісну психосоціальну реадаптацію військових учасників бойових дій.

7. Підвищити якість життя, показники активності та участі військовослужбовців.

8. Сприяти стабілізації суспільства, зняття соціальної напруженості, встановлення миру та злагоди.

УДК 796.011.3:[378.091.322:796.332-042.65](043.2)

Жигadlo Г. Б.,

канд. пед. наук, доцент, завідувач кафедри теорії та методики фізичного виховання,

Кураса Г. О.,

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

СПЕЦІАЛЬНІ ВПРАВИ ФУТБОЛІСТА НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Не є секретом, що спортсмени-гравці мають унікальні фізичні дані, що дає їм можливість досягати високих спортивних результатів. До таких видів спорту відноситься футбол. Історія цього цікавого виду спорту має давню історію. На початковому етапі його становлення і розвитку були прості правила, які у значній мірі відрізняються від тих, що існують сьогодні (наприклад, воротареві заборонялося брати, або відбивати м'яч руками). Фізична підготовка гравців була природньою. Спеціальних систем тренувального процесу не існувало, грали так як могли. З часом футбол став більш динамічним, швидким, розроблялися та впроваджувалися ігрові комбінації. Таким чином до гравців зросли вимоги щодо їх рівня фізичної та технічної підготовки. Перед тренерами постала потреба вдосконалювати тренувальний процес спрямований на покращення рівня технічної та фізичної підготовки футболістів.

Отже, звернемо увагу на розвиток фізичних якостей футболіста. За 90 хвилин гри на футбольному майданчику гравець виконує велику кількість рухів: прямолінійний біг без м'яча, біг з м'ячем, прискорення, стрибки, вистрибування, різкі гальмування, падіння, удари головою по м'ячу, удари по ногами по м'ячу тощо. Всього перелічити не можливо. Значне фізичне навантаження, яке виконує спортсмен на ігровому полі, формується в основному в процесі тренувань. Футболіст повинен бути швидким, спритним, гнучким, сильним та хорошо скоординованим.

Отже, спортсмен-футболіст повинен мати хороші швидкісні дані. Для їх розвитку в тренувальному процесі повинні бути вправи на їх розвиток: спринт на коротку дистанцію, біг з прискоренням, різке гальмування, біг між віхами, біг на витривалість, біг з перешкодами різної висоти та відстані. Вправи доцільно виконувати як з м'ячем так і без м'яча.

Для розвитку спритності доцільно виконувати стрибки у висоту, в довжину, вистрибування, біг з перешкодами, багатоскоки, схресний бік правим та лівим боком, біг спиною вперед, переміщення приставними кроками, стрибки на лівій та правій нозі, біг з високим підніманням стегна, біг з закиданням гомілки назад тощо. Доречно виконувати вправи на розвиток координації рухів. Це жонглювання футбольним м'ячем, тенісними м'ячами, повороти, стрибки з поворотами тощо.

Стосовно силових якостей, то футболіст повинен «дружити» з перекладаиною, брусами, гантелями, штангою, тренажерами. Наприклад, у тренувальний процес доцільно включати підтягування на турнику, віджимання на брусах та від підлоги, виконувати «планку», вправи для м'язів живота (прес), присідання з помірною вагою. У той же час силові вправи повинні бути дозовані, щоб не перетворити футболіста на штангіста або культуриста. Силові вправи повинні бути дозованими та доречними і влітатися у тренувальний процес.

Крім того футболіст повинен бути достатньо гнучким, що дає можливість гравцеві якісно виконувати різного роду фінти в процесі гри, а також у значній мірі уникати травмувань. Тому доцільно в тренувальний процес включати вправи на гнучкість: різного роду нахили, скручування, виконання вправ з великою амплітудою, наприклад, махи ногами тощо.

Як висновок можна відмітити, що футболіст унікальний спортивний гравець, який повинен мати різноплановий фізичний розвиток, який сприяє отриманню високих спортивних результатів.

УДК 796:616. 721-002

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

ОГЛЯД СУЧАСНИХ МЕТОДИК КІНЕЗИОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ І ТА ІІ СТУПЕНЯ

Патологія ОРА, в якій остеоартроз займає лідуєче місце, веде до значних втрат в економічній, соціальній і психологічній сферах. Збитки, пов'язані із захворюваннями цієї групи, зросли за останні роки і складають 1,0–2,5% валового національного доходу таких розвинених країн світу, як США, Канада, Великобританія, Франція, Австралія. В останні десятиріччя спостерігається тенденція до виникнення коксартрозу у людей віком від 32 до 42 років. Показники тимчасової непрацездатності складають за рік в середньому 580 днів на кожні 100 осіб. Показники інвалідизації при коксартрозі перевищують аналогічні при патології колінного суглоба у три рази, а гомілково-стопного – у сім разів. Хворі на коксартроз стають інвалідами ще у працездатному віці у результаті швидкого прогресування захворювання та порушення функції кульшового суглоба. Згідно з медичною статистикою в Україні артроз кульшового суглобу займає перше місце за поширеністю серед дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів.

Питання лікування та реабілітації хворих на артроз кульшового суглоба залишається невирішеним, незважаючи на значний арсенал фізичних методів та засобів відновлення.

Проблема коксартрозу все частіше розглядається з позиції системної організації опорно-рухового апарату і стану скелетно-м'язового гомеостазу з урахуванням ролі нервової, гормональної, імунної та інших функціональних систем у розвитку специфічних реакцій окремих структурних елементів суглоба та оточуючих його м'язових тканин, як елементів єдиної опорно-рухової системи. Метаболічні процеси у хрящовій тканині контролюються багатьма механізмами. Одним з провідних регуляторних шляхів є нервовий. Відомо, що вегетативна нервова система (ВНС) у будь-якому віці відіграє важливу роль у всіх метаболічних процесах, в тому числі, і при КА.

На відміну від ОА колінного суглоба, існує набагато менше досліджень про роль фізичних вправ при ОА тазостегнових суглобів. Методи фізичної терапії складаються з лікувальної гімнастики, фізіотерапевтичних процедур, мануальної терапії.

В. М. Мухін виділяє лікарняний та післялікарняний періоди фізичної реабілітації при коксартрозі. Відповідно до цих особливостей захворювання ЛФК застосовують у два періоди. На сьогодні багатьма дослідниками і лікарями розроблено комплекси вправ в реабілітації тазостегнового суглоба, ураженого артрозом різних стадій.

Котешеву І. О. запропоновано методику лікувальної фізичної культури при остеоартрозі ТСС. Кальниболотький Ю. М. при деформуючому артрозі ТСС пропонує методику лікувальної фізкультури та самомасажу

До авторських методик гімнастичних вправ, спрямованих на полегшення стану хворого також відносять: метод Бубновського; гімнастика Гітта; метод Євдокименко.

Метод Бубновського. система Бубновського, або лікування за допомогою кінезіотерапії, полягає у виконанні спеціально розроблених вправ на багатофункціональних тренажерах антигравітаційного та декомпресійного характеру.

Гімнастика Гітта показана при будь-якому ступені захворювання і однаково доступна для виконання як літніми людьми, так і більш молодими пацієнтами. Суть методики полягає у виконанні певних мікрорухів, спрямованих на відновлення рухливості суглобів в комплексі з перкусійним масажем і дієтою з низьким вмістом білків.

Методика Євдокименко представляє собою комплекс з 9 вправ, ефективних для реабілітації тазостегнового суглоба, ураженого коксартрозом I–II ступеня. Займатися дозволяється самостійно, в домашніх умовах. В якості допомоги можна використовувати відеоматеріали та інші засоби.

Серед інших засобів кінезіотерапії при коксартрозі, які мають клінічно-доказову ефективність, варто відзначити: заняття на велотренажері, фінську ходьбу, плавання, йогатерапію.

Тренування на велотренажері при коксартрозі корисні тим, що пацієнт робить плавні рухи и немає можливості впасти, різко смикнути, або пошкодити тазостегновий суглоб. На велотренажері можна виставити певну індивідуальну програму. Основною умовою для проведення тренувань є повна відсутність болю під час занять. При найменшому прояві дискомфорту слід тут же припинити тренування.

Помірні навантаження при піших прогулянках чинять позитивний вплив на стан кульшових суглобів, а скандинавська ходьба із застосуванням палиць має низку переваг: знижується навантаження на суглоби; задіяні всі групи м'язів, також зміцнюються м'язи пресу і спина; знижується маса тіла (особливо це важливо для пацієнтів з надлишковою вагою); поліпшується загальний стан організму. Метод є профілактикою коксартрозу і простий у виконанні.

Ідеальним видом фізичних навантажень при будь-якій патології суглобів є лікувальне плавання. Під час занять плаванням пацієнт просто фізично не може робити різких рухів, які категорично протипоказані при коксартрозі. Рекомендується відвідувати басейн відразу по завершенні сеансу будь-якого виду ЛГ. Особливо корисно плавати брасом, але для оздоровлення цілком підійдуть і прості вправи, наприклад, плавні присідання в воді.

Лікувальна йога займає окреме місце серед методів відновного лікування коксартрозу. На початкових стадіях заняття йогою дозволяє призупинити прогресування хвороби. Крім того, виконання деяких певних асан є ефективною профілактикою розвитку коксартрозу. Будь-які вправи з йоги повинні бути узгоджені з фізичним терапевтом і виконуватися у щадному режимі. Заняття йогою проводять виключно з інструктором, який знає стан пацієнта, та відстежує реакції організму на коригуючі навантаження. При виконанні вправ йоги потрібно суворо дотримуватися правильного дихання. Асани можуть виконуватися в різних положеннях, як стоячи, так і лежачи. Це дає можливість поступово долучитися до йогічних практик людям в різному віці з різним фізичним станом.

Отже, методи фізичної терапії, рекомендовані до застосування в програмах реабілітації пацієнтів, хворих на коксартроз, складаються з лікувальної гімнастики, фізіотерапевтичних процедур, мануальної терапії.

Застосування ЛФК у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики і дихальних вправ в значній мірі сприяє нормалізації функцій кровообігу, дихання та обмінних процесів, але на даний час поки не вирішує проблеми прогресування метаболічних процесів у хрящовій тканині.

Високою є ефективність поєднання виконання фізичних вправ на збільшення обсягу рухів на опір з аеробної ходьбою та освітньою програмою. Серед аеробних тренувань можуть виступати вправи в басейні, їзда на велосипеді, лижний спорт, використання тренажерів, зокрема, тредміл. При цьому досягається достовірний, але невеликий вплив вправ на больовий синдром і функціональний статус при коксартрозі.

Структура програми ФР хворих на коксартроз 1–2 ступеня на первинному рівні надання реабілітаційної допомоги низької інтенсивності в амбулаторних умовах в підгострому та довготривалому реабілітаційних періодах повинна бути цілісною, базуватися на комплексному використанні психолого-педагогічних та лікувально-реабілітаційних підходів, бути індивідуально підбраною з врахуванням стадії захворювання та функціонального стану організму хворого.

Заняття ЛФК при коксартрозі 1–2 ступня в амбулаторних умовах доцільно проводити за двома етапами: амбулаторному підготовчому (підгострий період реабілітації) та амбулаторному основному (довготривалій реабілітаційний період). В амбулаторних умовах можливе використання технічних засобів – апаратів для тракційного витягнення суглоба та антигравітаційних тренажерів Бубновського. Також корисним є застосування кінезіотейпування, дієтотерапії, народних та допоміжних методів покращення стану здоров'я хворих та якості їхнього життя.

Засобами первинної профілактики коксартрозу є раннє виявлення і лікування вродженого вивиху стегна та дисплазії тазостегнового суглоба та диспансерне спостереження за підлітками з патологією кульшового суглоба.

Позитивна дія ЛФК на організм хворого при артрозі ТСС здійснюється шляхом взаємодії нервової і ендокринної систем. Будь-яке скорочення м'язів подразнює численні нервові закінчення. При цьому імпульси з них, а також з пропріорецепторів м'язових волокон спрямовуються у ЦНС: моторну зону кори великих півкуль.

Кінезіотерапія проводиться тільки в період ремісії захворювання, коли симптоми хвороби - такі, як біль та запалення в суглобі - мінімальні або відсутні. Виконуючи лікувальні вправи в період загострення, можна посилити біль та сприяти погіршенню стану кульшових суглобів.

У комплексі ЛГ при АТСС, статичні навантаження повинні переважати над динамічними. При цьому м'язи отримують необхідні навантаження, а суглоби не зношуються, тому що рухи в них мінімальні.

Отже, аналіз наукової літератури дозволив визначити значну питому вагу інвалідності внаслідок коксартрозу, що потребує тривалої реабілітації таких хворих.

Коксартроз являє собою важливу медико-соціальну проблему і складає до 5% серед ортопедичної патології, а первинна інвалідність внаслідок коксартрозу становить 10,7% в структурі інвалідності і її показники не мають тенденції до зниження.

Вважаємо, що розробка та впровадження нових методик лікування та профілактики коксартрозу є важливим для нашого суспільства, це дає можливість запобігати виникненню інвалідів серед населення, особливо у працездатному віці.

УДК 371.71+796.077.5

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

МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ НОРМОТОНУСУ МІОФАСЦИЙ ТА ЗВ'ЯЗОК ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ ТА ВИКРИВЛЕННЯХ ХРЕБЕТНОГО СТОВПА В ПРОЦЕСІ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вступ. Сучасний стан здоров'я хребта у дітей, молоді, людей зрілого віку та похилого віку. Перші дисфункції хребта людина отримує в момент народження, коли дитина проходить по родовим шляхам і отримує родові травми. Відбувається зміщення першого шийного хребця, стискається таз та утворюються дисфункції кісток таза. Завдяки цьому, по мірі розвитку та росту формуються викривлені положення хребта та всього скелета. В шкільні роки починає з'являтися нестача руху та фізичних навантажень. Затримується формування м'язового корсету, що спричиняє порушення постави та викривлення хребетного стовпа.

Чинник гіподинамії – один із головних при проблемах хребта та присутній у всіх вікових групах від малюків до літніх людей. Відбувається парадоксальна ситуація – коли м'язи слабкі та одночасно перенапружені. Тому реабілітація опорно-рухового апарату має на меті вирішення, насамперед, цих двох задач: укріплення м'язів та відновлення нормотонусу. Тільки за цих умов можлива корекція положення хребетного стовпа та формування фізіологічної, гармонійної та здорової постави.

Викладення основного матеріалу. Детермінанти, які впливають на стан здоров'я хребта. Психосоматичні та фізичні чинники. Психологіч-

ний фактор відіграє важливу роль в процесі розвитку змін в хребетному стовпі і в появі інших хвороб. Психосоматичною причиною розвитку деструкцій тканин хребетного стовпа є високий рівень стресової напруги, який викликає збій нервової, ендокринної та імунної систем. Ці системи відіграють керуючу роль в організмі. Наслідки такого збою відображаються практично на всіх інших системах та органах. Зокрема, це особливо відчутно на опорно-руховому апараті та на хребетному стовпі. Відбувається спазм міофасції, внаслідок стискання судин погіршується кровообіг та рух лімфи. Формуються застійні явища. Зменшується притік харчових речовин та порушується видалення продуктів життєдіяльності клітин. З'являються дегенеративно-дистрофічні процеси. Страждають суглоби.

Проблеми у шийного відділу відбуваються, коли людина придушує руйнівні емоції, такі як страх, гнів, печаль. З точки зору психосоматики проблема також пов'язана з відсутністю внутрішньої гнучкості та впертістю, а також відчуттям власної непотрібності і відсутності прихильності з боку оточуючих.

Викривлення хребта у грудному відділу з'являються через відчуття невпевненості в собі, відсутність моральної підтримки. Л. Хей та Л. Бурбо сходяться в тому, що дистрофічні порушення в цій частині спини відбуваються і тому, що людина намагається стримати почуття любові.

Хвороби поперекового відділу розвиваються через тривалі м'язові спазми у нижній частині спини, сідницях і ногах. Швидше за все, людина відчуває почуття провини і «застряг» в минулому. Проблеми з попереком знайомі і тим, хто боїться втратити матеріальне благополуччя, а також тим, хто вже відчуває фінансові труднощі.

Посилює патологічний процес вплив фізичних факторів: статичні або динамічні перевантаження, інтенсивні та часті вібрації, травми, слабка фізична підготовленість, плоскостопість, надлишкова вага. Цей перелік може помітно розширюватися.

Однак виняткова зосередженість на фізіологічному патогенезі хвороб хребта не наближає до усунення проблем. Пропонуємо розглянути проблему з урахуванням психосоматичних чинників.

Обґрунтування, синергічність та взаємодоповнення складових метода відновлення нормотонусу міофасцій та зв'язок хребта (далі Метод).

Метод складається з двох основних частин: 1) діафрагмального дихання; 2) застосування пристроїв "Майстер-спин", Дельфін" та "Костоправ" на принципах міофасціального релізінга (МФР), тракції та самомасажу.

Діафрагмальне напруження спостерігається при порушеннях постави та викривленнях хребта. На думку В. Райха, напруга, пов'язана з

внутрішнім мисленням, накопичується в діафрагмі, і тому кожен, хто багато часу проводить думаючи, плануючи, розмірковуючи і порівнюючи, неминуче створить у цьому сегменті хронічну напругу. Усі три базові емоції – страх, гнів і біль – стримуються діафрагмою, а напруга, що створюється в результаті, проявляється як закріпаченість. М'язи стають жорсткими і важко рухаються. Коли ми дихаємо в живіт, страх може бути звільнений.

Перш, ніж приступати до навчання фізичних вправ та рухів, рекомендується навчитись діафрагмальному диханню. Напруження діафрагми часто спостерігається при порушеннях постави та викривленнях хребта. Під час діафрагмального дихання треба дихати носом. Спочатку, щоб навчитися, ставимо долоню лівої руки на груди, долоню правої – на живіт, посередині пупка. Під час дихання слідкуйте, щоб дихання було черевним, тобто щоб піднімалася тільки права рука, ліва не повинна підніматися. Вдих має бути коротшим ніж видих. Дихання розслаблене. Вдих робиться за рахунок заповнення нижніх частин легень, видих пасивний, без участі м'язів.

Завдяки застосуванню діафрагмального дихання нормалізується робота вегетативної нервової системи. Більш гармонійно починає працювати парасимпатична нервова система, відновлюється гормональний баланс. Підвищується ступінь розслаблення міофасції, а також скорочується час отримання бажаного результату.

Застосування пристроїв "Майстер-спин", Дельфін" та "Костоправ" на принципах міофасціального релізнга (МФР), тракції та самомасажу використовується для відновлення нормотонусу міофасцій та зв'язок хребта з метою покращення постави та усунення викривлень хребетного стовпа.

Данні пристрої дозволяють розслабити напружені м'язи, допома-гають відновити правильну біомеханіку організму та навіть зняти біль у спині. Кожен пристрій має свої особливості дії, тому максимальна ефективність досягається завдяки застосування трьох пристроїв під час одного тренування.

Пристрій "Костоправ" (Рис. 1) дозволяє отримувати розслаблення та корекцію по черзі шийного, грудного та попереко-крижових відділів хребта. Зростає рухливість хребетно-рухових сегментів, покращується крово- та лімфообіг. Іннервація внутрішніх органів, які керуються через спинальну нервову систему, значно поліпшується. Відбувається робота, зокрема на глибинному рівні, міжкостистих зв'язок, які прикриті чотирма шарами м'язів. Корекція та відновлення такі глибокі, що бувають випадки, коли зріст збільшується до 4 см. Для того, щоб організм зміг сформувати нову адаптацію та відновитись, протипоказані заняття

кожний день. Рекомендується проводити тренування з пристроєм "Костоправ" через день, максимум 3 рази на тиждень.



Рис. 1. Пристрій "Костоправ"



Рис. 2. Пристрій "Дельфін"

Пристрій "Дельфін" (Рис. 2) має два ряди масажних виступів уздовж всього поперекового та грудного відділів хребта. За рахунок більшої робочої площини дія пристрою більш м'яка. Знижується спазматичне напруження м'язів, покращується кровопостачання спазмованої зони. Також збільшується відстань між хребцями і тим самим усувається здавлювання (компресія) міжхребцевих дисків і спино-мозкових нервів. Відновлюється рухливість хребта, покращується та підвищується рівень дії всіх функціональних систем організму та, значною мірою, уповільнюються процеси старіння.

Пристрій «Майстер-спін» (Рис. 3) завдяки плавній дузі розслаблює напружені м'язи та зв'язки одразу кількох хребтно-рухових сегментів. Вплив найм'якший і комфортний. Пристрій подобається навіть дітям. Його можна використовувати як школярам для профілактики сколіозу, так і дорослим людям з різними дисфункціями та хворобами опорно-рухового апарату.

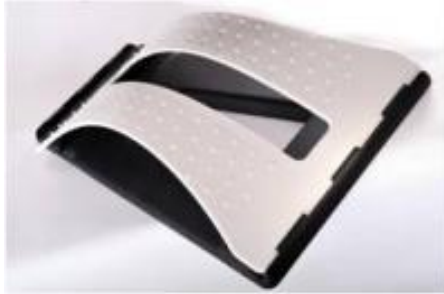


Рис. 3. Пристрій «Майстер-спін»

В основі лікувального ефекту лежить техніка міофасціального релізінгу (МФР). Впливу піддаються не самі м'язи, а міофасції (оболонки, що покривають м'язові волокна). Інша назва методики – «Йога для лінивих», людина просто лежить і за допомогою сили тяжіння тіло натискає на виступи та нерівності пристроїв. Виходить лікування положенням за рахунок постійного (1-2 хвилини) натягу напружених м'язів, включається нейро-м'язовий рефлекс розслаблення. Вправ та зусиль ніяких робити не треба, а розслаблення та лікувальний ефект є. Перевага методики в тому, що це просто, безпечно та ефективно. За допомогою методики людина сама здатна надати собі ефективну допомогу, яка може зрівнятися із професійним масажем. Для більш точного та ефективного результату важливо детально вивчити техніку виконання.

Висновки. 1. Накопичений практичний досвід з десятками різновікових пацієнтів дозволяє нам стверджувати, що одночасне застосування діафрагмального дихання та вплив на міофасції за допомогою спеціальних пристроїв дозволяє більш ефективно відновити гнучкість, укріпити сухожильно-зв'язувальний апарат.

2. Нами буде продовжена робота по застосуванню метода в комплексній реабілітації порушень постави та викривлення хребетного стовпа. Накопичення результатів допоможе вдосконалити застосування методу.

УДК 37.032:796.011.3–057.87

Калашников С. Ю.,
магістрант 2 року навчання,
спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»
Довгань Н. Ю.,

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

ХАРАКТЕРИСТИКА ВІКОВИХ ТА ФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ 6-10 РОКІВ

Зміцнення та збереження здоров'я учнів, підвищення рівня їх фізичної підготовленості є одними з головних завдань, які гостро стоять перед українським суспільством. Щоб їх вдало вирішувати, перш за все, необхідно привести спосіб життя дітей у відповідність із закономірностями їх росту і розвитку.

Для організації раціонального режиму праці й відпочинку та розробки ефективних засобів впливу на організм необхідні знання про основні закономірності вікового розвитку школярів. У зв'язку з цим стає актуальним вивчення особливостей їх фізичного розвитку.

Особливості фізіологічного і фізичного розвитку дітей 6–10 років вивчались багатьма вченими (С. Ф. Цвек, Н. В. Москаленко, А. Д. Дубогай, С. М. Корнієнко та ін.). Вони відмічають, що саме в цьому віці закладається фундамент їх подальшого фізичного розвитку, формуються основні уміння і навички, активно розвиваються інтереси й звички, формується характер.

А. А. Маркосян, А. Г. Хрипкова, М. В. Антропова, Д. А. Фарбер стверджують, що анатоμο-фізіологічні особливості дитини є одним із головних факторів, що визначають рівень здоров'я, розвиток і прояв фізичних здібностей

У молодшому шкільному віці подовжується ріст та розвиток організму дитини, змінюються пропорції тіла, зокрема співвідношення голови та довжини тіла. Однак, ріст як дівчат так і хлопчиків уповільнюється, а вага тіла збільшується. Хлопчики, за цим показником, випереджують дівчат. Слід зазначити, що за збільшення грудної клітки дівчата у 9 років наздоганяють хлопчиків, а в 10 років – випереджують.

Продовжує формуватись кістковий апарат молодших школярів, оскільки в ньому ще багато хрящової тканини. На це треба зважати, щоб запобігти можливому викривленню хребта, кистей рук, що негативно позначається на кровообігу, диханні й тим самим ослаблює організм.

Активно розвивається м'язова система: збільшується вага усіх м'язів, щодо ваги тіла, що сприяє зростанню фізіологічної системи, підвищеної здатності організму до відносно тривалої фізичної діяльності. Дрібні м'язи розвиваються повільніше. Діти молодшого шкільного віку добре ходять і бігають, але ще не досконало координують дрібні рухи рук. Учню

першого класу важко писати у межах рядка, спрямовувати роботу руки, не роблячи зайвих рухів, які швидко викликають втому. Тому фізкультхвилинки, які розслаблюють дрібні м'язи пальців і кисті, є обов'язковими на уроках та під час виконання письмових завдань за вимогами Нової української школи. Наприкінці молодшого шкільного віку діти набувають здатності розподіляти навантаження на різні групи м'язів, їхні рухи стають точнішими, удосконалюється техніка письма. Продовжується ріст серцевого м'яза. Артерії у молодшого школяра дещо ширші ніж у дорослого, що зумовлює особливість його артеріального тиску. Чистота серцевих скорочень у молодшому шкільному віці стійкіша ніж у дитини дошкільного віку. Але під впливом різних рухів, позитивних і негативних емоцій вона швидко змінюється.

