

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича

Матеріали

студентської наукової конференції
Чернівецького національного університету
імені Юрія Федьковича

**ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

16-17 квітня 2019 року



Чернівці
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича
2019

Матеріали студентської наукової конференції Чернівецького національного університету (16-17 квітня 2019 року). Факультет фізичної культури та здоров'я людини. – Чернівці : Чернівец. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. – 150 с.

До збірника увійшли статті студентів факультету фізичної культури та здоров'я людини, підготовлені до щорічної студентської наукової конференції університету.

Молоді автори роблять спробу знайти підхід до висвітлення й обґрунтування певних наукових питань, подати своє бачення проблем.

© Чернівецький національний
університет імені Юрія Федьковича, 2019

Методи реабілітації після перелому стегна

Перелом стегнової кістки дуже часто зустрічається у похилому віці, коли присутні проблеми із зором, втратою сили і балансу м'язів, втратою щільності і міцності кістки, що зумовлюють більшу схильність до критичних падінь.

Під час перелому стегнової кістки проявляються такі симптоми, як сильний біль, нездатність рухати ногою, стояти чи ходити, пошкодження навколишніх м'язових та сухожильних тканин і близьких кровоносних судин. Пошкоджена нога може виглядати коротшою.

Це пошкодження майже завжди лікується хірургічно. Головне завдання при цьому - правильно з'єднати частини кістки та зафіксувати за допомогою металофіксатора для правильного подальшого лікування. Після операції на 6 тижнів накладають гіпс для покращення процесу загоєння. Після зняття гіпсу потрібно застосувати прогресивну функціональну терапію, спрямовану на відновлення радіусу руху стегна і коліна, міцності м'язів стегна і стабільності коліна. Дуже важливо прогресивно збільшувати навантаження, керуючись вказівками лікаря, не пропускати етапи терапії і занадто рано не починати повноцінну активність, оскільки це може викликати повторний перелом.

Люди старечого віку проходять особливо довгий шлях відновлення, адже тривале перебування в постільному режимі може негативно вплинути на серцево-судинну систему. У свою чергу це стає причиною розвитку пролежнів і застійної пневмонії. Пневмонія часто закінчується смертю у старій половини населення. Серцева недостатність і виникнення трофічних порушень також неминуче явище при тривалому знерухомленні.

Вправи після перелому стегна: Рекомендується встановити невелику поперечину за спинкою або над ліжком. Для цього протягують широкий ремінь, щоб пацієнт міг самостійно підтягуватися і сідати у ліжку. Вправи ЛФК (лікувальна оздоровча фізкультура) слід починати якомога раніше, щоб

реабілітація після перелому стегна мала гарний успіх. Вже на наступний день рекомендується почати виконання дихальної гімнастики. Наприклад, можна надувати повітряні кульки, збільшуючи з кожним днем кількість повторень. На 2-3 день після травми до дихальної гімнастики приєднуються енергійні рухи рук і активні рухи тулубом.

Всі вправи ЛФК при переломі стегнової кістки розробляє лікар в індивідуальному порядку, враховуючи вік і загальний стан пацієнта, а також складність і особливість перелому. Програма відновлення після перелому стегна також включає в себе фізіопроцедури, які допомагають процесу зрощування і відновлення кісткової тканини.

Основні завдання масажу і гімнастики: поліпшення кровообігу в ділянці травми, попередження різних ускладнень; зміцнення м'язів тулуба, що попереджають атрофію; зміцнення м'язів кінцівок і тазового поясу; зниження ригідності в суглобах; відновлення опорної функції кінцівок; відновлення колишніх навичок ходьби і постави;

При переломі стегна реабілітація передбачає застосування масажу, який починають з 2-3 дня. Спочатку здійснюють масаж в ділянці попереку, а потім проводять масаж м'язів здорової ноги, при цьому додають поступове навантаження на пошкоджену кінцівку, приділяючи особливу увагу м'язовим волокнам стегна.

Список літератури

1. Амосов Н. М. Здоров'я людини / Н. М. Амосов, Я. М. Бендер - М.: 1984.
2. Артеменко Е. П. Удосконалення методики відновлення працездатності після переломів кісток гомілки: Автореф.- Омськ, 2006. - 23 с.
3. Бакулев А. Н. Популярна медична енциклопедія / А. Н. Бакулев, Ф. Ф. Петров - К.: СПб. - 2001р
- Бахрах І. І. Організаційні, методичні та правові основи фізичної реабілітації. Навчальний посібник / І. І. Бахрах, Г. М. Грець : - Смоленськ: СГИФК, 2003. – 151

Історичні аспекти і сучасне застосування глинолікування

Глинолікування, або болусотєрапія (від лат. Volus - глина), - метод теплєлікування, що ґрунтуєтьсє на використанні наґрїтїх глин, є одним з найдавнїших методїв фізіотєрапїї. Глину широко застєсовували щє в Стародавньому Єгїпті для оздоровчих, косметичних цїлєй та бальзамування. Римляни використовували глину для прання. У стародавнїх папірусах знайдєні рєцєпти лікування глиною зовнїшнїх та внутрїшнїх запалєнь, інфекцїй, абсцєсів, розладїв кишечника, венеричних хворєб. Лікувальний вплив глини вїдзначали у своїх трактатах Дїєскорид, Пліній Старший, Галєн, Авїценна, а Гїппократ писав, що «глина і морська грьязь виводять з органїзму все шкїдливе й неґативне, а запальнї процєси, що вїдбуваютьсє в тканинах, переходять у глину разом із непрїємними запахами» [1]. Французький хїмїк Падрє Ламєт довїв, що глина концентрує в собї магнетизм сонця, повїтря і води. Примєчки з глини «подїбнї до живлющєго магнїтного дощу, що пронизує хворий орган і надає йому сили та здоров'я». У 1903 р. профєсор Бєрлінського унїверситєту Р. Штрумфє успїшно застєсовував глину для лікування азїйської холєри. У Першу свїтову вїйну французьким солдатам додавали глину до гїрчицї, що рятувало їх пїд час епїдемїї дизентєрїї. Видатний клїніцист ХїХ ст. профєсор С.П. Бєткїн у своїй клїніцї використовував компрєси з холодної глини для лікування істерїї, базєдової хворєби, серцево-судинних, гастроєнтерєлогїчних, нєврологїчних захворювань. На швейцарському курортї в Давосї глиною лікують найбільш тяжкї випадки лєґєневих захворювань. Вїдомий болгарський лїкар і вчений Іван Йєтов дослїджував вплив на людський органїзм цїлющих властивостєй блакитної глини. Дослїдження глини, проведєні І. Йєтовим (1991), показали, що вона цїлюща при статичнїй хвилї 8 м – це хвиля здорових клїтин органїзму людини. Для лікування можна застєсовувати глину з вїбрацїйним енерґетичним полєм типу радїохвилї, що сильнє проникає в тїло людини [2]. Самє така глина примушує хворї клїтини з іншою довжинлю хвилї вїбрувати так, як здоровї, і

очищуватися від накопичених у них шкідливих речовин. На думку А. Парчек (1987), глина відзначається тропізмом, тобто сама спрямовується до ураженої ділянки тіла, що потребує в біоенергії та регенерації [1].

Унікальні фізико-хімічні властивості глини і зумовлюють її оздоровчі, лікувальні та реабілітаційні властивості. Існує більше 40 видів глини, різної за складом і кольором: рожева, блакитна, біла, чорна, зелена, жовта, червона та сіра. Особливо цінуються кембрійські маслянисті глини блакитного кольору. Глина - продукт вивітрювання вулканічних порід, мінеральні тонкодисперсні осадові відкладення різного складу. Маленькі розміри кожної часточки глини (до 2 нм) створюють величезну адсорбційну поверхню. Цим пояснюється здатність глин поглинати різні шкідливі для організму речовини, що особливо важливо у випадку ендогенних інтоксикацій. Глина має велику теплоємність, малу теплопровідність. Глини є полімінералами; обов'язковими складовими глини є оксид кремнію та алюмінію. Кремній відіграє в організмі людини важливу захисну роль. Глина – ефективний абсорбент, має антисептичні (стерилізуючі) властивості, добре загоює й зарубцьовує рани, а також сприяє відновленню біоенетичного потенціалу при запаленнях. Глина має невелику радіоактивність - від 55 до 230 Бк, оскільки містить радіоактивний елемент радій (Ra). Під час глинолікування радій надходить до організму в чистому вигляді, природному стані і саме в тій дозі, якої потребує організм. рН глини складає від 7,8 до 8,0, що сприяє нормалізації кислотно-лужного балансу в організмі. Глину використовують у вигляді мазі, пасти, припарювань, компресів, примочок, порошку, аплікацій, розтирань, бальзамів на основі різних добавок (меду, оцту, ароматичних трав тощо), лікувальних ванн, водних розчинів для клізми, пиття. Глину можна використовувати тільки один раз, бо вона поглинає з організму токсичні речовини. Таким чином, здатністю хвилі глини проникати в тіло людини пояснюються її безцінні універсальні властивості як лікувального засобу, що має вузьке коло протипоказань.

Список літератури

1. <http://zsz.pp.ua/likuvannya-glinoyu/>

Іван Найденов Йотов. Цілюща глина.К.: Глобус, 1991. 33 с.

Василь Біблюк
Науковий керівник – викл. Гауряк О.Д.

Форми проведення гімнастики в загальноосвітніх навчальних закладах

Гімнастика – один з універсальних засобів фізичного виховання [3, с. 12]. Серед видів гімнастики, які застосовуються в загальноосвітніх навчальних закладах, є основна гімнастика, яка посідає значне місце у фізичному вихованні учнів [3, с. 13].

У практиці роботи сучасної школи склалися і широко застосовуються як урочні, так і позаурочні форми занять гімнастикою. До урочних форм відносяться навчальні, секційні уроки, уроки загальної фізичної підготовки, спортивно-тренувальні і лікувальні. Позаурочні форми занять гімнастикою проводяться як в режимі учбового, так і в режимі продовженого дня школи, а також у вільний час.

До форм занять гімнастикою в режимі учбового дня належать: гімнастика до занять; фізкультурні хвилини і фізкультурні паузи; гімнастичні вправи під час великих (продовжених) перерв. Позакласна робота з гімнастики в школі здійснюється проведенням секційних занять з гімнастики, акробатики, художньої гімнастики, занять гімнастикою у групах загальної фізичної підготовки та індивідуальні форми занять гімнастикою [1]. Разом з тим, основною формою проведення гімнастики в школі є урок [1; 3].

Уроки гімнастики класифікують за їх спрямованістю й можливістю розв'язання педагогічних завдань і поділяють на навчальні, тренувальні, комплексні та контрольні. Тренувальні уроки проводяться з метою удосконалення вивченого матеріалу й розвитку фізичних якостей. Під час комплексних уроків викладають матеріал з різних розділів програми, але обов'язковим для цього виду уроків є визначення стрижневого матеріалу на певну серію уроків. Контрольні уроки розв'язують завдання контролю за ходом та якістю засвоєння гімнастичних вправ, виховання фізичних якостей.

У практиці роботи школи суто навчальні, контрольні або тренувальні уроки зустрічаються досить рідко, як правило, на

кожному уроці присутні елементи навчання, тренування й контролю [1].

У навчальній програмі з фізичної культури гімнастика представлена в окремому варіативному модулі «Гімнастика».

У молодшій школі на уроках гімнастики школярі засвоюють основні засоби рухової діяльності («школа культури рухів з елементами гімнастики», «школа пересувань», «школа розвитку фізичних якостей» та інші), а із засобів гімнастики застосовуються різновиди ходьби, бігу, стрибків, ЗРВ, прикладні вправи, ігри, естафети тощо). У середній та старшій школі використовують стройові вправи (шикування, перешикування, перестроювання); ЗРВ з предметами й без предметів, які проводяться різними способами (роздільним, потоковим); акробатичні вправи (перекати й перекиди вперед, назад, стійки на голові/лопатках, переворот боком); вправи на гімнастичних снарядах (для хлопців – вправи на паралельних брусах, низькій перекладині, для дівчат – вправи на різновисоких брусах, колоді), опорні стрибки (стрибок в упор присівши, стрибок ноги разом/нарізно через козла); прикладні вправи та вправи ЗФП; вправи ритмічної та атлетичної гімнастики [2], що поглиблюють знання й розширюють рухові уміння учнів, сформовані в початковій школі.

Отже, гімнастика є невід’ємною складовою фізичного виховання школярів усіх вікових груп. У школі гімнастика проводиться як в режимі учбового дня, так і в позанавчальний час. Разом з тим, основною формою проведення гімнастики в школі є урок.

Список літератури

1. Ляшук Р.П., Огнистий А.В. Гімнастика: навчальний посібник (у 2-х частинах). – Ч.1. – Тернопіль: ДТПУ, 2001. – 212 с.
 2. Навчальна програма з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів 5-9 класи / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://mon.gov.ua/ua/osvita/zagalna-serednya-osvita/navchalni-programi/navchalni-programi-5-9-klas>
- Худолій О.М. Основи методики викладання гімнастики : навч. пос. – Худолій О.М.– Ч. 1. – Харків : ОВС, 2004.

Особливості розвитку спеціальної витривалості

Спеціальна витривалість визначається специфічною підготовленістю всіх органів і систем спортсмена, рівнем його фізіологічних і психічних можливостей залежно від виду легкої атлетики. Особливе значення має здатність спортсмена продовжувати роботу при втомі завдяки прояву вольових якостей. Для спеціальної витривалості в бігу важливу роль відіграє запас швидкості. Існує певна залежність між максимальною швидкістю на короткому відрізку і середньою швидкістю в бігу на дистанції, в якій легкоатлет спеціалізується. Чим більша максимальна швидкість перевищує середню, тим кращого результату спортсмен може досягти. Водночас ця різниця може служити своєрідним коефіцієнтом витривалості. Чим менше різниця, тим вище коефіцієнт витривалості. При визначенні різниці для зручності береться не швидкість в м/с, а кращий результат бігу на 100 м з низького старту і середній час подолання 100 м при проходженні всієї дистанції також з кращим результатом. Чим довше дистанція, тим більше різниця в одного й того ж спортсмена між середнім часом і кращим результатом в бігу на 100 м.

Методи розвитку загальної і спеціальної витривалості різноманітні, їх легко пристосовувати до тренування різного рівня в різних зовнішніх умовах. Відмінності в методиці розвитку спеціальної витривалості у бігунів на різні дистанції визначаються перш за все фізіологічними особливостями діяльності органів і систем організму в цілому, пов'язаними з інтенсивністю і тривалістю бігу, співвідношенням кисневого запиту і його споживання.

У розвитку спеціальної витривалості скороходів і бігунів на довгі і наддовгі дистанції значну роль відіграє можливість організму тривалий час підтримувати на високому рівні рівновагу між кисневим запитом і його споживанням. Отже, методика тренування повинна передбачати вищі вимоги до організму, підвищувати функціональні можливості дихальної і особливо серцево-судинною системи.

Біг на середні дистанції характеризується різким збільшенням споживання кисню в перші 1-2 хв., яке швидко досягає найвищого рівня і протягом невеликого відрізка часу не міняється. Тому в процесі тренування в бігу на середні дистанції у спортсмена змінюється серцево-судинної і дихальної систем і удосконалюються процеси обміну, поліпшується коефіцієнт споживання кисню.

Істотно відрізняється розвиток витривалості у бігунів на 400 м. Біг на цій дистанції проходить з дуже великою швидкістю при запиті кисню, що не задовольняється, незважаючи на граничне його споживання. Отже, вдосконалення анаеробних механізмів — одне з головних завдань у розвитку спеціальної витривалості у бігунів на 400 м. Важливо, щоб спортсмен не зменшив швидкість бігу на останніх 50-100 м. Тому з тренувальних дистанцій від 200 до 600 м найбільше значення для розвитку спеціальної витривалості має повторний біг на 400 м.

Витривалість зазвичай розвивають послідовно, по етапах — спочатку загальну, потім спеціальну. У даний час таких етапів налічується 3-4.

Варіанти поетапного розвитку витривалості різні, але у всіх випадках повинен бути етап утворення спеціального фундаменту. Природно, що в підготовчому періоді повинні розв'язуватися і багато інших завдань (розвиток сили і гнучкості, поліпшення швидкості рухів, виховання вольових якостей та ін.).

Список літератури

1. Платонов В.М. Теория и методика спортивной тренировки / В.М.Платонов – Киев: Вишья школа. Головное изд.-во, 1984. – 352с.
2. І.О.Ячнюк Легка атлетика: навч – метод. посібник / укл.: І.О.Ячнюк, Ю.Б. Ячнюк, М.Ю. Ячнюк. – Чернівці :Чернієцький нац.ун –т, 2011. – 92 с.

Особливості адаптивної фізичної культури при порушенні зору

Особливості психофізичного розвитку сліпих дітей та дітей зі зниженим зором вимагають специфічної організації змісту освіти, методів і прийомів їхнього навчання і виховання. Спеціально організоване навчання сприяє формуванню життєвих компетенцій у дітей з вадами зору. Важкі порушення сенсорної сфери у сліпих дітей та дітей зі зниженим зором впливають на їх розвиток, вносять своєрідність у процес навчання та життєдіяльності. Характерний для сліпих і слабозорих дітей вербалізм уявлень призводить до формального заучування та викладення знань, набутих із комунікативного оточення та інформаційних джерел. Нечіткість, уповільненість, вузькість сприйняття зумовлюють труднощі впізнавання, розрізнення предметів і явищ довкілля, їх форм, характерних зовнішніх ознак тощо. Недорозвиненість тактильних відчуттів, загальної й дрібної моторики спричиняє неточність координованих рухів, уповільнення виконання дій, труднощі в орієнтуванні.

Сучасний склад дітей шкіл сліпих та дітей зі зниженим зором неоднорідний і різниться за ступенем порушення зору, рівнем фізичного та інтелектуального розвитку. У зв'язку з цим навчання спеціальних умінь та навичок можливе лише за наявності індивідуального підходу до кожної незрячої дитини з урахуванням характеру її дефекту, особливостей особистості та набутого досвіду життя.

Успішність адаптивної фізичної культури залежить від того, наскільки незрячі повно сприймають ознаки і якості предметів, явищ, ситуацій. Особлива роль відводиться вправам, які сприяють розвитку у дітей із вадами зору просторових уявлень, розширенню знань про предмети та явища довкілля, вправам із практичним змістом. Значне місце займають екскурсії, практичні заняття, дидактичні ігри з використанням інтерактивних технологій. Оволодіння спеціальними вміннями

та навичками полегшує соціально-психологічну адаптацію дітей з вадами зору до сучасних умов життя.

Мета адаптивної фізичної культури людей з порушенням зору – забезпечити максимальну свободу, ефективність, економічність і безпеку рухової активності.

Завдання адаптивної фізичної культури при порушенні зору:

- розвивати здатність цілеспрямовано переміщатися в просторі;

- формувати уміння взаємодії з середовищем і предметами, які його наповнюють, виконувати життєво необхідні результативні, економічні дії.

Специфічні завдання адаптивної фізичної культури людей з порушенням зору:

- розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу; сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору в цілому;

- вдосконалювати навички орієнтування у просторі за допомогою непошкоджених сенсорних систем;

- ліквідувати скутість і обмеження рухів;

- розвивати здатність відчувати й оцінювати швидкість рухів, їх амплітуду, ступінь напруги і розслаблення м'язів;

- удосконалювати всі характеристики рухів;

- розширювати рухові уявлення, рухову пам'ять, обсяг рухових умінь;

- коректувати недоліки фізичного розвитку, розвивати спритність, силу;

- при зниженні гостроти зору – розвивати зорово-моторні реакції.

Список літератури

1. Дяченко А.А. Особливості фізичного розвитку молодших школярів з послабленим зором / А. А. Дяченко // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2009. – № 4. – С. 69–73.

Евсеев С.П. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / С.П. Евсеев, О.Э. Евсеева. – М. : Сов. спорт, 2013. – 388 с.

**Шляхи застосування здоров'язберігаючих технологій
в управлінні навчально-виховним процесом у ЗВО**

Науково-технічний прогрес, досягнення комп'ютерної техніки стали причиною загострення загальнолюдуьської проблеми погіршення рівня здоров'я людей. Суспільство страждає на безліч різноманітних хвороб, причому кількість хворих, на жаль, не зменшується, а навпаки зростає. Турботу викликає різке погіршення стану фізичного та розумового розвитку підростаючого покоління, зниження рівня народжуваності й тривалості життя, зростання смертності, особливо дитячої [2].

Важливе значення має компетентність керівника, який веде навчальний заклад до досягнення мети, а головною метою будь-якого навчального закладу є збереження здоров'я студента. Саме керівник створює імідж закладу, формулює місію навчального закладу, визначає доміанти діяльності, а головне – комплектує команду працівників, які у своїй діяльності – навчальній, виховній – використовують здоров'язберігаючі технології [2].

Поняття «здоров'язберігаючі технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я студентів. На основі аналізу та узагальнення наукових джерел, пропонується власне визначення здоров'язберігаючих технологій: це такі технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці студентів у ЗВО й ті, що розв'язують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням віково-статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних вимог), відповідності навчального та фізичного навантаження можливостям студента.

Здоров'язберігаючі освітні технології поділяються на три групи: *організаційно-педагогічні* (визначають структуру навчального процесу, яка сприяє запобіганню станів перевтомлення, гіподинамії тощо); *психолого-педагогічні* (пов'язані з безпосередньою роботою педагога на занятті); *навчально-виховні* (це програми з формування культури здоров'я,

формування навичок здорового способу життя, профілактики шкідливих звичок, захворювань, позакласні заходи, робота з батьками).