Молодші школярі дихають з більшою частотою, ніж дорослі. Для підтримання їхньої працездатності, особливо важливо, щоб у класі було чисте повітря, тому на перервах необхідне провітрювання. Вага мозку першокласника наближається до ваги мозку дорослої людини. У молодшому шкільному віці відбувається морфологічне дозрівання лобного відділу великих півкуль головного мозку, що створює можливість для цілеспрямованої вольової поведінки, планування і виконання дій.

Нервовій системі властива висока пластичність, підвищується рухливість нервових процесів, що дає змогу швидко змінювати поведінку відповідно до вимоги учителя.

У молодших школярів вища, ніж у дошкільнят урівноваженість процесів збудження та гальмування. Хоча процеси збудження все-таки переважають.

У дітей 6–10 років добре розвинені усі органи чуття, деякі з них мають певні особливості. Так очі завдяки пластичності кристалика можуть швидко змінювати свою форму залежно від пози під час читання та письма. Якщо не враховувати цієї особливості органів зору молодших школярів і не стежити за їхньою поставою, це може спричинити підвищення очного тиску, нечіткість зображень на сітківці, короткозорості.

Фізіологічний розвиток молодшого школяра зумовлений формуванням організму, що викриває нові можливості для його діяльності, розгортання та поглиблення зв'язків з соціальним оточенням. Водночас дозрівання стимулюється і впливами зовнішнього середовища, про що свідчить загальне прискорення фізіологічного розвитку дітей.

Планування організованого навчання фізичним вправам дітей з врахуванням індивідуального рівня їх фізичного стану забезпечує кожній дитині, при систематичному їх виконанні, оптимальний рівень здоров'я, життєдіяльності, навчання. Для активізації мотиваційної сфери з метою

покращення фізичного розвитку дітей рекомендуємо роз-виток рухових здібностей здійснювати за допомогою ігрового методу. Тому оцінка рухової підготовленості дітей може бути наступним завданням експериментального дослідження.

УДК 373:796.012.1-053.4

Коханюк І. В.,
магістрант 1 року навчання
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»,
Гетманцев С. В.,
канд. біол. наук, доцент, завідувач кафедри
медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації,
ЧНУ імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

МІСЦЕ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У РОЗВИТКУ РУХОВИХ ЯКОСТЕЙ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Відповідно до останніх статистичних даних проблема затримки психічного розвитку (ЗПР) у дітей в Україні є вкрай актуальною. Найчастіше цей стан діагностують у дошкільників та молодших школярів. Серед дітей дошкільного віку ЗПР зустрічається в кількості 25–30% від загальної маси дітей.

Доведено, що в дітей даної категорії спостерігається відставання і у фізичному розвитку, а саме, недостатній рівень розвитку координаційних здібностей, гнучкості, загальної витривалості. За даними медичної статистики є відомо, що загальне число здорових серед дітей із означеною паталогією становить лише 15%.

Затримка психічного розвитку у дітей (ЗПР) – уповільнене формування окремих психічних функцій: мислення, емоційно-вольові якості, увага, пам'ять, відставання від загальноприйнятих норм певного віку.

Виділяють 4 форми затримки психічного розвитку у дітей:

- конституційно зумовлену форму затримки психофізичного розвитку. Причиною цієї форми є уповільненість і нерівномірність дозрівання різних систем організму дитини.
- соматичну форму, котра характеризується тілесним захворюванням (різні хронічні інфекції, алергічні стани, вади серця та ін.).
- психогенну форму – пов'язану із дефіцитом батьківської уваги та спілкування у ранньому дитинстві;

– церебрально – органічну форму, що пов'язана із ураженням головного мозку.

За даними Лещій Н. діти зі складними порушеннями розвитку характеризуються переважно низьким і нижчим за середній рівнем фізичного здоров'я, поганою фізичною працездатністю та незадовільною руховою підготовленістю.

Однією з характеристик ЗПР у дітей є їх фізичне ослаблення, що заважає загальному фізичному розвитку. Зміни у фізичній сфері (розвиток фізичних якостей, наприклад, швидкості) є результатом змін у психічній сфері (наприклад, швидкості сприйняття інформації та прийняття рішення).

Діти відстають від своїх однолітків, що повноцінно розвиваються, у показниках морфофункціонального розвитку, рухової підготовленості, сформованості фізичних якостей, більшою мірою відстають координаційні та психомоторні показники.

На думку Д. Полянцева та О. Плакіді існує кореляційний зв'язок між руховими якостями та розвитком психічних процесів, інтелекту та фізичної підготовленості, дослідники зазначають прямий вплив рухового режиму на розумові здібності у дітей із затримкою психічного розвитку. Це свідчить про те, що високому рівню розвитку моторики відповідає високий рівень розумового розвитку.

Доведено, що інтенсивний розвиток всіх фізичних якостей спостерігається у дітей дошкільного віку, але протікає гетерохронно, тому в цьому віці необхідно забезпечити умови гармонійного розвитку фізичних якостей, з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей організму дитини.

У дітей з порушеннями психічного розвитку часто спостерігаються стереотипні рухи або рухова розгальмованість, що заважає нормальному розвитку.

Характерними руховими порушеннями у дітей із ЗПР під час ходьби і бігу є неправильне положення тулуба і голови, що пов'язано з порушенням постави. Через функціональну незрілість ЦНС, дитина не здатна довготривалий проміжок часу знаходитися в стані постійної м'язової та психічної напруги та здійснювати довільний контроль положення тіла. Специфічним проявом рухової дисфункції у дітей із ЗПР є нахил або згинання тулуба під час утримання рівноваги. Інша проблема полягає в тому, що діти часто не використовують руки для підвищення стійкості тіла для утримання рівноваги.

Отже, порушення координаційної здатності є однією з найбільш розповсюджених рухових дисфункцій у дітей із ЗПР.

Знижені показники фізичного розвитку у дітей із ЗПР супроводжуються також швидкою стомлюваністю, коливаннями працездатності, нестійкістю емоційно-вольової сфери, крім того вони є серйозною перешкодою в оволодінні побутовими, шкільними і трудовими навичками.

Таким чином актуальною є розробка та впровадження програми комплексної корекції рухової дисфункції дітей із ЗПР.

Враховуючи, що необхідною умовою гармонійного розвитку особистості є достатня рухова активність, у якості методу втручання може бути обрана лікувальна фізична культура (ЛФК). У процесі занять ЛФК багато проявів дефекту фізичного розвитку згладжуються і корегуються.

В науковій літературі описано позитивний досвід корекції положення тулуба та голови під час здійснення ходьби і бігу, для чого були використані вправи для корекції постави та зміцнення м'язів тулуба. Для вирішення корекції швидкісно-силових якостей рекомендовані до застосування такі вправи як кидок м'яча вгору та перекидання м'яча один одному. Розроблені методичні рекомендації для поліпшення навички утримання рівноваги корпусу тіла шляхом виконання таких вправ як ходьба по лавці з мішечком піску на голові, рівновага в стійці на носках. Для вдосконалення здатності контролю за положенням рук застосовують ходьбу по лавці, руки в сторони, з предметами в руках; ходьбу з гімнастичною палицею на плечах; збереження рівноваги, тримаючи в руках різні предмети. Ходьбу у процесі відновлення використовують для розвитку основних рухів дитини, формування вміння правильно тримати корпус, дотримуватися ритму ходьби.

Подолянчук І. та співавторами реалізовано самостійно розроблену програму фізичної реабілітації, яка складалася із занять з ЛФК, рухливих ігор, смуг перешкод які повинні сприяти удосконаленню й закріпленню різноманітних рухів, розвитку вольових і моральних якостей для дітей із затримкою психічного розвитку віком 6–7 років. На думку авторів результати свідчать про те, що активізація фізичних і координаційних якостей дає можливість підвищити рівень певних рухових функцій дітей даної категорії.

Серед методів кінезіотерапії, слід наголосити на важливості застосування ігор. Гра, як засіб в реабілітації, впливаючи на організм дитини сприяє її фізичному розвитку. Завдяки рухливим іграм найактивніші діти, можуть реалізувати свою потребу в русі, удосконалити свої рухові вміння і навички, розвинути такі фізичні якості як швидкість, спритність, сила. Удосконалення та розвиток фізичних якостей проходитиме достатньо успішно, якщо процес відновлення буде здійснюватися комплексно з використанням різних рухливих ігор та

ігрових завдань. З таким підходом буде спостерігатися підвищення рівня загальнофізичної підготовки дітей. Для розвитку загальної витривалості у дітей із ЗПР достатньо ефективним засобом є спортивні ігри.

Загальнорозвивальні вправи показані не тільки як засіб всебічного фізичного розвитку, але і як засіб корекції дефектів центральної нервової системи.

Протипоказані вправи з тривалою статичною напругою, через яку порушується нормальна циркуляція крові, а також вправи, пов'язані зі значною силовою напругою, що потребують великої швидкості та тривалості рухів.

У роботі Копочинської Ю. описано, що у реабілітації дітей із затримкою психічного розвитку використовують комплекси вправ психомоторної корекції. Ці вправи, що вимагають достатнього високого тону, координують взаємодію всіх частин тіла, допомагають дитині відчувати власне тіло, керувати ним, відчувати стан напруги й розслаблення, довільно переходити з одного стану на інший, тобто відчувати свій м'язово-динамічний стан. У заняття також включають фізичні вправи прикладного характеру. Основні рухи, що використовуються в звичайних умовах містять способи пересування (повзання, біг, ходьба), збереження рівноваги, стрибки, метання, лазіння, які використовуються у звичайних умовах.

У корекції і реабілітації дітей із затримкою психічного розвитку ефективним засобом є поєднання традиційних і нетрадиційних засобів фізичної терапії.

Оскільки музичний ритм регулює роботу нервової системи і викликає рефлекторне засвоєння ритму життєдіяльності організму, то в оздоровленні дітей певна увага приділяється музично-рухової діяльності. Рухові вправи допомагають дитині точно дозувати рух за силою і тривалістю, регулюють ритм рухів, легко пов'язаних з характером музики, поліпшують психічні процеси, запам'ятовування, автоматизують рухові акти.

Отже, нами зібрано достатньо наукових даних, що підтверджують ефективність використання засобів фізичної реабілітації, а саме методів та елементів кінезіотерапії, для корекції дефектів рухової сфери у дітей із ДЦП.

Оскільки реальні умови сьогодення (військові дії, високий рівень стресу, відсутність доступу до своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги певної категорії населення) є фактором ризику збільшення кількості ЗПР серед дітей раннього віку, вважаємо дану тему перспективною для подальшої наукової розробки. Зокрема, виявлення прямих та опосередкованих впливів засобів фізичної реабілітації не лише

на рухову сферу, а й на основний діагноз (ЗПР), а також на покращення показників активності, участі та якості життя дітей із ЗПР.

УДК 37. 032:796. 011. 3–057. 87

Крижановський В. А.,
магістрант 2 року навчання,
спеціальності 017 «Фізична культура і спорт,
Довгань Н. Ю.,
д-р пед. наук, професор, завідувач кафедри
олімпійського та професійного спорту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТРЕНЕРА В ІГРОВИХ ВИДАХ СПОРТУ

Упродовж останніх десятиліть, в умовах відродження національної духовності та переосмислення культурних цінностей відбувалась орієнтація на формування нової генерації особистості в педагогічному процесі освітніх закладів, основною метою якої був організований, цілісний, систематичний виховний процес, пов'язаний з необхідністю розв'язання важливих наукових і практичних завдань сучасної педагогічної науки, що орієнтувалась на дійсно досконалу, гармонійно-розвинену особистість, забезпечуючи через зміст, методи, форми навчання готовність фахівців до конкретного виду професійної діяльності.

Професійна діяльність тренера з виду спорту безпосередньо виявляється в організації навчально-виховного процесу, актуалізуючи розширення соціально-педагогічних, психолого-педагогічних знань, оволодіння практичними вміннями та навичками, підвищення загальної та методологічної культури, творчої ініціативи. Від особистості тренера, його життєвих і спортивних принципів, високої професійної кваліфікації, педагогічної майстерності залежить успішне розв'язання і загальнопедагогічних завдань «навчання – виховання – розвиток», і досягнення високих спортивних результатів.

До майбутніх тренерів, які здійснюватимуть тренерську діяльність, ставлять вимоги гармонійного поєднання освітніх, виховних та оздоровчих цілей із завданнями фізичного виховання і спорту. Активний розвиток спорту призвів до різноманітності тренерських спеціалізацій, що викликає конкретну спрямованість трудової діяльності. Ігрові види спорту, зокрема волейбол, баскетбол, гандбол та футбол, є найбільш популярними сьогодні в загальноосвітніх навчальних закладах,

спортивних школах, закладах вищої освіти. Тому зростають вимоги до професійної підготовки майбутніх тренерів з ігрових видів спорту, роль яких полягає в досягненні в процесі тренування не лише високих спортивних результатів, а й у розвитку у вихованців духовних та фізичних сил.

Науковці (О. Ажиппо, Н. Белікова, М. Василенко, М. Данилевич, П. Джуринський, Є. Захаріна, Л. Іванова, Р. Клопов, Ю. Лянной, С. Мединський, Є. Павлюк, Є. Приступа, А. Свасьєв, Н. Степанченко, Л. Сущенко, О. Тимошенко та ін.) здійснили ґрунтовний вклад у реформування вищої освіти, що забезпечило якісну підготовку висококваліфікованих фахівців для сфери фізичної культури і спорту.

Останніми десятиліттями науковці (Ж. Бережна, А. Блеєр, Н. Волянюк, І. Грігоровіч, Т. Міхайлова, Є. Романіна, О. Чугрєєва та ін.) активно вивчають професійну діяльність тренера. Установлено, що психолого-педагогічні аспекти професіоналізму тренера висвітлено в працях О. Басенка, Є. Закоłodної, П. Кандиби, О. Нагорняк, Т. Полякової, Г. Проценко, В. Федорова та ін. У дослідженні К. Маркова проаналізовано професійну підготовку майбутніх тренерів з ігрових видів спорту.

Вчені (А. Aditomo, P. Goodyear, A. -M. Bliuc, R. A. Ellis, J. Dewey, M. Healy, C. Justice, J. Rice, W. Warry, J. Ludwig, M. Prince, R. Felder, R. SpokenSmith, R. Walker, J. Wildt та ін.) досліджували особливості підготовки майбутніх фахівців у зарубіжних закладах вищої освіти.

Як засвідчують результати проведеного аналізу наукових досліджень з обраної проблематики, питання формування готовності майбутніх тренерів до тренерської діяльності в ігрових видах спорту (волейбол, баскетбол, гандбол, футбол) залишаються недостатньо розробленими з огляду на потреби нової освітньої парадигми та інноваційних запитів суспільства.

На основі проведеного аналізу психолого-педагогічної літератури та вивчення практичних аспектів організації навчально-виховного процесу професійної підготовки майбутніх тренерів до тренерської діяльності в ігрових видах спорту встановлено певні суперечності між:

- соціальним замовленням держави на підготовку компетентних тренерів та недостатньою розробленістю психолого-педагогічних підходів у питаннях стимулювання їхнього професійного розвитку як тренерів;

- вимогами ЗНЗ та ДЮСШ у формуванні в майбутніх тренерів до тренерської діяльності в ігрових видах спорту та недостатньою розробленістю практичних механізмів у цьому напрямі.

Дослідження педагогічних аспектів професійної діяльності тренера особливо актуальне з огляду на специфіку ігрових видів та надзви-чайно

різнобічним спектром ролей та обов'язків тренера як педагога, психолога, керівника, друга і помічника спортсмена.

Насамперед констатуємо, що величезне значення в становленні тренера-професіонала мають його глибокі знання предмета своєї діяльності, тобто обраного виду спорту, всіх практичних підходів до організації тренування в ігрових видах спорту. Відзначимо, що багато практичних та методичних аспектів організації тренувального процесу в ігрових видах спорту залишаються досі не розкритими, особливої актуальності набуває змістовна суть і характеристика рухової діяльності гравців і тренера.

Професійна діяльність тренера в ігрових видах спорту спрямована на розв'язання двох основних завдань. По-перше, це організація та проведення навчально-тренувального процесу, що передбачає озброєність самого тренера сучасними, науково обґрунтованими спеціалізованими методиками навчання в ігрових видах спорту та принципами їх ефективної реалізації. По-друге, оволодінням ґрунтовними знаннями, вміннями та навичками тренера, що безпосередньо пов'язані із формуванням командного духу. Це завдання актуальне з огляду на те, що волейбол, баскетбол, гандбол та футбол – це командні види спорту, в яких необхідна ефективна інтеграція окремих особистостей з індивідуальними особливостями, мотивами і цінностями в єдину цілісну команду. Саме командний дух, вихованням якого займається тренер відіграє важливу роль як у вихованні та соціалізації гравців, так і для досягнення мети – блискучого спортивного результату.

Особливу актуальність в спортивній діяльності тренера в ігрових видах спорту посідає її змагальна складова. Виходячи з цього, вміння домагатися високого спортивного результату, виступає системоутворюючим фактором всієї професійної діяльності тренера. Величезну роль у цьому відіграє, насамперед, ігрове, стратегічне і тактичне мислення тренера, його вміння планувати підготовку гравців і команди до змагання, ведення оперативного аналізу поточної змагальної інформації, гнучкість мислення і завзятість в реалізації ігрового плану, висока комунікативна майстерність, здатність надихнути гравців, вселити в них віру в перемогу і досягнути її на практиці.

До організації тренувального та змагального процесу в ігрових видах спорту безпосередньо залучено декілька суб'єктів: окремий спортсмен, як член команди (або вся команда) – тренер – суддя – вболівальники. Участь кожного з них є різною за значимістю та мотивами. Найбільш важлива ланка «спортсмен-тренер», незважаючи на певні відмінності, має подібні умови спортивної діяльності. Це, перш за все спільність мети, досягнення найвищого спортивного результату, перемога в змаганнях. У найбільш загальному аспекті професійна діяльність

тренера в ігрових видах спорту характеризується: тимчасовими обмеженнями; опором супернику (прямим, активним або опосередкованим); взаємодією з партнерами; значною психічною та фізичною напруженістю.

Професійна діяльність спортивного тренера в ігрових видах спорту є однією із найбільш своєрідних і специфічних видів спортивної діяльності. Загальна специфічність виникає, насамперед, з самого характеру і змісту спорту взагалі, та в кожному його вигляді, зокрема. Орієнтування на досягнення кінцевого результату («перемога будь-якою ціною»), дуже сильна залежність (моральна, соціальна і матеріальна) тренера і спортсменів від перемоги на престижних змаганнях найчастіше зумовлює всю стратегію і моральні принципи діяльності тренера.

Сутність тренерської діяльності в ігрових видах спорту полягає в тому, що вона включає багато різноманітних і часто суперечливих ролей, виконувати які доволі складно. Функціональний спектр обов'язків вимагає від тренера постійного контролю та сильного бажання вчитися. У нашому баченні з кожним зі своїх гравців тренер, що тренує команду з волейболу, баскетболу, гандболу та футболу виконує декілька професійних ролей, однак найбільш важливими з них є ролі:

- вчителя;
- керівника-лідера;
- організатора.

Зокрема, як учитель, тренер представляє гравцям нові прийоми гри та іншу вагому інформацію. Процес навчання буде ефективним, якщо тренер добре знає свій вид спорту, всі його особливості та нюанси, а також володіє достатньою кількістю методик, щоб передати ці знання. Він також повинен знати, що процес оволодіння нового в кожного гравця проходить з різною швидкістю, і це слід враховувати в практиці навчання. На самому першому, початковому рівні навчання він несе повну відповідальність за підтримання протягом всієї спортивної кар'єри гравців системи спортивних цінностей і духу справедливої гри. Здатність тренера встановлювати і підтримувати ці цінності залежить від трьох чинників: як добре він розуміє і твердо дотримується принципів «справедливої гри»; як добре він розуміє причини участі своїх вихованців у спортивному житті; як добре він розуміє різні підходи до тренування. Чим більше тренер знає щодо цих факторів, тим краще він зможе зрозуміти і сформулювати свій власний підхід до тренування. Зокрема, можна бачити, як цей підхід впливає на щоденні тренування і як тренер може змінюватися в залежності від ситуації і від досвіду.

Як керівник і лідер, тренер повинен встановлювати своїм гравцям реальні цілі, які вони можуть досягнути. Упевненість гравців у реальності досягнення поставлених цілей відіграє вагомий мотивуючий роль. У якості лідера тренер є для гравців зразком для наслідування, його поведінка і ставлення має величезний виховний вплив на них, а також виступає як модель найбільш адекватної поведінки.

Як організатор, тренер створює умови для повного розвитку спортсменів і як гравців, і як особистостей, усуваючи всі перешкоди на цьому шляху. Ця роль вимагає від тренера ретельного планування і підготовки, продумування всіх організаційних деталей і повної впевненості в наявності необхідної підтримки для виконання завдання. Спорт існує для спортсмена, і лише тренер зможе позитивно вплинути на своїх гравців, якщо сам є ефективним викладачем, лідером і організатором.

Психологи та педагоги виділяють авторитарний, демократичний, ліберальний стилі керівництва тренерів своїми командами.

Авторитарний (директивний) стиль роботи тренера характеризується повним одноосібним прийняттям рішень, через прагнення виключного права заохочувати і карати спортсменів. Всі керівні впливи тренера зводяться до наказової форми, ультимативних вимог, розпоряджень. Авторитарного тренера визначає фанатизм і нетерпимість до чужих точок зору.

Встановлено, що авторитарне керівництво спортивними командами в ігрових видах спорту має такі форми:

- патріархальне, що породжене уявленнями про колектив як велику родину, де всі повинні виконувати розпорядження керівника-тренера, який вважає спортсменів нездатними приймати самостійне рішення, а тому мусить піклуватися про них;
- бюрократичне, в основу якого входить надмірне ставлення до значущості й ролі тренера як носія регламентованих функцій;
- харизматичне, суть якого полягає у визнанні видатних, неповторних якостей тренера як лідера, що може зажадати виконання своєї позиції та безумовного виконання розпоряджень від підлеглих, при цьому не враховуючи їх думку.

Колегіальний, або демократичний стиль керівництва тренера в ігрових видах спорту передбачає передачу ним частини своїх повноважень та функцій членам спортивної команди. Для прийняття тих чи інших рішень тренер активно залучає весь колектив команди. Позитивним є той факт, що тренер систематично обговорює та узгоджує усі свої пропозиції та рішення. Розглядаючи питання, які стосуються діяльності команди, тренер розвиває самостійність і особисту ділову ініціативу. У спілкуванні зі своїми вихованцями у демократичного тренера відсутній диктаторський

тон, немає нервовості, роздратованості. Всі звернення до спортсменів виконуються ним у формі прохань, порад. Усі його зауваження є делікатними та носять рекомендаційний характер.

Контролюючи діяльність членів колективу, тренер намагається зосередити свій контроль на головному, не переходячи до дріб'язкової опіки. У стосунках із спортсменами він об'єктивний, справедливий, ввічливий, делікатний, доброзичливий і завжди доступний для контакту, в роботі не боїться конкуренції, а у своєму оточенні надає перевагу кваліфікованим спортсменам, що володіють професійними якостями.

Ліберальний (вільний, поступливий) стиль керівництва характеризується мінімальним втручанням тренера в процес управління спортивною командою. Для ліберального тренера притаманне перебування осторонь від тієї проблеми, яка розглядається членами команди. При цьому увесь контроль за діяльністю спортсменів тренер-ліберал здійснює від час-від-часу, тоді як основне своє призначення він вбачає реалізації інформаційної діяльності та посередництві між колективом.

Вимоги, поради, рекомендації в спілкуванні з спортсменами в тренера-ліберала відсутні, їх замінюють прохання та вмовляння. Будь-які пояснення порушення дисципліни, невиконання завдання він приймає без критичної оцінки. Такий тренер у край байдужий до думки учасників команди, яку він тренує, мало спілкується і безініціативний у всьому, байдужий до своєї управлінської діяльності.

Отже, в процесі дослідження встановлено, що сформовані уміння тренера в ігрових видах спорту протистояти тиску зовнішнього середовища в досягненні «швидкого результату будь-якою ціною», стійка світоглядна позиція, почуття відповідальності і глибоке особисте занепокоєння за майбутнє вихованців – все це неодмінні атрибути високопрофесійного фахівця.

Як зазначають вчені О. Імашев, та Кандиба, функції спорту реалізуються в продукті спортивної діяльності. На нашу думку, продуктом діяльності тренера в ігрових видах спорту стають сукупність очікувань вихованців і суспільства в цілому, який умовно можна поділити на чотири великі групи:

- виховний ефект (формування у спортсменів позитивних властивостей особистості);
- освітній ефект (наявність знань спортивної та фізкультурно-оздоровчої спрямованості та сформованість умінь виконувати дії в конкретному ігровому виді спорту);
- оздоровчий ефект (поліпшення здоров'я, фігури, самопочуття, підвищення функціональних можливостей, загальної працездатності та розвиток рухових якостей);

– змагальний ефект (підвищення рівня змагальних досягнень спортсменів).

Розглядаючи особливості праці тренера в ігрових видах спорту з позицій системно-структурного підходу, необхідно використовувати порівняльний аналіз діяльності фахівців різного рівня майстерності, якісний і кількісний аналіз сутності професійної готовності за певними критеріями. Інформаційним є також операційний принцип вимірювання ефективності професійної діяльності тренера, а також принцип моделювання, що використовується при дослідженні структури та змісту професійної підготовки. Тільки з урахуванням діалектики організації навчально-виховного процесу можна визначити найбільш оптимальні шляхи вирішення педагогічних завдань щодо вдосконалення готовності до професійної діяльності та дослідженні її компонентів, критерії та показників. Саме цим аспектам і буде присвячений наступний параграф.