Аналіз здоров'язберігаючої діяльності навчальних закладів України дозволив виділити такі складові цієї діяльності (форми і види роботи): корекцію порушень соматичного здоров'я з використанням комплексу оздоровчих та медичних заходів без відриву від навчального процесу; різноманітні форми організації навчально-виховного процесу з урахуванням їх психологічного та фізіологічного впливу на студентів; контроль за виконанням санітарно-гігієнічних норм організації навчально-виховного процесу; нормування навчального навантаження та профілактику перевтоми студентів; медико-психолого-педагогічний моніторинг стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку студентів; розробку та реалізацію навчальних програм із формування в студентів навичок ведення здорового способу життя та профілактики шкідливих звичок; діяльність служби психологічної допомоги педагогам та студентам у подоланні стресів, стану тривоги; сприяння гуманному ставленню до кожного студента; формування доброзичливих взаємовідносин у колективі працівників; заходи, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я викладачів та студентів [2].

Пріоритетною формою збереження і зміцнення здоров'я студентів є фізкультурно-оздоровча діяльність: проведення додаткових і самостійних занять із фізичними вправами (змагання, ігри, турніри, туристичні походи, конкурси, дні здоров'я), що задовольняють біологічну потребу у русі.

Одним із найважливіших напрямів діяльності навчального закладу є забезпечення необхідних санітарно-гігієнічних умов внутрішнього середовища, зокрема: озеленення приміщень, контроль за штучним освітленням, контроль за чистотою навчальних аудиторій тощо.

Список літератури

1. Денисенко Н. Ф. Освітній процес має бути здоров'язберезувальним // *Дошкільне виховання*. 2007. №7. С. 8-10.
- Єжова О. О. Педагогічні фактори і умови формування ціннісного ставлення до здоров'я. // *Педагогічні науки*. Вип. 14. С. 159–164.

Профілактика професійного вигорання у фізичних терапевтів

Професійне вигорання - реакція організму та психологічної сфери людини, що виникає внаслідок тривалого впливу стресів, результат некерованого довготривалого стресу; психічний стан, який характеризується виникненням відчуття емоційного виснаження та втоми, викликаних професійною діяльністю людини; поєднує в собі емоційну спустошеність, деперсоналізацію і редукцію професійних досягнень; різновид та передумова професійної деформації особистості [1].

Термін «професійне вигорання» ввів американський психіатр Х.Дж. Фрейденбергер у 1974 р. для характеристики психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з клієнтами, пацієнтами, постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги. Професор психології Каліфорнійського університету К. Маслач деталізувала це поняття, окресливши його як синдром фізичного та емоційного виснаження, що складається з розвитку негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрати розуміння співчуття щодо клієнтів. Доктор К. Маслач підкреслює, що «професійне вигорання» - це не втрата творчого потенціалу, а емоційне виснаження, що виникає на тлі стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням.

Фахівці, які працюють у системі «людина-людина», а саме: медичні працівники, юристи, соціальні працівники, психіатри, психологи, вчителі змушені постійно стикатися з негативними емоційними переживаннями своїх клієнтів (пацієнтів, вихованців), тому мимоволі стають залученими до цих переживань і зазнають підвищеного емоційного напруження. На розвиток процесу вигорання впливають індивідуальні особливості нервової системи людини, темперамент, інтровертний тип характеру, які не поєднуються з вимогами професій типу «людина-людина».

Процес вигорання, що виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки»,

розвивається дуже поступово: I стадія триває 3-5 років, II - 5-15 років, III – від 10 до 20 років; на його тлі можуть загострюватись хронічні і виникати нові хвороби. Постійна емоційна перевтома переходить у фізичну, що може провокувати стан пригніченості, апатію, спалахи роздратування, відчуття постійної напруги, дискомфорту. Професійне вигорання характеризується наявністю психофізичних симптомів (почуття постійної, неминаючої втоми, частий безпричинний головний біль, розлади шлунково-кишкового тракту; порушення сну, помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів), соціально-психологічних (байдужість, нудьга, пасивність і депресія, спалахи невмотивованого гніву чи відмова від спілкування, «відхід у себе») та поведінкових симптомів (зневіра, зниження ентузіазму до роботи, байдужість до результатів; невиконання важливих, пріоритетних завдань).

Згідно з концепцією Є. О. Клімова, сферу фізичної реабілітації, можна віднести до типу професій «людина-людина». Аналіз останніх досліджень свідчить, що частота виникнення професійного вигорання у фізичних терапевтів (реабілітологів) є достатньо значущою, «враховуючи специфічний характер діяльності фізичного терапевта; в ній потенційно закладена ймовірність розвитку професійної деформації особистості, що впливає на цілісність особистості, знижує адаптивність, погіршує міжособистісну взаємодію» [2].

У зв'язку з цим актуальними є методи гармонізації психофізичного стану людини, що конструктивно протидіють професійному вигоранню, зокрема належне оцінювання праці фізичного терапевта, оновлення програми діяльності, психотерапія та психотренінги, адекватні фізичні вправи, терапія кольором, ароматерапія, фітотерапія, масаж (класичний і масаж біологічно активних точок).

Список літератури

1. Качур О. Профілактика професійного вигорання у закладах освіти // Психолог, №40 (424), жовтень, 2010. – с.3-7.
Професійна рефлексія у діяльності фахівця з фізичної реабілітації. Дяченко Ю.Л., Заушнікова М.Ю. //«Молодий вчений» • № 11.1 (38.1), листопад, 2016 р., с.21-24.

Олександр Бойчук, Ванда Гринько
Науковий керівник – доц. Галан Я.П.

**Теоретико-методичні засади реалізації
олімпійської освіти в загальноосвітніх та закладах
вищої освіти**

Сучасному періоду розвитку України притаманна гуманістична філософія освіти і виховання, нові моделі навчання – оновлена парадигма, яка найповніше відповідає сучасним соціально-економічним реаліям, національним і загальнолюдським цінностям, що формується у державі.

Важливе місце у структурі ціннісних орієнтацій займають гуманістичні якості, формування яких є необхідною умовою духовного становлення особистості.

Аналіз наукової літератури свідчить, що проблема інтеграції олімпійської освіти в навчально-виховний процес навчальних закладів ще недостатньо досліджена у педагогічній теорії, а тому не знайшла належного відображення у практичній діяльності закладів освіти, не мають ґрунтового розкриття і обґрунтування зміст, форми і методи її впровадження у практику роботи школи.

Питання впровадження у процес навчання й виховання елементів олімпійської освіти як позитивного фактору, що сприяє гуманізації суспільства, знайшли відображення у роботах вітчизняних дослідників: Н. В. Москаленко, О. М. Вацеби, С. Ф. Матвєєва, О. А. Томенка, В. М. Єрмолової, М. М. Булатової та ін.

Найбільш розробленими є концептуальні підходи олімпійської освіти у закладах освіти України. Проте проблемою й досі залишається пошук шляхів впровадження олімпійської освіти в освітній процес навчальних закладах України. Важливим кроком у розбудові вітчизняної освітньої галузі стало прийняття Верховною Радою України Закону “Про освіту”. Новий закон вступив у дію у вересні 2017 року, і з його реалізацією пов’язують якісні зміни у системі підготовки школярів, студентів та запровадження європейських стандартів освіти. Закон встановлює правові, організаційні, фінансові засади функціонування системи освіти в Україні, створює умови

для посилення співпраці державних органів із закладами освіти, органічного поєднання освіти з науковою діяльністю, сучасними технологіями з метою підготовки конкурентоспроможного людського капіталу для високотехнологічного та інноваційного розвитку країни, самореалізації особистості, забезпечення потреб суспільства та держави. Процес імплементації нового закону передбачає здійснення системи конкретних заходів із розроблення та запровадження освітніх механізмів його реалізації. Тому аналіз основних напрямів цього суспільно важливого та визначального для розвитку вітчизняної галузі освіти документу є актуальною проблемою.

З метою вдосконалення діяльності щодо реалізації системи олімпійської освіти в Україні було здійснено аналіз процесу впровадження ідеї олімпізму серед різних верств населення. Результати досліджень дають підставу припустити, що одним із ефективних підходів до вирішення проблем, які стоять перед сферою освіти на сучасному етапі розвитку українського суспільства, може стати система організації освітнього процесу в закладах середньої освіти на основі олімпійської ідеології через впровадження олімпійської освіти у практику роботи школи. Діяльність, що лежить в основі цієї освіти, здатна сприяти вихованню психічно і фізично здорової людини, патріота, працездатної, толерантної, законослухняної особи, яка у повсякденному житті дотримується правил чесної гри. Філософія олімпізму покликана допомогти школярам зробити правильний вибір для удосконалення своєї особистості, що сприятиме особистісному розвитку.

Впровадження олімпійської освіти в систему освіти з фізичної культури сприяє інтеграції спорту і освіти, пропаганді здорового способу життя, розширенню комунікативного простору фізичної культури, спорту та олімпізму.

Спалах кору в Україні: поради щодо вакцинації

В Україні триває спалах кору – одного з найбільш заразних захворювань, відомих у світі. Ліків від кору не існує, єдиний надійний метод профілактики захворювання – вакцинація. Спалахи кору мають циклічний характер і відбуваються кожні 5–6 років. Головна причина спалахів – низьке охоплення щепленнями.

Кір – одна з головних причин дитячої смертності у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку у світі 30-40 мільйонів дітей хворіють на кір, понад 800 тисяч помирають від самої інфекції та її ускладнень. Це означає 314 смертей на день, 13 смертей щогодини.

На сьогодні існує високий ризик захворювання на кір серед дітей, які не отримали щеплення. Підлітки та дорослі, які раніше не хворіли на кір і не робили щеплення, також залишаються вразливими до захворювання. У дорослих кір зазвичай має набагато тяжчий перебіг. Невакциновані медичні працівники найбільше наражаються на ризик захворіти.

Специфічного лікування від кору немає. Проте захворюванню можна запобігти. Щеплення проти кору проводять уже понад 50 років, і за ці роки вакцини зарекомендували себе як безпечний та ефективний спосіб профілактики. Саме завдяки вакцинації вдалося знизити захворюваність на кір у десятки разів. Переважна більшість європейців мають усі щеплення КПК за календарем, тож у 42 з 53 країн Європи вдалося зупинити поширення кору. Проблемними залишаються ті країни, де рівень охоплення щепленнями недостатній. На жаль, серед цих країн й Україна.

Важливо знати, що вакцинація формує специфічний імунітет, унаслідок чого організм людини стає нечутливим до захворювання. У результаті проведеного дослідження виявлено, що захист від кору потрібний, якщо:

- Дитині виповнилося 12 місяців;
- Дитина старша від 1 року і ви пропустили перше щеплення — негайно надолужте його;

- Дитині 6 років – це час іти на планову ревакцинацію КПК.
- Ви не пам'ятаєте, чи робили дитині щеплення КПК, і не маєте документальних підтверджень. У цьому випадку дитину також потрібно вакцинувати.
- Підлітки, а також дорослі, що не хворіли на кір, не отримували щеплень від кору. Їм також потрібна вакцинація від кору.

Вакцинацію не роблять, якщо є високий ризик серйозної реакції та при станах, коли імунна відповідь на введену вакцину не сформується:

- Гостре захворювання, що супроводжується температурою, вищою за 38,5°C.
- Серйозна алергічна реакція (анафілактичний шок) на попередню дозу вакцини чи відома алергічна реакція на один із компонентів вакцини.
- Захворювання і стани організму, при яких після введення вакцини імунітет може не сформуватися (наприклад в умовах хіміотерапії в онкологічних хворих; при вживанні великих доз стероїдних гормонів; при СНІДі).
- Вагітність. Вакциною КПК не прищеплюють вагітних, адже вона містить живі віруси. Щеплення проти кору необхідно зробити на етапі планування вагітності.

Отже, варто пам'ятати, що вакцинація є надійним захистом для кожного з нас від кору – захворювання, яке може призвести до ускладнень або смерті. А ще вакцинація – це наш обов'язок: перед нашими дітьми, рідними, громадою і всіма людьми, що мешкають у нашій країні.

Список літератури

1. Задорожна В.І. Характеристика захворюваності на кір в Україні та заходи, що на неї впливають / В.І. Задорожна, Г.В. Мойсєєва // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української Військово-медичної Академії. – 2008. – Вип. 21. – С. 217 – 224.

2. [http://moz.gov.ua/article/health/spalah-koru-v-ukraini-scho-treba-znati-pro-hvorobu-i-jak-zahistiti-sebe\(27.02.2019\)](http://moz.gov.ua/article/health/spalah-koru-v-ukraini-scho-treba-znati-pro-hvorobu-i-jak-zahistiti-sebe(27.02.2019))

Історія виникнення гандболу та його розвиток в Україні

Датою зародження спортивної гри з м'ячем, зареєстрованої в міжнародній спортивній класифікації за назвою «гандбол» (ручний м'яч), прийнято вважати 1898 р., коли викладач фізичного виховання реального училища данського міста Ордруп Хольгер Нільсен ввів в уроки фізичної культури жіночих груп гру з м'ячем, названу «хаандболд», в якій на невеликому полі змагалися команди з 7 гравців, передаючи м'яч один одному і прагнучи закинути його у ворота [1].

Українському гандболу у 2009 році виповниться сто років. Уперше гандбол з'явився в Харкові в 1909 р. І саме Україна запропонувала грати за схемою сім на сім, тоді як практично у всьому Радянському Союзі на майданчик виходили 22-а гравці.

Український гандбол упродовж кількох десятиліть вважався еталоном у світі: збірна СРСР по два рази виборювала звання олімпійських чемпіонок (1976, 1980) та чемпіонок світу, а київський «Спартак» 13 разів вигравав Кубок європейських чемпіонів. Втім, усі ці здобутки пов'язували з роботою видатного тренера Ігоря Турчина, після трагічної смерті якого справи в цьому виді спорту пішли на спад [1].

Коли говорять про історію українського гандболу, зазвичай відразу ж згадують про легендарного тренера Ігоря Турчина й епоху київського «Спартака». Але ще до цього була не менш героїчна епоха – час боротьби за гандбол як за вид спорту.

Аналізуючи розвиток гандболу в Україні, необхідно зазначити організаційно-управлінська система гандболу є сформованою системою олімпійського спорту, основними тенденціями розвитку якої є професіоналізація і комерціалізація. Показники розвитку спорту вищих досягнень гандболу в країні зумовлюють необхідність реорганізації і вдосконалення зазначеної системи.

В Україні права на проведення чемпіонату України одноосібно належать Федерації гандболу України, а організацією чемпіонату займається Комісія з організації і

проведення змагань, що входить до структури Федерації гандболу України [2].

Основною умовою виступів клубів у Чемпіонаті України є виплата внеску за участь і відсутність заборгованостей перед ФГУ. Чоловіча гандбольна Суперліга налічує 10 команд, але більшість із них має фінансові труднощі, і тільки 2 клуби відповідають визначенню «професійний клуб».

Проте проблемою сучасного українського гандболу є відсутність стабільного фінансування виду спорту, відповідних організаційних структур та клубів; відсутність необхідної кількості змагань, низький рівень розвитку дитячо-юнацького спорту, необхідність вдосконалення системи підготовки тренерів і суддів, проведення ефективної реклами і маркетингу.

Слід зазначити, що в жодному з 24 регіонів України, які розвивають гандбол, клубний гандбол цілеспрямовано не розвивається, професійний гандбол не популярний серед представників регіональної влади і бізнесу [2].

Також відсутні трансляції матчів Суперліги на центральних телевізійних каналах, що пов'язано з низькими телевізійними рейтингами гандболу. У даний час спортивні програми в ефірній сітці УТН складають 2,6% від загальної кількості програм, а на комерційних каналах транслюються національні чемпіонати закордонних країн.

Отже, створення системи регулярних трансляцій кращих матчів, вибір оптимального дня для телепоказів сприятиме підвищенню популярності гандболу як з боку телеглядачів, так і бізнесменів, і, як наслідок, збільшенню рейтингів показів і формування вартості телевізійних прав.

Список літератури

1. <http://ua.textreferat.com/referat-670.html>
2. <https://disted.edu.vn.ua/courses/learn/3632>

Кожокар М.В., Музика В.І. Баскетбол як засіб фізичного розвитку школярів. Матеріали за 8-а міжнародна научна практична конференція, «*Achievement of high school*», – 2012. Том 24. Знання и архітектура. Фізическая культура и спорт. София: «Бял ГРАД-БГ» ООД – С. 54-58.

Оптимізація процесу фізичної підготовки студентів СМГ за допомогою ігор

Питання збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді є важливою проблемою сьогодення. Заняття фізичними вправами у спеціальних медичних групах є одним із головних чинників відновлення, зміцнення і підтримання здоров'я студентів. Спеціалісту з вищою фізкультурною освітою слід знати особливості застосування різноманітних ігор та естафет для студентів вищих навчальних закладів різного ступеня акредитації, які займаються за державними програмами з фізичного виховання.

Заняття фізичною культурою із цим контингентом проводяться за спеціальними програмами з урахуванням характеру патології, ступеня відхилення у фізичному розвитку і підготовленості, функціонального стану організму.

Вивчення спеціалізованої літератури дозволяє систематизувати та дослідити групи рухливих ігор різнопланового характеру та впливу, рекомендованих для студентів СМГ. Ігри дозволяють виявити ступінь розвитку та вдосконалення фізичних якостей даного масиву дослідження.

Особливої уваги набувають ігри коригуючого напрямку, які пов'язані із виробленням правильної постави. Ці ігри не передбачають надмірних фізичних навантажень. Головна мета – привчити чітко виконувати поставлені завдання. До таких ігор відносять «Зустрічну естафету», «Передав- сідай» і т.п.

При відборі ігрового матеріалу слід враховувати моторну щільність кожної гри та її фізіологічну цінність відповідно до частоти серцевих скорочень.

Виходячи із цих міркувань, ігри поділені за ступенем інтенсивності на низький, середній та високий рівні.

Отже, для удосконалення функціонального стану організму дівчат СМГ найбільш ефективними є ігри середньої інтенсивності, а для юнаків даної категорії -з високою інтенсивністю. Підтримання такої інтенсивності протягом 10-15 хвилин є оптимальним для даного дослідження.

Усі ці висновки та дослідження дають можливість рекомендувати викладачам, які займаються зі студентами СМГ, орієнтуватися на об'єктивні та інформативні критерії серцево-судинної системи та фізичне навантаження у кожному окремому випадку.

Викладач під час проведення різноманітних ігор та естафет під час занять зі студентами спеціальних учбових відділень має враховувати не тільки рівень рухової активності тих, хто займається, але й контролювати їх самопочуття за допомогою вимірювання частоти серцевих скорочень.

На основі наведених критеріїв складені варіанти занять із використанням ігор різної інтенсивності відповідно до розділу програми «Рухливі та спортивні ігри».

Подальші дослідження передбачають вивчення інших аспектів впливу різноманітних рухливих ігор на організм студентів, які мають відхилення у стані здоров'я.

Список літератури

1. Булич Є.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: учеб.пособ.для техникумов /Э.Г Булич.-М.:ВЫСШ.шк.,1986.255с.

Підприємницька діяльність у сфері спорту

Підприємництво у галузі фізичної культури і спорту – це діяльність, що відбувається на комерційній основі із застосуванням різних організаційно-правових форм та пов'язаної з реалізацією нових можливостей для розробки конкурентоздатних фізкультурно-спортивних товарів та послуг, спрямованих на задоволення громадянами своїх культурних потреб [1].

Основними видами підприємницької діяльності у спорті є:

- організація і проведення спортивно-видовищних заходів;
- проведення занять з фізичної культури і спорту;
- організація і проведення навчально-тренувального процесу;
- надання послуг з фізкультурно-спортивної реабілітації;
- надання освітніх та інформаційно-консультативних послуг;
- виробництво спортивного одягу та взуття;
- виробництво спортивного устаткування та інвентарю;
- підготовка та ремонт спортивного устаткування та інвентарю;
- оренда фізкультурно-оздоровчих та спортивних споруд;
- прокат спортивного інвентарю.

Потенційні споживачі підприємницьких структур у сфері спорту мають намір відшкодувати витрати, пов'язані з наданням товарів і послуг спортивного призначення [3]. У цьому сенсі вони є типовими покупцями. Їх економічна поведінка на ринку визначається ціною, що формується під впливом попиту та пропозиції, популярності спортсмена, спортивної фірми тощо. У свою чергу, виробники товарів і послуг спортивного призначення визначають потреби споживачів з урахуванням ринкової кон'юнктури. Відповідно вони мають великі можливості диверсифікації діяльності, а інтереси власників і працівників суттєво залежать від розміру прибутку в умовах ринкового ціноутворення [2].

Основними суб'єктами господарювання у підприємницькій

діяльності у сфері спорту є юридичні особи. Разом з тим, підприємницькою діяльністю у галузі фізичної культури і спорту можуть займатися не тільки юридичні особи. Достатньою є державна реєстрація як індивідуального підприємця. Втім, значна частина суб'єктів господарювання є юридичними особами [2].

Підприємництво у сфері спорту представлене, в основному, комерційними організаціями, окремими фахівцями, а також некомерційними організаціями, що є учасниками ринкових взаємин [3].

На сьогоднішній день в індустрії спорту значна кількість підприємницьких структур має статус комерційних організацій. Такий юридичний статус мають багато спортивних клубів, підприємств спортивної промисловості та інших організацій. У галузі фізичної культури і спорту комерційні організації можуть бути створені в організаційно-правових формах [1].

Таким чином, ефективне підприємництво у сфері фізичної культури та спорту можливе лише за наявності певної ситуації – підприємницького середовища, тобто ринкової системи відносин, а також свободи підприємця, яка дозволяє приймати найбільш ефективні рішення. Сприятливе підприємницьке середовище включає в себе високий ступінь економічної свободи, наявність певних спортивних підприємств, можливість використання необхідних ресурсів – фінансових, матеріальних, людських, наявність відповідного законодавства та оподаткування [2].

Список літератури

1. Мічуда Ю.П. Сфера фізичної культури і спорту в умовах ринку : закономірності функціонування та розвитку. – К. : Олімпійська л-ра, 2007. – 215 с.
 2. Галкин В.В. Экономика спорта и спортивный бизнес: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Кнорус, 2006. – 291 с.
- Мічуда Ю. Проблеми розвитку підприємництва у сфері спорту для всіх. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 82–86.

Підвищення результативності змагальної діяльності футболістів 14-15 років у навчально-тренувальному процесі

У сучасному футболі існує взаємодія методики підготовки кваліфікованих спортсменів та забезпечення рівня їх підготовленості залежно від вимог змагальної діяльності.

При рівності сил у командах, тільки вдало обрана тактика, висока виконавча майстерність, надасть перевагу команді, яка краще підготовлена в техніко-тактичному плані. При розгляді взаємозв'язку розвитком фізичних якостей та техніко-тактичними уміннями, що визначають ефективність змагальної діяльності виникає питання техніко-тактичного підготовки.

Змагальна діяльність футболістів вимагає вирішення оперативних завдань, які виникають під час взаємодій з партнерами і протидій діям суперника. Отже, першочергового значення набуває вміння приймати рішення, які б дозволили раціонально застосовувати доступну гравцям тактичну схему дій. Досягнення високих спортивних результатів неможливе без розуміння цілісності процесу підготовки, який ґрунтується на індивідуальній і командній майстерності. Дані положення обумовлюються наступними факторами: ефективність змагальної діяльності та оптимальна структура підготовленості, особливості адаптації до засобів і методів впливу на тренувальний процес, індивідуальні особливості дітей, терміни основних змагань та відповідністю віку спортсмена етапам багаторічного спортивного вдосконалення.

До змагальної діяльності необхідно вводити весь арсенал техніко-тактичних дій, оволодіння якими дозволило футболістам максимально використати у грі індивідуальну техніку, специфічні якості та властивості, тактичну майстерність і теоретичні знання.

Змагальну діяльність можна уявити як систему застосування доцільних тактичних дій. Тактичні дії повинні будуватися у відповідності з тактичними знаннями і технічними

навичками з рівнем розвитку фізичних здібностей і психологічних якостей.

Отже, змагальна діяльність - складний педагогічний процес, спрямований на досягнення ефективного застосування технічних прийомів на фоні постійних змін ситуації за допомогою тактичних дій, як раціональної форми організації діяльності футболістів для здобуття перемоги над суперником.

На практиці вивчення окремих ігрових прийомів здійснюється непослідовно та безсистемно, відбувається форсування планомірної технічної підготовки, що знижує якість оволодіння необхідними вміннями й навичками і негативно впливає на подальшу спортивну підготовку.

Важливу роль в управлінні підготовкою футболістів відіграють вивчення закономірностей росту і формування організму, вдосконалення рухових та вегетативних функцій, енергетичного обміну, працездатності. В цих умовах зростає роль тренера, який за допомогою знань про вікові особливості організму, приймаючи за основу закони спортивного вдосконалення та враховуючи індивідуальні темпи розвитку, формує здібності футболістів.

Отже, практичний інтерес представляє подальше вивчення покращення результативності змагальної діяльності у навчально-тренувальному процесі що і актуалізує проблему нашого дослідження.

Список літератури

1. Столітенко Є.В. Фізичне виховання учнів 1-11 класів у процесі занять футболом : посібник / Є.В. Столітенко. – К. : Федерація футболу України ; Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України ; Інститут проблем виховання Національної академії педагогічних наук України, 2011. – 297
2. Шаленко В.В. Формування рухових якостей та технічної підготовленості школярів протягом безперервної футбольної підготовки: Автореф. дис канд. фіз. спорту, Х. – 2005. – 21 с.

Лікарські спостереження в процесі тренувань і змагань

Фізичне виховання і спортивне тренування – це в першу чергу соціально-педагогічний процес, що і визначає провідну роль в його організації і проведенні педагога-інструктора, тренера, викладача.

Один і той же режим тренування, одні і ті ж навантаження можуть по-різному вплинути на здоров'я. У цьому й виникає необхідність присутності лікаря у процесі фізичного виховання і спортивного тренування, у керуванні цим процесом і його раціоналізації. Лікар на основі конкретних матеріалів обстежень і динамічних спостережень дає тренерові об'єктивні дані, необхідні для раціонального планування процесу тренування.

Спільна робота тренера і лікаря – це основа ефективності навчально-тренувального процесу. Вона і повинна охоплювати всі основні його ланки: відбір, допуск, спортивну орієнтацію; контроль за здоров'ям, попередження і своєчасне виявлення захворювань і травм; діагностику тренуваності і контроль за її динамікою; попередження, своєчасне виявлення і усунення перевтоми, перетренованості, перенапруження; контроль за перенесенням тренувальних і змагальних навантажень і перебіг процесів відновлення; контроль за режимом праці, відпочинку, харчування, умовами життя і тренування, станом місць занять, особистої гігієни та ін. При цьому використовуються як медико-біологічні, так і педагогічні методи спостережень і проходжень, результати яких постійно зіставляються і аналізуються. Вони дозволяють комплексно оцінити стан спортсмена, визначити ефективність прийнятого режиму і методики тренування, здійснювати управління процесом тренування.

Лікар бере участь у комплектуванні груп, плануванні й корекції тренувального процесу, організації відновних заходів, у проведенні виховної і санітарно-освітньої роботи з тими, хто займається. Тренер (викладач) на підставі динамічного лікарського і педагогічного контролю в мікро-, макро- і багаторічних циклах тренування складає плани тренувань (занять) команд або груп що займаються і вносить в них необхідні корективи.

Спільна робота лікаря і тренера забезпечує оздоровчу спрямованість занять і спортивне вдосконалення, допомагає попередити і вчасно виявити щонайменші признаки порушень, забезпечити правильний розвиток тренуваності, досягнення найвищого її рівня (спортивної форми) до періоду основних змагань і її підтримка протягом необхідного часу.

Зміст, строки і методи лікарського і педагогічного контролю, лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи включаються як невід'ємна складова частини в плани підготовки команди (групи) і кожного, що займається. Тренер (викладач) разом з лікарем контролює своєчасне проходження обстежень і виконання призначень. Під особливим спостереженням повинні знаходитися особи з порушенням здоров'я, відставанням фізичного розвитку, недостатнім рівнем тренуваності або її порушеннями, поганою адаптацією до навантажень і повільним відновленням, ті, що перенесли захворювання, травми, фізичне перенапруження [1].

Після кожного лікарського обстеження його результати повинні детально обговорюватися з тренером (викладачем) і оперативно використовуватися в управлінні тренувальним процесом. Чим частіше здійснюється співпраця лікаря і тренера, чим оперативне використовуються дані лікарського контролю в управлінні тренувальним процесом, тим він ефективніший і сприяє зміцненню здоров'я і підвищенню спортивної майстерності.

Список літератури

1. Бекетов В.А. Методика підготовки юних спортсменів – Киев: УМК ВО, 1988 – 50с.
2. Дембо А.Г., Попов С.Н., Шапкайтц Ю.М. Спортивная медицина и лечебная физическая культура. 2-е изд.М.: «Физкультура и спорт», 1979 – 352с.

Формування мотивації в учнів старшої школи до занять фізичною культурою

Недостатня рухова активність, негативно впливаючи на більшість функцій підростаючого організму, є патогенетичним фактором у виникненні і розвитку низки захворювань. Розвиток мотивації учнів до занять фізичною культурою є важливим завданням батьків, вчителів та соціальної служби держави, що дає можливість всебічного розвитку учнів, зміцнення їх здоров'я і підтримання на високому функціональному рівні фізичних та психічних сил та можливостей [1].

Ефективність фізичного виховання багато в чому залежить від ставлення учнів до занять фізичною культурою і спортом, від виявлення ними в цьому процесі особистої активності [2].

Тому актуальним є вивчення особливостей формування мотивації школярів 9-11-х класів до занять з фізичної культури.

Досліджувались статеві особливості мотивації до занять певними видами спорту, які включені до шкільної програми з фізичної культури.

У ході накопичення експериментальних даних було обстежено 48 школярів 9-11-х класів (22 хлопчики і 26 дівчаток). Рівень мотивації до занять тими чи іншими видами спорту вивчали за результатами анкетування. У процесі анкетування учням пропонувалося зазначені види розмістити у порядку зростання зацікавленості до занять ними на уроках фізичної культури (за 10-бальною шкалою).

У результаті аналізу отриманих даних були виявлені певні статеві відмінності. Так, більшість хлопчиків надають перевагу такому виду спорту як футбол ($p < 0,01$), на другому місці стоїть легка атлетика ($p < 0,01$) і на третьому баскетбол ($p < 0,01$). Дівчатка відповідно надають перевагу аеробіці ($p < 0,01$), рухливим іграм ($p < 0,01$) та волейболу ($p < 0,01$) і спортивній гімнастиці ($p < 0,05$). Результати анкетування стосовно кросової підготовки не відрізнялися суттєво між хлопчиками і дівчатками ($p < 0,05$).

У процентному відношенні було виявлено, що серед хлопчиків бажання займатися футболом виявили 72 % учнів в області вище середніх та 7% високих бальних величин проти відповідних 9 % та 3 % у дівчаток.

Найбільша питома вага (23% вище середнього та 29% високого балу) до занять аеробікою відмічається у дівчаток, у хлопчиків в зоні цих величин – відповідно 5 % і 3%. Рухливим іграм більшою мірою надають перевагу дівчатка – 29 % оцінок у зоні вище середніх та 17% - у зоні високих, у хлопчиків відповідно 12% та 2%.

Мотивація до занять волейболом виявилась невисокою у хлопчиків (24% низьких та 23% нижче середніх оцінок) та трохи вищою у дівчаток (35% нижче середніх і 24% – середніх оцінок). Мотивація до занять спортивною гімнастикою у дівчаток різко переважала. Так 31 % в зоні вищих та середніх та 26% високих оцінок визначена спортивна гімнастика дівчатками проти 34% низьких та 26% нижчих за середні оцінки у хлопчиків.

Висока мотивація хлопчиків до занять футболом може бути викликана тим, що викладачі фізичної культури часто пояснюють хлопчикам переваги занять футболом як професійною діяльністю.

У той час як дівчатка в період після статевого дозрівання (15-18 років) мають високі мотивації до вроди та краси тіла, чим можна пояснити їх бажання займатися аеробікою.

Список літератури

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. – К.: Здоров'я. – 1998. – 248 с.
2. Сітовський А. Особливості розвитку інтересу до занять фізичною культурою школярів 7-х класів // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2005. – № 2. – С. 124-127.

Особливості проведення рекреаційних занять у позаурочний час

Рекреація використовується досить давно і залежно від сфери застосування може мати дещо різний зміст.

Рекреація - процес відновлення сил людини у вільний від головних обов'язків час, відпочинок поза межами місця проживання [1].

Здійснюються вони і у формі позаурочних занять. Рекреаційні заняття є складовою частиною фізичного виховання, і в їх процесі розв'язується оздоровчі, виховні й освітні завдання. Широко розповсюдженими є: ранкова гімнастика, гімнастика до занять у школі, фізкультурні паузи і хвилинки, розваги, ігри, туристичні походи, змагання та ін. Ці заняття можуть бути епізодичними (наприклад походи, спортивні розваги, змагання) і систематичними (ранкова і увідна гімнастика, фізкультхвилинки і паузи, прогулянки та ін.).

Позаурочні форми занять відіграють допоміжну роль у розв'язується завдань фізичного виховання та доповнюють уроки. Проте нерідко вони набувають цілком самостійного значення, повністю забезпечуючи фізкультурні потреби певних верств населення (наприклад ранкова гімнастика, теренкур, оздоровчий біг). Позаурочні форми занять є надто варіативними, а тому і більш доступними для широких верств населення. Їх можуть застосовувати окремі особи у вигляді індивідуальних самостійних занять фізичними вправами, а також групи різної чисельності [2].

Найчастіше вони характеризуються відносно обмеженим змістом і спрощеною структурою (оздоровчий біг, гігієнічна гімнастика, фізкультхвилинки та ін.), але потребують прояву особистої ініціативи і самостійності.

Важливу роль позаурочні форми занять відіграють в останні роки. Широко використовуються заняття фізичними вправами, основою яких стають національні види єдиноборств та авторські оздоровчі системи. З'являється все більше нових видів занять фізичними вправами: фітбол, степ-аеробіка,

спінбайк-аеробіка, заняття з використанням різних тренажерів та оригінального інвентарю [2].

Заняття позаурочної форми повинні узгоджуватися із загальними закономірностями і принципами побудови як одного заняття, так і системи занять фізичними вправами. Побудова позаурочних занять підпорядковується загальній структурі уроку (перший рівень): поступове відпрацювання, реалізація основного змісту в режимі зусиль, які вимагаються, завершення занять поступовим зниженням навантажень і в ряді випадків — підготовка до майбутньої діяльності [2].

Основна мета таких занять — активний відпочинок, відновлення і зміцнення здоров'я, збереження або підвищення працездатності, розвиток рухових якостей.

Діти, підлітки та юнаки мають можливість займатися фізичними вправами у навчальних закладах, в установах, які здійснюють позашкільні заняття, у сім'ї. У кожному випадку ці заняття набувають певних форм, характерних для розв'язання конкретних завдань, які стоять перед ними, що робить їх досить різноманітними.

Використання великої кількості різних форм організації занять фізичними вправами в системі фізичного виховання дозволяє більш ефективно задовольняти потребу молоді у руховій активності та розв'язувати завдання фізичного виховання на різних етапах вікового розвитку їхнього організму [1].

Список літератури

1. Приступа Є.Н. Фізична рекреація : навч. посіб.- Дрогобич : Коло,2010. – С. 61-62.
2. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник. /Т.Ю.Круцевич, Г.В.Безверхня. –К. : Олімп. л-ра, 2010.- С.174-175.

Офтальмологічні ознаки патології щитоподібної залози

Хвороби щитоподібної залози поширені у всьому світі. Практично кожна друга людина на Землі має той чи інший патологічний процес у щитоподібній залозі.

Йододефіцит вважається основною причиною ендемічного зобу. Він одночасно визнається одним з факторів, що призводять до виникнення вузлів в щитовидній залозі. Особливо важко протікають йододефіцитні стани при нестачі в навколишньому середовищі йоду й селену одночасно.

Аутоімунні захворювання щитоподібних залоз з її гіперфункцією в країнах континентальної Європи називають базедовою хворобою, в англомовних - хворобою Грейвса.

Зміни органа зору при різних за характером і ступенем ураженнях щитоподібної залози називають ендокринною офтальмопатією. Провідними симптомами є екзофтальм і порушення рухомості очного яблука (унаслідок ураження ретробульбарної клітковини й окорухових м'язів); можливі зміни рогівки, диска зорового нерва, часто виникає внутрішньоочна гіпертензія.

Сьогодні можна з упевненістю говорити, що ендокринна офтальмопатія не є самостійним захворюванням, а виникає в результаті важких імунних механізмів на тлі яскравої або прихованої дисфункції щитоподібної залози.

Майже 78% хворих на ендокринну офтальмопатію потребують лікування. Твердження про можливість самостійної регресії цього захворювання необґрунтовані. Регресія симптомів можлива тільки при тиреотоксичному екзофтальмі. Набряклий екзофтальм і ендокринна міопатія, на жаль, самостійно не регресують. Більше того, при безперешкодному розвитку вони, як правило, призводять до інвалідизації хворих у результаті стійкого порушення функцій органу зору, розвитку оптичної нейропатії і навіть атрофії зорового нерва.

Провідними клінічними проявами тиреотоксичного екзофтальму є незначна протрузія очних яблук, рідке мигання, ретракція верхньої повіки (симптом Кохера), відставання

верхньої повіки при повільному опусканні очей (симптом Грефе), тремор закритих вік (симптом Розенбаха), підвищений блиск очей (симптом Краузе), недостатність конвергенції (симптом Мебіуса) і недоведення очних яблук назовні.

Симптоми тиреотоксичного екзофтальму багато років можуть залишатися стабільними, досягнувши еутиреоїдного стану, а також мати місце в пацієнтів, які не страждають на підвищену секрецію тиреоїдних гормонів, що дозволяє вважати назву цієї форми ендокринної офтальмопатії недостатньо точною.

Досить часто захворювання починається з відчуття «піску» в очах, слъзотечі і світлобоязні. Поразка окорухових м'язів супроводжується двоїнням, неможливістю відведення очей. У важких випадках відбувається поява косоокості.

З інших, зокрема раних, офтальмологічних проявів при дифузному токсичному зобі слід зазначити порушення мікроциркуляції лімба, кон'юнктиви очного яблука й епісклери, що виявляються при біомікроскопії, а також підвищену частоту симптоматичної гіпертензії очей із зоровими функціями, що тривалий час зберігаються.

Таким чином, якщо ви спостерігаєте у себе якісь із перерахованих ознак – одразу ж звертайтеся до лікаря. Своєчасний візит у медичний заклад допоже запобігти ускладненню хвороби, адже дев'ять десятих нашого щастя залежить від здоров'я.

Список літератури

1. А.Ф.Бровкина. Эндокринная офтальмопатия/ А.Ф.Бровкина – ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 68 –74.
2. Рудницкий Л.А. Заболевания щитовидной железы: лечение и профилактика/ Л.А.Рудницкий – Питер, 2010. – с. 24.

Ігрові форми занять зі спортивного орієнтування

Спортивне орієнтування не тільки розвиває фізичні якості дитини (швидкісну і загальну витривалість, спритність і координацію рухів), але і розумові здібності. Запропоновані додаткові завдання, міні-конкурси сприяють розширенню кругозору дітей, закріплюють раніше отримані навички. А групова форма ігрових занять зі спортивного орієнтування сприяє розвитку навичок колективної роботи і зміцненню командного духу.

Систематичні заняття зі спортивного орієнтування переважно здійснюються в ігровій формі із залученням простих і доступних для розуміння вправ.

Ігри розраховані на дітей різних вікових груп. Одні підійдуть таким, хто навчається в початкових класах, інші – тільки старшокласникам. Більшість же ігор рекомендується проводити з учнями п'ятих-шостих класів. Саме у цьому віці діти на уроках географії вивчають плани, схеми, вчать «читати» карти; знайомляться з такими поняттями, як масштаб карти, азимут, умовні знаки; уміють користуватися компасом і знаходити своє місцеположення на карті.

За бажання ігри можна збагатити різноманітними завданнями або розробити свої варіанти тієї або іншої гри.

Заняття можна проводити у лісі, парковій зоні і навіть на шкільній ділянці за наявності карти або схеми місця заняття.

Спортивні й рухомі ігри сприяють зміцненню здоров'я і правильному фізичному розвитку дітей, сприяють формуванню в юних орієнтувальників життєво важливих рухових навичок, вихованню морально-вольових якостей. За допомогою ігор успішно розвиваються швидкісно-силові якості, швидкість, спритність, витривалість.

Практичне проведення ігор керівник будує з урахуванням складу групи, фізичної підготовленості дітей, що займаються, метеорологічних, характеру місцевості. Послідовність

проведення ігор слід встановлювати відповідно до проходження тем – це полегшує і прискорює процес навчання.

Під час ігор обов'язковий акцент на правильність і точність виконання кружківцями рухів; поступово (в міру вироблення навичок) збільшуються темп і швидкість [10, 14].

Пояснювати правила гри потрібно коротко і чітко. У ході пояснення необхідно підкреслити: а) назву гри, б) принцип розміщення гравців на майданчику, в) умови проведення гри, г) систему підведення результатів, д) правила гри, е) спортивну спрямованість гри.

Під час занять зі спортивного орієнтування рекомендуємо використовувати наступні гри: «Клад kota Леопольда», «Діти капітана Гранта», «У пошуках істини», «Неуважний турист», «Кавунчик», «Політ метелика», «Повітряна переправа на паралельно натягнутих мотузках».

Таким чином, ігровий метод може впливати на техніко-тактичну підготовку через зв'язаний розвиток найбільш важливих для спортивного орієнтування когнітивних процесів: уваги, пам'яті, мислення, сприйняття, уяви і фізичних якостей: спритності, сили, швидкості, витривалості. Ігровий метод безпосередньо і опосередковано сприяє розвитку і вдосконаленню спеціальних навичок у спортивному орієнтуванні, оскільки ігрові завдання ініціюють активізацію всіх пізнавальних процесів, що є основою для ефективної роботи з картою, відбивається на якості отриманої і засвоєної з карти і навколишньої місцевості інформації, її переробці.

Список літератури

1. Воронов Ю. С., Николин М. В, Малахова Г. Ю. Методика обучения юных ориентировщиков технико-тактическим навыкам и действиям. – Смоленск, 2008. – 134 с.

Особливості ігрових функцій у тренувальному процесі футболних воротарів

У футбольній команді одному з одинадцяти гравців доручається виконання обов'язків воротаря. Роль воротаря у футболі дуже відповідальна, якість його гри нерідко впливає на результат змагання.

Висока техніка гри у воротах, рішучі і стрімкі виходи з воріт на перехоплення передач із флангів і з глибини поля, чітке керівництво захисними діями, миттєве оцінювання ігрової обстановки, швидкий вибір оптимального рішення при захисті воріт, активна участь в організації атак – ось основні характерні риси воротаря в сучасному футболі [1].

Сучасний футбол висуває високі вимоги до техніко-тактичної підготовленості воротарів, а ефективна реалізація останньої неможлива без належного рівня фізичної підготовленості спортсменів [2]. Воротар повинен бути достатньо сильним, спритним, стрибучим, витривалим і мати відмінну реакцію [3].