УДК 37.032:796.011.3–057.87

Миронюк Р. С.,
магістрант 2 року навчання,
спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»
Довгань Н. Ю.,
докт. пед. наук, професор, завідувач кафедри
олімпійського та професійного спорту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗДОРОВЧИХ ФІТНЕС–ПРОГРАМ У ЗВО

Сучасна наука у галузі фізичної культури розглядає здоров'я людини у тісному взаємозв'язку з рівнем його рухової активності, генетичними передумовами, енергетичним потенціалом і способом життя. Такий підхід передбачає переорієнтацію галузі на вирішення пріоритетної проблеми – зміцнення здоров'я населення засобами фізичного виховання і спорту, побудови умов для задоволення потреб кожної людини в боротьбі за власне здоров'я, виховання соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя і профілактику захворювань. Процес формування гармонійно розвиненої особистості визначається кількома факторами. Насамперед це зміцнення здоров'я, досягнення високої та стійкої працездатності за допомогою занять фізичною культурою, активним відпочинком і спортом. Від того, яким чином використується вільний час, залежить не лише успіх у навчанні, роботі, а й в особистому житті кожної людини. У наш час важливе місце в оздоровленні нації відводиться оздоровчому

фізичному вихованню, яке включає в себе не тільки процес систематичних цілеспрямованих занять фізичними вправами з метою поліпшення здоров'я, але і вирішення тісно пов'язаних з ними проблем.

Сучасні тенденції у світовому оздоровчому русі супроводжуються появою нових термінів і понять цього соціокультурного феномену. Одним з таких понять є «фітнес», яке отримало за останні роки широке поширення, зустрічаючись у назвах клубів, оздоровчих програм, тощо. При цьому воно має різноманітне тлумачення і використання, яке призводить до термінологічної та методичної плутанини.

В перекладі з англійської «fitness» – відповідність, яка включає різні види спортивних вправ, а також інші засоби для покращення здоров'я, зміцнення систем організму і корекції фігури. Слово «фітнес» (від англ. to fit – бути в формі) має широкий спектр трактувань – здоровий, бадьорий, пристосований. Його концептуальна база має більш конкретний зміст і є важливою складовою філософії успіху, яка передбачає необхідність рівня готовності долати життєві труднощі.

У вітчизняній сфері оздоровчої фізичної культури поняття «фітнес» використовується досить недавно, однак ствердження і популяризація цього терміну відбивають ситуацію її принципового реформування в період росту пріоритетного значення загальнолюдських цінностей, орієнтації суспільного розвитку на інтереси людей, гуманістичних зачатків у розвитку особистості.

Давидов А. Ю., Шамардін А. І., Краснова Г. О. (2005) умовно поділяють оздоровчий фітнес на три категорії: загальний фітнес, фізичний фітнес, спортивно-орієнтований.

Загальний фітнес використовується на початковому етапі занять та має на увазі оптимальну якість життєдіяльності, охоплюючи соціальні, психічні, розумові, духовні і фізичні компоненти. Цей етап заняття спрямований на загальний фізичний і руховий розвиток, покращення складу тіла, підтримку і розвиток функціональної дієздатності та задоволення потреби в руховій діяльності та характеризується виконанням вправ низької інтенсивності, плавними, обмеженими по амплітуді та напруженими рухами. Ідеологія загального фітнесу реалізується в програмах оздоровчого спрямування, де об'єднані методи і засоби, що з'єднують фізичні навантаження і ментальні дії, орієнтовані на регуляцію фізичного та психічного стану. Психічний і соціальний компоненти загального фітнесу характеризують рівень їх стану, який забезпечує адекватну реакцію поведінки, здатність протистояти емоційним стресам і знаходитися у стані гармонії з навколишнім соціумом

Борилкевич В. Є. (2004) у роботі «Ідентифікація поняття фітнес» визначає його, як поняття багатомірне, що містить більш широкий спектр ознак, ніж просто рівень фізичного стану, а зупиняючись на фізичному фітнесі, він характеризує його, як рівень можливостей, які забезпечують рухову активність без зайвого функціонального напруження і які мають для цього необхідні фізіологічні резерви.

Дейнеко А. Х., Кудра Т. А. (2003) визначають спортивно-орієнтований фітнес як високу ступінь рухової активності, спрямовану на розвиток рухових здібностей і фізичних якостей для вирішення спортивних завдань.

Фітнес-програми як форми рухової активності, спеціально організованої в рамках групових або індивідуальних занять, можуть мати як оздоровчо-кондиційний напрямок (зниження ризику розвитку захворювань, досягнення і підтримання належного рівня фізичного стану), так і переслідувати цілі, які пов'язані з розвитком здібностей до вирішення рухових і спортивних задач на достатньо високому рівні.

Круцевич Т. Ю. (2003) стверджує, що класифікація фітнес-програм базується:

а) на одному виді рухової активності (наприклад, аеробіка, оздоровчий біг, плавання, і т. д.);

б) на поєднанні декількох видів рухової активності (наприклад, аеробіка та бодібілдинг; аеробіка та стретчинг; оздоровче плавання і т. д.);

в) на поєднанні одного або декількох видів рухової активності і різних факторів здорового способу життя (наприклад, аеробіка і загартування; оздоровче плавання і комплекс водолікувальних процедур і т. д.).

В свою чергу, фітнес-програми, що базуються на одному виді рухової активності можуть бути розділені на програми, в основу яких покладені:

- види рухової активності аеробної спрямованості;
- оздоровчі види гімнастики;
- види рухової активності силової спрямованості;
- види рухової активності у воді;
- рекреативні види рухової активності;
- засоби психоемоційної регуляції.

Крім цього, В. Ю. Давидов, А. І. Шамардін, Г. О. Краснова (2005) виділяють інтегративні, з'єднані програми, які орієнтовані на спеціальні групи населення:

- для дітей;
- людей похилого віку;
- жінок до і після пологів;
- програми корекції маси тіла.

Найбільше розповсюдження отримали фітнес-програми, які базуються на використанні видів рухової активності аеробної спрямованості.

Основи цього виду тренування викладені ще К. Купером (1989) в книзі «Нова аеробіка». Розроблені К. Купером аеробні програми та норми рухової активності містили різноманітні види природних рухів, таких як ходьба, біг, плавання, катання на ковзанах, які викликають значне підвищення частоти серцевих скорочень та інтенсивності дихання

Не слід сприймати термін “аеробіка” як заняття фізичними вправами тільки в аеробному режимі. Л. Мадлен дав наступне визначення: «...аеробіка – це ефективне, цілісне, довготривале тренування, при якому центральним пунктом є важливі фітнес компоненти, такі як сила, гнучкість та координація в тісному взаємозв’язку з музикою, злиті в одну єдину логічно побудовану тренувальну програму».

З розвитком та поширенням аеробіки з’являються нові фітнес-програми. Для характерної в наш час тенденції активного розширення засобів рекреації і оздоровчої фізичної культури відноситься система нетрадиційних вправ з використанням спеціалізованих тренажерів під назвою «Аеробна велокінетика», «Спінінг», «Сайк Рібок», «Спінбайк».

Технологія комплексних вправ «Спінінгу», яка базується на модернізації велотренування в залі за допомогою спеціалізованого тренажера, дозволяє, поряд з основним видом тренувальної роботи – педалюванням, використовувати різноманітні варіанти рухів з участю м’язів суглобів тулуба та верхнього плечового поясу. Система аеробної велокінетики «Спінінг» представляє собою комплекс модифікованих вправ на тренажерах, які виконуються груповим методом з музичним супроводом

У наш час існують фітнес-програми з використанням кардіоваскулярних тренажерів: бігові доріжки, велоергометри, лижні і гребні тренажери, степ- тренажери – степери, які використовуються з метою збільшення рівня аеробних можливостей. Технічні можливості цих тренажерів дозволяють створювати фітнес-програми з вільним (ручним) регулюванням тренувальних параметрів (швидкості, кут нахилу, дистанція) і автоматичним.

Наукове обґрунтування К. Купером (1989) та широка популярність аеробних програм ходьби та бігу викликало інтерес до інших видів оздоровчих занять.

Вище згадані факти зумовили переорієнтацію спрямування традиційних видів рухової активності зі спортивної на оздоровчу. Інтенсивно розвивається спінбайк – аеробіка (сайклінг, спінінг), що сформовані на базі велоспорту, а на базі боксу і карате – кікбоксінг аеробіка, тай-бо.

Оздоровча аеробіка, яка пов'язана з боксом та включає елементи бойових мистецтв, в першу чергу пропонувалась чоловікам, але з кожним роком все більше жінок віддавали перевагу цьому виду рухової активності. Заняття з використанням бойових мистецтв будуються за принципом, який використовується в аеробіці. Тренування проводяться під музичний супровід з метою збільшення аеробних і силових можливостей, а також технічної майстерності. Заняття базується на основних елементах відповідних видів спорту, на використанні серії мало-амплітудних темпових рухів: джеб (прямий удар), хук (удар збоку), аперкот (удар знизу) з постійною зміною позицій і різноманітними переміщеннями, що імітують дії боксера. Елементи вправ зв'язуються в комбінації.

В теперішній час розрізняють три види аеробіки: оздоровча, прикладна та спортивна. Оздоровча аеробіка – одна із видів масової фізичної культури з регулюванням навантаження. Характерною рисою оздоровчої аеробіки є наявність аеробної частини, протягом якої підтримується на оптимальному рівні робота серцево-судинної, дихальної та м'язової систем.

У наш час на ринку фітнес-індустрії з'явилося більш ніж 100 різноманітних фітнес-програм, які базуються на видах оздоровчої гімнастики. Класифікація цих фітнес-програм ускладнена через їх різноманітність, різну цільову спрямованість, засоби, які використовуються, характер музичного супроводу та інші фактори.

Разом з тим, вибір в якості відмінності характеру дії на організм дозволяє класифікувати всю різноманітність видів аеробіки, які спрямовані на розвиток:

1. Аеробної витривалості;
2. Силовій витривалості і сили м'язів, формування гармонійної фігури;
3. Координаційних можливостей і музично-ритмічних навичок;
4. Гнучкості і досягнення релаксації.

До занять на розвиток аеробної витривалості можна віднести степ-аеробіку, програму «Total Body Workout», хай-імпакт, хай-лоу-імпакт, роуп-скіппінг. Сучасні фітнес-програми включають великий діапазон тренувальних засобів, які дозволяють вирішувати різні задачі: посттравматичної реабілітації, поетапного кондиційного тренування, високоінтенсивного спортивного тренування з елементами атлетизму. Силова аеробіка, базована на використанні різноманітного інвентарю: бодібарів, гантелей, амортизаторів, а також такого спортивного обладнання, як поперечини, міні-штанги, гантелі (памп-аеробіка).

Стрімкий розвиток нових класів аеробіки, відомих як фітбол-тренінг, є характерним прикладом раціонального використання в фітнес-програмах

сучасних досягнень науково-технічного прогресу. М'ячі великого розміру – фітболи, з'явилися порівняно недавно, хоча з древніх часів в культурі будь якого народу м'яч використовувався в якості розваги. Програми з фітбол-аеробіки унікальні за своїм впливом на організм і викликають великий інтерес у дітей. Практично це єдиний вид аеробіки, де у виконання фізичних вправ включаються одночасно руховий, вестибулярний, зоровий і тактильний аналізатори, що в геометричній прогресії підсилює позитивний ефект від занять фітболом. У тренуваннях з тераробіки в якості амортизатора використовується спеціальна латексна стрічка, яка фіксується на кисті і гомілці. і

В залежності від впливу моди, використання тих чи інших танцювальних стилів, аеробіка може бути представлена у вигляді фанк-аеробіки, джаз-аеробіки, брейк-аеробіки, диско-аеробіки, модерн-аеробіки

Важливим компонентом сучасних фітнес–програм є стретчинг–система спеціально фіксованих положень частин тіла з метою поліп-шення еластичності м'язів і розвитку рухомості суглобів. Організовані після основної розминки по закінченню аеробного заняття або силовій частини, а також у вигляді самостійного заняття вправи зі стретчингом знижують надмірне нервово-психічне напруження, ліквідують синдром відставленого болю у м'язах після навантаження.

Фітнес-програми можуть базуватися на руховій активності силовій спрямованості.

В різних вправах і програмах силового тренування використо-вуються засоби:

- кондиційної гімнастики, яка є основою в оздоровчому тренуванні і представляє собою систему загальнорозвивальних вправ;
- атлетичної гімнастики з використанням різного роду обтяжень;
- бодібілдингу з використанням різноманітних силових тренажерів.

В контексті розгляду понятійного апарату нашого дослідження відзначимо публікації Т. Ю. Круцевич (2017), яка дає визначення поняттю фізкультурно-оздоровча технологія, що поєднує процес використання засобів фізичного виховання в оздоровчих цілях і наукову дисципліну, що розробляє та удосконалює основи методики побудови фізкультурно-оздоровчого процесу.

У контексті наших досліджень ми розуміємо фітнес-технологію як системне поняття, яке є синтезом сучасних науково - обґрунтованих фізкультурно-оздоровчих засобів, що застосовуються у фітнесі, та новітніх психолого-педагогічних підходів у методиці побудови та проведення занять з урахуванням статевої та вікової особливостей учнів та їх мотиваційних пріоритетів. Причому у нашому розумінні особливість фітнес-технології полягає у можливості її використання на більш

широкому контингенті ніж, на приклад фітнес-програма, що розробляється під конкретну людину або групу людей.

Сьогодні у фізичній культурі сформувався базовий підхід до реалізації мети галузі – оздоровча спрямованість фізичної діяльності. В системі виховання сучасної студентської молоді значне місце повинні займати нові підходи до створення більш досконалої системи фізичного виховання, головними завданнями якої є пошук адекватних і об'єктивних методичних прийомів, залучення сучасних методів удосконалення фізичної підготовки та зміцнення здоров'я здобувачів вищої освіти.

УДК 779.011.3:4378.09(477)

Мінц М. О.,

канд. істор. наук, доцент кафедри
теорії та методики фізичного виховання,

Головаченко І. В.,

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

ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Агресивна війна росії проти незалежної України спричинила цілу низку вимушених організаційних заходів спрямованих на адаптацію системи фізичного виховання у закладах вищої освіти. Заняття із студентами перейшли у режим онлайн, що спричинило цілий ряд незручностей у вивченні фізкультури здобувачами освіти. Так, безумовно, не можливо навчити студентів правильному виконанню фізичних вправ, в режимі Інтернету та це практично і не можливо. До тих пір поки спортсмен практично багатократно не виконає вправу під керівництвом тренера або викладача самостійно, не зможе досягти досконалості та впевненого її виконання. Це загально відомо. Безумовно, робота в режимі ЗУМ, Скайп дещо полегшує роботу зі студентами. У даному випадку організується одночасна робота з групою здобувачів освіти, які відвідують заняття у вибраній ними спортивній секції. У той же час відсутня індивідуальна та групова робота на занятті, а також не має можливості проводити заняття в практичній площині. Так, викладач, певною мірою, не має можливості ефективно показати вправу (наприклад, ухил від захисника, фінт на передачу м'яча, тощо). Це спричинено цілою низкою

проблем: віддаленістю від навчального закладу, відсутністю належного інвентарю, приміщення, наявністю Інтернету, можливістю студентами відвідати заняття, тощо.

З метою певного нівелювання вищезазначених труднощів та проблем в організації фізичного виховання під час війни, є раціональне посилення рівня теоретичної підготовки здобувачів університетської освіти. Доцільно якісно організувати заняття з фізичного виховання в системі Moodle, де можна розмістити лекційний матеріал, відеолекції, практичні завдання залежно від тем та розкладу занять, теми контрольних робіт та рефератів, теоретичні тестові завдання, нормативи з фізичного виховання для ознайомлення та обговорення на семінарах, які пройдуть в системі ЗУМ, програмне забезпечення, комплекси фізичних вправ (наприклад, атлетичної гімнастики, аеробіки, спеціальні вправи баскетболіста, волейболіста, стріболіста, тощо).

У даному випадку така організація роботи зі студентами потребує від викладача організованості, підвищеної відповідальності та професіоналізму. Лекційний матеріал повинен бути доступним для розуміння та сприйняття студентами, термінологія зрозумілою. Під час занять викладачу доцільно використовувати наочний матеріал, схеми, діаграми, презентації, малюнки, фотографії тощо, активно спиратися на досвід студентів, який вони отримали раніше у вибраному виді спорту. Доцільно в Moodle викласти навчальний матеріал напередодні занять, для того щоб студенти з ним ознайомилися і мали змогу приймати активну участь в його обговоренні.

Важливою складовою роботи «на віддалені» є зворотній зв'язок, який полягає у оцінці викладачем дій студентів, тобто своєчасна перевірка практичних та контрольних робіт, рефератів, їх участь у семінарських заняттях, кількості відвіданих занять тощо. Ці дії викладача сприятимуть активізації дій студентів спрямованих на глибоке та якісне теоретичне вивчення фізичного виховання, формування бажання самостійно займатися фізичною культурою та спортом, бути прибічником здорового способу життя, пропагувати фізичне виховання серед різних верств населення.

УДК 796:616-072. 7

Мунтян Л. Я.,

доцент кафедри гігієни, соціальної медицини,
громадського здоров'я та медичної інформатики
ЧНУ імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В СИСТЕМІ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНОГО КОНТРОЛЮ ПРИ ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

За визначенням Дегтяренко Т. В. та Долгієра Є. В., фізичний розвиток – це узагальнююче поняття, яке вбирає в себе комплекс морфофункціональних параметрів, що визначають і характеризують:

- життєдіяльність організму людини;
- функціонування основних гомеостатичних систем організму (стан нейроімуноендокринної регуляції);
- функціонування окремих біологічних систем і органів, включаючи серцево-судинну, дихальну і опорно-руховий апарат.

Інакше кажучи, фізичний розвиток – це сукупність морфологічних (зріст; маса, розміри та об'єми тіла) і функціональних (частота серцевих скорочень, частота дихання, кров'яний тиск, життєва ємність легенів, варіабельність серцевого ритму, склад крові, гормональний фон, імунний гомеостаз) властивостей людини, які забезпечують не тільки життєздатність організму, а й оптимальне виконання людиною всіх видів діяльності.

Однак, таке визначення можна застосувати переважно до дорослого організму. Для дітей і підлітків його слід розширити з урахуванням тих біологічних процесів, які найбільш характерні для дитячого організму, а саме його зростання і формування. Тому в цьому випадку під фізичним розвитком слід розуміти комплекс морфофункціональних ознак, що характеризують віковий рівень біологічного розвитку дитини.

Формування фізичного розвитку залежить від унікального генотипу людини, а також умов середовища індивідуального розвитку.

Зміни фізичного стану людини протягом життя залежать від ендогенних (спадковість, внутрішньоутробні впливи, вроджені вади, вік, стать, наявні захворювання) і екзогенних (умови праці, гігієни, побуту, харчування, культурні традиції, етнічна належність, шкідливі звички, спосіб життя, клімато-географічні умови, вплив навколишнього середовища) факторів.

Методи дослідження фізичного розвитку людини дозволяють визначити форми, розміри та пропорції частин тіла, функціональні можливості організму, а також контролювати та прогнозувати динамку фізичного розвитку, своєчасно виявляти відхилення від нормативних значень за допомогою ряду індексів та показників.

Дослідження фізичного розвитку проводиться за допомогою двох основних методів: соматоскопії та антропометрії.

Соматоскопія – це метод дослідження фізичного розвитку, який передбачає зовнішній огляд тіла людини. Огляд обстеженого проводять

на відстані 2–3 кроків від дослідника почергово спереду, ззаду та у профіль. При цьому оцінюються: постава; форма спини, грудної клітини та живота; форма верхніх та нижніх кінцівок; тип тілобудови та його морфологічні особливості; стан шкіри і зовнішніх слизових оболонок; ступінь розвитку мускулатури, характер жировідкладень.

Антропометрія (соматометрія) – це метод визначення об'єктивних даних про найважливіші морфологічні параметри тіла (довжина та маса тіла, окружності, діаметри, довжина кінцівок тощо) і про деякі функціональні ознаки людини (життєва ємність легень, дихальний розмах грудної клітини, сила окремих груп м'язів). Антропометричні вимірювання доповнюють і уточнюють дані зовнішнього огляду, дають можливість точніше визначити рівень фізичного розвитку людини. При проведенні антропометричних досліджень треба користуватися тільки спеціальними, стандартними, перевіреними інструментами та строго дотримуватися уніфікованої методики вимірювань.

Для оцінки фізичного розвитку необхідно аналізувати не окремі показники, які його характеризують, а їх співвідношення та взаємозв'язок. Значення будь-якого показника фізичного розвитку оцінюється з урахуванням віку та статі особи. Оцінка фізичного розвитку може бути якісна й кількісна. Для цього використовують такі методи: метод антропометричних стандартів, кореляції, перцентилей, індексів тощо.

Антропометричні стандарти – це середні величини певних ознак організму, які отримують шляхом статистичної обробки великої кількості вимірювань однорідного за складом контингенту людей (за статтю, віком, проживання в одній місцевості, спортивної спеціалізації тощо).

Метод антропометричного профілю – це графічне зображення результатів оцінювання показників фізичного розвитку за методом стандартів.

Метод кореляції визначає взаємозв'язки, співвідношення (кореляції) між різними ознаками фізичного розвитку. Він надає можливість оцінювати за об'єктивними кількісними показниками певні сторони біологічної організації людини. Чим більше корелятивних взаємозв'язків між показниками фізичного розвитку, тим досконаліша біологічна організація людини.

Метод перцентилей дозволяє за допомогою перцентильної шкали виділяти осіб із середніми, високими та низькими показниками фізичного розвитку. Оцінку проводять за допомогою таблиць центильного типу, де один центиль – сота частка будь-якої основної одиниці міри.

Метод індексів дозволяє визначити рівень співвідношення між окремими антропометричними ознаками. Цей метод може надати орієнтовне уявлення щодо пропорційності фізичного розвитку.

Оцінка фізичного розвитку здійснюється за допомогою цілого ряду індексів, наприклад, масо-ростовий показник, зросто-масовий індекс (індекс Брока-Бругша), індекс стрункости (ІС), життєвий індекс (ЖІ), індекс Ерісмана, показник міцності тілобудови (індекс Пінье), індекс пропорційності тілобудови Пірке-Бедузі, індекс Манувріє (ІМ), різницевий індекс, силові індекси.

Отже, методи дослідження фізичного розвитку людини і його оцінка за валідними параметрами відіграють провідну роль у забезпеченні медико-біологічного контролю при фізичній реабілітації.

УДК 796.012.62

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

ЗАСТОСУВАННЯ РОБОТИЗОВАНОЇ МЕХАНОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЄЮ

Протягом останнього часу суттєво змінюється концепція профілактики та лікування захворювань і травм периферичних нервів верхніх кінцівок, де пріоритетними стають не пасивні методи (мануальна терапія, масаж, апаратна фізіотерапія, операції тощо), а активні (кінезіотерапія з використанням тренажерів та технічних засобів з біологічно зворотним зв'язком. Це потребує всебічного дослідження використання активних методів, особливостей їх застосування та впровадження в реабілітацію пацієнтів.

Одним з активних напрямків фізичної терапії є активно-пасивна механотерапія з використанням роботизованих тренажерів. Як свідчать роботи Попадюхи Ю. А., механотерапія може застосовуватися для полегшення виконання будь-якого руху (роботизована механотерапія) і з метою тренування зі зростаючою інтенсивністю, спрямованою на зміцнення рухової, серцево-судинної та дихальної систем (активна механотерапія).

Автори Сидорчук М. Ю. та Любинський Д. В. вважають роботизовану механотерапію одним із найновітніших напрямків відновлення рухових функцій пацієнта. Описуючи її суть, автори стверджують, що

механотерапія полягає у використанні спеціальних роботизованих конструкцій. На їх основі людина може тренувати функції верхніх і нижніх кінцівок з наявністю зворотного зв'язку. Основною перевагою робототерапії науковці вважають досягнення кращої якості тренувань у порівнянні з традиційною лікувальною фізичною культурою.

Отже, роботизована механотерапія – це напрямок рухової реабілітації, основою якого є використання роботизованих пристроїв для тренування функцій рук і ніг з наявністю зворотного зв'язку та застосуванням ігрового або віртуального середовища. Ці конструкції є проривом у робототехніці та призначені для лікування патологічних станів з порушеннями функцій ходьби, координації та рівноваги.

Серед основних факторів, що виділяють робототерапію поміж інших методів є:

- збільшення тривалості занять;
- рівномірна програма занять;
- наявність механізмів оцінки ефективності певних фізичних вправ, які виконуються.

Як свідчить клінічна практика, відновлення рухової активності хворих за допомогою роботизованої механотерапії допомагає в більшості випадків уникнути інвалідизації і повернути пацієнтів до нормального життя. Тренажери також використовуються для запобігання ускладненням після переломів, лікування захворювань суглобів у післяопераційному періоді, запобігання ускладненням після тривалої іммобілізації, відновлення рухливості після хірургічних втручань. При застосуванні механотерапії відновлення відбувається помітно швидше.

Механотерапії відводиться дуже важливе місце у проведенні реабілітаційних та відновлювальних заходів. У поєднанні з гімнастикою, масажем та іншими фізіотерапевтичними процедурами цей вид лікування демонструє високі результати з яскраво вираженою позитивною динамікою та стійкою ремісією.

Отже, реабілітація із застосуванням методів роботизованої механотерапії на даний момент є одним із небагатьох ефективних методів лікування, що дозволяють зменшити неврологічний дефіцит у пацієнтів, а застосування в цій сфері роботизованих пристроїв дозволить покращити якість тренувань.

Для успішної реабілітації у роботизованій системі пацієнт повинен пройти певну «премедикацію», яка полягає у підготовці кінцівок до механотерапії. Необхідно усунути спастичність, контрактури та деформації сегментів кінцівок, тобто за допомогою ортопедичного та хірургічного лікування кінцівки, повинні бути приведені в положення,

максимально близьке до фізіологічного. Тільки тоді можна розраховувати на достатній ефект.