У навчальному підручнику для тренерів «Футбол» [2] визначено основні завдання підготовки юних воротарів на етапах багаторічного тренування:

- на етапі початкової підготовки – зміцнення здоров'я, прищеплення стійкого інтересу до футболу, всебічна фізична підготовка з переважним розвитком швидкості, спритності і координації рухів, ознайомлення з найбільш важливими тактичними діями воротаря;

- на етапі спеціалізації – вдосконалення всебічної фізичної підготовленості з переважним розвитком швидко-силових якостей, загальної та спеціальної витривалості, а також оволодіння технікою приймання м'яча і основних тактичних дій;

- на етапі спортивного вдосконалення – продовження розвитку фізичних здібностей, відпрацювання техніки приймання м'яча і основних тактичних дій.

Розкриваючи засоби підготовки, практично всі фахівці відзначають, що воротарі повинні якомога частіше виконувати

різні вправи з м'ячем у руках, будь то загальноорозвиваючі або спеціальні, у загальній групі або індивідуальні [1].

Серед засобів загальної та спеціальної підготовки воротарів різного віку та кваліфікації рекомендуються вправи, пов'язані зі швидким реагуванням на рухомий об'єкт і мінливу обстановку (приймання м'яча після відскоку від підлоги, землі, батута; перехоплення м'яча руками у вправах типу квадрат, виконуваних польовими гравцями; вправи в прийманні відбиванні м'яча при відпрацюванні дій у воротах і т.ін.). Для розвитку швидко-силових здібностей рекомендуються різні варіанти вистрибування без і з імітацією ловлі м'яча, настрибування на перешкоди, біг із високим підніманням стегна, пробігання відрізків 15, 20 і 30 метрів [3].

У даному аспекті фахівці вважають за доцільне використовувати у тренуванні воротаря вправи комплексного характеру, які одночасно впливають на спеціально-фізичну, технічну підготовку. Тим самим підкреслюється важливість так званого «сполучного методу» у системі підготовки воротарів.

Ігрова діяльність футболістів багато в чому залежить від рівня їхньої фізичної підготовленості, що є основою для прояву високої технічної майстерності.

Таким чином, можна говорити про першорядне значення високого рівня моторного потенціалу для успішного здійснення ігрової діяльності воротарів на всіх етапах багаторічної підготовки. Для ефективної змагальної діяльності, крім фізичної підготовленості та працездатності, юний футболіст повинен мати високий рівень психофункціонального стану, координаційних здібностей, техніко-тактичної майстерності, психологічних та вольових якостей.

Список літератури

1. Годик М.А. Физическая подготовка футболистов. М.: «Олимпия-PRESS», 2006. – 298 с.
2. Соломонко В. В., Лісенчук Г.А., Соломонко О. В. Футбол. – К. Олімпійська література, 2014. – 304 с.
3. Максименко И. Контроль физической и технической подготовленности футболистов в спортивных секциях школ и ДЮСШ. Спортивный вiсник Приднiпров'я. 2004. №7. С. 17-20.

Особливості роботи з учнями СМГ при серцево-судинних захворюваннях

Серцево-судинна система відіграє важливу роль у життєдіяльності організму, постачає всім тканинам і органам поживні речовини, видаляє продукти обміну. Тому при захворюваннях апарату кровообігу порушується функціональна діяльність усього організму, знижується працездатність. Захворювання серцево-судинної системи проявляються болем у ділянці серця, порушенням його ритму, серцебиттям, задишкою, набряками, синюхою. Вони супроводжуються недостатністю кровообігу різного ступеня [1].

Виникненню захворювання серцево-судинної системи сприяють інфекційні захворювання, нераціональний розподіл часу праці, побуту і відпочинку, зменшення рухової активності, великий потік інформації, стресові ситуації, нервові перенапруження і т.д.

Особливості проведення уроків з фізичного виховання в школі ґрунтуються перш за все на загальних принципах системи фізичного виховання: зв'язок фізичного виховання з трудовою діяльністю, всебічний гармонійний розвиток особистості, оздоровча спрямованість фізичного виховання, а також методичні принципи фізичного виховання: свідомість і активність, наочність та індивідуалізація, систематичність, послідовність, повторність, оптимальність навантаження, перерозподіл навантаження.

Уроки з фізичного виховання повинні бути організовані так, щоб сприяти не тільки фізичному, а й моральному, розумовому, естетичному і трудовому вихованню учнів, щоб вони сприяли всесторонньому гармонійному розвитку особистості. Вони базуються на загальнопедагогічних принципах, оскільки цей процес – частина загального виховання людини.

Однією з головних особливостей є те, що в спеціальну медичну групу зараховуються учні, що мають патологію. Вони звільняються від занять фізкультурою і направляються в спеціальну медичну групу. Саме тому одне з перших завдань вчителя переконати учня і батьків в необхідності занять

фізкультурою, а також в тому, що виконання вправ не викличе погіршення здоров'я і самопочуття, а навпаки буде сприяти його покращанню.

Учні повинні зрозуміти, що лише систематично й регулярно відвідувані заняття з фізичної культури можуть дати позитивний результат. Тому і уроки з фізичного виховання повинні проводитись так, щоб і до цих учнів індивідуалізувався підхід і диференціювалося навантаження. Для більшості учнів спеціальної медичної групи бажано уникати на загальних заняттях великого навантаження, довгого напруження і затримки дихання, сильних потрясінь і різких рухів.

Одним із важливих питань є визначення й регулювання навантаження. Це дуже важливо, оскільки помірне фізичне навантаження не дає потрібних функціональних змін, а велике – може викликати погіршення стану здоров'я. Тільки правильно дозоване і вміло регульоване, тобто оптимальне навантаження, дає позитивні результати занять фізкультурою.

Заняття фізичною культурою повинно стати важливим засобом не тільки фізичного виховання учнів, але й створення в них позитивних емоцій, що сприяють покращеному протіканню різних функцій організму. Тому, щоб на уроках з фізичного виховання відвідуваність була високою, вони повинні бути цікавими, емоційними і добре організованими [2].

Список літератури

1. Лікувальна фізична культура: підручник / Соколовський В.С., Романова Н.О., Юшковська О.Г. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 234 с.
2. Формування здорового способу життя: навч. посібник /за ред. О. Яременко. – К., 2000. – 232 с.

**Ти те, що ти їси, або як шлункові бактерії зцілюють
та захищають наш мозок**

Правильне (здорове) харчування є невід'ємною частиною здорового способу життя, основні правила якого повинні закладатися з самого дитинства і дотримуватися яких необхідно протягом усього життя. На жаль, у даний час у нашій країні зростає кількість людей, що мають надлишок маси тіла і страждають ожирінням.

Ця проблема найбільш актуальна, адже від зайвої ваги і ожиріння страждають майже 30% населення, половині з них немає і 18 років. За даними досліджень, стан здоров'я людини на 15% залежить від медичних служб, на 15% від генетичних особливостей, а 70% визначається способом життя й харчуванням.

Найпоширенішою причиною є нездорове харчування, яке є більш задовільним для сучасних українців, бо не вимагає стільки часу і затрат для приготування їжі як здорове харчування. Навіть якщо людина харчуватиметься виключно здоровою їжею, однак у позанормовій для себе кількості, це все одно призведе до так званого переїдання, що теж призводить до ожиріння.

У тілі здорової людини проживає безліч видів мікроорганізмів і велика їх частина зосереджена в кишечнику. У XIX столітті російський біолог Ілля Мечников вивів прямий взаємозв'язок між тривалістю життя людини і здоровим бактеріальним балансом в організмі, підтвердивши, що «смерть починається в товстій кишці». Певним чином це можна пов'язати із психосоматикою. Так, травна система безпосередньо пов'язана з тим, що відбувається в головному мозку. Кишечник і мозок пов'язують 260 мільйонів нейронів, а багато кишкових бактерій виробляють нейромедіатори і спілкуються з мозком через блукаючий нерв.

Ймовірно, найважливіший аспект, від якого залежить загальне добре самопочуття і психічне здоров'я людини, - стан мікрофлори кишечника. Це так звана внутрішня екологія

організму, що включає різні мікроорганізми, які населяють кишечник, особливо бактерії. Так, можливо, не ПМС, не проблеми на роботі чи в сім'ї стали причиною поганого настрою у вашої колеги/подруги/сусідки чи сумного обличчя випадкової перехожої. Із впевненістю можна говорити про основну причину цього – її кишечник. Адже, як відомо, приблизно 80-90% всього обсягу серотоніну (гормону щастя) виробляється нервовими клітинами в кишечнику! Тому харчування не лише працює як «паливо» для нашого організму, мікрофлора дійсно ще й впливає на нейронну архітектуру в мозку.

Окрім цього, кишкові бактерії впливають на те, як в організмі накопичується жир, регулюють рівень глюкози в крові, впливають на експресію генів, що відповідають за обмін речовин, взаємодіють із гормонами, які змушують людину відчувати голод чи насичення. З моменту народження людини вони відповідають за те, чи буде людина страждати від ожиріння, діабету, хвороб мозку, чи буде вона здоровою, стрункою, з гострим розумом і високою тривалістю життя.

Прислів'я «ти те, що ти їси» має повне право на існування не тільки в суто фізіологічному, але й, можливо, у психологічному сенсі. Так, у людей, хто віддає перевагу овочам, мікроби в кишечнику будуть одні, у тих, хто налягає на м'ясо, – мікроби інші. Але тоді і активність мозку у таких людей відрізнятиметься.

З практичного погляду, це означає, що в майбутньому, можливо, можна буде коригувати нервово-психічні розлади, просто змінюючи профіль шлунково-кишкової мікрофлори.

Список літератури

1. Перлмуттер Д. Кишечник и мозг/ Д.Перлмуттер, К.Лоберг . Москва: изд. Манн, Иванов и Фербер, 2017. 336 стр. [5, 17,33 ст.]
2. Малахов Г. Полная энциклопедия здоровья. - М.: АСТ, 2007. - 643 с.[29, 67, 88, 89,131ст.]

Етіологія і патогенез вегетативних дисфункцій у дітей

Проблема формування, збереження і зміцнення здоров'я дітей та підлітків у даний час у зв'язку з прогресуючим зниженням кількості здорових дітей розглядається як фактор національної безпеки і стратегічної мети вітчизняної охорони здоров'я. Останнім часом значно підвищилася зацікавленість науковців до розуміння суті вегетативних дисфункцій, перебіг яких супроводжується функціональними розладами багатьох органів і систем дитячого організму [1]. Необхідно зазначити, що велика зацікавленість проблемою вегетативних дисфункцій зумовлена збільшенням частоти вегетативних порушень у дитячому віці. Особливо необхідно підкреслити, що вегетативні розлади у вигляді синдрому трапляються у 25–80 % хворих із різною патологією. Сучасні тенденції зміни мікросоціуму підлітків потребують глибокого вивчення шляхів розвитку СВД і, зокрема, динамічних змін вегетативного статусу, закономірностей функціонування компонентів автономного контуру вегетативної регуляції, патогенетичних аспектів компенсаторно-приспосувальних змін [2].

Вегетативна дисфункція є захворюванням, причиною якого можуть бути як природжені, так і набуті фактори [1].

До основних етіологічних чинників вегетативної дисфункції належать:

- спадково-конституціональні особливості діяльності ВНС (автосомно-домінантний тип наслідування);

- несприятливий перебіг вагітності та пологів, що призводить до порушення дозрівання клітинних структур надсегментарного апарату, натальні травми ЦНС і шийного відділу хребта (гіпертензійно-гідроцефальний синдром, вертебрально-базиллярна недостатність);

- захворювання ендокринних залоз (щитоподібної залози, надниркових, статевих залоз);

- ендокринна перебудова організму. Часто вегетативна дисфункція найбільш яскраво проявляється у період активних

гормональних перебудов, наприклад, у період статевого дозрівання;

- стреси, неврози, психоемоційне напруження;

- психоемоційні особливості особистості дитини (підвищена особистісна тривожність, депресивні порушення, іпохондрична фіксація на стані власного здоров'я) і психоемоційне напруження (патологічні внутрішньосімейні відносини. Неправильна виховна тактика, що включає гіперопіку, конфліктні ситуації в шкільному оточенні, перебування в девіантних неформальних групах);

- розумова і фізична перевтома (заняття у спеціалізованих школах, спортивних секціях із участю у змаганнях);

- неадекватні фізичні навантаження, у тому числі гіподинамія, що призводять до різкого зниження толерантності до динамічних навантажень;

- органічні ураження головного мозку (травми, пухлини, порушення мозкового кровообігу – інсульти).

- ураження ЦНС інфекціями, інтоксикаціями, оперативними втручаннями;

- гострі та хронічні інфекційні й соматичні захворювання, вогнища інфекції (тонзиліт, карієс зубів, синусит тощо);

- патологічний вплив продуктів горіння тютюну, алкоголізації, токсико- і наркоманії, що призводить до дестабілізації ВНС унаслідок токсичної та психоневротичної дії;

- інші причини розвитку ВД: сколіози; шийний остеохондроз; порушення мінерального обміну в організмі (особливо Са і Mg); оперативні втручання й наркоз; несприятливі метеорологічні умови та ті, що різко змінюються; надмірна маса тіла; захоплення переглядом телепередач, комп'ютерними іграми [2].

Список літератури

1. Вегетативні дисфункції у дітей : навч. посіб. / В.Г. Майданник, О.І. Сміян, Т.П. Бинда, Н.О. Савельєва-Кулик. – Суми: СумДУ, 2014. - 186 с.

2. Заваденко Н. Н. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков / Н. Н. Заваденко, Ю. Е. Нестеровский // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 2. – С. 92–102.

Лікувальна фізична культура у фізичній реабілітації дітей із порушенням постави

Найважливішими завданнями фізичного виховання дітей є загальний їх розвиток, зміцнення здоров'я, формування необхідних рухових навичок правильної постави та запобігання різних деформацій хребта.

Постава - це звичне положення тіла людини у спокої та в русі. Вона визначається під час стояння, сидіння, ходьби та виконання інших видів рухової діяльності. Відхилення від правильної постави називають порушенням або дефектом хребта. Постава відіграє в житті людини естетичне та функціональне значення. Естетична функція постави полягає у створенні краси та гармонійності рухів. Люди з правильною поставою рухаються гарно, вільно, невимушено.

Легко виховати і закріпити у школярів нову правильну поставу, якщо одночасно зі зміцнюючими оздоровчими заходами (раціональний розпорядок дня, повноцінний сон, харчування і загартування) учні щодня виконують різноманітні фізичні вправи. Кожен школяр повинен виробити звичку до правильної постави.

За рекомендаціями багатьох фахівців при виявленні дефекту постави слід негайно приступити до його ліквідації. Насамперед треба організувати правильний режим дня, налагодити збалансоване харчування, застосувати методи фізичної реабілітації, такі як ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапія.

Заняття лікувальною гімнастикою проводяться 3-4 рази на тиждень. Курс ЛФК триває для дошкільнят 1-1,5, для школярів - 1,5-2 місяці, перерва між курсами - 1-2 місяці. На рік дитина з порушенням постави повинна пройти 2-3 курси ЛФК, що дозволяє виробити стійкий динамічний стереотип правильної постави. При даній патології використовують заняття з лікувальної гімнастики, які тривають від 45 до 60 хвилин. Основна частина займає біля 80 відсотків усього часу групою 10-12 осіб.

Виділяють підготовчу (1-2 тижні), основну (4-5 тижня) і завершальну (1-2 тижня) частини курсу ЛФК.

У підготовчій частині курсу використовують знайомі вправи з маленькою і середньою кількістю повторень. Створюється зорове сприйняття правильної постави і розумове її уявлення, підвищується рівень загальної фізичної підготовки.

В основній частині курсу ЛФК збільшується кількість повторень кожної вправи. Вирішуються основні завдання корекції порушень постави, які є.

У завершальній частині курсу ЛФК навантаження знижується. Кількість повторень кожної вправи – середня.

Лікувальна гімнастика при порушенні постави у дітей є одним із провідних методів виправлення патології. З її допомогою фахівцям вдається зміцнити м'язовий корсет, який буде утримувати вісь хребта в правильному положенні протягом тривалого часу, поки відбувається активний його ріст і формування. Даний метод реабілітації активізує надходження поживних речовин до скелетної мускулатури і міжхребцевих дисків, що поліпшує їх функціональність.

Отже, порушення постави є однією з основних патологій фізичного розвитку школярів. ЛФК займає одне із найважливіших місць у розв'язанні цієї проблеми, адже навичка правильної постави виробляється та закріплюється під час виконання загальнорозвиваючих вправ, вправ на координацію, рівновагу та під час ігор, з чого і складається ЛФК.

Список літератури

1. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. - К.: Олімпійська література, 2005. - 472 с.\
2. Соколовський В.С. Лікувальна фізична культура: підручник / В.С. Соколовський, Н.О. Романова, О.Г. Юшковська. - Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. - 234 с.

Методика удосконалення тренувань спортсменів високої кваліфікації

У даний час силове триборство набирає потужних обертів, а досягнення українських спортсменів реалізуються сотнями перемог на Всесвітніх іграх, чемпіонатах світу та Європи. Такі результати є потужним мотиватором до занять. У пауерліфтингу важливими є силові показники [1].

Основні групи факторів, що зумовлюють рівень силових якостей спортсмена: морфологічні (поперечний розріз м'язів і волокон, співвідношення волокон різних типів, розтягнення м'язів і сухожилля, зміни кісткової тканини тощо); енергетичні (запаси фосфатних сполук – аденозинтрифосфату, креатинфосфату та глікогену в м'язах і печінці, ефективність периферичного кровообігу тощо); нейрорегуляторні (частота імпульсів, внутрішньом'язова координація, міжм'язова координація) [2].

Наведемо методичні положення, які можуть бути орієнтирами при підготовці атлетів із пауерліфтингу:

1. Тренувальне заняття є елементарною структурною одиницею тренувального процесу в цілому. Його мета і завдання визначають вибір необхідних вправ, величини навантаження, режими роботи і відпочинку.

2. Кількість навантажених груп м'язів не повинна бути більше двох-трьох.

3. На початку тренування виконуються змагальні або близькі до них за структурою і величиною обтяження вправи. Принцип повторного максимуму повинен бути визначальним.

4. Для підвищення ефективності тренування необхідно поетапно збільшення максимальної сили.

5. Найбільш оптимальним за тривалістю є 7-денний тренувальний мікроцикл.

6. Тижневі тренувальні мікроцикли повинні бути стандартними протягом усього мезоциклу.

7. Тривалість передзмагального тренувального мезоциклу визначається індивідуальними строками входження в спортивну форму (за основу прийнятий 12-тижневий період тренування).

8. Поліпшення спортивних результатів у пауерліфтингу повинно супроводжуватися спеціальним висококалорійним харчуванням.

9. Кількість повторних максимумів в одному підході змагальних вправ змінюється плавно або ступенево в бік зменшення від одного тижневого тренувального мікроциклу до іншого (або через декілька) із збільшенням ваги обтяження.

10. Тренувальний процес необхідно співвідносити з фазою суперкомпенсації навантажуваних м'язових груп. Змагальні вправи слід включати в тренування один-два, у надзвичайних випадках – три рази на тиждень. Причому одноразове навантаження має бути максимальним або наближеним до максимального з використанням принципу повторного максимуму. Через два-три дні необхідно провести легке тренування, під час якого вага обтяження зменшується на 20-30%, а кількість підходів і повторень не змінюється. У разі необхідності (за умови швидкого відновлення!) можна провести тренувальне заняття середньої складності [3].

Сучасні спортсмени досягли високих силових показників у пауерліфтингу, проте це не дає підстав говорити про наявність детально розробленої методичної системи спортивних тренувань. Вибір навантаження залежить багато в чому від індивідуальних особливостей спортсмена, фізичної підготовленості, складу м'язів, типу вищої нервової діяльності тощо.[1].

Список літератури

1. Бельский И.В. Основы специальной силовой подготовки высококвалифицированных спортсменов в тяжелоатлетических видах спорта. – Минск: Технопринт, 2000. – 206 с.
2. Дворкин Л.С. Силовые единоборства: атлетизм, культуризм, пауэрлифтинг, гиревой спорт. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.– 383 с.
3. Круцевич Т.Ю., Пилипей Л.П. Актуальність сучасних силових видів спорту для системи професійно-прикладної фізичної підготовки у вузі // Спортивний вісник Придніпров'я, 2006. – № 2. – С. 51-55.

Мотивація школярів до занять спортом

На тлі інтенсифікації навчального процесу у ЗОШ спостерігається тенденція до зниження обсягу рухової активності школярів, що негативно позначається на показниках їхнього фізичного стану, у зв'язку із чим особливої соціальної значущості набувають питання формування, збереження та зміцнення здоров'я учнівської молоді.

Науковцями доведено, що два-три уроки фізичної культури на тиждень замало для позитивних зрушень у стані здоров'я учнів. Щонайменше, необхідно 12-14 годин різноманітної рухової активності. Але, як свідчать дані статистики, лише майже 15 - 20 % учнів додатково займаються позанавчальною руховою діяльністю. Отож, постає проблема, як заохотити інші 75-80 % додатково займатися фізичною культурою і спортом?

Результати дослідження вікової динаміки мотивів занять фізичною культурою і спортом показали, що перше місце як у хлопців, так і у дівчат, займає мотив удосконалення форми тіла. Досить стабільний в усі вікові періоди мотив зміцнення здоров'я.

У спеціальній науковій літературі достатньо даних про значну роль фізичної культури в оздоровленні організму людини, організації і становленні здорового способу життя. Разом із тим, фактично немає даних, які б характеризували не лише виконання навчальної програми з дисципліни, а й її реальний внесок у формування мотиваційно-ціннісного аспекту особистісної фізичної культури школяра на різних етапах навчання.