Істотний вплив на ефективність тренувань має правильна оцінка ступеня спастичності м'язів кінцівок пацієнта, наявність/відсутність фіксованих контрактур, наявність/відсутність вивиху в кульшових суглобах, рівень моторних навичок.

Ізольоване застосування роботизованої механотерапії дає позитивний результат у покращенні рухових функцій, проте кращі показники можна отримати внаслідок поєднаного застосування робототерапії та традиційних методів рухової реабілітації. У реабілітаційний процес мають бути включені: ЛФК, масаж, ФТЛ, гідротерапія, ортопедичні укладання та консервативні методи лікування.

Перевагою робототерапії є широкі можливості моделювання параметрів тренувань, безперервний комп'ютерний аналіз, контроль довільної участі пацієнта, можливість проведення тривалих тренувань із високою повторюваністю руху близьких до фізіологічного патерну. Можливість застосування роботизованої механотерапії у комплексній руховій реабілітації є величезним досягненням у сфері високотехнологічної допомоги, а висока ефективність методики є добрим стимулом для її подальшого використання.

На сьогоднішній день існує багато видів та класифікацій механотерапевтичних пристроїв. За переважною спрямованістю впливу тренажери розподіляють на: амплітудно-силові – сприяють збільшенню амплітуди рухів в суглобах руки, відновлюють порушені захоплення і забезпечують тренування сили м'язів кисті та передпліччя; координаторно-рецепторні – тренують координацію рухів і чутливість; комбіновані – володіють одночасним впливом на кілька порушених функцій кисті.

За принципом дії реабілітаційні тренажери діляться на: електромеханічні (поєднання електромотора і зусиль людини), механічні (тільки зусилля людини), автоматичні (тільки електромотор без участі людини, пасивна тренування), напівавтоматичні (часткова участь людини), гідравлічні (гідравлічний привід для полегшення рухів), пневматичні (газова пружина для полегшення рухів), інерційні (навантажувальні пружні елементи-пружини, джгути).

За характером роботи дослідники та розробники пропонують наступну класифікацію апаратів механотерапії:

1. Діагностичні апарати та апарати з біологічним зворотним зв'язком – допомагають враховувати і точно оцінювати якість руху і рухового відновлення;

2. Підтримуючі та фіксуючі апарати – допомагають виділяти окремі фази довільних рухів;

3. Тренувальні апарати і тренажери – допомагають дозувати механічне навантаження при виконанні рухів і вправ;

4. Комбіновані тренажери – дозволяють моделювати не тільки окремі руху, а й цілісні локомоторним акти, в тому числі і з використанням стабілографічних платформ і зворотного зв'язку.

В контексті теми, що досліджується, важливим є огляд комп'ютеризованих систем реабілітації. Так, наприклад, комп'ютеризовані елісферичні системи ІМООВЕ компанії Allcare Innovations (Франція) – це єдині системи в світі, що впливають на весь організм, покращуючи фізичний стан людини. Вони спеціально створені для забезпечення технологій фізичної реабілітації під час відновлення людини після операцій, осіб з пошкодженнями ОРА, суглобів і кінцівок.

Комп'ютеризовані реабілітаційні системи Імоооо 200, 600 і 700 є унікальними в області фізіотерапії, з широким спектром можливих завдань застосування: реабілітація ОРА, травматологія, неврологія, кінезотерапія, ортопедія, відновлення моторики, остеопатія, рухова та нейрофункціональна реабілітація, пропріоцепція, спортивна медицина, реабілітація та підготовка спортсменів, фітнес. Системи оснащені шістьма бічними поручнями для підтримки і двома верхніми тренувальними кріпленнями.

Концепція систем ІМОООВЕ: індивідуальний підхід до проведення реабілітаційних занять за допомогою прийняття оптимального вихідного положення, амплітуди, швидкості і напрямку руху нестабільної платформи; безпека проведення занять (спортивних тренувань), що актуально для пацієнтів з гострими порушеннями функцій вестибулярного апарату та ОРА; інновації - технологія Elispheric (спіральний рух платформи). Під час роботи на цих системах людина сама регулює навантаження від розминки до інтенсивних силових фізичних вправ, тому вони підходить людям з різною фізичною підготовленістю: дітям, літнім людям та хворим, які потребують фізичної реабілітації, а також професійним спортсменам.

Принципово новим напрямом реабілітації є метод зовнішньої реконструкції ходьби із застосуванням роботизованих комплексів ERIGO та ЛОКОМАТ, які мають широкі можливості моделювання рухів хворого в реальному масштабі часу. Апаратний комплекс ERIGO є традиційним столом – вертикалізатором, об'єднаним з роботизованою системою ходьби. Рухи ніг відповідають фізіологічному руху стегнового, колінного та гомілковостопного суглобів, що особливо актуально для даного

контингенту. Результати тренінгу зберігаються в комп'ютері у цифровому та графічному варіантах, що дозволяє простежити динаміку показників у кожного пацієнта.

Motion Maker Swortec S. A. (Швейцарія) – це реабілітаційний комплекс, що поєднує в собі 2 методики реабілітації: функціональну електростимуляцію (ФЕС) та роботизовану механотерапію. Технологія Motion Maker не має аналогів і вперше у світі дозволила поєднати роботизовану механотерапію з технологією м'язової електростимуляції замкнутого циклу CLEMSTM. Датчики, вбудовані в робот, забезпечують контролюючий пристрій інформацією про позицію і силу для того, щоб модулювати м'язові скорочення протягом усього руху. Цей інноваційний метод залучає паралізовані м'язи до руху навіть у разі відсутності контролю довільних рухів.

Ефективність наведених вище методів механотерапії підтверджують клінічні дослідження багатьох науковців та лікарів. Зокрема, вагомий внесок в підтвердження ефективності різних роботизованих систем при реабілітації пацієнтів вніс професор Попадюха Ю. А. В роботах автора описані особливості застосування окремих систем, їх вплив на організм пацієнтів та загально роль у процесі одужання. Окрім цього, клінічні дослідження Авраменко О. М. говорять про більш виражений цілеспрямований вплив на відновлення рухової функції у хворих, що притримувались програми реабілітації на основі методів роботизовано механотерапії.

Зазначені вище системи роботизованої механотерапії успішно впроваджуються в Україні. В деяких реабілітаційних центрах використо-вують терапевтичний тренажер МОТОмед (RECK Medizintechnik), який допомагає дозувати механічне навантаження при виконанні рухів і моделювати локомоторні акти руху нижніх і верхніх кінцівок. Механотерапію і заняття на тренажері МОТОмед здійснюють шляхом виконання циклічних обертальних рухів верхніми і нижніми кінцівками, різних за характером м'язового скорочення, темпу виконання і тривалості. При цьому оперативний контроль за якістю і дозуванням вправ здійснюється з використанням параметрів біокерування: кута обертання, швидкості обертання, наявності опору.

З огляду на широкий ряд систем роботизовано механотерапії у світі доцільним є подальше розширення дослідження на клінічних базах щодо оцінки ефективності застосування сучасних тренажерів роботизованих систем і створення на їх основі реабілітаційних протоколів для хворих з неврологічної патологією.

Висновки. Отже, сучасні методи роботизованої механотерапії дозволяють здійснювати реабілітацію пацієнтів на основі принципу «рівність можливостей» та створювати широкий спектр засобів компенсації психофізичних порушень, що покращують умови реабілітації людей, забезпечуючи їх активне суспільне життя і відкриваючи шляхи до реалізації можливостей.

УДК 796.012.6-042.65-057.875:378.4

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

СПЕЦІАЛЬНІ ВПРАВИ ЛЕГКОАТЛЕТА У ТРЕНУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ СПОРТСМЕНА

В процесі підготовки легкоатлета надзвичайно важливо правильно та методично грамотно побудувати тренувальний процес. І те, що спеціальні вправи мають надзвичайно важливе значення є аксіомою є бузумовним фактором. Загально відомо, що біг є природнім фізичним засобом руху. У повсякденному житті людина виконує значну кількість рухів в процесі трудової та повсякденної діяльності: ходьба, біг, стрибки тощо. Але спортсменові, який цілеспрямовано готується до змагального сезону доцільно виконувати цілу низку спеціальних легкоатлетичних вправ. До них входять вправи на гнучкість, координацію рухів, спритність, витривалість, силу. В залежності від графіку тренування тренер рекомендує спортсменові ті чи інші вправи. Важливо, щоб вправи були доцільними та своєчасними. Для початківців рекомендуються прості і доступні вправи такі як стрибки з ноги на ногу, багатоскоки, біг на прямих ногах, підхват, закидання гомілки назад, підскоки, стрибки, біг з високим підніманням стегна, схресний біг лівим та правим боком, підхват правою та лівою ногою, вистрибування вгору, рух приставними кроками вліво та вправо, біг з викидом прямих ніг назад, «оленячий» біг, ходьба швидким кроком.

В той же час доцільно використовувати силові вправи: присідання на лівій та правій нозі, присідання з штангою на плечах, випади вперед, присідання з гирею яку тримати внизу двома руками, тощо.

Немаловажне значення для покращення результатів в бігу мають вправи на розвиток спритності та координацію рухів: біг з прискоренням, спринт, уповільнення та різкий набір швидкості, стрибки з місця на результат, біг спиною вперед, біг «змійкою» між віхами, вправи на рівновагу: ходьба по гімнастичній лаві та лімнастичній колоді. Зважаючи на той факт, що рухи між руками та ногами скоординовані від природи, то вкрай доцільно зміцнювати верхній плечовий пояс, тому, що слабкі руки не будуть встигати за міцними ногами. Тому рекомендуються віджимання на брусах, згинання та розгинання рук лежачи від підлоги, підтягування на перекладині, різного роду вправи на силових тренажерах, з гантелями, гириями, штангою, резиновими бинтами тощо.

Особливо корисно легкоатлетам активно та постійно використувувати вправи на гнучкість. Спортсмен який має хорошу гнучкість, як правило, зазнає менше травм під час виконання силових вправ, різкого набору швидкості, скоріше «розігрівається», має більшу амплітуду рухів тощо. Це різного роду розтяжки, нахили вперед, назад, вбоки, махи ногами з великою амплітудою, скручування, випади вперед, назад, перекиди вперед і назад на гімнастичному маті.

Для досягнення високих результатів у легкій атлетиці спортсменові доцільно вести здоровий спосіб життя, дотримуватися режиму дня, якісно харчуватись. Тренування повинні мати регулярний характер, не допускаючи тривалих пропусків тренувань, неухильно виконувати вказівки та поради тренера.

УДК 378.016:796.8.03

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

СУЧАСНІ ОЗДОРОВЧО-ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ЗАСОБАМИ ВАЖКОАТЛЕТИЧНИХ ВПРАВ

Сьогодні великої популярності набули силові види спорту. Розглянуто систему змагань та змагальної діяльності спортсменів, структуру підготовленості, основу побудови підготовки спортсменів та спортивного резерву, засоби відновлення та стимуляції працездатності тощо. Саме силові види спорту сприяють прояву максимальних силових зусиль людини, підвищенню працездатності, зміцненню здоров'я, побудові красивої статури. Серед силових видів спорту перше місце посідає важка

атлетика, яка є олімпійським видом спорту. Усе більше поширюються нові види: культуризм, пауерліфтинг, гірбовий спорт, армреслинг, атлетизм, шейпінг, кроссфіт. На нашу думку, арсенал засобів та досвід накопичений у силових видах спорту не достатньо використовується під час занять з фізичного виховання.

Ефективним засобом оздоровчого тренування для учнівської та студентської молоді є силові вправи. Відомі різні силові види спорту і системи вправ з обтяженням, серед яких: важка атлетика, гірбовий спорт, бодібілдинг, армліфтингу, пауерліфтинг і багато інших. Важка атлетика дозволяє розвивати вибухову потужність, контроль над зовнішніми об'єктами та здатість використовувати критичний шаблон мислення.

Існують дві важко атлетичні вправи: ривок та поштовх. Навчання цим рухам охоплює ряд вправ: присідання, станову тягу, силові підйоми на ґруди та поштовх в ножиці. Ці вправи активізують більше рухових одиниць швидше в більшому ступеню ніж інші тренувальні модальності. Вибухова сила, напрацьовується при тренуваннях з використанням важко атлетичних вправ, також важлива в інших видах спорту.

Практика у виконанні важкоатлетичних вправ навчає скороченню м'язових груп в правильній послідовності, від центра тіла до кінцівок. Навчання цьому приносить вагомий внесок у користь всім, кому необхідно прикладати зусилля по відношенню до іншого об'єкта або людини що зустрічається в інших видах спорту.

Дослідження показали, що важко-атлетичні вправи особливі у здатності розвитку сили, м'язової маси, потужності, швидкості, координації, висоти стрибка, м'язової витривалості. Важко-атлетичні вправи являються силовими вправами які збільшують показник максимального споживання кисню – абсолютний показник кардіоваскулярної підготовленості. Засоби важкої атлетики являються функціональними рухами, які копіюють шаблони моторного рекрутування, які в свою чергу необхідні у повсякденному житті. Присідання-це стандартний підйом з положення сидячі, станова тяга- це підйом об'єкта з полу. Це все приклад функціональних вправ. Функціональні вправи дозволяють задіяти кілька суглобів. Як правило, всі повсякденні рухи припускають участь кількох суглобів для різної діяльності.

Найбільш сильний вплив на організм мають вправи глобального характеру, що включають в роботу 60–70% м'язів. Вони викликають центральні адаптаційні перебудови, наприклад, в ендокринній системі, в терморегуляторних функціях тощо.

Найбільший розвиток серед населення вони отримали на початку 90-х років і продовжують поширюватися. Однак, незважаючи на різноманіття

силових видів спорту та оздоровчих засобів силового тренування, їх потенціал на сьогоднішній день мало розкритий. Головною ж відмінністю занять силовими вправами є те, що вони сприяють збільшенню м'язових об'ємів і зменшенню рівня жирової тканини організму, що дає змогу значно покращити будову тіла і є важливим чинником для стимулювання молоді до занять. До того ж це у майбутній трудовій діяльності матиме велике значення, бо чудовий зовнішній вигляд є візитівкою працівників у різних сферах. Це сприяє позитивному настрою, впевненості у собі і покращенню спілкування. Регулярні заняття дозволяють довгі роки підтримувати фізичну та інтелектуальну активність, віддаляючи момент настання старості та хвороб..

Основні завдання спортивно-оздоровчого етапу – зміцнення здоров'я та гармонійний розвиток всіх органів і систем організму учнівської та студентської молоді; формування стійкого інтересу до занять спортом взагалі; оволодіння основами техніки виконання великого комплексу фізичних вправ; виховання працьовитості; розвиток і вдосконалення фізичних якостей (з переважною спрямованістю на швидкість, спритність і гнучкість); досягнення фізичного вдосконалення, високого рівня здоров'я і працездатності, необхідних для підготовки до суспільно корисної діяльності; відбір перспективних дітей та молоді для подальших занять важкою атлетикою.

М'язова система у підлітків посилено формується як в морфологічному, так і в функціональному відношенні і відрізняється своїм якісним і кількісним складом від м'язової системи дорослих.

Для підліткового віку характерний інтенсивний ріст мускулатури і м'язової сили. Швидкий розвиток сили нерідко призводить до того, що підлітки переоцінюють свої реальні можливості. Приріст сили в міру того як людина дорослішає, пов'язаний не тільки зі збільшенням маси м'язів, а й зі зміною їх структури, з поліпшенням нервової регуляції. У кісткової тканини учнівської та студентської молоді відбуваються великі морфологічні зрушення, так як зростання кісток і суглобів ще не завершився. Тому кістки податливі і легко деформуються при надмірних фізичних навантаженнях (особливо статичних).

Тренувальні заняття силової спрямованості, в даному випадку з застосуванням вправ зі штангою викликають гіпертрофію м'язів. Дані вправи є ефективним засобом розвитку сили м'язів і використовуються з метою підготовки опорно-рухового апарату спортсмена в більшості видів спорту. Поряд з гіпертрофією скелетних м'язів в процесі занять важкою атлетикою у учнівської та студентської молоді відбувається розвиток кістково-зв'язкового апарату. Також в ході силового тренування

вдосконалюється функція нервово-м'язового апарату, що важливо для даного вікового періоду.

Вправи зі штангою шкідливі для хребта і суглобів. У цьому питанні багато залежить від тренера. Досвідчений фахівець впершу чергу зробить упор на розвиток м'язів спини, що створюють потужний корсет, що запобігає негативний вплив на хребет. Лише після цього переходять до більш серйозних тренувань, причому поступово адже сила приходить не відразу, а протягом досить тривалого часу.

Зокрема, слід розрізняти навантаження окремих тренувальних чи змагальних вправ або їх комплексів, навантаження тренувальних занять, днів, сумарні навантаженні мікро та мезоциклів, періодів та етапів. Величину тренувальних та змагальних навантажень можна охарактеризувати як «зовнішньої» так і «внутрішньої» сторони. «Зовнішня» сторона навантаження в загальних рисах може бути представлена показниками обсягу.

Найбільш повно навантаження характеризується з «внутрішньої» сторони. «Внутрішня» сторона навантаження – це реакція організму на роботу, що виконується. Для оцінки «внутрішньої» сторони навантаження використовуються як показники термінової реакції функціональних систем (ЧСС, ЧД, АТ, колір обличчя, колір шкіри) так і процесів відновлення (характер та тривалість). Зовнішні та внутрішні показники навантаження тісно пов'язані: збільшення обсягу та інтенсивності тренувальної роботи призводить до посилення зусиль в функціональному стані різних систем та органів, до виникнення та заглиблення процесів втоми, гальмування відновних процесів.

Величина та спрямованість тренувальних навантажень визначається особливістю застосування та порядком поєднання наступних компонентів: тривалість та характер вправ, інтенсивність роботи, тривалість та характер пауз відпочинку, кількість повторень, підходів.

Аналіз динаміки змін ваги тіла важкоатлетів та їхніх не тренованих однолітків свідчить, що юні атлети 12 років достовірно важчі своїх однолітків. З віком спостерігається збільшення ваги тіла, у атлетів приріст зросту більше виражений. Так, якщо в період з 12 до 14 років вага тіла атлетів збільшилась у середньому на 13,9 кг, у нетренованих підлітків – на 8,2 кг, а з 14 до 16 років відповідно на 13,5 кг і 10,1 кг. Більш високі показники приросту ваги тіла у юних атлетів у порівнянні з не тренованими однолітками в період статевого розвитку пояснюється тим, що заняття атлетичними-силовими видами спорту є фактором, що впливає на збільшення ваги тіла. В цьому віковому періоді у юних атлетів спостерігається більше виражений приріст м'язової маси у порівнянні з не тренованими однолітками. Це призводить до того, що атлети, досягаючи

17–18 років, за розвитком м'язової маси не поступаються дорослим. Вони спроможні вже досягти високих спортивних результатів на рівні міжнародного класу, що підтверджується досягнення атлетів за останні роки.

Аналіз досліджуваної проблеми в педагогічній теорії та практичній діяльності фахівців в галузі фізичного виховання студентів показав, що для формування рухової навички використовуються різноманітні засоби. Проте залишається актуальним пошук нових шляхів і засобів формування рухової навички в процесі фізичного виховання. Багато науковців вказують на провідний вплив силових здібностей під час формуванні рухової навички. Дуже добре досліджені в сучасній літературі техніка навчання та удосконалення технічної майстерності важкоатлетів. Але майже відсутні дослідження оздоровчого впливу засобів важкої атлетики на організм учнівської та студентської молоді. Заняття силової спрямованості для учнівської та студентської молоді можуть бути ефективним засобом фізичного вдосконалення, вирішуючи проблему низької рухової активності цього вікового періоду.

УДК 796.012.2–057.874

Слободський Б. С.,

студент 284 групи,

Гетманцев С. В.,

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

ВПЛИВ СИЛОВОГО ТРЕНУВАННЯ НА КОГНІТИВНУ РОБОТУ МОЗКУ

Увагу фізіологів та фахівців з фізичного виховання привертає функціональний аспект: взаємодія фізичного та розумового розвитку відповідно до вікових функціональних можливостей організму. Фізичний розвиток, як сукупність морфо-функціональних показників, визначає витривалість та працездатність організму, отже, є відображенням наявних і потенційних можливостей організму. Фізичний розвиток обумовлений як генотипом, так і фенотипом. Фенотипова детермінанта, що обумовлена руховою активністю, способом життя, соціальною сферою, є більш вагомим в постнатальному розвитку. Водночас фізичний розвиток є показником стану здоров'я організму. Регулярні фізичні навантаження та рухова активність викликають вироблення стійких моторних умовних

рефлексів, утворення і вдосконалення рухових навичок і фізичних якостей, підвищення тренуваності організму, наслідком чого є позитивні морфо-функціональні зрушення та поліпшення адаптивних можливостей. Гармонійний фізичний розвиток є невід'ємною складовою успішного розумового розвитку. З вище зазначеного видно, що між концептуальними поглядами фахівців в області психології, фізіології та фізичного виховання не існує принципових заперечень щодо передумов та характеру розумового, інтелектуального, когнітивного розвитку.

Когнітивні функції мозку – це здатність розуміти, пізнавати, вивчати, усвідомлювати, сприймати і переробляти зовнішню інформацію. Це функція центральної нервової системи. Порушення когнітивних функцій є одним з найбільш частих неврологічних симптомів. Зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті – найчастіші скарги пацієнтів у невролога. Когнітивні порушення зустрічаються у постінсультному періоді, при розсіяному склерозі, як наслідок хронічної це ребро-васкулярної недостатності та при інших захворюваннях. По вираженості когнітивні порушення поділяють на легкі, помірні і тяжкі.

Деменція – один з видів тяжких когнітивних порушень. Клінічна картина деменції складається з когнітивних, поведінкових, емоційних розладів і порушень у повсякденній діяльності. Для дослідження когнітивних функцій використовують клінічні методи (збір скарг, анамнезу хворого) і нейропсихологічні тести. Вибір терапевтичної тактики залежить від причини і вираженості когнітивних порушень. Поліетіологічність біологічної природи когнітивних розладів обмежує можливості їх фармакотерапії, тому для таких пацієнтів, в основному, проводяться програми поведінкової, психологічної, корекційно-педагогічної реабілітації.

У всьому світі спостерігається значне і швидке зростання числа людей літнього і похилого віку. З початку століття тривалість життя людей збільшилася майже у двічі. Для вікової групи 65–69 років частота виникнення складає 2,4–5,1% (по Beske), у віці 75–79 років до 10–12%, а від 80 до 90 років – до 24%. Деменція є станом, який придбаний унаслідок органічного ураження головного мозку, виявляється порушенням інтелектуальної діяльності, критики до свого стану з певними змінами, дефектами пам'яті, абстрактного мислення, розуміння, мови та інших когнітивних (пізнавальних) функцій, які приводить до побутової і соціальної (в т. ч. професійної) дезадаптації. Розлад може бути прогресуючим, статичним або оборотним. Ступінь виразності деменції визначається порушенням особистої активності в повсякденному житті, тривалість симптомів повинна бути, щонайменше, 6 місяців; перебіг хвороби хронічний або прогресуючий; до критерію виключення

відноситься порушення свідомості. Особливої актуальності немедикаментозні стратегії набувають на початкових стадіях когнітивного дефіциту. До немедикаментозних методів профілактики й лікування належать: дієта, фізичні вправи, когнітивний тренінг.

Розвиток деменції може мати різні причини. В основі розвитку деменції завжди лежить органічне ураження головного мозку, завжди вдається виявити специфічний органічний чинник. Розвиток деменцій супроводжується втратою здатності до виконання спочатку більш складних, а потім і елементарних видів повсякденної діяльності, що забезпечують життєдіяльність пацієнта. Оцінка здатності до виконання повсякденних дій визначає функціональний статус пацієнта.

Силовий тренінг позитивно впливає на відділи головного мозку, відповідальні за виконавчу пам'ять. Функціональні тренування, в яких задіяна робота очей і рук як сенсорів, де проводиться аналіз відстані, розвивають оперативну пам'ять – вона відсіває непотрібну інформацію і дозволяє виділити пріоритетні завдання.

Користь, яку приносять силові тренування нашому тілу, всім добре відома. Підвищується швидкість, потужність, зростає м'язова маса, йде зайва вага і т. п. Але який вплив вона робить на роботу мозку? Останні дослідження показують, що регулярні тренування з обтяженням (тобто силові тренування і важка атлетика) можуть позитивно впливати на ключові аспекти розумового здоров'я, наприклад, поліпшуючи пам'ять, увагу, сповільнюючи розвиток хвороби Альцгеймера, і в цілому покращуючи когнітивну роботу мозку.

Коли ми тренуємося, наше тіло виробляє більше молекул, які змушують рости м'язову масу, сухожилля, зв'язки і кісткові клітки, а ті що у нас вже є - розвиваються, стаючи більш ефективними і потужними. Зрозуміло, наше тіло адаптується до всіх навантажень.

Через це наше тіло постійно змушене передбачати наступне навантаження і розвиватися, щоб бути готовим до навантаження. Дані молекули, що відповідають за розвиток, впливають і на клітини мозку, примушуючи їх рости і ставати більш потужними, сильними, ефективними.

Деякі з цих молекул включають в себе ІФР-1 (інсуліноподібний фактор росту 1), білок, який стимулює виживання вже існуючих клітин і зростання нових. Вважається, що мозок повинен мати чималу кількість ІФР-1 для того, щоб стимулювати ангиогенез (фізіологічний процес, внаслідок якого формуються нові кровеносні судини) і нейрогенез (наповнення мозку новими нейронами). Ще один гормон носить назву BDNF (brain-derived neurotrophic factor – мозко-нейротрофічний фактор). BDNF допомагає стимулювати виживання нейронів в мозку, заохочує ріст

і утворення нових нейронів, а також синапсу (структури, яка дозволяє нейронам або нервовим клітинам передавати електричний або хімічний сигнал іншим клітинам). У високих кількостях даний гормон виявлений в частині мозку, пов'язаній з навчанням і обробкою нового матеріалу, а також в корі головного мозку – частині мозку, яка дозволяє зберігати спогади і займатися складним мисленням.