Результати багатьох досліджень довели, що чим старшим стає учень, тим менш систематичними стають його заняття фізичним вправами і спортом, а частина школярів зовсім припиняють такі заняття.

Результати анкетування, опитування і бесід з пілітками показують, що школярам не вистачає елементарних медико-біологічних і методико-практичних знань для якісного

опанування основ фізичної культури. Очевидними можуть бути такі шляхи формування інтересу та мотивації до занять фізичним вихованням школярів:

- введення в навчальний процес у повному обсязі теоретичного і методико-практичного розділів програми з фізичної культури, яку рекомендує МОН України;
- використання нових форм занять і інформаційних технологій, активних методів тощо;
- організація самостійного вивчення школярами у позанавчальний час теоретичного розділу програми шляхом використання комп'ютерних сайтів;
- проведення індивідуальних бесід і консультацій під час занять у спортивних секціях, групах підвищення спортивної майстерності.

Фахівці вважають, що причини спаду інтересу до фізичного виховання пов'язані з тим, що останнім часом втрачено освітньо-виховну спрямованість занять фізичною культурою. Тому були розроблені наступні методики формування інтересу учнів до занять із фізичної культури на основі розглянутих вище категорій:

1. Використання міжпредметних зв'язків природознавства і фізичної культури.

2. Застосування ігрового методу з метою створення позитивного емоційного фону на вдосконалення рухових умінь і навичок.

3. Використання педагогічного стимулювання для забезпечення інтелектуальної і фізичної активності.

Список літератури

1. Бех, І. Д. Виховання особистості / І. Д. Бех. — К.: Либідь, 2003. — Т.2. — С. 215—225.
2. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. — СПб.: Питер, 2006. — 512 с.
3. Королінська, С. В. Вивчення мотиваційно-ціннісно-го ставлення до фізичної культури серед студентів НФаУ / С. В. Королінська, П.О. Сіренко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наук. моногр. / за ред. Є.Є. Єрмакова. — Х. 2008 — №7. — С. 77—79.

Особливості фізичної підготовки волейболістів

Сучасний волейбол має велику популярність. Це пов'язано з різноманітними віковими можливостями людей, які грають у волейбол, високою видовищністю волейбольних змагань і, особливо в останній час, значними гонорарами провідних волейболістів у світі. Це впливає на те, що вже з дитинства спортсмени приділяють увагу волейболу, а особливо фізичній підготовці.

Фізична підготовка спортсменів у сучасному волейболі набуває особливого значення у зв'язку з розширенням діапазону ігрових дій, збільшенням напруги гри, що потребує від спортсменів максимальних фізичних зусиль у ситуаціях, які швидко змінюються на волейбольному майданчику [1].

Фізичну підготовку поділяють на загальну й спеціальну.

Загальна фізична підготовка спрямована на зміцнення здоров'я, всебічний розвиток і розширення функціональних можливостей організму. Особливу увагу приділяють розвитку фізичних якостей, які недостатньо розвиваються спеціальними вправами. Фізичні якості розвиваються при оволодінні руховими діями. А тому на заняттях з волейболу слід використовувати вправи для розвитку сили, швидкості, витривалості, спритності, гнучкості й стрибучості. Для розв'язування цих завдань використовуються вправи з різних видів спорту.

Спеціальна фізична підготовка тісно взаємопов'язана з оволодінням і вдосконаленням прийомів техніки гри. Основним засобом спеціальності фізичної підготовки є спеціальні (підготовчі) вправи.

Фізична підготовка має особливе значення в роботі з волейболістами. Вона є складовою частиною навчально-тренувального процесу. Від рівня розвитку фізичних якостей і здібностей, специфічних для гри у волейбол, залежить оволодіння фізичною підготовкою. Чим вищий рівень розвитку спеціальних якостей і здібностей, тим швидше можна оволодіти фізичною підготовкою.

Вплив специфічних для волейболу засобів на всебічний розвиток і функціональний стан організму повністю залежить від рівня оволодіння навичками гри. Тому на початковому етапі багаторічного процесу підготовки волейболістів вправи з техніки, тактики і сама гра у волейбол недостатньо впливають на загальний фізичний розвиток [2].

Дослідження в теорії спорту показують, що загальна різностороння підготовка, розвиваючи фізичні якості юних спортсменів, позитивно впливає на приріст їх спортивного результату. Проте зі зростанням спортивної майстерності її питома вага в досягненні спортивних показників поступово зменшується.

Дослідження, пов'язані з фізичною підготовкою, показали, що в різних видах спорту немає необхідності різностороннього розвитку всіх фізичних якостей, а тільки тих з них, які грають важливу роль у розв'язанні специфічних завдань спортивної техніки.

В ігровій діяльності волейболіста важливою якістю є стрибучість, яка виявляється у швидко-силових показниках скорочувальних здатностей м'язів нижніх кінцівок. Здатність до ударно-балістичних рухів пов'язана з розвитком динамічної сили рук і плечового поясу.

Фізична підготовка як одна зі сторін тренування спрямована на розвиток фізичних якостей та функціональних систем організму гравців, на створення сприятливих умов для досконалого оволодіння технікою гри та тактичними діями.

Отримані дані про фізичну підготовленість можуть бути використані як критерії для комплексного оцінювання розвитку фізичних якостей волейболістів.

Список літератури

1. Борисов О. О. Основи теорії методики викладання волейболу і футболу. –К. : ПП «Люскар», 2004. – 664 с.
2. Железняк Ю. Д., Портнов Ю. Д., Савин В. П. Спортивные игры: Совершенствование спортивного мастерства. М., 2004. – 400 с.

Обґрунтування експериментальної методики розвитку координаційних здібностей юних волейболістів

На думку вчених, у процесі координаційної підготовки юних волейболістів необхідно визначати два відносно самостійних розділи: розвиток загальних координаційних здібностей і вдосконалення специфічних координаційних здібностей, необхідних для гри у волейбол [1; 3]. В основу експериментальної методики розвитку координаційних здібностей юних волейболістів були покладені дані, отримані в результаті теоретичного аналізу про хід розвитку різних видів координаційних здібностей в онтогенезі.

Розробка експериментальної тренувальної методики координаційної підготовки юних волейболістів ґрунтується на таких принципових положеннях: уявлення про координаційні і пов'язані з ними рухові здібності; співвідношення обсягів тренувального навантаження при вихованні рухових здібностей у сенситивні періоди їх розвитку; оптимальна тривалість при одноразовому повторенні та кількість повторень вправи при вихованні окремих рухових здібностей; принцип взаємозв'язку елементів рухової підготовки; рекомендації щодо кількісного співвідношення засобів загальної і спеціальної координаційної підготовки на початковому етапі спортивного тренування.

Таблиця 1

Співвідношення видів координаційної підготовки волейболістів в експериментальній методиці тренувань

Види спортивної підготовки	Парціальні обсяги, %
Загальна координаційна	20
Спеціальна координаційна	10
Кондиційна	30
Базова	30
Інші види	10

Отже, у табл. 1 репрезентовано орієнтовне співвідношення різних видів координаційної підготовки юних волейболістів [4, с. 154]. Дані пропорції встановлено з урахуванням сучасних досліджень процесу початкової спортивної підготовки, особливостей початкової підготовки волейболістів, нормативних вимог з планування навчальної роботи ДЮСШ та узагальнених даних прогресивного педагогічного досвіду роботи з волейболістами-початківцями.

Однією з головних методичних проблем координаційного тренування постає оптимальне поєднання координаційних вправ, спрямованих на розвиток координаційних здібностей з вправами, які впливають на різні кондиційні і комплексні здібності. Наукове підґрунтя містить така теза: найбільш сприятливий для спрямованого розвитку різновидів координаційних здібностей – вік від 5 до 7 років; з 7 до 11-12 років спрямована координаційна підготовка дає другий за значимістю ефект; з 12-13 до 14-15 років і з 14-15 до 17-18 років – ефект впливу виявляється дещо меншим, ніж у двох попередніх випадках [2].

Запропоновано збільшення до 30% тренувального часу цілеспрямованого педагогічного впливу на розвиток координаційних здібностей у процесі початкової спортивної підготовки волейболістів.

Список літератури

1. Бойчук Р. І. Розвиток координаційних здібностей юних волейболістів на етапі початкової підготовки: автореф. дис... канд. наук з фіз. вих. та спорту / Р. І. Бойчук. – К., 2012. – 19 с.
2. Вертель О. В. Вплив навантаження швидко-силової направленості на формування техніко-тактичної підготовленості юних волейболістів 10–14 років [Текст] : автореф. дис... канд. наук з фіз. вих. та спорту / О. В. Вертель. – Харків, 2011. – 20 с.
3. Макаров Ю. М. Методология формирования игровой деятельности у юных спортсменов в игровых видах спорта [Текст] : автореф. дис... д-ра пед. наук / Ю. М. Макаров. – СПб., 2013. – 48 с.
4. Устінова Т. Б. Методика розвитку координаційних здібностей юних волейболістів / Т. Б. Устінова, О. О. Прекурат // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: [зб. наук. праць] за ред. проф. С. С. Єрмакова. – Х. : ХГАДП (ХХП), 2009. – № 8. – С. 153-156.

**Використання гідрокінезотерапії
при дитячих церебральних паралічах**

Проблема дитячого церебрального паралічу (ДЦП) має не тільки медичне і соціальне, але й загальнолюдське значення, оскільки мова йде про дітей, які з дня свого народження та майже на все життя стають інвалідами. В Україні діти-інваліди становлять у середньому 2–3 %, серед них діти з церебральним паралічем займають провідне місце – 2,6 % [1].

Дитячий церебральний параліч є узагальнюючим терміном для групи захворювань. Вони характеризуються затримкою або порушенням формування рухових функцій, зокрема утримання положення голови, навичок сидіння, стояння та ходьби. Симптомами ДЦП також є порушення відчуття рухів, уявлення схеми тіла, труднощі у мові й у просторовому аналізі та синтезі. Через порушення фіксації погляду, розлади рухів очей, обмеження полів зору може спостерігатися порушення уваги та важкості зосередження на виконанні завдання. Без спеціального навчання діти із ДЦП не можуть сприймати окремі ознаки, форми й розміри предметів, розташування їх у просторі.

Виділяють такі типи дитячих церебральних паралічів: спастичні (пірамідні), дискінетичні (екстрапірамідні) і змішані форми. Найпоширенішими з них є спастичні форми ДЦП, на них припадає майже 70-80% всіх випадків. Визначальним симптомом цього типу є підвищення м'язового тону, при якому м'язи спастичні, а рухи – незграбні чи взагалі неможливі

Одним із засобів фізичної реабілітації при ДЦП є гідрокінезотерапія – виконання фізичних вправ у водному середовищі. При ньому використовується механічна дія водного середовища, виштовхувальна підйомна сила і гідростатичний тиск води, а також вплив лікувальної фізкультури. Застосовується у вигляді гімнастичних вправ, витягування у воді, корекції положенням, підводного масажу, плавання, купання, механотерапії та ігор у воді. Цей метод має нервово-рефлекторно-гуморальні механізми впливу, формує навички плавання, розвиває вольові якості.

У фізіотерапевтичному лікуванні дітей із ДЦП використовують поєднання гідрокінезотерапії з різними реабілітаційними методиками: масажем, лікувальною гімнастикою, електротерапією, тепловими процедурами, іпотерапією тощо. Важливо добирати їх оптимальні поєднання, щоб уникнути перевантажень серцево-судинної системи.

Найкращий ефект у реабілітації дітей зі спастичними формами ДЦП дають заняття в ігровій формі, зокрема з використанням допоміжних засобів. Вони сприяють розширенню спектру фізичних навантажень, поліпшують психоемоційний стан дитини (знижують негативізм та дратівливість) та сповільнюють процес розвитку стомлення.

Для правильної корекції рухових порушень необхідно оцінювати динаміку моторики дитини з церебральним паралічем. Інформативними методиками дослідження є визначення сили м'язів, гнучкості, рівноваги, тону м'язів, рухових функцій, особливостей постави та форми стопи.

Метод гідрокінезотерапії дає можливість наблизити моторний розвиток дитини із церебральним паралічем до вікових рухових можливостей здорової дитини шляхом поетапного формування навичок. Він навчає розслабленню спазмованих м'язів, сприяє збільшенню обсягу активних рухів для запобігання розвитку контрактур суглобів, підвищує координацію рухів та опірність кінцівок, формує рухові навички, в тому числі життєво необхідні, та виробляє здатність до цілеспрямованих дій. Крім того, цей метод поліпшує резистентність і соматичне та психічне здоров'я пацієнтів.

Індивідуальний підхід у побудові процесу реабілітації дозволяє оптимально добирати вправи для корекційних занять, сприяє позитивній динаміці у перебігу захворювання, а також розширенню рухових, координаційних та інтелектуальних можливостей пацієнта.

Список літератури

1. www.nbuu.gov.ua/portal/chem_biol/psmno/

**Значення фізичного виховання та спорту
в загальнокультурній та професійній підготовці студентів**

Фізичне виховання у закладах вищої освіти є невід'ємною частиною системи гуманітарного виховання студентів, результат комплексного педагогічного впливу на особистість майбутнього спеціаліста в процесі формування його професійної діяльності. Фізичне виховання є одним із засобів формування всебічно розвиненої особистості, оптимізації фізичного та психофізіологічного стану студентів у процесі професійної підготовки фахівця [1; 2].

Значення фізкультури і спорту для здоров'я, розвитку і загального стану людини важко перебільшити. З малих років батьки доводять дитині унікальну корисність фізичної активності і спонукають дітей активно займатися спортом. У шкільному віці цю роль в основному виконують вчителі фізичної культури в школі. А вже при вступі до закладів вищої освіти не всі студенти мають предмет фізичного виховання. Це значить, що фізична культура у цьому віці вже не така й важлива?

Україні потрібні фізично міцні, впевнені в собі люди, які не бояться труднощів. Різні види людської діяльності вимагають здоров'я. Немає фізичної тренуваності, немає і повноцінного працівника. Різні дослідження переконливо свідчать, що студенти, які займаються фізкультурою і спортом, повністю засвоюють навчальну програму, успішно складають екзаменаційні сесії, досягають добрих результатів у науково-дослідній роботі. Що ж стосується виробництва, то працездатність у фізично тренуваних людей на 20-30 % вища від середніх показників, а захворюваність, особливо простудного характеру, значно нижча, ніж в іншого населення (О.П. Григоренко, 1998).

Головна мета нашого дослідження, показати, що фізичне виховання у закладах вищої освіти – не тільки укріплення здоров'я, розвиток фізичних якостей людини, а й формування його морального обличчя [1; 3]. Пріоритетними завданнями

фізичного виховання у закладах вищої освіти, на думку Е. І. Сакун, можуть бути:

1. Розуміння ролі фізичної культури у розвитку особистості та підготовці її до професійної діяльності;
2. Формування мотиваційно-цілісного відношення до фізичної культури, потреби до регулярних занять фізичними вправами й спортом;
3. Забезпечення загальної та професійно-прикладної фізичної підготовки, яка визначає психофізичну готовність студента до майбутньої професії;
4. Набуття досвіду творчого використання фізкультурно-спортивної діяльності для досягнення життєвої та професійної мети.

Для того, щоб фізкультура і спорт стали частиною життя, необхідно формувати щодо них міцну орієнтацію, а саме запровадження обов'язкового вивчення фізичного виховання у закладах вищої освіти.

Список літератури

1. Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания. / Т.Ю. Круцевич - К.: Олимпийская литература, 2003.- 391 с.
2. Пилипей Л. Проблемне поле професійно-прикладної фізичної підготовки в умовах інтеграції України у світовий освітній простір // Спортивний вісник Придніпров'я, - 2008.- № 1.- С. 52-53.
3. Сакун Э.И. Построение учебного процесса по физическому воспитанию студентов в вузе: учебное пособие / Э.И. Сакун. - М.: Изд.-торг. Кор- пор. «Дашков и К», 2011. - 208 с.

Реабілітація хворих на бронхіальну астму

На сьогоднішній день бронхіальна астма є дуже важливою медичною проблемою, яку, без сумніву, можна вважати глобальною. Частота даного захворювання з кожним роком зростає, ця тенденція особливо характерна для дитячого віку. Згідно з «The Global Asthma Report 2018», астма вражає 339 мільйонів людей на рік та щодня вбиває майже 1000 людей - і поширеність зростає [1].

Відповідно до досліджень «The Global Asthma Report», бронхіальна астма – це хронічна хвороба, яка найчастіше проявляється періодичними нападами задишки та свистячими хрипами. Частота та ступінь важкості цих симптомів можуть бути різними. Наприклад, інтервал між нападами може коливатися від однієї години до одного дня. Як правило, напади відбуваються під час фізичної активності або вночі.

Це захворювання є хронічним запаленням бронхів, що призводить до підвищення чутливості нервових закінчень у дихальних шляхах та їх швидкого подразнення. Під час нападу збільшуються слизові оболонки бронхіол, внаслідок чого звужуються дихальні шляхи, людина не може нормально вдихнути повітря чи видихнути. [1]

Астма вважається невиліковною хворобою. Проте можна контролювати перебіг захворювання та прояв симптомів.

На сьогодні не існує єдиного комплексу лікувальних заходів для усіх хворих на бронхіальну астму. Лікування має бути чітко індивідуальним і ґрунтуватися на діагностичних формах захворювання в кожному конкретному випадку.

Перспективним і ефективним методом відновлення стану астматика є цілий комплекс реабілітаційних заходів, який спрямований на підтримку ремісії хвороби, відновлення функціональної активності й адаптаційних можливостей дихального апарату.

Важливе значення має дихальна гімнастика, спрямована на усунення патологічних змін з боку бронхолегеневого

апарату. Регулярні заняття дихальними вправами сприяють розвитку дихальних м'язів, поліпшують рухливість грудної клітки, розслабляють гладку мускулатуру бронхів. У результаті систематичного тренування дихання, уміння управляти своїм диханням забезпечує хворому повноцінний дихальний акт під час задухи, значно полегшуючи його стан і вимагає вживання меншої кількості медикаментозних засобів.

Лікувальний масаж застосовують одночасно з ЛФК для усунення або зменшення бронхоспазму; розслаблення м'язів плечового поясу, грудної клітки та підвищення її рухливості; підтримання тонусу і зміцнення дихальних м'язів; стимуляції відходження мокротиння; нормалізації діяльності ЦНС, виведення мокротиння. Масаж може застосовуватися окремо як на початку, так і в кінці заняття лікувальною гімнастикою, у комплексі засобів попередження та зняття астматичного нападу.

У реабілітації хворих на бронхіальну астму широко застосовуються фізіотерапевтичні методи. Фізіотерапію призначають із перших днів лікування для ліквідації бронхоспазму, десенсибілізації організму, зменшення запальних процесів, поліпшення відходження мокротиння, попередження повторних нападів. Застосовують інгаляції аерозолями або електроаерозолями, медикаментозний електрофорез, ручну гірчичну ванну, індуктотермію, мікрохвильову терапію, магнітотерапію, парафінотерапію.

Отже, незважаючи на тяжкість захворювання, проведення адекватного лікування і комплексного використання специфічної десенсибілізації, раціонального режиму, дієтотерапії, фізіотерапевтичних методів, лікувальної фізкультури може сприяти тривалій і стійкій ремісії бронхіальної астми з нормалізацією функцій бронхолегеневого апарату і відновленням фізичної працездатності.

Список літератури

1. The Global Asthma Report 2018; <http://www.globalasthmareport.org>.

Методи фізичної реабілітації як необхідна складова лікування цукрового діабету

Захворювання на цукровий діабет, боротьба з його ускладненнями та попередження захворювання є серйозною проблемою світового рівня.

Цукровий діабет належить до найбільш поширених неінфекційних захворювань людини. Це важка прогресуюча хвороба, спричинена стійким підвищенням рівня глюкози у крові людини, що може виникнути у будь-якому віці і продовжуватися протягом усього життя. Характеризується високим ризиком інвалідизуючих ускладнень здоров'я, таких як сліпота, ниркова, судинна недостатність (мікроангіопатії та макроангіопатії можуть привести до ампутації кінцівок). [1]

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на цукровий діабет станом на 2018 рік хворіє 350 млн людей. Кожні вісім секунд від цієї хвороби та її ускладнень на планеті помирає одна людина. Президент Міжнародної діабетичної федерації професор Нам Чо зазначив, що в Україні понад 3 млн. людей хворі на діабет, також відомо, що дана хвороба щодня діагностується у 50 українців [2].

Зважаючи на актуальність даного питання, слід відмітити, що широкий розвиток фізичної реабілітації дозволяє сприяти лікуванню та профілактиці цукрового діабету.

Вивчаючи дану глобальну проблему та шукаючи методи її комплексного розв'язання, метою наших досліджень стало використання власних функцій організму як рушійної сили для подолання надлишкового цукру в крові.

Суть полягає у зменшенні рівня цукру в крові за рахунок фізичних вправ та масажу, що дозволяє зменшити дозу використання фармакологічних засобів, у тому числі й інсуліну. Оскільки м'язи під час виконання фізичних навантажень потребують енергії, яку черпають відповідно з глюкози, таким чином знижуючи її рівень у крові. Водночас поліпшується скоротлива функція міокарду, викликаючи концентричну гіпертрофію і збільшення кінцевого діастолічного об'єму;

колатеральний коронарний кровообіг, ефективність периферичного кровообігу, головним чином капілярного кровотоку у м'язовій тканині і венозне вороття до серця; фібринолітичну активність крові. У результаті фізичних навантажень спостерігається домінування аеробних процесів, при яких спостерігаються не тільки витрати глікогену, але й споживання глюкози працюючими м'язами [3].

Масаж у свою чергу є чудовим доповненням комплексного лікування, поліпшує кровопостачання тканин, збільшуючи їх трофіку та метаболізм.

Оскільки головною причиною цукрового діабету є порушений обмін речовин, причиною і наслідком якого може бути ожиріння, діабетикам рекомендується помірна фізична активність і процедури, що поліпшують метаболізм.

Отже, надання допомоги людям із цукровим діабетом залишається складним завданням, яке потребує, крім належної підготовки спеціалістів, ще й активної участі у лікуванні й самого хворого. Особливістю менеджменту цукрового діабету є фізична реабілітація за принципом індивідуалізації, яка визначається не лише рівнем глюкози в крові й сечі, станом компенсації або декомпенсації обмінних процесів, але також наявністю і вираженістю діабетичної ангіопатії, патології інших органів і систем, величиною енерговитрат, професією хворого і багатьма іншими чинниками.

Список літератури

1. Лечение сахарного диабета и его осложнений / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, М.В. Креминская. — М.: ОАО «Изд-во “Медицина”», 2005. 512 с.
2. Резолюція засідання «круглого столу» на тему: «Цукровий діабет. Міжнародний досвід. Проблеми та можливості в Україні». 14 червня 2018 року.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація: навчальний посібник : Київ. Видавництво НУФВСУ "Олімпійська література", 2005. 470 с.

**Методичні підходи до фізичної реабілітації
при абдомінальному ожирінні**

Ставлення до ожиріння не як до косметичної проблеми, а як до ризику серцево-судинних захворювань стало складатися ще з початку ХХ століття. Ожиріння є важливим фактором ризику багатьох серйозних медичних проблем, що призводять до зниження якості життя, значного збільшення захворюваності та передчасної смерті.

Відповідно до доповіді комітету з ожиріння ВООЗ, «надлишкова маса тіла та ожиріння в даний час такі поширені, що впливають на здоров'я населення більше, ніж традиційні проблеми охорони здоров'я, зокрема голодування та інфекційні захворювання». Найбільш серйозними медичними проблемами, обумовленими ожирінням, які загрожують життю пацієнта або істотно знижують якість життя і вимагають спеціальної терапії, є: ішемічна хвороба серця, порушення мозкового кровообігу, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, злаякісні новоутворення, синдром апное під час сну [2].

Дослідження, проведені в Україні, продемонстрували, що розповсюдженість ожиріння серед осіб віком понад 45 років може становити 52,6%, а надлишкової маси тіла – 33,4%. Початковим і основним етапом лікування та профілактики ожиріння, а також фактором успішного довгострокового підтримання досягнутої маси тіла є немедикаментозна терапія, до якої входить раціональне харчування та дозовані фізичні навантаження [2].

Імовірність розвитку ожиріння обернено пропорційна фізичним навантаженням, що здійснюються людиною. Фізичний терапевт у своїй роботі повинен прагнути підтримати у людини цінність фізичних навантажень, викликати бажання їх виконувати. Однак тут потрібна буде ще дуже велика робота, щоб визначити принципи дозування навантажень і визначення оптимальних режимів тренування і рухових режимів для попередження розвитку ожиріння в тих чи інших вікових групах. Пацієнт повинен розуміти, що фізичні навантаження в

повсякденному житті – це тільки компонент програми зниження маси тіла, і необхідна активізація всього способу життя, включаючи і фізичні вправи.

Програма фізичних тренувань, спрямована на зниження маси тіла, неможлива без загальної фізичної реабілітації пацієнта, тому для більш ефективного лікування необхідне поєднання методик фітнесу та лікувальної фізичної культури. Самі фізичні тренування для цих хворих повинні бути побудовані на основних принципах оздоровчих занять: систематичності, поступового збільшення і адекватного підбору навантаження. Займатися рекомендується не менше трьох разів на тиждень з мінімальною тривалістю заняття 20 хвилин [1].

Головним завданням у визначенні режимів і методів тренувань є оцінка фізичної працездатності і функціонального стану серцево-судинної системи. Як тренувальні режимів необхідно використовувати найбільш фізіологічні, добре переносяться: ходьба, плавання, лікувальна фізкультура, що сприяють зниженню ваги, позитивному емоційному настрою.

Під час обговорення типів і режиму фізичних навантажень потрібно враховувати ряд чинників, у тому числі анамнез фізичної активності пацієнта, рівень його тренуваності, ступінь ожиріння. Фізичні тренування повинні бути емоційно привабливими для пацієнтів і не бути надмірно навантажувальними. Треба брати до уваги не тільки вплив на масу тіла, але і необхідність підтримання мотивації на участь у програмі втручання, а також безпеку хворого, враховуючи, що більшість учасників має невисоку толерантність до фізичного навантаження [1].

Список літератури

1. Береговий М. Особливості використання фізичних навантажень для жінок першого зрілого віку з порушенням енергетичного обміну та ожирінням з урахуванням функціонального стану серцево-судинної та дихальної систем // М.Береговий / Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2018. - Випуск 4 (98). – С. 15-18.
2. Козярін І.П. Надлишкова маса тіла – соціальна проблема XXI століття / І.П. Козярін // Гігієна населених місць. - №59. - 2012. - С.366–372.

Вплив на фізичний стан учнів старших класів під час позакласних занять фізичною культурою

Рухова активність - це будь-яка м'язова активність, що дозволяє підтримувати гарну фізичну форму, поліпшувати самопочуття, забезпечувати приплив енергії, що дає додатковий стимул життя.

Загальновідомо, що в процесі еволюції людини зміни функцій організму торкнулися так чи інакше всіх систем людини.

Найбільш значні зміни зазнали психіка людини і процеси її впливу на регулятори життєвих функцій організму. Науково-технічний прогрес у процесі еволюції людини постійно збільшував обсяг необхідної інформації, тобто навантаження на розум, у той же час обов'язкове фізичне навантаження зменшувалося. Це привело до порушення системи рівноваги, що склалася у людському організмі.

Для створення умов підтримки свого здоров'я на необхідному рівні потрібне фізичне навантаження. Людина повинна сам виробити в собі постійну звичку займатися фізичними вправами, щоб забезпечити гармонічну рівновагу між розумовими і фізичними навантаженнями. Це одна з основних частин індивідуальної системи здорового способу життя. Тренованість додає людині впевненість у собі. Люди, що постійно займаються фізичними вправами, менше відчувають стрес, вони краще справляються з занепокоєнням, тривогою, пригніченістю, гнівом і страхом. Вони не тільки здатні легше розслабитися, але і вміють зняти емоційну напругу за допомогою певних вправ. Фізично треновані люди менше хворіють, їм легше вчасно засипати, сон у них міцніше, їм потрібно менше часу, щоб виспатись. Деякі фізіологи вважають, що фізична активність продовжує життя людини на 2-3 години.

В умовах сучасного світу з появою пристроїв, що полегшують трудову діяльність (комп'ютер, технічне устаткування), різко скоротилася рухова активність людей

порівняно з попередніми десятиліттями. Це, в остаточному підсумку, приводить до зниження функціональних можливостей людини, а також до різного роду захворювань.

Інтелектуальна праця різко знижує працездатність організму. Але і фізична праця, характеризуючи підвищеним фізичним навантаженням, може в деяких випадках розглядатися з негативної сторони.

Узагалі, недолік необхідних людині енерговитрат приводить до неузгодженості діяльності окремих систем (м'язової, кісткової, дихальної, серцево-судинної) і організму в цілому з навколишнім середовищем, а також до зниження імунітету і погіршенню обміну речовин.

Водночас шкідливі і перевантаження. Тому і при розумовій, і при фізичній праці необхідно займатися оздоровчою фізичною культурою, зміцнювати організм.

Однак, як ми можемо бачити за результатами дослідницької роботи, заняття фізичною культурою на уроці в школі не дає бажаного результату. Показники сили, швидкості і гнучкості тих, хто займається позакласною роботою з фізкультури чи спортом значно вище, ніж у тих, хто не займається. Те ж саме і зі здоров'ям учнів. Показники здоров'я значно кращі в спортсменів, ніж у тих, хто займається фізичною культурою тільки в школі.

Список літератури

1. Плахтій П.Д. Фізіологічні основи фізичного виховання школярів. - Кам'янець-Подільський, 2001.
2. Саїнчук М. М. Формування ціннісних орієнтацій в сфері фізичної культури і спорту учнів старших класів у процесі фізичного виховання : автореф. дис. ... канд. наук. з фіз. вих і спорту / М. М. Саїнчук // НУФВСУ. – К., 2012. – 22 с.

Засади української системи фізичного виховання в педагогічній спадщині Г. Ващенка

Українська національна система фізичного виховання має глибокі історичні корені. Унікальне місце серед українських педагогів, котрі у своїх працях висвітлювали проблеми фізичного виховання та працювали над створенням досконалої національної системи тіловиховання, посідає Григорій Григорович Ващенко (23.04.1878–02.05.1967).

Як зазначає голова президії Всеукраїнського Педагогічного товариства імені Г.Ващенка, А. Погрібний: «Постать Г. Ващенка – одна з найяскравіших на ниві педагогічної думки України. Замовчуваний довгий час на Батьківщині, він тільки по-справжньому повертається до нас своїми ідеалами, своїми книгами» [3, с. 2].

Г. Ващенко у своїх творах розвивав передусім ідеї української системи тіловиховання, особливістю якої був інтерес до тілесності не як окремої галузі формування людської особистості, а як органічної частини розвитку духовних сил людини, зміцнення її волі, вироблення витривалості, здібностей керувати своїм тілом як зряддям духу [2, с. 225]. Видатний педагог наголошував: «Наше завдання полягає у тому, щоб виховати людину міцну духом і тілом, але водночас таку, щоб у неї дух панував над тілом. У цьому основний сенс тіловиховання» [1, с. 41].

Спираючись на досвід минулих часів, в своїй праці «Тіловиховання, як виховання волі і характеру» (Мюнхен, 1956 р.) Г. Ващенко розкриває засади творення української системи тіловиховання, до яких належать:

«1.Тіловиховання – це не окрема галузь формування людської особистості, а його органічна частина, яка міцно поєднана з вихованням розумовим, моральним, естетичним.

2.Завдання тіловиховання – не тільки в тому, щоб зміцнити здоров'я, розвинути рухові якості, а й сприяти утвердженню духовних сил людини, зокрема зміцненню її волі, вихованню

наполегливості, вмінню керувати своїм тілом як знаряддям духу.

3. Керівники тіловиховання української молоді мають знати завдання, які поставила перед народом історія: створення незалежної соборної України, розбудова її господарства, розвиток духовної культури. Виконання цих завдань вимагає певних якостей духу і тіла.

4. Керівникам тіловиховання необхідно ознайомитися з його історією у різних народів, бо вона повчальна з погляду і позитивного, і негативного.

5. Створена система фізичного виховання не може залишатися незмінною протягом багатьох років. Вона змінюється у зв'язку із новими завданнями, які ставить перед народом історія. Крім того, важливо брати до уваги невпинний розвиток науки, що пов'язана з питаннями тіловиховання. Керівники фізичного виховання мають ретельно стежити за досягненнями науковців і вміло використовувати їх у практиці. Тіловиховання треба поєднувати із самовихованням. Це означає: а) вихованець сам розуміє потребу і сенс фізичного виховання; б) розуміє завдання, які стоять перед українським народом і усвідомлює свої обов'язки перед ним; в) не тільки старанно і з бажанням виконує накази керівників під час походів і занять фізичними вправами, а й за певною системою сам займається тіловихованням» [1, с. 39].

Таким чином, інтерес до творчості видатного українського педагога Г. Ващенко зумовлений значною актуальністю для нашого часу його педагогічної спадщини, окремої уваги заслуговують висвітлення засобів фізичного виховання.

Список літератури

1. Ващенко Г. Тіловиховання як засіб виховання волі і характеру / Григорій Ващенко. – Львів: Українські технології, 2001. – 56 с.
2. Довбня В. Соматичність буття / В. Довбня // Філософія освіти 1-2 (9)/2010. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://archive.nbuv.gov.ua>.
3. Погрібний А. Лікуймо національну пам'ять // Освіта. – 1995. – 22 листопада.

PNF (пропріоцептивна нервово-м'язова фасилітація) в сучасній реабілітації

Концепція широко використовується для лікування різних нервово-м'язових дисфункцій опорно-рухового апарату, ортопедичних, педіатричних, ревматичних захворювань тощо.

Метою PNF є покращення функціонування нервово-м'язової системи шляхом стимуляції рецепторів у суглобах і м'язах (прорецепторів) і рецепторів, які отримують інформацію про навколишнє середовище (екзорецепторів). Абревіатура PNF означає:

- P - просерцептив: рецептори, що передають інформацію про рух і положення тіла в просторі;
- N - нервово-м'язові: нервова і м'язова системи також беруть участь;
- F - полегшення: виконання руху полегшено.

Філософія цієї концепції полягає в тому, що кожна людина, навіть інвалід, має прихований, невикористаний потенціал, який можна розвивати далі (Adlers S. et al., PNF in Practice, 3-е видання, 2007).

Філософія PNF включає в себе:

1. Позитивний підхід до лікування у фізичного терапевта і пацієнта: лікування без болю, пряме і непряме лікування, мотивація пацієнта, досяжні цілі.

2. Функціональне лікування: відповідний індивідуальний підхід, включаючи лікування на рівні структур (хребет, суглоби) і на рівні активності (спуск і підйом по сходах і т.ін).

3. Мобілізація рухового потенціалу людини за допомогою активних тренувань: активна участь пацієнта, рухова трансформація втрачених активних рухів, самонавчання.

4. Використання прихованих резервів тіла пацієнта. Завжди працюйте з діями, які пацієнт легко виконує, враховуючи його фізичний стан.

Аналіз науково-методичної літератури показав, що вивчення питань розвитку рухової сфери дітей з ДЦП різного віку присвячені праці багатьох дослідників.

У дітей з ДЦП порушено формування всіх рухових функцій: утримання голови, навички сидіння, стояння, ходьби, маніпулятивної діяльності. Ураження центральної нервової системи при ДЦП порушує роботу м'язових схем довільних рухів, що і визначає одну з основних труднощів формування рухових навичок.

Неправильні схеми рухів у дітей з церебральним паралічем можуть закріплюватися і приводити до формування патологічних поз і положень тіла і кінцівок. У деяких дітей при різко порушеному м'язовому тонусі відзначаються явища апраксії (невміння виконувати цілеспрямовані практичні дії). Особливістю рухових порушень у дітей з церебральним паралічем є не тільки труднощі або неможливість виконання тих чи інших рухів, але і слабкість відчуттів цих рухів, у зв'язку з чим у дитини не формуються правильні уявлення про рух.

Під впливом вправ концепції ПНФ у м'язах дитини з ДЦП виникають адекватні рухові відчуття. Дитина починає правильно відчувати пози і рухи, що є потужним стимулом до розвитку і вдосконалення його рухових функцій і навичок. Позитивний вплив на розвиток рухових функцій має використання комплексних аферентних стимулів: зорових (вправи проводяться перед дзеркалом), тактильних (погладження кінцівок, опора ніг і рук на поверхню підлоги, покриту різними видами матерії), пропріоцептивних (вправи з опором, чергування вправ з відкритими і закритими очима). Чітка мовна інструкція, застосування доступних для дітей назв вправ сприяє нормалізації психічної та емоційної діяльності дитини, поліпшує розуміння мови, збагачує словник.

Таким чином, у дитини формуються різні зв'язки з руховим аналізатором, що є потужним фактором фізичного та психічного розвитку.

Список літератури

1. Шипицина Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб., 2005. 272 с.
2. Потапчук А. А. Адаптивное физическое воспитание в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата: метод. пособие. СПб., 2003. 228 с.
3. Adlers S. et al., PNF in Practice, 3-е видання, 2007.

Принципи ідеомоторного тренування як основа поліпшення тренувального процесу

Сутність ідеомоторного тренування полягає у свідомому активному уявному відображенні техніки рухів. Уявляючи їх, спортсмен бачить себе збоку, що сприяє полегшенню виробленню певних навичок. Тренери часто використовують даний метод при підготовці спортсменів. Одні спортсмени вважають, що ідеомоторне тренування корисне, інші, не вміючи його використовувати, впевнені, що це заважає їм та забирає їх час.

Основною метою нашого дослідження є аналіз принципів ідеомоторного дослідження як основи поліпшення тренувального процесу.

Спеціальними дослідженнями встановлено, що коли людина подумки виконує будь-які дії, у відповідних центрах кори головного мозку виникають нервові збудження, викликаючи ледь помітні скорочення певних м'язових груп [2, с.85].

В ідеомоторному тренуванні прийнято виділяти три основних функції уявлень: програмну, тренувальну та регуляторну. Перша з них базується на уявленні ідеального руху, друга - на уявленнях, які полегшують засвоєння навичок, третя - на уявленнях про можливу корекцію, контроль рухів та зв'язки окремих елементів.

Спортсмени високої кваліфікації мають чіткі уявлення про техніку добре засвоєних рухів. До змісту їх входять: уявлення загального контролю руху в цілому, просторові параметри (амплітуда), тимчасові (швидкість), просторово-часові (темп), силові (напруга) [1, с.112].

Процес навчання ідеомоторного методу треба будувати на основі загальновідомих дидактичних принципів: послідовності, доступності, індивідуалізації. Окрім них, необхідно враховувати і спеціальні принципи, а саме:

- *принцип мотивованої зацікавленості*, що передбачає прищеплення спортсменам серйозного ставлення до методу;

- *принцип універсальної ефективності*. Ідеомоторна підготовка ефективна в: навчанні техніки, налаштуванні на виступ, вихованні ставлення до тренувального процесу;

- *принцип домінуючої ефективності*. Найбільшою мірою тренувальний ефект проявляється в оволодінні просторовими характеристиками руху, потім тимчасовими;

- *принцип відстроченого ефекту*. Перші заняття за цим методом не дають результату. Це відбувається через відсутність програм уявлення руху і зв'язків у корі головного мозку;

- *принцип індивідуальності*. Варіанти ідеомоторної установки залежать від індивідуально-психологічних відмінностей спортсмена. Наприклад, спортсмени з сильною нервовою системою починають ідеомоторні виконання руху безпосередньо перед стартом, а зі слабкою - проробляють набагато раніше, використовують частіше і ефективніше;

- *принцип змістовної ефективності*. Найбільший реальний ефект, що тренує уявлення руху, досягається при ідеомоторному відтворенні в м'язово-рухових образах вузлових моментів дії, його результативної суті;

- *принцип вербалізації*. Чітке словесне позначення основних дій підсилює ефект, тренуючи уявлення руху.

- *принцип дозування*. Доцільно подумки повторювати завдання 5 разів, але складні завдання - одноразово.

Отже, під час навчання технічного подолання елементів важливого значення набуває ідеомоторне тренування, що забезпечує формування у спортсменів правильної уяви про техніку рухової дії, скорочує час оволодіння нею та поліпшує результативність при виконанні вправи в цілому.

Список літератури

1. Некрасов В. П. Психорегуляція в підготовке спортсменів. М.: ФиС, 1985. – 132 с.

2. Родионов А. В. Влияние психологических факторов на спортивный результат. М.: ФиС, 1983. – 112 с.

3. Сидорченко К. М., Овчарук І. С. Ідеомоторне тренування і його роль у активізації процесу навчання курсантів (студентів) з розділу фізичного виховання «Подолання перешкод». – М.: ФиС, 2010. – 119-121 с.

Залежність змагального результату від умов місцевості та технічних навичок спортсмена в спортивному орієнтуванні

Основний показник змагальної діяльності в циклічних видах спорту - це швидкість пересування спортсмена по дистанції. У спортивному орієнтуванні дистанція практично завжди проходить по пересіченій місцевості, включаючи підйоми і спуски різної крутизни, а також рівнинні ділянки. Змагальна швидкість варіюється і залежить від того, який саме відрізок у даний момент проходить спортсмен[1].

У спортивному орієнтуванні спортсмени самі вибирають варіант руху і можуть пройти дистанцію різними варіантами, які мають відповідно різний профіль і довжину. Це дозволяє орієнтувальнику, який вибрав варіант за менш пересіченим маршрутом, мати перевагу у швидкості руху. Але оскільки результат спортсмена визначає лише час проходження всієї дистанції, то роль швидкості руху може бути оцінена тільки в поєднанні з пройденою відстанню. Значить, скоротити час проходження дистанції (поліпшити результат) можна, зменшивши довжину шляху і збільшивши швидкість руху. На вибір шляху впливають багато суб'єктивних і об'єктивних факторів, але найважливішим є здатність виділяти і запам'ятовувати орієнтири-прив'язки, до яких відносяться, як правило, великі лінійні і площинні орієнтири та особливо виділяються точкові. Орієнтири-прив'язки визначаються за картою, і вихід на них не вимагає великих фізичних затрат і високоточної техніки орієнтування. Правильно обрані орієнтири-прив'язки не вимагають часте звернення до карти при русі, скорочують тривалість її читання, полегшують запам'ятовування карти, забезпечують швидкий контроль місцезнаходження, дозволяють використовувати "грубе" орієнтування без остраху помилитися. Яким шляхом слід рухатися? Однозначної відповіді дати неможливо, не можна скласти і повний перелік прикладів для навчання. Він може бути прямим - за азимутом, обхідним - за ланцюгом орієнтирів або, як частіше буває, комбінованим. Найліпший шлях по прямій не

завжди найкращий. Найчастіше рух відбувається обхідним шляхом. При виборі шляху діють два протилежних фактори: надійність і час [2].

Вибираючи шлях, спортсмен-орієнтувальник повинен враховувати ряд факторів:

- надійність обраного шляху і наявність хорошої прив'язки дає гарантію того, що пункт буде успішно знайдений, але може виявитися не найшвидшим варіантом за часом;
- індивідуальні здібності спортсменів суттєво розрізняються, хтось виграє на швидкості бігу в обхідному варіанті, а хтось виграє на впевненому просуванні за азимутом [1;2].