Тренувальні заняття силової спрямованості, в даному випадку з застосуванням вправ зі штангою, викликають гіпертрофію м'язів. Дані вправи є ефективним засобом розвитку сили м'язів і використовуються з метою підготовки опорно-рухового апарату спортсмена в більшості видів спорту. Поряд з гіпертрофією скелетних м'язів в процесі занять у учнівської та студентської молоді відбувається розвиток кістково-з'язкового апарату. Також в ході силового тренування вдосконалюється функція нервово-м'язового апарату, що важливо для даного вікового періоду.

Це те, що допомагає концентруватися в повсякденному житті. Нейробіолог Венді Сузукі проаналізувала дослідження, орієнтовані на людей похилого віку. Експерименти показали, що заняття фізичною активністю протягом життя значно знижували ризик деменції і хвороби Альцгеймера в старості. Крім того, навіть у тих, хто починав заняття в літньому віці, поліпшилася увага і концентрація.

Маловірогідно, що когнітивно-направлені види лікування, такі як орієнтування в реальності, когнітивне навчання, тренування навиків, сфокусованих на специфічному когнітивному дефіциті, мають постійний позитивний ефект. Більш того, їх дію пов'язують з появою незадоволеності у деяких пацієнтів.

Регулярні фізичні вправи корисні не тільки для тіла, але і для ментального здоров'я. За даними ВООЗ, менше чверті дорослого населення виконує нормативи з фізичної активності. Гормони, що вивільняються під час тренувань, можуть також поліпшити загальний стан мозку і зменшити пошкодження клітин, що викликають деменцію. Одним із найбільш перспективних напрямків є комплексне лікування деменції, за рахунок якого відбувається підвищення нейротрофічної та нейропротекторної дії, а також посилення енергетичного метаболізму мозку, нормалізація його кровопостачання.

Дослідники прийшли до висновку, що результати підтверджують той факт, що тренування з обтяженням можуть поліпшити як когнітивні функції, так і роботу мозку. Що унікально в цих результатах, так це те, що вони показують, що силові тренування позитивно впливають як на організаційні функції, так і на асоціативну пам'ять - два процеси, які вкрай чутливі до ефекту старіння і нейроної дегенерації (виродження

нейронів, яке найчастіше відбувається на ранній стадії хвороби Альцгеймера).

Нині активно вивчаються різні можливі напрями профілактики деменції. В арсеналі клініцистів, які займаються веденням пацієнтів, є досить велика кількість медикаментозних і немедикаментозних методів терапії, що вже довели свою ефективність у багатьох дослідженнях. Немедикаментозні методи, зокрема консультації з дієтологом, регулярні силові й аеробні фізичні вправи, сеанси КТ, відіграють важливу роль у запобіганні розвитку деменції й уповільненні темпів прогресування зниження когнітивного функціонування. Проте їх не слід розглядати як альтернативу фармакологічним методам. Тільки комплексний підхід до менеджменту таких хворих, що поєднує в собі медикаментозні й немедикаментозні методи лікування, а також роботу з родичами, дає дійсно хороши результат – сповільнює прогресування захворювання, а часто й поліпшує когнітивні функції.

УДК 37.032:796.011.3–057.87

Таранин Д. Е.,
магістрант 2 року навчання,
спеціальності 017 «Фізична культура і спорт,
Довгань Н. Ю.,
докт. пед. наук, професор, завідувач кафедри
олімпійського та професійного спорту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛЬНОГО НАВЧАННЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ

Сучасна система освіти в загальноосвітніх навчальних закладах передбачає її профільність на старшій сходінці навчання учнів у школі, що сприяє інтеграції України до європейського освітнього простору та значно розширює можливості учнів у створенні власної освітньої траєкторії, а також професійного самовизначення старшокласників.

Про важливість переходу на профільне навчання йдеться в стратегії національної модернізації « Україна–2020: стратегія національної модернізації», згідно з якою одним із завдань є підвищення якості загальної середньої освіти та забезпечення інноваційного характеру базової освіти, що включає основні заходи вирішення цього завдання, до якого належить надання можливості всім учням старших класів навча-

тися за індивідуальними освітніми програмами, зокрема отримувати профільне навчання й професійну підготовку.

Аналіз історичного досвіду української школи дає підстави для висновку, що загалом профільне навчання для України не є новим. Так, наприкінці XIX ст. та на початку XX ст. в Україні впроваджено класичні гімназії, де основною метою стала підготовка учнів до майбутньої практичної діяльності. Поряд з розвитком класичних гімназій мали місце реальні училища, які надавали можливість підготовки для вступу до технічних ЗВО. У структурі профільного навчання в Україні в історичному аспекті домінували професійні школи, у яких учні отримували середню освіту за такими напрямками: середні (технічні, медичні, педагогічні, комерційні, мистецькі, духовні, сільськогосподарські), початкові (ремісничі та промислово-технічні, сільськогосподарські, педагогічні, духовні, торговельно-промислові, медичні, мистецькі).

Аналіз літератури запровадження профільного навчання за кордоном довів, що в більшості європейських країн старшу шкільну освіту класифікують як після базову й зазвичай після обов'язкову, що передбачає варіаційні шляхи продовження навчання для учнів, які успішно закінчили перший етап загальної середньої освіти (переважно молодь віком 15–16 років). Це може бути часткова навчальна зайнятість у поєднанні з роботою на виробництві, дистанційна освіта, загально-освітня підготовка з набуттям фахової кваліфікації, модульний спосіб організації навчання в старшій середній школі тощо. Ці та інші різновиди освітніх послуг можуть надаватися комплексно на базі одного навчального закладу (Австрія, Велика Британія, Ірландія, Іспанія, Норвегія, Португалія, Фінляндія) або ж розподілятися між різними типами шкіл, як це характерно для Данії, Італії, Франції, Німеччини, Греції.

Аналіз сучасного стану запровадження профільного навчання в старшій школі в Україні показав, що він характеризується посиленою увагою до розробки наукового й навчально-методичного супроводу в межах забезпечення переходу з 2010 р. на профільне навчання. Зокрема, розроблено Концепцію профільного навчання в старшій школі, на конкурсній основі відібрано понад 80 навчальних програм для 10–11 класів профільної школи. Вони відрізняються не лише своєю структурою, а й спрямованістю на компетентнісний підхід до організації навчально-виховного процесу. Зміст профільного навчання забезпечується також різнопрофільними загальноосвітніми предметами й психолого-педагогічними курсами за вибором. Так, розроблені підручники з предметів, де профільними є українська мова, література, історія, правознавство, математика, фізика, хімія, економіка. При цьому

зазначаємо, що спортивний напрям ще недостатньо забезпечений підручниками й необхідними методиками навчання з різних видів спорту.

Установлено, що система профільного навчання реалізується різними шляхами: через мережу гімназій, ліцеїв, колегіумів, загальноосвітніх навчальних закладів з класами поглибленого вивчення предметів і профільними класами. На сьогодні в Україні функціонує 916 гімназій, ліцеїв, колегіумів, що становлять 4,4% від загальної кількості загальноосвітніх навчальних закладів. Вони охоплюють 298 тисяч (6,4%) учнів.

Поглиблено вивчають предмети в 3,8 тис. загальноосвітніх навчальних закладах, що складає 19% від їхньої кількості. Найбільшого поширення набули школи з класами поглибленого вивчення іноземних мов, математики, інформатики, української мови і літератури, фізики, біології та ін.

Сумарно, за даними Міністерства освіти і науки України на вересень 2020 р. різними формами профільного навчання охоплено понад 1 млн. 350 тис. учнів загальноосвітніх навчальних закладів, що становить 28% старшокласників.

Аналіз проблеми профільного навчання старшокласників на регіональному рівні (статистика Одеської та Київської області) засвідчив, що на 2021 рік профільним навчанням охоплено в Києві – 40,3% загальноосвітніх шкіл; у Одесі – 40,0%;]. Разом із тим за результатами наукового дослідження О. Котової доведено, що із 730 шкіл Київської області тільки 13 мають документально підтверджене профільне навчання за спортивним напрямом.

Зазначаємо, що для вчителів фізичної культури та тренерів важливу роль відіграють їхні майбутні педагогічні здібності, деякі риси характеру й властивості темпераменту, які сприяють подальшому вивченню теорії і вдосконаленню практики професійної орієнтації та професійного відбору молоді на педагогічну професію, оскільки в школі закладаються основи знань, переконань, поведінки людини.

Дослідженнями науковцями доведено, що рівень психологічної готовності великої кількості абітурієнтів до навчання в ЗВО і опанування спеціальністю фізична культура і спорт є недостатнім. Однією з основних причин цього стану, на думку науковців, є прийом до закладів освіти абітурієнтів, які не завжди проявляють педагогічну спрямованість. Стає все більш очевидним, що до професії вчителя та спортивного тренера необхідно готувати школярів заздалегідь з урахуванням їхніх інтересів, схильностей і здібностей, тобто враховувати їхню життєву спрямованість і перспективу успішної праці в майбутньому. Ураховуючи зазначене вище, відзначимо, що питання початкової професійної підготовки учнів

до майбутньої професійної діяльності протягом уже великого проміжку часу є важливими й актуальними для теорії та практики шкільної освіти.

Аналіз досліджень науковців дає підстави стверджувати, що профільне навчання має інноваційний характер, де вагоме місце посідають такі питання:

- наскрізна профільна освіта, що означає моделювання загально предметної та профільної освіти на кожному етапі загальної середньої освіти (початкової, основної, старшої) з позиції характеристики змісту освіти, пріоритетів, цінностей, ключових особливостей, ступеня, критеріїв оцінки підсумкових результатів;

- соціально зумовлені принципи відбору змісту освіти – інформаційної ємності та соціальної ефективності;

- реалізація змісту освіти на підставі проектно-технологічного підходу, що інтегрує всі види діяльності людини – від появи творчого задуму до реалізації готового продукту;

- елективний шлях профілізації, який є набагато дешевшим, ніж мережний, суть його полягає в тому, що учням за рахунок варіативного складника навчального плану пропонуються елективні курси;

- зміна пріоритетних форм організації навчально-виховного процесу;

- формування компетентності професійної спрямованості випускника профільного класу;

- наявність інноваційних рішень щодо визначення змісту профільної освіти та навчальних результатів.

Аналіз літературних джерел засвідчив, що, незважаючи на значну увагу науковців та фахівців різних галузей освіти до профільного навчання, усе ж таки залишається багато питань, які потребують їх вирішення, зокрема спортивний профіль та його напрями. При цьому недостатньо досліджено вплив методик навчання старшокласників на підвищення результативності навчально-виховного процесу в школах спортивного профілю за обраним спортивним напрямом. Одразу зазначимо, що для підготовки педагогічних кадрів перш за все необхідне методичне забезпечення викладання профільних предметів, яке на цей час не задовольняє потреби за кількістю методичних видань та їхньою різноманітністю.

Аналіз проблеми профільного навчання старшокласників на нашу думку, дав можливість визначити, що існує низка питань, вирішення яких сприяє ефективності профільного навчання в старшій школі на рівні держави (макросоціум), регіону (мезосоціум) та окремого навчального закладу (мікросоціум).

На рівні держави (макросоціум) першочергове значення має:

- підготовка кадрів для впровадження профільного навчання;

- запровадження різних моделей профільного навчання;
- визначення навчальних закладів для впровадження спортивного профілю навчання та їх фінансування;
- створення банку даних щодо досвіду впровадження профільного навчання.

На рівні регіону (мезосоціум) значення має:

- проведення моніторингу ефективності профільного навчання з метою його покращення залежно від умов регіону;
- розробка навчально-методичного забезпечення вчителів щодо викладання профільних предметів;
- організація профільного навчання з метою адаптації випускників шкіл до ринку праці;
- проведення досліджень, пов'язаних з досвідом профільного навчання з профільних предметів в умовах регіону.

На рівні окремого навчального закладу (мікросоціум):

- забезпечення різних профілів та напрямів навчання для створення більшого вибору, який би задовольняв освітні потреби тих, хто навчається;
- формування професійної спрямованості особистості школяра в навчанні;
- розробка програм і методик спецкурсів за вибором із метою поглиблення та розширення змісту профільних предметів, у першу чергу, в межах окремого закладу освіти.

Отже, аналіз сучасного стану обраної нами проблеми дає підстави виділити наявні суперечності:

- на рівні держави: між потребою переходу на профільне навчання в загальноосвітніх навчальних закладах та недостатнім станом готовності навчальних закладів до реалізації концепції профільного навчання, недостатньою матеріально-технічною забезпеченістю, навчально-методичною літературою, підготовкою кадрів для переходу на профільне навчання;

- на рівні регіону: між освітньою потребою тих, хто навчається, у виборі профілю навчання, який би їх задовольняв, і спроможністю забезпечити цей вибір у конкретному регіоні; між потребою адаптації випускників шкіл до ринку праці та спроможністю регіону забезпечити цю адаптацію не лише на регіональному рівні, а й на державному для більшої мобільності майбутніх студентів у виборі ними своєї професійної освіти та професійного становлення;

- на рівні навчальних закладів: між потребою учнів у виборі напрямів навчання та в наданні цієї можливості навчальним закладом; між можливістю відкриття профільних класів із різними напрямами та недостатньою, а в деяких галузях знань мізерною, навчально-методичною

забезпеченістю викладання профільних предметів, що, на нашу думку, може змінитися за рахунок досліджень у різних галузях знань та впровадження результатів у практику.

Визначені суперечності в макросоціумі вирішуються за допомогою державних структур і становлять незмінний складник процесу профільного навчання. Суперечності на регіональному рівні вирішуються за допомогою регіональних програм профільного навчання в старшій школі; на рівні навчальних закладів – у колі забезпечення потреб школярів до поглибленого вивчення окремих предметів, а вчителів, які викладають у профільних школах, навчально-методичним супроводом, зокрема за обраним спортивним напрямком. Зазначаємо, що саме суперечності на рівні навчальних закладів є змінним складником у нашому дослідженні та становлять його основу.

Отже, аналіз проблеми засвідчив, що запровадження профільного навчання старшокласників – головне завдання нашої України, яке вирішується на державному, регіональному та рівні навчального закладу. Основними напрямками вирішення порушеної проблеми є розробка навчально-методичного та програмно-методичного забезпечення навчання старшокласників за різними профілями, зокрема за спортивним профілем.

УДК 378:159

Терентьєва Н.,
д-р пед. наук, професор,
завідувач кафедри олімпійського і професійного спорту,
НПУ імені М. П. Драгоманова, м. Київ, Україна

**ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ЯК ЗАПОРУКА ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ
У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ
В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ**

Воєнний стан, який триває в Україні вже практично півроку вніс значні зміни в систему підготовки фахівців у закладах вищої освіти, зокрема 1) масовий недобір на перші курси бакалаврату і магістратури та зменшення кількості студентів на інших курсах внаслідок від'їзду за кордон багатьох родин з неповнолітніми дітьми та надання іноземними закладами вищої освіти пільгових програм для вступу студентів з України та продовження навчання за аналогічними або спорідненими

спеціальностями з паралельним вивченням мови або в окремих країнах навіть українською мовою; 2) втрату високопотужного інтелектуального ресурсу – професорсько-викладацького складу внаслідок їх смерті в зонах активних бойових дій, перебування на тимчасово окупованих територіях, зміни профільної діяльності в межах країни (перебування в лавах ЗСУ, добровольчих загонах, ТрО, перехід на роботу до інших не освітянсько-наукових установ тощо), виїзд за кордон з подальшим звільненням з вітчизняних ЗВО у зв'язку з працевлаштуванням у закордонних закладах; 3) катастрофічне зниження якості освітніх послуг як результат реалізації політики максимального сприяння студентам, яка значною частиною студентів було сприйнято як дозвіл невиконувати завдання з навчальних дисциплін. У свою чергу, ця політика максимального сприяння спричинила зростання навантаження на викладачів, а відтік студентів – зменшення кількості ставок та відповідні або звільнення або недовантаження ставок, що також не сприяє мотивації до підвищення ефективності і результативності освітньо-професійного процесу.

З власного досвіду і досвіду колег – освітян і науковців, які опинились в певній інформаційній ізоляції, якою супроводжувалась ситуація воєнного захоплення українських територій та активних бойових з відключенням від енергоносіїв та джерел інформації – роблю висновок, що найбільша психологічна криза після інстинкту самозбереження і збереження дітей і родини – то інформаційний голод, який викликає не лише депресивно-агресивні стани, а й намагання компенсувати інформаційну недостатність за рахунок домислів і передбачень, які ґрунтуються на неперевірених інформації та перенесенні досвіду.

Освітняни і науковці, чия професійна діяльність безпосередньо пов'язана з інформаційними потоками, які вони опрацьовують та трансформують, перетворюючи у власний друковано-інформаційний науково-методичний продукт та ретранслюючи на здобувачів освіти усіх рівнів. Постійно перебуваючи в середовищі інформаційно-комунікативного освітянам і науковцям вкрай складно тривалий час бути в так званому «просторі інформаційної пустоти». Для професорсько-викладацького складу закладів вищої освіти, чия діяльність з 2019 року (пандемія та її наслідки, пов'язані з переформатуванням освітнього процесу на дистанційну та змішану форми) зосереджена на активному застосуванні комп'ютерної техніки з обов'язковим мережевим доступом (підключення до мережі інтернет) та використанні платформ дистанційного навчання та додатків для спілкування зі студентською аудиторією, катастрофічним стало не лише втратити сферу практичного

застосування своїх компетентностей і досвіду, а й втрата здорового глузду та адекватного світосприйняття при відсутності постійної зайнятості.

Також не будемо ігнорувати значну кількість фейкової інформації, яку на початках складно відрізнити від реальної, особливо за умови відсутності цілісної картини подій та усвідомлення власного майбутнього як у життєвих так і професійних напрямках. Щодо фейкової інформації, на жаль, така інформація подекуди ретранслюється не лише засобами масової інформації та дописами у соціальних мережах країни-агресора, а й вітчизняними так званими «диванними експертами», які не володіючи специфічною інформацією і ґрунтуючись на власних домислах, надавали певні прогнози та поради, які аж ніяк не сприяли забезпеченню психологічної стійкості населення в умовах воєнного часу.

Наряду з цим негативні емоції викликало і поширення в соціальних мережах «радісних обличь тих, хто, маючи гроші, виїхав і насолоджувався мирним життям», наче вимушена еміграція – це виїзд на курорт. Зауважу, що «добіг» за перші три дні до Австралії, Нідерландів, Бельгії, Великобританії, Канади та Сполучених Штатів є засвідченням певної позиції громадян щодо їх неповернення на батьківщину, які б дописи в соцмережах вони не поширювали. Певне обурення у прогресивної науково-педагогічної спільноти викликали і пости на кшталт «давайте всі обнімемося і одразу припиниться війна», «пошир відео с цією піснюю, і наступить мир» і таке інше, хоча й окремі представники цієї спільноти поширювали такі прокламації (переважно шляхом репостів). Також незрозумілим стали повідомлення в групах щодо місць прильотів та інших пошкоджень, що складало враження або про тупість окремих співвітчизників або ж про їх роботу на ворога. І це в той час, коли офіційними ТВ каналами постійно наголошувалось на неприпустимості поширення таки повідомлень. Тобто, безалаберність і низький рівень усвідомлення небезпеки для себе і оточуючих – от прояв низької освіченості і відсутності критичного мислення населення.

Слушними для значної кількості науково-педагогічних працівників виявилась конкретна інформація щодо алгоритму дій в умовах воєнного часу, але ця інформація надавалась переважно відповідними службами, зокрема ДСНС, СБУ, Нацполіція, Киберполіція, Міністерство реінтеграції та інші. І хоча ця інформаційна підтримка здійснювалась без урахування специфіки професійної діяльності окремих груп і категорій населення, та здебільшого реально допомагала зорієнтуватися, що потрібно і не потрібно робити в тих чи інших ситуаціях, з якими не стикалися раніше. Зауважимо, що професійна діяльність в умовах воєнних дій постійно

відбувається під впливом стрес-чинників, в екстремальних ситуаціях, незважаючи на приналежність до конкретної професії.

Люди з високим рівнем психологічної стійкості можуть адаптуватися, переосмислювати, шукати резервний ресурс в собі або ж вміють спиратися на запропонований ресурс (наприклад, на підтримку інших людей), у тому числі і завдяки гнучкому мисленню, емоційній регуляції та розкриттю сильних сторін власної особистості. Формування (виховання) психологічної стійкості як складова соціалізації особистості засвідчує комплексне поєднання навчання, виховання і досвіду взаємодії з навколишнім середовищем та набуття особистістю таких характеристик як стійка самооцінка, позитивний психоемоційний стан, самоконтроль поведінки, морально-етичні принципи, результативність діяльності. Відповідно, психологічна стійкість науково-педагогічної спільноти – явище не просто особистісного характеру, а й підґрунтя формування безпекового стану держави в сфері надання освітніх послуг.

У публікації частково використані авторські матеріали:

Терентьева Н. Перспективи якості надання освітніх послуг ЗВО. *Парадигма вищої освіти в умовах війни та глобальних викликів XXI століття: матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 18 липня – 28 серпня 2022 року*. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. С. 452–454.

Терентьева Н. О. Безпековий стан держави: освітній ідентифікативний потенціал. *Трансформація системи публічного управління створенням здоров'язбережувального та безпечного простору України (модернізація, інновації, розвиток): матеріали міжнародної науково-практичної конференції (22 червня 2020 р.)*. Київ : МАУП, 2020. С. 64–66.

УДК 796.035+615.82

Тіхоміров А. І.,
доцент кафедри олімпійського та професійного спорту,
Тіхомірова О. В.,
старший викладач кафедри медико-біологічних основ

ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

На сучасному етапі розвитку нашого суспільства однією з актуальних проблем є пошук дійових чинників оздоровчого впливу на студентську молодь, яка у зв'язку з перенесеними захворюваннями не може повною мірою використовувати можливості загальноприйнятої системи фізичного виховання і за станом здоров'я віднесена до спеціальної медичної групи. Тривожні тенденції збільшення контингенту у спеціальних медичних групах свідчать не тільки про проблематичність їх подальшого всебічного розвитку, а про можливі перспективи зростання кількості молодих спеціалістів із зниженою працездатністю і ранньою інвалідністю.

Для того щоб забезпечити ефективність процесу оздоровлення студентів, потрібно чітко уявити собі завдання, які необхідно при цьому вирішувати. Так, відомо, що та чи інша хвороба спричинює виникнення різних негативних змін в організмі. І найголовніші з них є наслідком обмеженої рухової активності. Це призводить не тільки до порушення функціональної діяльності систем організму, але й до порушення його взаємодії із зовнішнім середовищем. Знижується імунітет, погіршується функціональна діяльність життєво важливих органів і навіть у молодих людей формуються механізми регуляції, що характерні для зрілого і похилого віку. Невипадково за останні роки помітно «омолодилося» багато захворювань – особливо серцево-судинних захворювань, захворювань нервової системи, органів зору та опорно-рухового апарату.

Як показано класичною фізіологією, вплив на організм будь-якого подразника (у тому числі і фізичного навантаження) зумовлений не тільки силою, але й співвідношенням його з початковим станом та рівнем функціональної готовності організму (тренованості). Тут слід урахувати, що дія різних форм систематичної рухової активності на організм людини має у своїй основі одні й ті ж фізіологічні механізми.

Дослідженнями фізіологів та педагогів доведено, що під дією фізичних вправ виникають функціональні структурні зміни м'язів і відповідних нервових центрів, розміщених на сегментарному рівні в головному мозку. Стимуляція морфо-функціональних та енергетичних можливостей тканин, які забезпечують своєю діяльністю м'язові скорочення і на цій основі розширення діапазону реактивності організму, – загальна риса усіх без винятку фізичних вправ (О. Д. Дубогай, В. І. Завацький, Ю. О. Короп, 1995; І. А. Панін, М. П.

Горобей, 2003 та ін.). Оздоровчий вплив занять фізичними вправами реалізується завдяки фізичному тренуванню, в основі якого лежить елементарний факт посилювання відновлювальних процесів під впливом стомлення після фізичного навантаження, якщо воно не перевищує можливостей організму, інтенсивно протікають процеси відновлення енергетичних потужностей тканин, які сприяють підвищенню м'язової працездатності на більш високий ніж у вихідному положенні рівень. Якщо у цьому періоді – фазі суперкомпенсації – фізичне навантаження повторюється, то відбуваються ті ж зміни, але з однією різницею: ступінь перевищення досягнутої працездатності над вихідним рівнем її збільшується ще значніше. Подальше повторення навантажень, які здійснюються у фазі суперкомпенсації, приводять до послідовного зростання м'язової працездатності.

Основні завдання занять з фізичного виховання зі студентами спеціального навчального відділення: зміцнення здоров'я, сприяння гармонійному фізичному розвитку та загартуванню організму. Для виконання цього завдання потрібно, насамперед, забезпечити кожному студенту кількісно і якісно повноцінний руховий режим. М. М. Амосов говорив: «Інколи лікарі шкодять справі своїми догмами, запобіганнями, формулою «не нашкодь». Лікарі бояться фізкультури. Ось що тепер потрібно для фізкультури: узаконити правочинність її як методу профілактики і лікування, уточнити показання при різних захворюваннях і станах, визначити «дозування» і правила безпеки використання. Зробити це складно, але можливо, якщо забезпечити науковий підхід до визначення рівня тренуваності хворого чи здорового, якому дають рекомендації з фізкультури».

Серйозну шкоду в оздоровленні студентів, які перенесли захворювання, наносить заборона (так звані «звільнення» від практичних занять з фізичного виховання) або часткове обмеження певних вправ із рухового режиму без достатніх для цього підстав.