Отже, проаналізувавши результати спортсменів та дізнавшись їх шлях проходження дистанцій, які були представлені в рамках чемпіонатів Чернівецької області, можна зробити наступні висновки:

1. У відповідальних змаганнях потрібно максимально використовувати найбільш відпрацьовані елементи техніки й сторони фізичної підготовки, а в тренувальних - можна визначити завдання щодо розвитку недоопрацьованих навичок.

2. На старт кожного змагання потрібно виходити, маючи чітке уявлення про тактичний план проходження дистанції залежно від типу місцевості.

3. Кожний спортсмен повинен вивчати найбільш характерні для нього ознаки стомлення і при їх появі вживати заходів: знижувати темп бігу, змінювати ритм чергування дій.

Список літератури

1. Васильева Г.Н. Экспериментальное исследование некоторых вопросов методики тренировки в беге с ориентированием: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. пед. наук. М., 2006. - 23 с.

2. Гаврилова В.Д. Качества, определяющие эффективность спортивной деятельности в ориентировании на местности и характеризующие их тесты. М.: Наука, МСПИ, 2008. - 21 с.

Засоби відновлення та їх застосування на уроках фізичного виховання в молодшій школі

Медико-біологічні засоби відновлення – це режим дня, повноцінне харчування, фармакологічні, фізіотерапевтичні і бальнеологічні засоби. Системне застосування медико-біологічних засобів відновлення підвищує фізичну працездатність учнів, сприяє підвищенню розумових здібностей, швидкому відновленню використаних енергоресурсів, що призводить до поліпшення загального стану й у кінцевому результаті є своєрідною профілактикою травм [2, с. 236]. Застосування медико-біологічних засобів особливо важливе для профілактики травматизму. Розминка – обов'язкова і невід'ємна частина будь-якого тренувального заняття. Крім основної мети, правильна і добре організована розминка сприяє профілактиці травм.

Для дослідження і вивчення впливу розминки на організм учнів використовуються такі методи: аналітичний, педагогічний, інструментальний.

Для оцінювання функціонального стану серцево-судинної системи використовується стандартне фізичне навантаження – 20 присідань за 30 с (проба Мартіне). При оцінці реакції на цю пробу використовуються дані про зміну ЧСС і АТ, а також про характер і час їх відновлення.

У дітей шкільного віку відразу після присідань спостерігається збільшення ЧСС на 30-50%, збільшення максимального АТ на 10-20 мм.рт.ст., зниження мінімального АТ на 4-10 мм.рт.ст. Зазвичай через 1-2 хв. ЧСС і АТ відновлюються. Реакція серцево-судинної системи буває сприятлива і несприятлива. Великі зміни ЧСС і АТ, атипічні варіанти в реакції, затяжний відновний період відображають невідповідність даного фізичного навантаження функціональним можливостям організму і оцінюються як несприятлива реакція серцево-судинної системи [1, с. 95].

Для проведення дослідження ми взяли дві групи: контрольну і дослідну. Контрольна група складається з 21

досліджуваного, з них 14 чоловічої статі і 7 жіночої статі. Дослідна – 24 досліджуваних: з них 17 чоловічої статі і 7 жіночої статі.

У процесі проведення розминки були застосовані педагогічні, психологічні і медико-біологічні засоби.

Педагогічні засоби звертали увагу на те, щоб усі м'язи тіла брали участь у розминці, застосовувалися спеціально підібрані комплекси вправ. Тривалість розминки 15 хвилин.

Психологічні засоби. У процесі проведення розминки зверталась увага на те, щоб у дітей ніяких ускладнень і травм не було.

Медико-біологічні засоби. Усім учням проводили масаж і самомасаж рук і ніг.

Результати дослідження показали, що після проведення розминки в учнів показники частоти серцевих скорочень і артеріальний тиск збільшилися. Позитивні фізіологічні зміни стану серцево-судинної системи сприяють виконанню подальшої роботи організму і попередженню травматизму. У дослідній групі акцентувалась увага на психологічні, педагогічні, медико-біологічні засоби. По завершенні місячного періоду дослідження в учнів несприятливої реакції на уроках з фізичного виховання не встановлено, тоді як у контрольній групі із 21 досліджуваного у 12 учнів мала місце несприятлива реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження.

Отже, результати досліджень свідчать про те, що при проведенні уроку з фізичного виховання у школах необхідно приділяти значну увагу розминці, застосовуючи при цьому педагогічні, психологічні і медико-біологічні засоби для попередження травматизму.

Список літератури

1. Триняк М.Г. Спортивна медицина. – Чернівці: Рута, 2004. – 136 с.
2. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2000. – 420 с.

Діана Маричак
Науковий керівник – викладач Дудіцька С. П.

Змагальна діяльність і підготовленість жінок-боксерів високої кваліфікації

Сучасний жіночий бокс висуває високі вимоги до підготовленості спортсменок. Жінкам-боксерам доводиться брати участь у дуже щільному графіку змагань. Упродовж одних змагань доводиться проводити, зазвичай, три-чотири напружені поєдинки.

Світовий рівень майстерності та функціональної підготовленості жінок-боксерів постійно зростає, що вимагає значного поліпшення підготовки жінок боксерів високої кваліфікації збірної команди України.

У міжнародних змаганнях з боксу, передусім, беруть участь сильніші спортсмени. Окрім цього, не завжди вдається укомплектувати збірну команду України у всіх вагових категоріях. Формування збірної команди є складним та динамічним процесом, на який впливає чимало суб'єктивних та об'єктивних чинників. Основним критерієм залучення до збірної команди є рівень майстерності та спортивної підготовленості кандидатів, а також можливість вибрати найкращих серед невеликої кількості претендентів. Існує значна різниця між рівнями спортивної підготовленості лідерів і кандидатів у національну збірну команду України, що негативно впливає на конкурентність, підготовленість резерву, а отже, на результативність змагальної діяльності. Така ситуація формує основне завдання українського жіночого боксу – вдосконалення структури змагальної діяльності жінок-боксерів, насамперед чинників її реалізації та забезпечення [2, с. 61].

Включення до програми Олімпійських ігор жіночого боксу ще більшою мірою актуалізує цю вимогу. Під час кваліфікаційного добору, що проходив на чемпіонаті світу в жовтні 2010 р. в Барбадосі, жодна спортсменка жіночої збірної команди України не завоювала ліцензії на XXX Олімпійські ігри в Лондон. Жорстока конкуренція в жіночому боксі зумовлює необхідність використання якісно нових, науково обґрунтованих підходів до змагальної діяльності. Важливим чинником

досягнення високого результату в боксі є належний психічний стан спортсменки [2]. Тому істотним елементом спортивної підготовки є вміння тренера створювати під час тренувань бойові ситуації, що максимально наближені до реального поєдинку. Тренер повинен усвідомлювати, що ефективна реалізація техніко-тактичних дій спортсменкою зумовлена насамперед реальним рівнем її психологічної підготовки, її психологічним станом перед боєм. Належний психічний стан боксера дозволяє забезпечити йому уміле подолання активного опору суперника, власної втоми, мобілізацію своїх резервних сил, а в результаті – досягнення успіху [3]. Особливості змагальної діяльності в жіночому боксі повинні значною мірою визначати зміст, мету та завдання тренувального процесу, результатом якого є успішний виступ на змаганнях. Реалізація такої мети дозволяє сформулювати основне завдання, що вирішує тандем "тренер-спортсмен" – досягнення технічної, тактичної, психологічної та інтелектуальної підготовки, яка дозволить спортсменці максимально реалізувати свої кваліфікаційні можливості.

Програма спортивної підготовки жінок-боксерів високої кваліфікації повинна бути комплексною. Така програма має забезпечити якісну підготовку спортсменок до змагань: технічну, тактичну, функціональну, психологічну та інтелектуальну, а також урахувати особливості індивідуальної манери проведення поєдинку. Таким чином, тренер зможе творчо добирати найбільш потрібні та ефективні способи тренувань.

Список літератури

1. Иорданская Ф. А. Мужчина и женщина в спорте высших достижений (проблемы полового диморфизма) : монография / Ф. А. Иорданская. – М. : Сов. спорт, 2012. – 256 с. : ил.
2. Киселев В. А. Совершенствование спортивной подготовки высококвалифицированных боксеров : учеб. пособие / В. А. Киселев. – М. : Физ. культура, 2006. – 71 с.
3. Лисицын В. В. Школа бокса как основа технико-тактической подготовки женщин боксеров / В. В. Лисицын // Учен. зап. ун-та им. П. Ф. Лесгафта. – 2013. – № 9 (108). – С. 94–104.

Особливості побудови самостійних занять фізичними вправами з жіночим контингентом

Організм жінки має певні анатомо-фізіологічні особливості, які необхідно враховувати при заняттях фізичними вправами. Жіночий організм характеризується менш міцною будовою костей, меншим розвитком мускулатури тіла, більш широким тазовим поясом і більш розвинутою мускулатурою тазового дна. Для здоров'я жінок велике значення має розвиток м'язів черевного пресу, спини й тазового дна. Від їхнього розвитку залежить нормальне положення внутрішніх органів, здатність жінки до кращого виконання функції материнства. Однією із причин недостатнього розвитку цих м'язів у студенток і робітниць розумової праці є малорухомий спосіб життя. При сидячому положенні м'язи тазового дна не протидіють внутрішньочеревному тиску й розтягуються від ваги лежачих над ними органів. Як наслідок, м'язи втрачають свою еластичність і міцність, що може призвести до небажаних змін положення внутрішніх органів і порушення їхньої функціональної діяльності.

Ряд особливостей організму жінки є й у діяльності серцево-судинної, дихальної, нервової систем. Вони виражаються більш високою ЧСС і частотою подиху, більш тривалим періодом відновлення організму після фізичного навантаження, більш швидкою втратою стану тренуваності при припиненні занять.

Займаючись фізичними вправами, жінка повинна зберегти властиву її організму жіночність, витонченість статури й граціозність у рухах. Ці завдання повинні виконуватися шляхом ретельного підбору вправ, правильної організації тренувальних занять і методики їхнього проведення.

При проведенні занять повинні бути виключені випадки формування тренування з метою швидкого досягнення високого результату. Розминці повинна приділятися більша увага, її варто проводити більш ретельно й більш тривало, ніж при заняттях з чоловіками. Рекомендується виключати вправи, що викликають підвищення усередині черевного тиску й

утруднюють діяльність органів черевної порожнини й малого тазу (наприклад стрибки в довжину, піднімання ваг і т.д.).

Поступове збільшення навантаження потрібне при виконанні вправ на силу й швидкість. Вправи з обтяженнями рекомендуються застосовувати невеликими серіями із залученням у роботу різних м'язових груп. Між підходами необхідно виконувати вправи на розслаблення.

Навантаження на витривалість для жінок повинні бути менші за обсягом й збільшуватись поступово, тому що функціональні можливості систем кровообігу й подиху в них значно нижчі.

При проведенні самостійних занять жінки повинні приділяти велику увагу самоконтролю й у випадку ознак значного стомлення знижувати тренувальне навантаження або тимчасово припиняти заняття. Необхідно звертатися за консультаціями до викладача й лікаря.

Грамотно організовані самостійні заняття сприятливо відбиваються на здоров'ї жінки. Основна функція жінки – материнство. В інтересах здоров'я своїх дітей вона сама повинна бути здоровою й різнобічно фізично підготовленою.

Список літератури

1. Матвеев, Л. П. Теория и методика физической культуры (общие основы теории и методики физического воспитания; теоретико-методические аспекты спорта и профессионально-прикладных форм физической культуры) : учеб. для ин-тов физ. культуры. – М. : Физкультура и спорт, 1991. – 543 с.

2. Физическое воспитание в вузе : тексты лекций/ Г. А. Гилев, Г. В. Сергеев, Н. Е. Максимов, В. А. Попков ; под ред. М. М. Чубарова. – 3-е изд., стер. – М. : МГИУ, 2005. – 214 с.

Аліна Меленчук
Науковий керівник – доц. Палічук Ю.І.

Стан сформованості здоров'язберігаючої компетентності студентів ЗВО

Аналіз літературних джерел свідчить, що розвиток валеологічного світогляду студентської молоді, визначення у них життєвого пріоритету здорового способу життя на основі ціннісного ставлення до здоров'я та процесів здоров'язбереження розглядається науковцями як складова професійної освіти. Тому формування здоров'язберігаючої компетентності як невід'ємної складової професійної компетентності майбутніх фахівців досліджується в різних напрямках: проведення всебічного аналізу нормативно-правових аспектів стосовно проблеми здорового способу життя; організації здоров'язберігаючого навчального процесу у ЗВО; мотивації молоді до здоров'язбереження та формування цінностей здорового способу життя; сприяння всебічному фізичному розвитку й досягненню високого рівня загальної рухової підготовки індивіда на засадах ноосферної педагогічної парадигми як концептуальної основи фундаменталізації фізкультурно-оздоровчої освіти студентів; навчання здоров'ю на засадах стратегії розвитку педагогіки здорового способу життя, педагогіки оздоровлення та організації процесу здоров'ятворчої освіти в сучасній вищій школі [1].

Анкетування, тестування, індивідуальні бесіди зі студентами та спостереження дали змогу встановити стан сформованості здоров'язберігаючої компетентності 20 студентів групи в якій я навчаюся. Було встановлено, що студенти виявили різні рівні (високий, середній, низький) у таких аспектах сформованості здоров'язберігаючої компетентності:

- 1) обізнаності у впливі професії на здоров'я;
- 2) комплексної сукупності компетенцій ціннісно-сислової орієнтації здоров'язберігаючої діяльності майбутніх вчителів фізичної культури; когнітивних і навчально-пізнавальних компетенцій еколого-валеологічного спрямування та фізичної

культури; комунікативних компетенцій, що передбачають обмін інформацією з питань здоров'язбереження та здорового способу життя для створення власної моделі здоров'язбережувальної діяльності;

3) за показниками самооцінки власної здоров'язберігаючої діяльності;

4) за рівнем готовності студентів до організації здоров'язбережувальних дій в майбутній професійній діяльності. Загальний стан сформованості здоров'язберігаючої компетентності майбутніх вчителів фізичної культури коливається в таких межах: за показниками високого рівня: 10% –15%; за показниками середнього рівня: 40% – 45%; за показниками низького рівня: 40% –45%.

Отримані дані свідчать про необхідність удосконалення навчально-виховного процесу підготовки майбутніх вчителів фізичної культури у напрямі цілеспрямованого формування здоров'язберігаючої компетентності студентів під час фахової підготовки на засадах аксіології [2].

Список літератури

1. Воронін Д. Є. Формування здоров'язберігаючої компетентності студентів вищих навчальних закладів засобами фізичного виховання : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / Воронін Дмитро Євгенович. – Херсон, 2006. – 225 с.

2. Шукатка О. В. Аксіологічний підхід до формування культури здоров'язбереження майбутніх економістів / О. В. Шукатка // Науковий вісник Ужгородського національного університету : Серія : «Педагогіка. Соціальна робота». – 2012. – № 24. – С. 206–210.

Пісочна терапія як унікальна арт-терапія і реабілітаційна технологія для осіб різного віку

Пісочна терапія – це лікувальний метод, що активізує психічну енергію і відкриває перед людиною можливість до змін. Принцип «терапії піском» запропонований Карлом Густавом Юнгом, який є засновником аналітичної терапії. За Юнгом, пісок – це символ життя у Всесвіті, а піщини — це люди та інші живі істоти у цьому Світі [1].

Уперше пісочницю в ігровій психотерапії запровадила у 1929 році англійський дитячий психотерапевт М. Ловенфельд у Лондонському Інституті Дитячої Психології. Дослідниця вважала цілющим тактильний контакт дитини з піском та водою. В ігрі включалися різні предмети та іграшки. Діти самі додавали воду у пісок та будували там свій Світ! Цю методику було названо «Техніка побудови Світу». Інший представник юнгіанської школи швейцарський аналітик Д. Калф, яка за порадою самого К. Юнга у 1956 р. особисто вивчала у М. Ловенфельд її методику, досліджуючи інший аспект пісочної терапії, а саме: питання створення для своїх клієнтів «вільного, захищеного простору», де, граючись з піском, вони відчували б себе вільно [1].

Американський психотерапевт Л. Штейнхард (юнгіанська прихильниця) у своїх дослідженнях **об'єднала психотерапію з арттерапією**. Вона мала спеціальну художню освіту, яка допомогла вченій подивитися на побудований дитиною власний Світ у пісочниці очима художника, своєрідного перекладача художніх образів на мову психології дитячої душі. Перший досвід використання роботи з піском стосувався саме дітей із мовленнєвими, інтелектуальними, афективними та поведінковими порушеннями як невербальний вид терапії, з метою дати відчуття безпеки знаходження у середовищі. **Зараз цей метод використовується без будь-яких обмежень для усіх: і дорослих, і дітей (від 3 років)**. Головна мета пісочної терапії - не змінювати і переінакшувати людину, а дати їй можливість бути собою. Показаннями для проведення пісочної

терапії є: психологічна травма (фізичне, психологічне, сексуальне насильство), сімейні конфлікти, порушення поведінки, проблеми, пов'язані з труднощами вербалізації власних психічних станів, дезадаптаційні явища, адикції (емоційна залежність), розлади харчової поведінки, затримка та порушення мовленнєвої діяльності. Протипоказання: синдром дефіциту уваги; епілепсія, синдром нав'язливих рухів, бронхіальна астма; туберкульоз; важкі психічні розлади, що супроводжуються нездатністю й небажанням контактувати з оточуючими людьми та предметами; дитячий вік до 1,5-2 років.

Ігри на піску – одна з форм природної діяльності дитини. Їх можна використовувати під час проведення коригувальних, розвивальних і навчальних занять. Вони стабілізують емоційний стан дитини, розвивають тактильну чутливість, дрібну моторику, сприяють розвитку мовлення, уваги, пам'яті та є одночасно відмінним засобом для профілактики та корекції.

Малювання піском започаткував у 1970-х рр. американський аніматор Керолайн Ліф, який створив перший анімаційний фільм з піску. На заняттях із пісочної анімації розвивається дрібна моторика і пластика, оскільки діти чи дорослі, малюючи пальцями по поверхні столу, набирають пісок долонями або пучками пальців (так званий пінцетний захват) [2]. Також малювання стимулює розвиток зоро-рухової координації, розвиваються сенсорні відчуття, взаємодія між півкулями головного мозку, увага, пам'ять, просторові уявлення, відбувається розкриття творчого потенціалу дитини. Метод пісочної терапії ефективний для роботи з віктимними людьми, а також для людей з поведінковими розладами, невротичними проявами та залежностями. Лікування піском (псаммотерапія) описаний ще Авіценною. Пісок має властивість швидко накопичувати тепло й повільно його віддавати, тривало зберігаючи свій зігрівальний вплив. Однак при всій простоті цього методу він є глибинним і тонким механізмом, що виявляє загальний оздоровчий та коригувальний вплив на організм.

Список літератури

1. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Практикум по креативной терапии. — СПб.: «Речь», 2001. — С. 277—335.

Вікторія Микитюк
Науковий керівник – викл. Селіверстов С.І.

Особливості формування здорового способу життя серед студентської молоді

Згідно із сучасними дослідженнями, серед загальної кількості студентства до моменту набуття вищої освіти здоровими залишаються лише 6%, майже 45-50% випускників мають функціональні відхилення, а 40-60% – хронічні захворювання, третя ж частина випускників має обмеження у виборі професії [2].

До того ж, характерними явищами в житті молодих людей стали недбале ставлення до власного здоров'я і, що найгірше, досить швидке поширення серед молоді паління, вживання алкоголю, наркотичних та психотропних речовин, збільшення венеричних захворювань. Серед сучасних науковців, які займаються питаннями формування ціннісних орієнтацій молоді на здоровий спосіб життя, слід відмітити дослідження таких відомих науковців, як І.Беха, Т.Глазько, Г.Вашенко, Р.Купчинова, С.Лапаєнко, Н.Нікіфорова, С. Омельченка, Н.Паніної, Н.Романової та ін.

У наш час поняття про здоровий спосіб життя набуло специфічного сенсу, оскільки вважається, що це не лише пробіжки вранці, обливання водою, зарядка і тому подібне, але й організація режиму праці та відпочинку, режим та якість харчування, організація фізичної активності, особиста гігієна, відмова від шкідливих звичок, культура сексуальної поведінки. Ю.Лісіцин зазначає, що здоровий спосіб життя – це насамперед діяльність, активність особистості, групи людей, суспільства, що використовують матеріальні й духовні умови і можливості в інтересах здоров'я, гармонійного фізичного і духовного розвитку людини [3,с.5].

Кожна молода людина внаслідок різних життєвих обставин підпадає під вплив саме того середовища, яке вона бачить навколо себе, і її суспільна мораль, позиція, переконання,

життєві установки, поведінка не завжди формуються в корисному для себе і оточуючих напрямі [2].

На стан здоров'я студентів впливає ряд причин: емоційний дискомфорт, спричинений труднощами навчання; складність стосунків у системі «студенти-викладачі-батьки»; інтенсивний негативний вплив середовища існування, зростання почуття невпевненості, невдоволення собою [1,с.2].

Формуванню здорового способу життя в молодіжному середовищі сприяють наступні чинники: плідна праця, раціональний режим праці і відпочинку, викорінювання шкідливих звичок, рухова активність, раціональне харчування [1].