Загальновідомо, що ті фізичні вправи, до яких організм погано адаптований (наприклад, біг), виявляються найціннішими в умовах обережного, строго дозованого використання. Будь-яка фізична вправа може бути виключена лише на деякий час, після чого її треба поступово включати у заняття. Заборона будь-яких вправ за медичними показниками через погане пристосування організму до їх виконання може стосуватися тих рухів, які не мають прикладного значення, наприклад, деякі гімнастичні вправи, як-то «шпагат».

Жодна фізична вправа, яка має прикладне значення, не може бути протипоказаною взагалі, без визначення періоду, впродовж якого діє заборона, через незадовільну адаптацію організму до цієї вправи. Єдиним

правильним рішенням у цьому разі є поступове поліпшення адаптації організму до вправ такого виду. Основним засобом, який забезпечує розвиток адаптаційних процесів, має бути сама «протипока-зана» вправа. Не виключати, а дозовано, з урахуванням рівня наявних порушень і пристосувальних можливостей організму використовувати цю вправу, що становить одне із важливих завдань занять фізичного виховання у спеціальному навчальному відділенні.

Для досягнення максимального оздоровчого ефекту під час занять треба використовувати суворо диференційовані (залежно від порушень та обсягу пристосувальних можливостей) методи занять. Важливо також урахувати, що організм студентів цієї категорії потребує рухової активності не менше, а частіше і більше ніж організм здорових юнаків і дівчат, причому йому потрібна якісно інша рухова активність.

Ліквідація залишкових явищ після перенесеного захворювання та підвищення фізичної і розумової працездатності. Оволодіння новими фізичними вправами і руховими навичками, безумовно, важливо для студентів. Однак безпосередньою, найближчою за часом «віддачею» від оздоровчих навчально-тренувальних занять фізичного виховання і має бути підвищення розумової і фізичної працездатності, а також ліквідація або зменшення впливу залишкових явищ після захворювання. Відомо, що правильно організовані (відповідно до сучасних досягнень теорії та методики фізичного виховання і лікувальної фізичної культури) заняття фізичними вправами і загартування суттєво підвищують психічну та фізичну працездатність.

Кожен із засобів фізичного виховання має здатність стимулювати працездатність. Однак значно більший ефект виявляє комплексне застосування різних форм занять фізичними вправами і природних факторів. Отже, проведення оздоровчих навчально-тренувальних занять з фізичного виховання дає значний ефект в оздоровленні та фізичному зміцненні організму студентської молоді.

Підвищення компенсаторних можливостей організму. В основі оздоровчого впливу занять фізичними вправами особливо, якщо вони проводяться в умовах паркової чи лісопаркової зони, лежить розвиток таких змін в організмі, які сприяють підвищенню компенсаторних можливостей організму і розгортанню механізмів загальної адаптації та ефективності виконання визначених завдань.

Експериментальний матеріал, зібраний М. В. Зімкіним та О. В. Коробковим (1960), В. П. Мурзою (1991), О. М. Аксьоновою і І. Г. Соколовою (1993), Р. Т. Раєвським (2002), С. І. Присяжнюком (1990, 2006), А. І. Тіхоміровим, О. В. Тіхоміровою, Ю. В. Тупєєвим, М. Г. Семердзяном, Н. В. Решетіловою та ін., свідчить про те, що вплив оздоровчих навчально-тренувальних занять фізичними вправами

реалізується через участь основних механізмів адаптації, унаслідок чого ефективність їх зростає. Важливе значення для механізмів загальної адаптації мають такі результати оздоровчого фізичного тренування:

- удосконалення функції центральної нервової системи, а отже, і нервової регуляції функцій організму;
- підвищення функціональних можливостей і стійкості ендокринних систем;
- збільшення енергетичного потенціалу організму;
- розширення можливостей транспорту кисню;
- оптимізація окисних процесів (у зв'язку з посиленням утворенням мітохондрій) і економізація обміну речовин;
- підвищення стабільності роботи іонних насосів, які підтримують постійний іонний склад у клітинах;
- підтримувати поставу та здоровий хребет.

Формування та вдосконалення основних рухових умінь та навичок, необхідних для опанування майбутньої професії. Вирішенню цього завдання в аграрних вищих навчальних закладах сприяє організація фізичного виховання, яке забезпечує професійно-прикладну фізичну підготовку всіх студентів. Для студентів, зарахованих за станом здоров'я до спеціальної групи, професійно-прикладна фізична підготовка має велике значення, значно більше, ніж для здорових їх товаришів, адже юнаки і дівчата, які перенесли серйозні захворювання, не можуть розраховувати на те, що вони пристосуються до вимог своєї трудової діяльності завдяки природним даним організму і процес такого пристосування відбудеться сам по собі. Крім цього, необхідно враховувати специфічні особливості трудової діяльності в умовах обраної професії.

Те чи інше захворювання, яке призвело до погіршення фізичної підготовленості організму, має змусити студентів ВНЗ більш активно та відповідально, за допомогою викладачів кафедр фізичного виховання, використовувати засоби фізичної культури і спорту, здорового способу життя для розвитку найважливіших рухових умінь і навичок, які в майбутньому сприятимуть високій працездатності.

Оволодіння окремими професійно важливими навичками доцільно розпочинати уже з перших оздоровчо-тренувальних занять. Включення у зміст практичних занять фізичних вправ, які мають прикладне значення і використовуються для лікувально-профілактичного напрямку, сприяють підвищенню ефективності занять. Ураховуючи ці дані, можна рекомендувати використовувати окремі спеціальні вправи, які розвивають професійно важливі якості вже з перших оздоровчо-тренувальних занять у

спеціальному навчальному відділенні, коли вирішуються лікувально-профілактичні завдання.

Формування навичок і виховання звичок особистої і суспільної гігієни та здорового способу життя. Якщо оволодіння фізичними вправами, досягнення високої фізичної працездатності, які вимагають інтенсивного тренування, для студентів спеціального навчального відділення є справою надто складною, то формування навичок і звичок особистої та суспільної гігієни, здорового способу життя є досить доступними для них. Дотримання правил гігієни, розумне і дбайливе ставлення до свого здоров'я для студентів, які перенесли захворювання або мають проблеми зі своїм здоров'ям, особливо важливо.

Під час занять з фізичного виховання студенти спеціального навчального відділення оволодівають правилами особистої гігієни, пов'язаними, насамперед, із заняттями фізичними вправами і загартуванням (прийняття водних процедур, розумний розпорядок дня, догляд за шкірою), навчанням, харчуванням, оджею, а також навичками правильної поведінки у колективі та суспільстві. На особливу увагу при цьому заслуговує уміння стежити за своєю поставою, швидко і красиво ходити.

Беззаперечною умовою здорового способу життя є повне виключення будь-яких впливів, які можуть порушити нормальну життєдіяльність організму. Неприпустиме вживання алкогольних напоїв, навіть у свята. Ця традиція привела до появи нового патологічного стану, відомого у медичній літературі під назвою «святкового серця». Амери-канські кардіологи, які описали цей стан, звернули увагу на те, що кількість хворих зі скаргами на підвищене серцебиття, болі за грудиною і серйозні порушення ритму серцевої діяльності різко зростає після вихідних і особливо святкових днів, які супроводжуються вживанням алкогольних напоїв.

Згубний вплив на організм молодих людей здійснює тютюнопаління. Тютюновий дим, як стверджують лікарі, є сильнодіючою сумішшю шкідливих газів, рідин і твердих дрібних часточок. Він містить понад 4000 компонентів, більшість із яких є фармакологічно активними, токсичними, мутагенними і канцерогенними.

Дим, який продукує цигарка, складається з основного (тобто диму, який вдихає та видихає курець) і бокового (тобто диму, який випускається в атмосферу з кінця палаючої цигарки). У принципі, ці два види диму містять однакові компоненти, але в різних пропорціях. Так, тютюновий дим (ТД) містить удвічі більше нікотину, ніж основний (ОД), а в деяких випадках різниця може бути ще більшою. Вміст у

ТД 4-амінобіфенілу – речовина, яка зумовлює розвиток раку сечового міхура, – майже у 31 раз більший, ніж у ОД (до слова, на сьогодні цигарка залишається єдиним зовнішнім джерелом цього канцерогена). У ТД втричі більше бензапірену (досить поширеного канцерогена, який міститься у вихлопах автомобілів, продуктах згорання їжі, у газоподібних відходах промисловості), у 6 разів більше толуолу (токсичного продукту, який погіршує зір та негативно впливає на центральну нервову систему), і в 50 разів більше диметилнітрозаміну (суперсильної отрути, дії якої не може протистояти жоден вид тварин. Переважно наносить шкоду печінці та легеням).

Охолоджуючись, дим утворює смолу й осідає на дихальних шляхах людини. Смола є найбільш небезпечною з хімічних речовин, які містяться у цигарках, – притому, що люди, в основному, палять через вплив нікотину на мозок, вмирають курці передусім через згубний вплив смоли. Вона спричиняє параліч очисного процесу в легенях і ушкоджує альвеолярні мішечки, спричиняє рак і захворювання легенів, а також знижує ефективність імунної системи.

Великої шкоди завдає курцеві (як активному, так і пасивному) оксид вуглецю – безбарвний газ, який проникає через легені в кров і міцно поєднується з гемоглобіном, перешкоджаючи таким чином транспортуванню кисню до тканин. А це позначається на функціонуванні усіх органів людини. Мозок і м'язи (включаючи серцеві) не можуть діяти на повну силу без достатньої кількості кисню, і для того щоб компенсувати таку нестачу, серце і легені змушені працювати з перевантаженням. У результаті з'являються проблеми з кровообігом. Крім того, монооксид вуглецю пошкоджує стінки артерій, а це може призвести до серцевого нападу.

УДК 008:379.85

Тіхоміров А. І.,
доцент кафедри олімпійського та професійного спорту,
Тупєєв Ю. В.,
канд. наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри олімпійського і професійного спорту,
декан факультету фізичної культури та спорту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СПЕЛЕОТУРИСТИЧНИХ РЕСУРСІВ УКРАЇНИ

Спелеологічний туризм, як вид спортивного туризму, розвивається в Україні протягом багатьох десятиліть і у своєму розвитку тісно пов'язаний з карстологією та спелеологією, пошуком та дослідженням печер. Саме завдяки розвитку спелеотуризму, пошуку нових та дослідженню вже відкритих печер в Україні на сьогодні проведено туристсько-спортивну класифікацію та в певній мірі досліджено значну частину відомих печер. Україна багата на печери. Їх понад 1100 – різного типу, від невеликих до гігантських.

Термін «спелеологія» (від гр. «спелеон» – *печера*) запропонував у 1890 р. французький археолог Емель Рів'єр. Зміст цього поняття весь час змінювався. Під спелеологією нині розуміють одну з наук про Землю, що вивчає походження, розвиток, геологічні, гідрогеологічні та мікрокліматичні особливості печер, їх сучасну і древню фауну, технічні прийоми проникнення під землю і роботи в підземних умовах.

Печера – це геологічний об'єкт у вигляді порожнини або порожнин у верхньому шарі земної кори, які мають один або кілька отворів на поверхні.

Як же вони утворюються? На це питання існує дві відповіді: або в результаті просочування води, що роками руйнує гірську породу, або від постійних руйнівних ударів хвиль об прибережні скелі.

Деякі гірські печери почали створюватися 60 000 000 років тому. Лили дощі, розливалися ріки, і монолітні гори повільно руйнувалися. Дощі постійно капали на гори, і на них почали з'являтися тріщини. А дощі продовжували лити. Вода струменіла, збільшуючи тріщини. Вона знаходила нові щілини в моноліті. Тріщини розширювалися до тунелів. Тунелі перехрещувалися, виникали ніші. Через мільйони років печери прийняли свою форму. А вода робила печери усе більше й більше.

Можна розділити печери за їхнім походженням на п'ять груп: карстові печери; тектонічні печери; ерозійні печери; льодові печери; вулканічні печери.

Карстові печери. Таких печер більшість. Саме карстові печери мають найбільшу довжину й глибину. Карстові печери зустрічаються тільки там, де залягають розчинні породи: вапняк, мармур, доломіт, крейда, а також гіпс і сіль. Хімізм карстових процесів такий, що часто вода, розчинивши породу, через якийсь час відкладає її назад, будуючи так звані натічні утворення: сталактити, сталагміти тощо.

Тектонічні печери. Такі печери можуть виникати в будь-яких породах у результаті утворення тектонічних розламів. Як правило, такі печери зустрічаються в бортах глибоко врізаних у плоскогір'я річкових долин, коли величезні масиви породи відколюються від бортів, створюючи тріщини, які клином сходяться із глибиною. Найчастіше вони завалюються пухкими відкладеннями з поверхні масиву, але іноді утворюють досить глибокі вертикальні печери, до 100 м глибиною. Вивчено вони порівняно слабо.

Ерозійні печери. Печери, утворені в нерозчинних породах за рахунок механічної ерозії, тобто пророблені водою, що містить крупинки твердого матеріалу. Часто такі печери утворюються на березі моря під дією прибою, але вони невеликі. Однак, можливі утворення й печер, пророблених по первинних тектонічних тріщинках струмками, що йдуть під землю. Відомі досить великі (сотні метрів довжиною) ерозійні печери, закладені в піщаниках і навіть гранітах.

Льодовикові печери. Печери, утворені в тілі льодовиків поталою водою. Такі печери зустрічаються на багатьох льодовиках. Характерні довжини становлять перші сотні метрів, глибини – до 100 м і більше. Ще один тип льодовикових печер – печери, утворені в льодовику в місці виходу внутрільодовикових і підледникових вод на краю льодовиків. Поталі води в таких печерах можуть текти як по ложу льодовика, так і по льодовиковому льоді. Особливий тип льодовикових печер – печери, утворені в льодовику в місці виходу підземних термальних вод. Оскільки вода гаряча, вона здатна проробляти об'ємні галереї, однак такі печери залягають не в самому льодовику, а під ним, оскільки лід проплавляється знизу. Термальні льодовикові печери зустрічаються в Ісландії, Гренландії й досягають значних розмірів.

Вулканічні печери. Ці печери виникають при виверженні вулканів. Потік лави, остигаючи, покривається твердою кіркою, створюючи лавову трубку, усередині якої як і раніше тече розплавлена порода. Після того як виверження вже, фактично, закінчилося, лава випливає із трубки з нижнього кінця, а усередині трубки залишається порожнина. Зрозуміло, що лавові печери залягають на самій поверхні, і часто покривля обвалюється.

Спелеологічні дослідження дають змогу: відкрити нові можливості як в одержанні, так і в інтерпретації інформації, отриманої класичними геологічними методами; деталізувати літологічний розріз карстоутворюючих порід і встановити особливості тектонічної будови району; за допомогою вивчення гідрогеології карстових порожнин визначити закономірності формування, руху і розвантаження підземних

вод; вирішувати інженерно-геологічні завдання. Вони широко використовуються при проходженні тунелів, при будівництві ГЕС тощо.

Українська спелеологія до 1917 р. мала епізодично-описовий характер – це була спелеологія одинаків, які не мали ні спортивної підготовки, ні спорядження для дослідження складних печер. Тому в літературі є дані лише про легкодоступні печери: Балаганську, Ангарську, Вертебу, Кришталеву на Поділлі; Великий Бузлук в Криму тощо.

У 1908 р. науковець М. Орлович та інженер Г. Гутковський зробили опис привхідної частини Кришталевої печери в Кривче на Тернопільщині. На початку 1930-х рр. інженер В. Нехай дослідив ближній район лабіринту і подав його опис та карту в «Путівнику по печері Кривче» 1933 р. Тоді ж був прокладений і частково обладнаний перший в Україні екскурсійний маршрут під землею, який користувався величезною популярністю.

Радянський період характеризується комплексним підходом до вивчення карсту на основі детальних геологічних досліджень, що виконувалися у зв'язку з вирішенням практичних завдань. У довоєнні роки були детально досліджені печери Криму (П. Василевський, П. Шелтов). У ряді печер Криму почалися біоспелеологічні дослідження (Я. Бірштейн). Нові матеріали по вивченню печер і неглибоких (до 60 м) шахт Криму були узагальнені Зайцевим.

Післявоєнний етап розвитку спелеології характеризується різким посиленням роботи з вивчення карсту. З 1958–1959рр. почали активні спелеологічні дослідження наукові колективи Інституту мінеральних ресурсів Сімферополя та інших університетів. Велику роль у координації досліджень відіграла Міжвідомча комісія по вивченню геології і географії карсту та Комісія карсту і спелеології АН СРСР, а також Всесоюзний інститут карстознавства і спелеології.

Початок творчої співпраці вчених і спелеологів-аматорів був покладений спільними роботами спелеологів і співробітників Комплексної карстової експедиції АН УРСР у Гірському Криму.

У 1958-1962 рр. у Криму було проведено декілька десятків експедицій за участю спелеологів-аматорів із Сімферополя, Ялти, Севастополя, Києва, Харкова та інших міст. У 1958-1962 рр. виникли спелеологічні секції у Львові, Тернополі, Сімферополі, Ялті тощо.

У 1962 р. в Криму відбувся Перший Всесоюзний зліт спелеологів. З цього часу спелеотуризм утвердив себе як громадський рух, увійшов у систему туризму. Керівництво спелеосекціями здійснювала Центральна секція спелеотуризму, а з 1977р. – Комісія спелеотуризму Федерації туризму Центральної ради по туризму і екскурсіях ВЦРПС.

Період 1962-1980 рр. став часом активних спелеологічних Досліджень. Ентузіасти з різних міст зайнялися дослідження-відомих на той час печер, розшукували входи і заново відкрили загублені. Почалися пошуки невідомих печер. У різних карстових областях України спелеологами і спелеотуристами було відкрито і пройдено більше 3,5 тис. різних печер та шахт.

Проникаючи у незвідані раніше куточки природи, людина неминує так чи інакше втручається у середовище, яке формувалося протягом тисячоліть. Тому для збереження печер, які мають велике наукове та пізнавальне значення, вони оголошуються заповідниками, резерватами, включаються до складу Національних природних парків.

Охороняються державою: Червона, Геофізична, Скельська, Крубера, Миру, Мармурова і ряд інших печер Криму, а також – найбільші печери Поділля і Буковини – Оптимістична, Озерна, Кришталева, Вертеба, Ювілейна, Перлина, Атлантида, Попелюшка, які є пам'ятками природи державного значення.

В Україні більшість печер має корозійне походження – вони виявлені у 10 карстових областях. У басейні річок Великої та Малої Угольки в Закарпатській області є група карпатських карстових печер, у Перечинському районі знайдено невеликі печери у вулканічних породах андезитах, у Солотвинському соляному штоці – штучні виробки глибиною до 400 м, в яких діє алергологічна протиастматична лікарня.

Місцевість з найбільшою кількістю печер. На плато Чатир-Даг у Криму нараховується понад 1000 карстових вивр та 135 печер, шахт і колодязів. Серед них – знаменита Бінбаш-Коба (укр. – Тисячоголова) довжиною 110 м, з якою пов'язані численні легенди, Суук-Коба (укр. – Холодна) – 210 м, шахти «Бездонна» глибиною 161 м, «ХІД конем» – довжиною до 213 м і глибиною 50–60 м.

Найдовша печера у вапняках знаходиться поблизу с. Перевальне Сімферопольського району АР Крим біля витоків струмка Червонопечерського. Це печера Червона (Кизил-Коба). Протяжність її численних горизонтальних та вертикальних ходів становить 13,7 км.

Найдовша печера у пісковиках – Страдчанська на Розточчі – 360 м.

Найглибша печера – Солдатська, розташована у Кримському масиві Карабі-Яйли її глибина – 500 м, протяжність – 2100 м.

Найпросторіша печера – печера Озерна на Тернопільщині. При довжині 114 км вона має об'єм 700 тис. м³ і площу 310 тис. м².

Найдовша печера в Україні – Оптимістична, розташована поблизу Коралівки в Тернопільській області, в гіпсах Поділля. У ній розвідано і

закартовано 188 км ходів на глибині 20 м. Площа – 215 тис. м, об’єм – 500 тис. м³. Це – найдовша гіпсова печера у світі.

Найбільші печери представлено в таблиці 1, а *найглибші* – в таблиці 2. З них відкриті для відвідування і екскурсій печери: Еміне-Баїр-Хосар, Кизил-Коба, Червона і Мармурова.

Таблиця 1

Найбільші печери України

Карстова порожнина	Карстова область	Місце знаходження	Довжина, м
Оптимістична	Подільсько-Буковинська	Тернопільська обл.	188000
Озерна	Подільсько-Буковинська	Тернопільська обл.	114000
Попелюшка	Передгірно-Кримська	АР Крим	80000
Кришталева	Подільсько-Буковинська	Тернопільська обл.	22000
Млинки	Подільсько-Буковинська	Тернопільська обл.	21000
Червона	Гірсько-Кримська	АР Крим	13700
Вертеба	Подільсько-Буковинська	Тернопільська обл.	7820
Буковинка	Подільсько-Буковинська	Чернівецька обл.	2300
Угринь	Подільсько-Буковинська	Тернопільська обл.	2120
Солдатська	Гірсько-Кримська	АР Крим	2100

Таблиця 2

Найглибші печери України

Карстова порожнина	Карстова область	Місце знаходження	Глибина, м
Солдатська	Гірсько-Кримська	АР Крим	500
Каскадна	Гірсько-Кримська	АР Крим	400
Нахімовська	Гірсько-Кримська	АР Крим	374
Дружба	Гірсько-Кримська	АР Крим	270
Гвоздецького	Гірсько-Кримська	АР Крим	191
Еміне-Баїр-Коба	Гірсько-Кримська	АР Крим	150
Аверкієва	Гірсько-Кримська	АР Крим	145
Суворовська	Гірсько-Кримська	АР Крим	140
Бездонна	Гірсько-Кримська	АР Крим	140
Еміне-Баїр-Хосар	Гірсько-Кримська	АР Крим	125

Найдоступніша печера для туристів – Кришталева. Вона розташована на високому скелястому березі Циганки на околиці Нижнього Кривчого в Тернопільській області. Усі її коридори і зали простягаються майже на 22 км, туристичний маршрут має 3 км, до неї є зручний під’їзд, а центральний лабіринт електрифіковано. Тут багато коридорів, залів, гротів, стіни і стелі яких вкриті різнокольоровими кристалами гіпсу.

Найбільші печерні утвори – сталактити є в печері Бузулук-Коба, що поблизу Бджолиного в Криму, в її просторому гроті завдовжки 70 м і завглибшки 15 м звисають багаторічні гірлянди льодових бурульок-сталактитів до 3 м довжиною. У печері Червоній (Кизил-Коба) в Криму

грандіозні зали прикрашені ажурними натіками кальциту, довжина окремих сягає 5-8 м.

На території АР Крим відомо 857 карстових порожнин різних генетичних типів. Понад 40 печер мають природоохоронний статус різного рівня.

Характеристика найбільш відомих печер України.

Печери Поділля і Буковини – це карстові порожнини на території Хмельницької, Тернопільської, Чернівецької, Львівської та Івано-Франківської областей. Тут відомо понад 130 карстових печер, головним чином у лівобережному Придністров'ї і межиріччі Дністер – Прут.

У Тернопільській області нині налічується 70 печер, у Чернівецькій області – 35. Більшість печер цієї області, в тому числі найбільші, розвідані у 15–30-метровій гіпсовій товщі, невеликі є у вапняках та пісках. Сумарна протяжність найбільших гіпсових печер – 412 км, 5 з них є найдовшими в світі.

На території Новоселицького району Чернівецької області існує 14 заповідних об'єктів. До них відносяться сталактитова печера Попелюшка поблизу Подвірного, карстова печера Буковинка поблизу Стальнівців та інші.

Печера Попелюшка – унікальне природне диво. За довжиною вона займає третє місце в Україні (після Оптимістичної та Озерної печер) та третє в світі серед гіпсових печер. Відкрита в 1977 р. чернівецькими спелеологами під керівництвом В. П. Коржика. Загальна довжина печери складає 90,2 км. Збудований шахтоподібний вхід в печеру знаходиться на території Молдови, на відстані 800 м від Подвірного, та відкрито новий із території Новоселицького району. У печері є кілька десятків озер, близько десятка колодязів глибиною 12–15 м, залізно-марганцеві глиняні сталактити і кристали прозорого гіпсу. Печеру називають найбільш «багатоповерховою» в Україні. На відміну від інших відомих печер, вона тягнеться не в один, а в три поверхи, з'єднані між собою 15–20 метровими колодязями, що в перерізі мають форму правильного кола. Галереї і зали печери прикрашає фантастично-прекрасний хаос натічних утворень – сталактитів і сталагмітів. Печера Попелюшка дослідниками до кінця ще не пройдена. Майже кожного року групи українських спелеологів виявляють у її глибинах нові тунелі та порожнини. Існує науковий прогноз, що окремі відгалуження Попелюшки тягнуться далеко вглиб території сусідньої Молдови.

Цікавим краєзнавчо-туристичним об'єктом є *печера Буковинка*, яка розташована на відстані 1,5 км на південний захід від Стальнівців. Нині існує дві печери-посестри – Буковинка-1 та Буковинка-2 з окремими

ходами та мережею ходів. Обидві печери гідродинамічне пов'язані між собою і, по суті, є двома розгалуженнями єдиного карстового масиву. Загальна протяжність усіх досліджених ходів печери дорівнює 4314 м. Печера багата на різноманітні морфологічні елементи і вторинно кристалічні утворення. У ній вперше на Буковині знайдені сталактити. Печеру можна використовувати в наукових та курортно-лікувальних цілях, а також для розвитку спелеотуризму. Вона охороняється держа-вою як геологічна пам'ятка природи загальнодержавного значення.

В Україні створено кілька підземних лікарень-клінік. Спеціалісти спелеотерапії провели ряд дослідів у тернопільських печерах – *Кришталевій* та *Озерній*. Отримані експериментальні дані свідчать про лікувальні властивості мікроклімату печер і доцільність створення тут алергологічних стаціонарів для лікування хворих хронічними бронхі-тами, пневмонією, бронхіальною астмою.

Спелеотерапія – це використання мікроклімату печер, шахт для лікування цілого ряду захворювань, один з стародавніх і широко розповсюджених у наші часи методів оздоровлення в багатьох країнах світу.

Початком розвитку в Україні спелеотерапії вважається 1966 р., коли на основі принципів лікування польського *спелеокурорту «Велічка»* на базі солотвинських соляних шахт була організована алергологічна лікарня. Профіль цієї оздоровниці – лікування хворих на бронхіальну астму інфекційно-алергічної форми за спеціально розробленою мето-дикою. Спелеотерапевтичне відділення лікарні складається з комплексу гірських виробок для розташування 250 хворих, які знаходяться на глибині 300 м від поверхні. Соляні поклади Солотвинського родовища, в якому розташоване відділення, відзначаються доволі складною будовою, що зумовлено чергуванням шарів та лінз чистої солі з сіллю, яка в різних масових частках засмічена вулканічною породою, – *спелетом*.

Основний лікувальний чинник печер – це мікрокліматичні умови, які характеризуються цілим рядом особливостей: постійністю іонного і газового складу повітря, домінуючою роллю від'ємно заряджених іонів, постійністю барометричного тиску і температури, незначною відносною вологістю, відсутністю бактеріальної флори й алергенів, наявністю великої кількості натрієво-хлористих аерозолів. Лікувальний ефект спелеотерапії визначається сумарною дією компонентів мікроклімату. Тривале перебування в печерах (200–300 годин на протязі 5–6 тижнів) створює умови для пониження чутливості організму до алергенів, підвищує насиченість артеріальної крові киснем, нормалізує артеріаль-ний тиск і обмінні процеси.

Українські медики встановили: спелеотерапія сприяє більш швидкому загоєнню опіків, допомагає лікувати шкірні захворювання, недуги кровообігу. Особливо ефективно допомагає спелеотерапія дітям. Якщо в дорослих після курсу лікування спостерігається значне покращення до 90 % від числа приїжджих, то у дітей – до 95%.

Нині в Солотвино функціонують 2 шахти: № 8 і № 9. Розроблений інвестиційний проект відкриття Спелеотерапевтичного відділення в печері Попелюшка Чернівецької області, яка має унікальні мікрокліматичні особливості повітря за вмістом кисню, що прирівнюється до гірського повітря.

На підставі численних наукових досліджень рекомендовано створити на базі *Стебницького ДГХП рудника № 1* спелеолікарню. Розроблено техніко-економічне обґрунтування (ТЕО) цього проекту. Проект передбачає поєднання традиційних для Трускавця лікувально-оздоровчих процесів із практично необмеженими можливостями лікування немедикаментозними методами алергопульманологічних захворювань у гірських виробітках рудника № 1 Стебницького державного гірничо-хімічного підприємства, який знаходиться на відстані 3,5 км від Трускавця. Планована пропускна здатність першої черги спелеолікарні – 150 місць.

Оцінюючи спелеоресурсний потенціал регіонів України можна зробити висновок, що спелеотуризм – це одна з популярних форм активного (екстремального) туризму, що передбачає одно- та багато-денні подорожі підземними лабіринтами і знайомство з красою феєричних натічних форм печер. В Україні спелеотуризм розвивається на базі печер Криму, Західного Поділля й Буковини.

УДК 796.012.11

Тупсєв Ю. В.,

канд. наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри олімпійського і професійного спорту,
декан факультету фізичної культури та спорту,

Гетманцев С. В.,

канд. біол. наук, доцент, завідувач кафедри
медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації,

Чумаченко О. Ю.,

канд. біол. наук, доцент кафедри
медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації,

ФОРМУВАННЯ ТЕХНІКИ РУХОВИХ ДІЙ БОРЦІВ НА ПОЧАТКОВОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ З ВИКОРИСТАННЯМ МОЖЛИВОСТЕЙ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

У всьому різноманітті детермінант, що визначають можливість досягнення високих спортивних результатів в багатьох видах спорту і зокрема, у вільній боротьбі, основоположна фундаментальна роль належить організації учбово-тренувального процесу на початкових етапах спортивної підготовки.

Організація тренувального процесу на початковому етапі в системі багаторічної підготовки визначає його значущість і стратегічну спрямованість на цілі спорту вищих досягнень, реалізацію науково-методичних принципів управління фізичним розвитком юного спортсмена.

Численними дослідженнями доведено, що побудова тренування на етапі початкової підготовки повинна ґрунтуватися на основі обліку морфологічних характеристик юних спортсменів, оскільки в цей час спостерігається інтенсивне зростання тіла в довжину, посилення окислювальних процесів, збільшення функціонального резерву організму.

На основі результатів експертної оцінки фахівців, було встановлено, що основою для побудови і корекції учбово-тренувального процесу повинні бути об'єктивні дані послідовності навчання базовим прийомом техніки боротьби в стійці і партері.

Організація учбово-тренувального процесу з вільної боротьби і його зміст на перших двох роках навчання принципових відмінностей не має. Створення школи рухів і різносторонньої фізичної підготовки – це основне завдання етапу початкової спортивної підготовки.

Педагогіка спорту є складовою частиною загальної педагогіки. Виходячи з цього, навчання спортивним рухам можна розглядати як один з видів пізнавальної діяльності людини.

Процес навчання спортивним рухам розглядається як характерна форма передачі знань про рухи і освоєння спеціальних навиків, що відображають руховий досвід попередніх поколінь. У дидактиці навчання розглядають як процес взаємозв'язаної діяльності тренера і спортсмена, направлений на придбання нових знань, умінь і спортивних навиків, а також на розвиток розумових і духовних здібностей тих, хто навчається.

Безперечним є той факт, що рушійна сила процесу навчання фізичним вправам полягає у вирішенні діалектичного протиріччя між руховими завданнями, що висувуються в ході спортивного тренування, і наявним

рівнем рухових можливостей і навиків учнів, рівнем їх знань і умінь у вибраному виді спорту.

На сучасному етапі розвитку теорії і практики вільної боротьби актуальним бачиться завдання розробки інноваційних технологій навчання техніці рухових дій юних борців. У свою чергу, дослідження в цьому напрямі мають важливе теоретичне і практичне значення, оскільки відповідають сучасним запитам тренерської практики.

На нашу думку, науково-методичну основу навчання юних борців вільного стилю повинне складати цілісне розуміння процесу навчання як системи, інтегруючої досягнення наукових теорій з тими, що характеризують її складом, структурою і принципами, на основі яких вона функціонує.

Пояснюючи учням, як виконувати той або інший рух, тренер використовує безпосередній показ, відеозаписи, кінограми, графічне зображення руху і т. і., намагаючись сформувати правильні уявлення про розумуваний рух. При виконанні рухової дії спортсмен використовує сформоване під час навчання уявлення про розумуваний рух. Чим швидше формується уявлення про рух, тим швидше і легше (за інших рівних умов) формуються на його основі рухові уміння і навики.

Навчання будь-якій діяльності необхідно починати не з цієї самої діяльності, а з відпрацювання елементарних сенсорних здібностей, що відіграють істотну роль в цій діяльності.

Так, здібність до зорового сприйняття і формування уявлень про рухові дії необхідно розвивати не в процесі навчання рухам, а, докладаючи спеціальні зусилля для сенсорного виховання, проводячи спеціальні заняття, в процесі яких той, що займається, ознайомиться із способами, що дозволяють спостерігати положення різних частин тіла спортсмена у момент виконання рухової дії.

В даний час стає очевидним, що одним з найбільш перспективних шляхів формування базової техніки рухових дій юних борців є впровадження в тренувальний процес інформаційних технологій.

Комп'ютерні інформаційні системи володіють в даний час колосальними можливостями, які, на жаль, в спортивному тренуванні використовуються недостатньо. Розвиток електронних засобів мультимедіа відкриває для дидактики спорту нові можливості. Так, системи інтерактивної графіки і анімації дозволяють в процесі аналізу зображень управляти їх змістом, формою, розмірами, кольором і іншими параметрами для досягнення найбільшої наочності. Комп'ютерні технології дозволяють ставити перед юним спортсменом і допомагати йому вирішувати пізнавальні і творчі задачі з опорою на наочність.

Застосування інформаційних технологій дозволяє зробити тренувальне заняття привабливим, здійснювати індивідуалізацію навчання.

Комп'ютерні мультимедіа технології навчання мають ряд переваг перед традиційними підходами формування техніки рухових дій. Основними аргументами на користь комп'ютерних технологій навчання є наочність, інтерактивність, можливість використання комбінованих форм представлення інформації і реалізація самостійного навчання, що зрештою позначається на швидкості і якості засвоєння матеріалу. Використання комп'ютерних дидактичних матеріалів, що моделюють наочне середовище, забезпечує можливість тренерів, по-перше, працювати з великим об'ємом дидактичних матеріалів, проводячи необхідну їх вибірку і компоновку; по-друге, індивідуалізувати тренувальний процес; по-третє, поступово накопичувати і поповнювати банк дидактичних матеріалів.

Розвиваючий ефект залежить від дизайну мультимедійної програми, доступності її для спортсмена, відповідності його рівню розвитку і інтересу. При створенні повноцінного навчального мультимедіа продукту вирішується цілий ряд взаємозв'язаних проблем: програмне забезпечення, дизайн, об'єм графічної і текстової інформації, структура і навігація, звук, анімація і відеоролики, інтерактивні форми (пошукова система, повчальна система). Враховуються також особливості сприйняття людиною інформації різного роду: зорових образів, графічних об'єктів, символів і т. і. Одна з основних ідей моделювання наочного середовища з використанням дидактичних можливостей інформаційних технологій полягає в наступному: "... комп'ютер як новий засіб навчання дозволяє моделювати всі інші засоби навчання і, тим самим, формувати інформаційне наочне середовище традиційного навчання".

В процесі моделювання наочних середовищ керуються положенням про те, що наочні середовища повинні безпосередньо відображати реальні взаємодії навколишніх об'єктів за допомогою використання моделей.

Використання подібного підходу в підготовці комп'ютерних дидактичних матеріалів, що дозволяють моделювати наочне середовище, забезпечує можливість тренерів, по-перше, працювати із значно великим об'ємом дидактичних матеріалів, проводячи необхідну їх вибірку і компоновку; по-друге, індивідуалізувати тренувальний процес; по-третє, поступово накопичувати і поповнювати банк дидактичних матеріалів.

Початковий етап грає визначальну роль в системі багаторічної підготовки спортсмена по багатьом чинникам. Головна особливість полягає в тому, що його роль більшою мірою зводиться не тільки до розвитку

фізичних якостей, але і до формування потреби і мотивації заняттями фізичними вправами у юного спортсмена.

Навчання рухам виходить за рамки тільки біологічної адаптації, хоча її механізми і лежать в основі біологічних закономірностей вдосконалення рухової функції. Перш за все, це високо організований і цілеспрямований процес.

Зміна організаційно-методичних підходів навчання спортивним рухам борців вільного стилю на початковому етапі підготовки на основі використання можливостей інформаційних технологій, дозволяє істотно збагатити і розширити діапазон їх рухових умінь і навиків, скоротити кількість помилок при освоєнні базових елементів техніки і підвищити ефективність учбово-тренувального процесу.

У нині чинній програмі для ДЮСШ з вільної боротьби є істотний резерв для включення інформаційних систем без збитку для загального освоєння програмного матеріалу. Більш того, введення мультимедіа комп'ютерних технологій позитивно позначається на емоційному настрої юних спортсменів, що, у свою чергу, сприяє стабілізації контингенту і ефективності освоєння учбових програм.

УДК 796.012.11

Тупсєв Ю. В.,

канд. наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри олімпійського і професійного спорту,
декан факультету фізичної культури та спорту,

Гетманцев С. В.,

канд. біол. наук, доцент, завідувач кафедри
медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації,

Жигadlo Г. Б.,

канд. пед. наук, доцент, завідувач кафедри
теорії та методики фізичного виховання

Абрамов К. В.,

доцент б. в. з. кафедри
олімпійського і професійного спорту
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

СТРУКТУРА БАЗОВОЇ ТЕХНІКИ РУХОВИХ ДІЙ БОРЦІВ ВІЛЬНОГО СТИЛЮ РІЗНОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ

У теорії спортивного тренування і в дидактичній біомеханіці значне місце відводиться вирішенню проблем технічної підготовки спортсменів. У системі спортивного тренування технічна підготовка виступає сьогодні як стрижньовий системоутворюючий елемент всієї багато-гранної структури учбово-тренувального процесу.

В існуючій системі підготовки борців вільного стилю в даний час не викликає сумніву той факт, що для того, щоб визначити в якій послідовності навчати елементам боротьби, необхідне поглиблене наукове дослідження змісту процесу навчання базовим прийомам.

Незаперечним є і той факт, що, тільки виявивши в ході експериментального дослідження послідовність освоєння юними борцями біомеханічної структури рухових дій, можливо науково обґрунтовано розробити технологію навчання борців техніці базових прийомів.

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури підтвердив існування проблеми в області технічної підготовки борців на початковому етапі підготовки. Необхідно також відзначити, що у фахівців в області теорії спортивної боротьби немає єдиної думки про спрямованість і зміст базової технічної підготовки на початковому етапі підготовки.

Актуальність даної проблеми полягає, перш за все в тому, що допущені прорахунки в технічній підготовці борців на початковому етапі підготовки не дозволяють прогресувати техніко-тактичній майстерності надалі, оскільки саме в цьому періоді закладаються основи майбутньої спортивно-технічної майстерності спортсмена.

Одним з найбільш важливих компонентів наукової організації тренувального процесу по боротьбі є біомеханічні її аспекти, оскільки основними засобами тренування є фізичні вправи – конкретні технічні дії, що реалізуються відповідно до законів механіки.

Завданням біомеханіки фізичних вправ є створення передумов для наукового обґрунтування методики навчання спортивним рухам в тренувальному процесі. Без глибокого знання предмету вивчення (спортивних рухів) неможливо побудувати сам процес навчання. Біомеханіка має пряме відношення і безпосередній практичний вихід на педагогіку спорту, а точніше – на педагогіку спортивних рухів. Знання механізмів і закономірностей формування рухів людини багато в чому визначається ступенем ефективності і цілеспрямованості навчання.

З цієї точки зору необхідно розглянути деякі біомеханічні аспекти вдосконалення рухової функції у зв'язку з організацією технічної підготовки спортсменів.

Згідно думкам багатьох фахівців пріоритетна значущість при вивченні техніки рухових дій належить біомеханічному аналізу. У основі останнього лежить дослідження біомеханічної структури техніки рухових дій за допомогою використання сучасних вимірювальних систем, зокрема застосування методів відеозйомки і біомеханічного відеокomp'ютерного аналізу.

На сучасному етапі розвитку боротьби визначення послідовності навчання техніці базовим елементам борців вільного стилю на початковому етапі багаторічної спортивної підготовки є одним з найбільш важливих і пріоритетних питань. Експертами методом переваги визначені з 10 прийомів в стійці найбільш значущі базові елементи техніки вільної боротьби на початковому етапі підготовки, з яких необхідно починати навчання юних борців. Найбільш важливим, на думку експертів, на початковому етапі навчання є переклад ривком за руку і стегно. Друге місце зайняв технічний елемент – переклад ривком за руку з підсічкою дальньої ноги. При аналізі елементів, які виконують спортсмени в партері, експертам було запропоновано п'ять базових елементів, з яких переверот скручуванням захопленням двох рук збоку знаходиться на першому місці.

При вирішенні питання дидактичної побудови алгоритму навчання базовим елементам техніки на початковому етапі підготовки виникає необхідність біомеханічного аналізу структури техніки базових елементів у вільній боротьбі спортсменів різної кваліфікації і вагових категорій. В процесі проведення констатуючого експерименту визначалася тривалість фаз захоплення і кидка при виконанні наступних технічних елементів в стійці: кидок нахилом за ноги, кидок поворотом захопленням руки і однойменної ноги зсередини (млин). У свою чергу, при виконанні перевероту захопленням двох рук збоку в партері визначалася тривалість фази захоплення і перевероту.

Критичний розгляд отриманих експериментальних даних біомеханічної структури техніки базових елементів спортсменів різної кваліфікації у вагових категоріях 84–96 кг і 55–66 кг дозволив виявити загальну закономірність, характерну для представлених груп спортсменів. Так, із збільшенням спортивної майстерності відбувається скорочення тривалості окремих фаз рухової дії з одночасним збільшенням результуючої швидкості ЦМ біоланок верхньої кінцівки, тулубу, а також ЗЦМ тіла. Представлені дані дозволили визначити динаміку зміни біомеханічної структури техніки базових елементів борців вільного стилю із зростанням їх спортивної майстерності.

Дослідження часової і просторово-часової структури техніки базових елементів борців на початковому етапі багаторічної спортивної підготовки показало, що тривалість досліджуваних фаз рухових дій характеризується найбільшою тривалістю їх виконання, в порівнянні з

кваліфікованими і висококваліфікованими спортсменами. Найбільш виражено це було при проведенні кидка поворотом з захопленням руки і однойменної ноги зсередини у фазі кидка.

На нашу думку, надалі необхідно акцентувати увагу на виявленні основоположних принципів, об'єднуючих продуктивні засоби і методи навчання юних борців базовій техніці рухових дій, які сприятимуть формуванню у них технічної бази рухових дій для подальшого вдосконалення їх спортивної майстерності.

УДК 37.032:796.011. 3–057.87

Хаустова А. С.,
магістрант 2 року навчання,
спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»,
Довгань Н. Ю.,
д-р. пед. наук, професор,
завідувач кафедри олімпійського та професійного спорту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПРИОРІТЕТНА МОТИВАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ У ТАНЦЮВАЛЬНОМУ СПОРТІ

Останнім часом заняття спортивними танцями набувають великої популярності серед дітей шкільного віку. Батьків та їх дітей приваблюють краса та граціозність даного виду спорту, але за легкістю роботи спортивної бальної пари стоїть велика праця, виснажливі тренування. У бальному танці важлива не лише технічна підготовка танцюристів, а й взаємодія між ними, взаєморозуміння і емоційний контакт. За успішними виступами спортивної бальної пари великі фізичні та психічні навантаження. Дитина може володіти ідеальними фізичними здібностями, будовою тіла, властивостями нервової системи, вольовими якостями, але без достатньої мотивації вона не зможе показати всі ці «таланти» та стати чемпіоном

У спортивній діяльності виділяють одну з головних специфічних особливостей, яка включена в усі ланки цієї багаторівневої системи - найвищий рівень мотивації. Так як мотивація, будучи стрижневою характеристикою особистості спортсмена і впливаючи на характер протікання практично всіх процесів спортивної діяльності, має прямий вплив на спортивний результат.

Центральним моментом спортивної діяльності є рівень мобілізації резервів, який проявляє спортсмен для досягнення максимального спортивного результату. Тут основною ланкою є мотиви і потреби

спортсмена, так як відомо, що в основі усвідомленого цілеспрямованого поведінки лежить мотивація

Мотивація – спонукання до дії; психофізіологічний процес, який керує поведінкою людини, задає її спрямованість, організацію, активність та стійкість; здатність людини діяльно задовольняти свої потреби.

Відомо, що в дошкільному та молодшому шкільному віці у юних спортсменів ведучою виступає зовнішня мотивація. Зовнішня мотивація обумовлена особливостями віку, а саме особливостями розвитку головного мозку дитини. Спортсмени дошкільного та молодшого шкільного віку готові старатися на тренуваннях за похвалу тренера або батьків, за дипломи, подарунки та інші «наглядні» атрибути, і це є для них віковою нормою. Формування вираженого і стійкого інтересу до занять спортом на перших етапах підготовки спортсменів є найважливішою складовою для структурування мотиваційного компонента в спорті вищих досягнень.

В пубертатному періоді, коли у підлітків розвинена функція рефлексії, тобто здатність оцінювати себе та свою діяльність без допомоги дорослих, важно сформувані у спортсменів на етапі попередньої базової підготовки внутрішню мотивацію до спортивної діяльності. Формування у юних спортсменів здатності брати на себе відповідальність за процеси та результати в спортивній діяльності, може виступати запорукою ефективної міжособистісної взаємодії у спортивному танцювальному дуеті.

В даний час у психолого-педагогічній науці недостатньо алгоритмів розвитку гармонійних стосунків партнерів в спортивному танці, тому важливим і своєчасним бачиться вивчення пріоритетної мотивації юних спортсменів, як детермінант їх продуктивної міжособистісної взаємодії в парі, що і обумовило актуальність нашої роботи.

Першим етапом нашого дослідження стало вивчення пріоритетної мотивації у спортсменів, які займаються спортивними танцями, використовували методику «Анкета для оцінки мотивації», Н. Лоскунової, модифіковану під спортивну діяльність.

За результатами нашого дослідження, перший рівень мотивації мають 19 (31,67 %) юних спортсменів, серед них 10 (31,35 %) хлопців та 9 (32,14 %) дівчат. Юні спортсмени, які за результатами методики «Анкета для оцінки мотивації» отримали перший рівень мотивації, мають виражений пізнавальний мотив до тренувально-змагальної діяльності, тобто в спорті вони задовольняють свої пізнавальні потреби. Такі спортсмени чітко дотримуються усіх вказівок тренера, сумлінні та відповідальні, засмучуються через невдачі у тому чи іншому завданні. У цих спортсменів палають очі, коли викладається нова інформація, та вони з

задоволенням біжать на кожне тренування. Також висока зацікавленість тренувальним процесом викликає у таких спортсменів стан одержимості, коли ніякі труднощі не можуть збити їх з наміченої цілі, коли вони не помічають перепон, а націлені тільки на пошук ресурсів за для досягнення своєї спортивної мети.

Другий рівень мотивації, за результатами методики «Анкета для оцінки мотивації» мають 11 (18,33 %) юних спортсменів, серед них 6 (18,75 %) хлопців та 5 (17,89 %) дівчат. Юні спортсмени, з таким рівнем мотивації до спортивної діяльності, успішно можуть впоратися з поставленими завданнями, вони сумлінно ставляться до занять, мають досить чіткі цілі, але вони виявляють меншу залежність від суворих вимог і норм. Подібний рівень мотивації є середньою нормою. Але слід пам'ятати, що такі спортсмени орієнтовані на оцінку з боку тренера, а не на власну, тому в тренувальному процесі вони являють зацікавленість та активність, тільки тоді, прокопи їх старання може оцінити тренер. Без тренера вони можуть не дотримуватися спортивного режиму, та всю відповідальність за тренувальний процес перекладають знов на тренера. З одного боку вони гарно виконують інструкції, але в ситуаціях критичних, коли тренер не може порадити, такі спортсмени, часто, не здатні самостійно прийняти рішення.

На третьому рівні мотивації юні спортсмени мають позитивне ставлення до тренувань, але на тренуваннях їх цікавить здебільшого не сам процес, а навколо спортивні моменти. Такі спортсмени досить добре почувуються на тренуваннях, але відвідують їх здебільшого заради спілкування с друзями та тренерами. Таким юнакам та дівчатам подобається почуватися спортсменами, мати гарні костюми, форму, взуття, бути учасниками змагань. Пізнавальні мотиви таких спортсменів сформовані меншою мірою, тому сам тренувально-змагальний процес їх цікавить недостатньо. Третій рівень мотивації мають 27 (45,00 %) юних спортсменів, серед них 14(43,75 %) хлопців та 13 (46,43 %) дівчат. Такі спортсмени входять до групи «ризик», потребують психокорекційної роботи для формування особистісних «чемпіонських» якостей, та навіть при наявності таланту, вони не стають переможцями.

Наступним, четвертим рівнем мотивації є низька мотивація до тренувань. Такий рівень мотивації спостерігається у 3 (5,00 %) юних спортсменів, серед них 2 (6,25 %) хлопців та 1 (3,57 %) дівчат. Такі спортсмени відвідують тренування неохоче, мають нестабільну відвідуваність. На заняттях часто неуважні, займаються сторонніми справами, бешкетують, граються. Зазнають серйозних труднощів у тренувальному процесі. Нестійко адаптуються до тренувань та змагань. Таких спортсменів зазвичай приводять батьки всупереч інтересам дитини.

Зазвичай, таким спортсменам, швидко набридає приурочення до дисципліни, та вони залишають спортивну діяльність.

П'ятий рівень мотивації – негативне ставлення до тренувань. Цей контингент спортсменів зазнає серйозних труднощів у тренувальній діяльності: вони не здатні впоратися з тренувальними завданнями, мають проблеми у спілкуванні з партнерами, також у взаєминах з тренером. Вони досить часто сприймають групу, як вороже середовище, перебування в якому є для них нестерпним. Також учні можуть поводитися агресивно, відмовлятися від виконання завдань, дотримання певних норм і правил, дисципліни. Часто такі спортсмени страждають на нервово-психічні порушення. В нашій групі опитуваних спортсменів з даним рівнем мотивації не виявлено.

Наступним етапом нашої роботи, стало дослідження мотиваційної сфери особистості спортсменів, які займаються спортивними танцями на етапі попередньої базової, за допомогою проєктивної методики «Дерево».

За результатами нашого дослідження, 23 (38,33 %) спортсменів, які займаються спортивними танцями, суб'єктивно знаходяться на позиції «Товариськість та дружня підтримка», серед них 12 (37,50 %) хлопців та 11 (39,23 %) дівчат. В даній позиції юні спортсмени реалізують свою потребу пубертатного періоду, а саме мають референтну групу своїх однолітків, які їх підтримають. Це гарна позиція для загального соціально-психологічного клімату спортивного колективу. В такому колективі юні спортсмени знають свою цінність, мають змогу вести комунікації та пізнавати світ та себе; в такому колективі юним спортсменам легко розкрити свої таланти. Хотілися б знаходитися на такій позиції, тобто вважають її ідеальною тільки 8 (13,33 %) юних спортсменів, серед них 7 (21,88 %) хлопців та 1 (3,57 %) дівчина.

За результатами нашого дослідження, 3 (5,00 %) юних спортсменів, серед них 2 (6,25 %) хлопців та 1 (3,57 %) дівчат, суб'єктивно знаходяться на позиції «мотивація на розваги». Звісно, що спортсмени з позицією «мотивація на розваги» не відносяться до тренувального процесу серйозно, вони націлені на отримання гарних емоцій від забав, часто порушують дисципліну, мають інфантильні риси характеру. Хотілися б знаходитися на такій позиції, тобто вважають її ідеальною 6 (10,00 %) юних спортсменів, серед них 5 (15,63 %) хлопців та 1 (3,57 %) дівчина.

Комфортний стан, нормальна адаптація до тренувального процесу мала місце у 15 (25,00 %) юних спортсменів, серед них 8 (25,00 %) хлопців та 7 (25,00 %) дівчат. Всі вони вважають позицію «комфортний стан» бажаною. Дана позиція свідчить, що у юного спортсмена задоволена потреба в безпеці, він не боїться допускати помилки,

комфортно почуває себе в парі. Також спортсмени з позицією «комфортний стан» відчують достатньо уваги з боку тренера та партнера, та вміють привертати увагу до себе дорослими способами, а саме гарними результатами своєї діяльності та відношенням до діяльності. Такі спортсмени відчують безумовну підтримку з боку тренера та партнера по парі, що дає їм віру у себе і свої можливості, віру у подолання перешкод на путі до своїх перемог. Позиція «комфортний стан» може бути максимально ідеальною для реалізації своїх можливостей в тренувальному процесі.

Юні спортсмени, які знаходяться на позиції «Завищена самооцінка та установка на лідерство», переоцінюють свої можливості, що не дає їм можливості прагнути набуття нових рівнів (за їх думкою вони і так все знають та все уміють). У кризових ситуаціях, наприклад при неуспішних виступах на змаганнях, спортсмени з завищеною самооцінкою не здатні брати відповідальність на себе, у них завжди винен тренер, партнер, судді або батьки, а раз відповідальність за процес та результат на інших, то і можливість виправити ситуацію не залежить від таких юнаків та дівчат.

За результатами нашого дослідження, 6 (10,00 %) спортсменів, які займаються спортивними танцями на етапі попередньої базової підготовки, обрали позицію «Стомлюваність, загальна слабкість, невеликий запас сил, сором'язливість», як ідеальну, всі вони дівчата. 7 (11,67 %) юних спортсменів, серед них 3 (9,38 %) хлопця та 4 (14,29 %) дівчини обрали бажаною позицію «Відстороненість від тренувального процесу, відхід у себе». Тобто простежується бажання юних спортсменів відпочити, відійти від діяльності. Це стосується тих спортсменів, для яких тренувально-змагальна діяльність не є ресурсною. Крім того для однієї дівчини ідеальною здалася позиція «Кризисний стан, "падіння у прірву"».

Використання нами проєктивної психодіагностичної методики «Дерево» дозволило: по-перше, зменшити можливість обстежених спортсменів давати такі відповіді, які дозволили б їм зробити бажане про себе враження; по-друге – зробити більшою мірою цілісний, глобальний підхід до оцінки особистості спортсменів, які займаються спортивними танцями.

Психодіагностичне дослідження пріоритетної мотивації спортсменів, які займаються спортивними танцями, дозволило оцінити види мотивації до тренувальної діяльності та актуальні потреби у цієї групи спортсменів. За результатами нашого дослідження, серед спортсменів, які займаються спортивними танцями, є діти «групи ризику», особистісні якості яких, не дають їм розкрити свій природний дар в спортивній діяльності. Для спортсменів, мотиваційна сфера особистості яких потребує додаткових

психокорекцій них втручань, буде розроблена програма формування адекватної мотивації до спортивної діяльності, що є перспективною нашого дослідження.

УДК 615.5:616-057:612.721

Чумаченко О. Ю.,
канд. біол. наук, доцент кафедри психології,
спеціальної освіти та здоров'я людини,
МІРЛ Університету «Україна», м. Миколаїв, Україна

САМОРЕАЛІЗАЦІЯ І МОТИВАЦІЯ У СПОРТІ

Спортивна діяльність є однією зі сфер діяльності, де людина може проявити свою досконалість, використовуючи фізичні можливості для досягнення певних результатів. Завдяки високій конкуренції, ця активно має чіткі критерії оцінки результатів, вимагає високої активності від людини і має найвищу мотивацію. У цьому контексті особливу значущість становлять дослідження взаємозв'язків самореалізації та мотивації. Мотивація займає чільне місце у структурі особистості і одна із основних понять, що використовуються пояснення рушійних сил поведінки (Ковальов А. Г., Леонтьев А. Н., Стамбулова Н. Б.). Процес теоретичного осмислення явищ мотивації далекий від завершення, особливо у прикладному характері вивчення. Слабо приділялася увага взаємозв'язку самореалізації у спорті та мотивації спортивної діяльності. У нашому дослідженні ми дозволили собі поділити мотиви спортивної діяльності на соціальний та індивідуальний типи. Розгляд цієї тематики дозволить глибше вивчити цю проблему

Об'єкт: самореалізація особистості у спорті

Предмет: взаємозв'язок самореалізації особистості спорті та мотивації спортивної діяльності.

Мета: вивчити характер взаємозв'язку самореалізації особистості спорті та мотивації спортивної діяльності.

Спортивна діяльність може вивчатися як самореалізація особистості спорті, яка об'єктивно проявляється у спортивних досягненнях, рівень яких виступає умовою суб'єктивної задоволеності самореалізацією.

У мотивації спортивної діяльності може бути виділено два типи – індивідуальна та соціальна, причому соціальна мотивація більшою мірою сприяють самореалізації у спорті, ніж індивідуальна.

У відповідність з метою та висунутими припущеннями, вирішувалися такі завдання:

1. Визначити теоретичні основи вивчення самореалізації особистості;
2. визначити теоретичні підстави вивчення мотивації спортивної діяльності;
3. визначити теоретичні основи вивчення спорту як виду діяльності;
4. провести експериментальне дослідження самореалізації особистості в спорті.

Методи та методики дослідження. У дослідженні застосовуються такі методи: аналіз наукової літератури, анкетування, інтерв'ювання, тестування, математичне оброблення даних. Як конкретні методики були відібрані такі: тест ціннісних орієнтацій Рокіча (RVS – Rokeach Value Survey), адаптована А. Гоштаутасом, А. А. Семеновим та В. А. Ядовим; методика "Мотиви занять спортом" розроблена А. В. Шаболтасом; методику «Вивчення мотивів занять спортом» розроблена В. І. Тропніковим.

Висновки

1. Доведено наше припущення про те, що спортивна діяльність може вивчатися як самореалізація особистості у спорті, яка об'єктивно проявляється у спортивних досягненнях, рівень яких є умовою суб'єктивної задоволеності самореалізацією. Це припущення підтверджується наявністю прямого кореляційного взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою задоволеності самореалізацією у спорті та об'єктивно досягнутою самореалізацією у спорті.

2. Процес самореалізації схильний до впливу мотивації спортивної діяльності, яку можна умовно розділити на дві групи: соціальну та індивідуальну. У ході дослідження було виявлено відмінності суб'єктивної оцінки задоволеності самореалізацією у спорті та об'єктивно досягнутої самореалізації у спорті за типом (видом) мотивації спортивної діяльності (соціальної та індивідуальної). Одним із основних висновків, який ми робимо за результатами нашого дослідження, є висновок про те, що соціальна мотивація спортсмена сприяє більшою мірою його самореалізації, ніж індивідуальна мотивація.

Спортсмени з соціальними мотивами ставлять собі за мету досягнення спортивних результатів високого рівня, оскільки вони пов'язані з престижністю рухових здібностей у суспільстві. Вони несуть прикладну функцію (підготовка людини до інших видів діяльності), виконують естетичну функцію (видовищність спорту), є сферою широких соціальних відносин, засобом спілкування та дозвілля. Високі показники об'єктивно досягнутої самореалізації у соціально – мотивованих спортсменів пояснюються, з погляду, силою мотиву, високим бажанням досягти

поставленої мети, що зумовлює більшої об'єктивної самореалізації спортсмена. Індивідуально – мотивовані спортсмени не прагнуть досягнення спортивних результатів високого рівня, вони менш амбітні. Вони займаються фізичним розвитком та самоствердженням, становленням характеру, з бажанням займатися спортом для компенсації дефіциту рухової активності при розумовій (сидячій) роботі. Об'єктивно досягнута самореалізація вони низька, від цього і суб'єктивна задоволеність самореалізацією також має низькі показники.

3. На основі результатів нашого дослідження ми можемо дати деякі рекомендації, на які слід звернути увагу при відборі спортсменів у спорт високих досягнень. Так як мотивація спортивної діяльності, виявляється в спрямованій ності спортсменів до спортивного вдосконалення, досягнення високих результатів у спорті та у спортивному довголітті, необхідне формування мотивів у спортсменів. Формування мотивів спортсмена обов'язково пов'язані з встановленням спортивні досягнення високого рівня. Факт досягнення наміченого результату стає для спортсмена підтвердження реальності поставленого завдання та водночас джерелом його орієнтації на чергові результати, що визначають ступінь суб'єктивного запиту. За допомогою орієнтації на конкретні результати тренер конкретизує завдання спортсмена і таким чином спрямовано впливає формування його спортивних мотивів. Проте результати нашого дослідження дають можливість робити висновок у тому, що з найкращої самореалізації спортсмена необхідно формувати у ньому саме соціально спрямовані мотиви. Якщо спортсмен соціально мотивований на досягнення спортивних результатів високого рівня та тренер знає особливості його мотивації, то перед ним відкривається широка перспектива підвищення результатів свого учня за допомогою задоволення запитів та потреб спортсмена, підвищення його самореалізації. Звертаючись до потреб спортсмена у соціальному самостверженні, самовираженні та виконанні громадського обов'язку, можна підвищити ефективність окремих тренувальних занять, конкретних завдань, що реалізуються в них, налаштувати спортсмена на перемогу над сильнішим суперником, переломити хід змагального поєдинку, що сприятиме більшій самореалізації та від неї.

При відборі спортсменів у спорт вищих досягнень необхідно дивитися як на фізичні можливості і вже досягнуті перемоги, а й діагностувати наявність тієї чи іншої спортивної мотивації. І обов'язково враховувати той факт, що спортсмени із соціальними мотивами досягають більшого та задоволеність від результатів спортивної діяльності у них вищі.

Шарковський О. О.,
магістрант 1 року навчання
спеціальності 227 «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 ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІ ТА ПРОБЛЕМИ

З кожним роком збільшується кількість дітей з різними вадами вродженого або набутого характеру. Дисфункції слуху у дітей зустрічаються досить часто: із 1000 немовлят 1 народжується з приглухуватістю, і ще двоє втрачають слух у перші 2–3 роки життя. Всього в світі близько 32 мільйонів дітей зі зниженим слухом, і це серйозна проблема. Адже хороший слух – важлива умова для гармонійного розвитку малюка. Він допомагає дитині сприймати і пізнавати світ, розуміти інших людей, вчитися говорити. Тому важливими питаннями є своєчасна діагностика, реабілітація та соціальна адаптація дітей з вадами слуху.

Вітчизняна статистика свідчить, що в Україні кількість дітей, які мають захворювання органів слуху, тримається на високому рівні. Так, у 2012 р. зафіксовано 1148,5 тис. осіб з певними вадами слуху, з них 383,4 тис. дітей віком від 0 до 17 років; 2014р. – 1196,7 тис. осіб, від 0 до 17 років – 348,3 тис. дітей; 2016 р. – 1224,6 тис. осіб, від 0 до 17 років – 342,3 тис. дітей; 2018 р. – 1013,1 тис. осіб, від 0 до 17 років – 298,4 тис. дітей; 2020 р. – 1001,0 тис. осіб, від 0 до 17 років – 289,3 тис. дітей. За даним статистики, хоч і бачимо певне зниження загальної кількості дітей серед осіб з патологією слуху, проте, кількість дітей з означеною патологією залишається досить великою.

Під «порушенням слуху» на сьогодні розуміються дві групи патологій: з неповною втратою слуху (тугоухість певного ступеню) та абсолютна глухота. Особи з неповною втратою слуху мають набагато кращий реабілітаційний прогноз у порівнянні з глухими. Сучасні дослідники сурдопсихології дійшли висновку, що всі причини та фактори порушень слуху слід розділити на три групи. Перша група – це причини і фактори, що призводять до виникнення спадкової глухоти чи приглухуватості. Друга група – фактори, які впливають на плід, що розвивається під час

вагітності матері або призводять до загальної інтоксикації організму матері в цей період (вроджене порушення слуху). Третя група – фактори, що діють на збережений орган слуху дитини в процесі життєдіяльності (придбане порушення слуху).

Відповідно до світової статистики, порушення слуху є найбільш поширеним у новонароджених. Також діти втрачають слух в ранньому віці внаслідок перенесених хвороб та лікування ототоксичними препаратами. Отримані вади слуху в подальшому відбиваються на фізичному, психомоторному розвитку дитини, впливають на розвиток когнітивних функцій та соціалізацію дитини.

Серед порушень в руховій сфері найбільш характерними для дітей з патологією слуху є координаційні порушення (недостатньо точна координація і невпевненість в рухах, що особливо помітно при оволодінні навичкою ходьби у малюків, і виявляється в більш старшому віці у вигляді човгання під час ходьби); відносна сповільненість оволодіння руховими навичками; труднощі збереження статистичної та динамічної рівноваги; відносно низький рівень розвитку орієнтування в просторі; уповільнена швидкість виконання окремих рухів, всього темпу діяльності в цілому в порівнянні зі здоровими дітьми.

Дослідження фізичного і моторного розвитку дітей раннього і дошкільного віку з порушеннями слуху (Р. Д. Бабенкова, А. А. Катаева, А. А. Коржова, Н. А. Рау, Л. В. Рябова, Г. В. Трофимова й ін.) виявили деякі особливості, обумовлені зниженням слуху і порушенням діяльності вестибулярного апарату, що виникли в результаті важких захворювань. У слабчучоючих і глухих дітей з рано придбаними чи уродженими вадами слуху статичні і локомоторні функції відстають у своєму розвитку. На першому році життя в глухих дітей відзначається відставання в термінах утримання голови, запізнювання в оволодінні навичкою ходіння. Діти часто не володіють тим руховим досвідом, що формується до цього часу в дітей з нормальним слухом: не вміють швидко бігати, стрибати, повзати, робити найпростіші рухи, наслідуючи дорослих. Сформовані рухи характеризуються порушенням координації, орієнтування в просторі, острахом висоти, сповільненістю і скутістю. Найбільша своєрідність у розвитку рухових якостей у дошкільників з порушеннями слуху відзначається в рівнях швидкісних якостей і рівноваги. Слабчучоючі діти трирічного віку не виконують завдання на збереження статичної рівноваги, з якими справляються однолітки, щочують. Хоча в дошкільному віці в дітей з порушеннями слуху починається процес поліпшення стану рівноваги, різких змін не відбувається. Глухі діти за показниками якості рівноваги поступаються не тільки чуючим, але і сліпим, слабозорим і розумово відсталим дітям.

Також відомо, що порушення функцій слухового аналізатора призводить до цілого ряду вторинних відхилень і насамперед до затримки в мовному розвитку. Мова виступає як засіб взаємозв'язку людей з навколишнім світом. Порушення такого зв'язку призводить до зменшення обсягу одержаної інформації, що позначається на розвитку всіх пізнавальних процесів, і тим самим впливає і на процес оволодіння всіма видами рухових навичок.

Проблема реабілітації глухих та слабочуючих дітей складна та багатогранна. Перша проблема, на яку вказують дослідники, це відсутність системної ранньої діагностики. Враховуючи, що ранні вікові періоди є критичними для розвитку і рухової, і когнітивної сфери, то принцип раннього початку реабілітації в даному випадку надважливий. Проте, до періоду звукопостанови у дитини батьки не завжди звертають увагу на маркери порушення слуху, та й в більш пізніх періодах планове обстеження слуху проводиться рідко. Як засвідчує практика, рання діагностика і раннє втручання (до 6- місячного віку) забезпечує суттєво кращий розвиток дитини з порушеннями слуху, зокрема слуховий та мовленнєвий розвиток, збалансовує соціально-емоційний розвиток та поведінку. Отже, на нашу думку, запровадження обов'язкової скринінгової програми слуху у новонароджених та діагностики слуху після перенесених ГРВІ та інших інфекційних захворювань у дошкільному та молодшому шкільному віці може покращити ситуацію з раннім виявленням туговухості та глухоти.

Друга проблема – відсутність системних програм реабілітації, як на державному рівні, так і в приватному секторі. Більшість програм зводяться безпосередньо до слухопротезування та сурдопедагогіки, елементи ж соціальної адаптації, фізичного розвитку, профілактики супутніх патологічних станів, покращення компонентів активності та участі, підвищення якості життя – стихійні, розрізнені і доступні лише в певних містах (столиця та деякі обласні центри). Внаслідок цього відсутня цілісна структура з надання комплексної допомоги дітям та дорослим з тяжкими порушеннями слуху і повною втратою слуху в усіх регіонах країни.

Третя проблема – це спеціальні методики фізичного розвитку, адаптовані для дітей з тугоухістю та глухотою, які могли б бути впроваджені в систему дошкільної та середньої освіти (враховуючи інклюзивний підхід в навчанні). Фізичне виховання дітей з порушеннями слуху – один з важливих напрямків корекційно-педагогічної роботи – знаходиться в тісному зв'язку з усіма іншими сторонами виховання і навчання. Правильно організоване фізичне виховання створює основу для

зміцнення здоров'я дітей, розвиває активність, підвищує працездатність, стає базою для успішного проведення корекційно-виховної роботи.

Загалом, індивідуальна програма реабілітації повинна включати в себе різні види, форми реабілітаційних заходів. А саме:

- лікувальна фізична культура – застосовуються загально розвиваючі, танцювально-ритмічні, ритмопластичні вправи, рухливі ігри, плавання.

- фізичні методи лікування (фізіотерапію) – полягають в стимулюючій терапії: акупунктурі, лазеро – та електропунктури, стимуляції електрострумом структур внутрішнього вуха, фоноелектрофорезу. Використовується також метод застосування кисню під високим тиском у барокамерах: гіпербарична оксигенація. Призначаються методи, які поліпшують кровообіг і мікроциркуляцію тканин (судинорозширювальні – електрофорез, гальванізація), поліпшують трофічні процеси (місцева дарсонвалізація, діадинамотерапія, ампліпульстерапія);

- механотерапія – заключається у використанні технічних засобів реабілітації: спеціальні засоби для самообслуговування, догляду, орієнтування, спілкування і обміну інформацією та засоби для навчання і занять трудовою діяльністю, протезні вироби (слухові протези);

- методи сенсорної стимуляції та сенсорної інтеграції;

- масаж – використовується точковий та пневматичний масаж барабанної перетинки, також має місце Су-Джок на кистях, стопах та вухах;

- працетерапія – спрямована на оволодіння навичками самообслуговування, повсякденної побутової, навчальної та в подальшому виробничої активності.

Отже, корекція рухової сфери глухих та слабочуючих дітей, застосування засобів та методів фізичної реабілітації стає необхідною умовою вирішення проблеми їх адаптації до умов сучасного життя. Підсумовуючи наявні наукові дослідження, методичні рекомендації та настанови щодо медико-соціальної та фізичної реабілітації дітей з патологією слуху, зазначимо, що на сьогодні діагностика порушень слухової функції у дітей раннього віку та подальша реабілітація передбачає:

- виявлення порушень слухової функції у дітей віком до 3–4 місяців;

- діагностику порушень слуху, тобто визначення типу порушення, рівня ураження слухової системи і ступеня слухових втрат;

- виявлення супутніх неврологічних розладів, які впливають на мовленнєвий і психомоторний розвиток дитини;

- проведення необхідних лікувальних заходів;

- слухопротезування, за наявності порогів слуху в мовленнєвому діапазоні 40 дБ і більше, у віці 3 місяців;

- корекцію рухової сфери та програми розвитку фізичних якостей з використанням всього арсеналу методів фізичної терапії;
- ранню абілітацію – заняття з батьками і з сурдопедагогом з розвитку залишкового слуху, комунікативних навичок, мовлення, психічних функцій, моторики після виявлення порушень слухового сприймання; – раннє виявлення порушень слуху і подальша абілітація, яка передбачає раннє слухопротезування, що зводить до мінімуму негативний вплив слухової деривації на мовленнєвий і розумовий розвиток дітей, а у частини з них запобігає порушенням у цьому розвитку.

ЗМІСТ

Секція: ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ТА СТУДЕНТСЬКОМУ СПОРТІ

<i>Андрєєва М. Д., Дроботун О. С.</i> Застосування терапевтичних вправ у комплексній реабілітації осіб з депресивним розладом	1
<i>Бабінчук В. В., Гетманцев С. В.</i> Сучасні аспекти фізичної реабілітації дітей з ортопедичною патологією на тлі гіпермобільності суглобів	5
<i>Біла А. А.</i> Розрахунок адаптаційного потенціалу та оцінка адаптаційних можливостей у студентів із різними типами вегетативної регуляції	10
<i>Болотникова Т. Г.</i> Методичні засади організації інклюзивного навчання на уроках фізкультури	13
<i>Бондаренко О. В., Димов К. В.</i> Спеціальні вправи волейболіста на заняттях з фізичного виховання	17
<i>Брензевич О. В., Яблонська Т. М.</i> Застосування дозованого велотренування як методу відновлення фізичної працеспроможності хворих на ікс	18
<i>Герніченко А. О., Дроботун О. С.</i> Профілактика сколіозу 1–2 ступеня у дітей шкільного віку засобами фізичної терапії	22
<i>Джуріна К. А., Дроботун О. С.</i> Фізична та психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах сучасної війни	26
<i>Довгань Н. Ю.</i> Війна в контексті фізичного та психологічного здоров'я людини	29
<i>Дроботун О. С.</i> Психологічна реабілітація учасників бойових дій як актуальна проблема сьогодення	33
<i>Жигadlo Г. Б., Кураса Г. О.</i> Спеціальні вправи футболіста на заняттях з фізичного виховання	37

Іваненко І. М., Гетманцев С. В. Метод відновлення нормотонусу міофасцій та зв'язок при порушеннях постави та викривленнях хребетного стовпа в процесі фізкультурно-спортивної реабілітації	38
Ільницька В. О., Дроботун О. С. Огляд сучасних методик кінезіотерапії хворих на коксоартроз I та II ступеня	42
Калашников С. Ю., Довгань Н. Ю. Характеристика вікових та фізіологічних особливостей дітей 6–10 років	47
Коханюк І. В., Гетманцев С. В. Місце фізичної реабілітації у розвитку рухових якостей дітей дошкільного віку з затримкою психічного розвитку	49
Крижановський В. А., Довгань Н. Ю. Особливості професійної діяльності тренера в ігрових видах спорту	53
Миронюк Р. С., Довгань Н. Ю. Теоретичний аналіз застосування оздоровчих фітнес-програм у ЗВО	60
Миңц М. О., Головаченко І. В. Організація фізичного виховання під час війни	66
Мунтян Л. Я. Характеристика методів оцінки фізичного розвитку в системі медико-біологічного контролю при фізичній реабілітації	67
Нікітін Є. А., Дроботун О. С. Застосування роботизованої механотерапії у комплексній реабілітації хворих з неврологічної патологією	70
Сергієнко Ю. М., Конопляник О. В. Спеціальні вправи легкоатлета у тренувальному процесі спортсмена	75
Слободський Б. С., Гетманцев С. В. Вплив силового тренування на когнітивну роботу мозку	76
Слободський Ю. С. Сучасні оздоровчо-педагогічні технології у фізичному вихованні засобами важкоатлетичних вправ	80
Таранин Д. Е., Довгань Н. Ю. Аналіз проблеми профільного навчання старшокласників	84
Терентьєва Н. Психологічна стійкість науково-педагогічних працівників як запорука фахової підготовки у закладах вищої освіти України в умовах воєнних дій	89

Тіхоміров А. І., Тіхомірова О. В. Фізична рекреація студентів вищих навчаль-них закладів	93
Тіхоміров А. І., Тупєєв Ю. В. Оздоровчо-рекреаційні можливості спелеотуристичних ресурсів України	99
Тупєєв Ю. В., Гетманцев С. В., Чумаченко О. Ю. Формування техніки рухових дій борців на початковому етапі підготовки з використанням можливостей інформаційних технологій	107
Тупєєв Ю. В., Гетманцев С. В., Жигadlo Г. Б., Абрамов К. В. Структура базової техніки рухових дій борців вільного стилю різної кваліфікації.....	111
Хаустова А. С., Довгань Н. Ю. Пріоритетна мотивація спортсменів у танцювальному спорті.....	113
Чумаченко О. Ю. Самореалізація і мотивація у спорті.....	118
Шарковський О. О., Дроботун О. С. Фізична реабілітація дітей з порушенням слуху: сучасні тенденції та проблеми	121

ДЛЯ НОТАТОК

Технічний редактор, комп'ютерна верстка *Н. Кардаш*.

Формат $60 \times 84^{1/16}$. Гарнітура «Times New Roman».
Ум. друк. арк. 7,67. Обл.-вид. арк. 7,28.

Видавець і виготовлювач: ЧНУ ім. Петра Могили.
54003, м. Николаїв, 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 05.04.2018.