Таким чином, формування здорового способу життя молоді – складний процес, який потребує активної участі в ньому якнайбільшої кількості людей, різних організацій і насамперед самої молоді. Ефективність цього процесу залежить від інтеграції та координації зусиль державних і громадських організацій, релігійних організацій у сфері формування здорового способу життя, від залучення засобів масової інформації до пропаганди здорового способу життя, а також від розроблення інформативних освітніх програм, тренінгів, орієнтованих на формування життєвих навичок, які ведуть до збереження, зміцнення та відтворення здоров'я .

Список літератури

1. Концепція розвитку фізичного виховання у сфері освіти в Україні/М.Д. Зубалій, Б.Ф. Ведмеденко,В.І. Мудрик,О.З. Леонов/ Основи здоров'я та фізична культура.-2006.-№10-С.2-3.

2. Молодь та здоровий спосіб життя: щорічна доповідь Президента України Верховній Раді (за підсумками 2009р.) - К.;ТОВ «Основа»,2010.-156с.

3. Присяжнюк С.І. Проблема виховання учнівської молоді в Україні. Основи здоров'я та фізична культура.-2006.-№10-С.6-7.

Формування іміджу як здорового способу життя сучасної молоді в ЗВО України

«Мати гарне здоров'я – це мати почуття найвищого блаженства, що дозволяє людині говорити із задоволенням: «Я почуваю себе чудово! Я живу чудово!» - писав Бречч [3, с. 10].

Імідж навчального закладу – це його емоційно забарвлений образ, що закріпившись у масовій свідомості, транслюється в зовнішнє середовище. Сьогодні позитивний імідж навчального закладу відіграє роль додаткового ресурсу управління й розвитку. Головною метою роботи сучасної молоді в освітньому закладі є створення освітнього середовища, в якому здоровий спосіб життя стане не лише свідомою потребою кожної людини, а й мірилом її освіченості, загальної культури, шляхом розвитку загальної креативності учасників навчально-виховного процесу, методом активізації інтелектуального потенціалу, залучення до творчої діяльності, зростання рівня компетентності особистості [2, с. 4]. Побудова життєвого простору – перший крок до формування іміджу освітнього закладу.

Безумовно, на стан здоров'я студентів впливають такі фактори, як несприятливі соціальні та екологічні умови. Одночасно з їх негативним впливом на молоде покоління негативно впливає багато факторів ризику, які мають місце в навчальних закладах і отримали назву «студентські» фактори ризику. Це переконує педагогів у тому, що необхідно проводити спеціальні заходи щодо збереження і зміцнення здоров'я студентів, тому що створення здоров'я – зберігаючих умов навчання та виховання, перетворення кожного навчально-виховного закладу на простір життєдіяльності буде сприяти здоров'ю молоді [2, с. 6].

Останнім часом навчальні заклади плідно працюють у напрямку формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя. Для успішного формування умінь і навичок здорового способу життя викладачу необхідно не лише володіти теоретичними знаннями, а й мати певні практичні вміння і навички, зокрема:

- визначити стан фізичного та психічного розвитку дитини;
- навчитися розуміти свій організм і створювати йому сприятливі умови для саморегуляції;
- дозувати фізичне навантаження та загартовуючі процедури [1, с. 25].

Побудова іміджу освітньої установи як «емоційно забарвленого образу освітнього середовища, часто свідомо сформованого, що має цілеспрямовані характеристики та покликаний впливати певною спрямованістю на конкретні групи соціуму», передбачає розв'язання ряду завдань:

- поширення новизни, пов'язаної з розвитком інноваційних процесів;
- забезпечення висвітлення подій у діяльності навчального закладу – установлення ефективного зворотного зв'язку із зовнішнім середовищем;
- розробка інформаційного матеріалу, що має бути доступним, зрозумілим, відбивати позитивні зміни.

Становлення та розвиток інноваційної моделі навчального середовища, сприяння здоров'ю – це крок до освітнього закладу майбутнього, який через пошук ефективних шляхів підвищення якості освітніх послуг та механізму їх надання спрямовує свою діяльність на вдосконалення національної системи загальної середньої освіти в умовах інтеграції України у світовий освітній простір.

Список літератури

1. Даниленко Г.І. Медичні аспекти валеологічної освіти у школі. Валеологія. – 1999. – №1. –С. 25-27.
2. Кременець В. Захист прав дітей на якісну освіту. Директор школи, ліцею, гімназії. – 2006. – №2. – С. 4-6.
3. Критерії діяльності навчального закладу – Школи сприяння здоров'ю: Додаток 4 до наказу МОН України та МОЗ України від 17.07.02 р. №412\254 – Адм. // Освіта – 13-20 листопада 2002. – С 10.

Богдана Міськова
Науковий керівник – асист. Марченко Я.Ф.

Реабілітація та її значення

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

Хоча спеціальність «Фізична реабілітація» є відносно новою для нашої країни, в Європі та світі фахівці вже давно активно допомагають людям. Зародження її відбулося ще в ХІХ ст. в США, де фізичні терапевти працювали з людьми з порушенням постави. У 20-ті рр. ХХ ст. сформувалась перша професійна організація в цій галузі — Американська асоціація фізичної терапії, яку очолила Мері Мак-Мілан. Значний розвиток фізичної реабілітації відбувся під час Другої світової війни, коли зросла необхідність у відновленні поранених військовослужбовців. На цю роботу призначали тільки жінок, які були педагогами з фізичного виховання. Вони застосовували комплекси вправ, які тепер ми називаємо фізичною реабілітацією. Хоча бурхливий розвиток професії у світі в 1990-х рр. дещо уповільнився, фізична терапія продовжує вдосконалюватися.

Фахівці реабілітаційного напрямку здійснюють свою діяльність відповідно до певного алгоритму дій, що є складовими фізичної терапії.

Відповідно до міжнародної класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка була прийнята у 1980 році, виділяють такі рівні медико-біологічних та психо-соціальних наслідків хвороби або травми, які повинні враховуватись при проведенні реабілітації: ушкодження – будь-яка аномалія або втрата анатомічних, фізіологічних, психологічних структур або функцій; порушення життєдіяльності – виникає в результаті ушкодження та означає втрату або обмеження можливості здійснювати щоденну діяльність у межах, які вважаються нормальними для людського суспільства; соціальні обмеження

виникають у результаті ушкодження й порушення життєдіяльності і називають обмеження та перешкоди для виконання соціальної ролі, яка вважається нормальною для цього індивідууму. Організаційними основами реабілітації вважають: здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком реабілітації; проведення реабілітації за певною програмою, що укладена на основі оцінки стану хворого; здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів у динаміці і після завершення курсу реабілітації; складання рекомендацій щодо лікувальних і соціальних заходів, які необхідні на подальших етапах реабілітації.

За даними міжнародних організацій, кожний 10 мешканець Землі є неповносправний, майже 30 мільйонів осіб щороку отримують каліцтво і різні ураження. Отже, інвалідність – це всесвітнє соціальне явище, до якого має бути прикута постійна увага кожної країни, органів її державної влади та управління, науковців та медиків, психологів та педагогів, фахівців із фізичної культури та спорту.

Реабілітація – це процес, який має на меті забезпечити неповносправним досягнення й підтримку їх оптимальних фізичного, чуттєвого, інтелектуального, психічного, а також соціального рівнів діяльності, які б сприяли досягненню вищого рівня самостійності. Реабілітація може включати заходи для підтримання і/або відновлення функцій або ж компенсації втрати або відсутності функції чи функціонального обмеження. Реабілітаційний процес починається буквально від першої медичної допомоги.

Список літератури

1. Герцик А.М. Трактування ключових термінів в освітньо-професійній галузі фізичної реабілітації / А.М. Герцик // Молоді спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. Вип. 7: В 3 т. – Л., 2003. – Т.1. – С. 342-346.

2. Лікувальна фізична культура та спортивна медицина / В.В. Клапчук, Г.В. Дзяк, Г.В. Муравов І.В. та ін. – К.: Здоров'я, 1995. – 312 с.

**Методичні основи фітнес-занять
із людьми похилого віку**

Усі спортивні організації та фітнес-клуби з переходом на небюджетне фінансування припинили фізкультурно-оздоровчу роботу з літніми людьми. Соціальну допомогу пенсіонерам надають рідкісні благодійні організації, однак їх дії не мають наукової обґрунтованості. Таким чином, вивчення ролі фітнес-клубу в структурі дозвілля літніх людей практично нічим не забезпечена і знаходиться в кризовому стані.

Основні завдання використання засобів оздоровчої фізичної культури в похилому віці полягають в тому, щоб [3]:

- сприяти збереженню або відновленню здоров'я;
- затримувати і зменшувати інволюційні зміни, розширювати функціональні можливості організму, підвищувати працездатність

- сприяти творчому довголіттю.

Під час оздоровчого фітнес-тренування з особами пенсійного віку необхідно дотримуватися таких правил:

- фізичні вправи повинні бути суворо дозовані за кількістю повторень, темпу виконання і амплітудою рухів;

- вправи з силовими зусиллями (еспандером, еластичним бинтом, гантелями) необхідно чергувати з вправами на розслаблення;

- після кожної серії з 3-4-х вправ загально-розвиваючого характеру необхідно виконувати дихальні вправи;

- для виконання вправ слід вибрати найбільш зручне вихідне положення;

- щоб уникнути перевантаження доцільно дотримуватися принципу «розсіювання» навантаження, тобто чергувати вправи для верхніх кінцівок з вправами для ніг або тулуба.

Під час оздоровчих фітнес-занять з особами похилого та старшого віку обов'язково збільшують тривалість підготовчої й завершальної частин заняття. В основну частину заняття включають паузи для активного і пасивного відпочинку.

При визначенні оптимальної кількості занять на тиждень не враховуються рекомендації щодо збільшення частоти занять для осіб із низьким і нижче середнього рівнями фізичного стану [5]. У літньому і старшому віці процес відновлення після фізичних навантажень істотно сповільнюється, тому оздоровчі фітнес-заняття з особами пенсійного віку проводяться 2-3 рази із щоденною ранковою гігієнічною гімнастикою [1].

Фізична активність у період інволюційних змін в організмі буде достатньо ефективною тільки в поєднанні з іншими складовими здорового способу життя, які є обов'язковою умовою досягнення людиною творчого довголіття.

Список літератури

1. Андреева Е. Рекреационные игры в структуре досуговой деятельности лиц зрелого возраста / Андреева Е., Благий А. // Спортивный вiсник Приднiпров'я – №2. – 2013. – С. 37-41.
2. Гакман А.В. Закордонний досвід рекреаційно-оздоровчої діяльності у рамках дозвілля з людьми похилого віку / А.В. Гакман, М.Ю. Байдюк // Молодий вчений. – 2016. – № 11. – С. 116-120.
3. Круцевич Т. Ценностные ориентации лиц зрелого возраста в проведении досуга / Т. Круцевич, Т. Имас // Спортивный вiсник Приднiпров'я. – 2013. – №2. – С. 5 – 11.

Оцінка якості життя у пацієнтів з інсультом

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям – інтегральна характеристика, на яку треба орієнтуватися при оцінюванні ефективності допомоги пацієнтам. В даний час досягнуто консенсусу про включення, щонайменше, чотирьох критеріїв для оцінювання цього явища – психологічне і соціальне здоров'я, фізичне здоров'я, пов'язане головним чином із залишковими симптомами основного захворювання, самообслуговування і рівень фізичної активності характеризують функціональне здоров'я. Когнітивна функція, емоційний статус, загальне сприйняття здоров'я, задоволеність життям є психологічними компонентами життя пацієнта. Вивчення соціального здоров'я включає оцінювання соціальних контактів і взаємин [2].

Якість життя може служити показником, на основі якого можлива експертиза ефективності нових методик лікування, моніторинг стану здоров'я пацієнта після проведеного лікування, розробка реабілітаційних програм, фармакоекономічні обґрунтування стандартів терапії і нових методів лікування [1].

Існує три основні складові концепції якості життя [2].

1. Багатовимірність. Якість життя включає в себе інформацію про основні сферах життєдіяльності людини: фізичної, психологічної, соціальної, духовної та економічної. Якість життя пов'язана зі здоров'ям, оцінює компоненти, не пов'язані і пов'язані з захворюванням і дозволяє диференційовано визначити вплив хвороби і лікування на стан хворого.

2. Змінність у часі в залежності від стану хворого, зумовленого низкою ендогенних і екзогенних факторів. Дані про якість життя дозволяють здійснювати постійний моніторинг стану хворого і в разі необхідності проводити корекцію терапії.

3. Участь хворого в оцінюванні його стану. Дані про якість життя, поряд з традиційним медичним висновком, зробленим лікарем, дозволяє скласти повну і об'єктивну картину хвороби.

Якість життя пацієнтів залежить від їх віку, статі, професії та виду захворювання. Критерії якості життя використовують для визначення впливу захворювання на фізичне, психологічне, соціальне функціонування хворого, для оцінювання ефективності лікування, для оцінювання ступеня тяжкості хворого, для визначення прогнозу захворювання. Для оцінювання якості життя застосовують спеціально розроблені опитувальники. Загальні опитувальники дозволяють оцінювати якість життя пацієнтів при різних захворюваннях у вигляді профілю, які в даний час найбільш часто використовуються в клінічних дослідженнях у всьому світі. За допомогою спеціальних опитувальників оцінюється будь-яка одна категорія якості життя (фізичний або психічний стан) або оцінювання якості життя при конкретному захворюванні (Barthel Index, Canadian Neurological Scale, Frenchay Activities Index) [2].

Відомо, що перенесений інсульт погіршує показник якості життя протягом найближчих 4 років у два рази частіше, ніж онкологічні захворювання, цукровий діабет і захворювання серця. Інсульти залишають після себе серйозні наслідки, часто ведуть до обмеження таких важливих для життя функцій, як самостійне пересування (ходьба), самообслуговування, можливість комунікації, і до обмеження соціального функціонування. Поліпшення ЯЖ мотивує хворих до активної участі в реабілітаційних заходах, що поліпшує відновлення і соціальну адаптацію пацієнта [1].

Таким чином, дослідження якості життя істотно доповнює традиційні методи обстеження хворого і дозволяє проводити дослідження пацієнтів, які перенесли інсульт як на груповому, так і на індивідуальному рівнях.

Список літератури

1. Мищенко Т.С. Епидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Мищенко Т.С.// Укр. Вісн. психоневрол. – 2017. – Т.25, вип. 1 (90). – С. 22-24.

2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. - 320 с.

Вплив фаст-фуду на здоров'я людини

Фаст-фуд (['fast_ fud] — швидка їжа) — їжа масового виробництва, де час приготування та подачі значно зменшений. Споживання фаст-фуду відбувається за допомогою спрощених столових приборів або поза столом. До фаст-фуду відносяться страви, що готуються в ресторанах, кафе або кіосках швидкого харчування. Це хот-доги, картопля-фрі, шаурма, піца тощо. До таких блюд також відносяться продукти швидкого приготування, які розводять водою: локшина, супи, картопляне пюре і каші. Фаст-фудом є і різні дрібні закуски: сухарики, чіпси, горішки, поп-корн, печиво. Їжа подібного роду завдає організму людини серйозної шкоди.

По-перше, всі ці страви мають високу калорійність. Подібне харчування може призвести до зайвої ваги всього за місяць. Фаст-фуд містить дуже багато солі, смакових добавок, консервантів, жирів і цукру. Дуже жирні або занадто солодкі продукти дуже погано впливають на ендокринну й серцево-судинну системи.

Швидка їжа часто є нездоровим поєднанням гарячих страв і холодної газованої води. Запиваючи гамбургери з м'ясом холодною колою, людина завдає істотної шкоди своєму шлунку, який погано справляється з переварюванням важкої і жирної їжі. Низька температура газованої води призводить до того, що жир застигає прямо в шлунку, викликаючи нудоту і нетравлення [1].

Для приготування фаст-фуду використовується велика кількість дешевих трансжирів. Ці речовини шкідливі для організму більше, ніж холестерин. Вони сприяють розвитку атеросклерозу, можуть спровокувати розвиток раку грудей у жінок, негативно впливають на імунітет. Незважаючи на високий вміст калорій, така їжа бідна вітамінами та харчовими волокнами.

Вчені довели, що фаст-фуд викликає залежність за рахунок використання в стравах смакових добавок і великого вмісту цукру. Ця їжа призводить до змін біохімічних процесів у головному мозку. Чим довше людина харчується гамбургерами,

тим складніше їй повернутися до нормальної їжі. При приготуванні фаст-фуду використовуються трансжири. Ці жири не можна зустріти в холодильниках домогосподарок, і вони становлять особливу небезпеку. Вони використовуються в промисловості і відрізняються низькою вартістю, а головне – негативно впливають на судини і призводять до атеросклерозу.

Фаст-фуд дуже калорійний через високий вміст жирів і цукру. Середня калорійність обіду в Макдональдсі – 1500 калорій. Це практично денна норма калорій для людини, яка не займається спортом.

Фаст-фуд може викликати таку ж залежність, як алкоголь і нікотин. Високий вміст жиру і цукру призводить до поступового звикання. Натуральна і корисна їжа вже не доставляє ніякого задоволення, і людина не може відмовитися від гамбургерів і картоплі фрі, навіть розуміючи, якої шкоди вони можуть завдати організму. Для деяких людей харчування у фаст-фудах стає звичним щоденним заняттям.

Фаст-фуд не дає ніякої користі. У ньому немає поживних елементів і вітамінів. Людина поглинає їжу, яка не приносить ніякої користі. Якщо їй харчуватися тривалий час – може розвинутися авітаміноз. Незважаючи на збільшення маси тіла, людині не буде вистачати корисних речовин [2].

Деяким людям фаст-фуд категорично протипоказаний. Їсти їжу швидкого приготування можна тільки повністю здоровим людям, але після невеликих перекусів гамбургерами стан здоров'я погіршується. У надлишку сіль і цукор – вороги здоров'я, а особливо серцево-судинної системи.

Особливо гостро стоїть проблема з дітьми та підлітками, які не проти перекусити фаст-фудом. Статистика фаст-фуду в Україні вказує, що майже 70% людей у нашій країні їдять фаст-фуд. З них 40% роблять це щодня.

Список літератури

1. Гордон Рамзи. Фаст Фуд. – Кукбукс, 2009 г. – 84 с.
2. Г. Мосин. Привило бюргера. – Москва, 2010 г. –103 с.

Особливості позитивного впливу кетодієти на організм спортсменів під час занять спортом

Ідея про те, що дієта з високим вмістом вуглеводів необхідна для оптимізації фізичного навантаження, отримала визнання в кінці 1960-х років, коли було виявлено, що виснаження м'язового глікогену пов'язане з втомою, а дієта з високим вмістом вуглеводів підтримує м'язовий глікоген і працездатність [1]. Через десятиліття накопичилося багато доказів на користь споживання вуглеводів до, під час і після тренувань [2].

Кетонова дієта широко використовується як стратегія зниження ваги і, рідше, як терапія при деяких захворюваннях. У багатьох видах спорту контроль ваги є необхідністю (бокс, важка атлетика, боротьба і т.д.). Гіпотеза полягає в тому, що кетодієта може бути використана для втрати жиру без впливу на працездатність, силу і витривалість.

Дослідження, проведені в 1980-х роках, показали підвищення аеробної працездатності при дотриманні кетодієти, спостерігали за суттєвим збільшенням максимального споживання кисню ($VO_{2\text{макс}}$) і лактатного порогу при велоергометрії та істотне зниження часу, необхідне для виконання велоспринту на 2000 м.

У нормальних фізіологічних умовах клітини отримують енергію від глюкози в процес під назвою «гліколіз». Якщо суттєво обмежити споживання вуглеводів, зменшуються запаси глікогену в печінці і скелетних м'язах. Організм часто реагує, частково перерозподіляючи тягар енергозабезпечення на жири з їжі і жирову тканину, побічним продуктом обміну жирів і є кетонів тіла. Таким чином, «кетоз» – метаболічний стан, при якому організм виробляє енергію з кетонів тіл (а не з глюкози) зі швидкістю, достатньою для живлення мозку і тіла (концентрація в крові зазвичай складає $\sim \geq 0,5\text{-}3,0$ мг/дл) [3].

У безлічі досліджень показано істотне зниження дихального коефіцієнта (ДК), використання глюкози, рівня лактату крові в спокої і аеробного стомлення.

У порівнянні зі спортсменами з нормальним вживання вуглеводів, у висококваліфікованих спортсменів, що споживали 10% вуглеводів, виявилося приблизно в два рази більше пікове окиснення жирів, а також на 59% вище середнього окиснення жирів при субмаксимальних вправах. Підвищене окиснення жирів супроводжується меншим ДК.

Проте при поступовому зниженні маси тіла деякі побічні ефекти зменшуються, наприклад, краще зберігається сила м'язів. Згідно з дослідженнями, якщо потрібно зменшити вагу, поєднання методів поступового зниження ваги з кетодієтою, може бути корисніше, ніж тільки методи поступового зниження ваги. Значне зменшення споживання вуглеводів знижує запаси глікогену в печінці і скелетних м'язах. Один грам глікогену зв'язує ~ 3 г води, тому втрата глікогену приводить до помітного зменшення загального вмісту води в організмі [3].

Однак, згідно з наявними даними, в деяких специфічних ситуаціях є підстави для використання кетодієти. Підводячи підсумок, потрібно зазначити: незважаючи на можливі переваги кетогенних дієт для видів спорту на витривалість, для надання рекомендацій потрібно більше досліджень. Це не повинно бути перешкодою для проведення експериментів з кетодієтою лікарями і дослідниками, оскільки це робить великий внесок у наше розуміння метаболізму, харчування, здоров'я і працездатності.

Список літератури

1. Bergstrom J., and Hultman E. Synthesis of muscle glycogen after exercise: a reinforcing factor localized in human muscle cells. *Nature*. 1966; 210: 309-310.
2. Jeukendrup, AE Consumption of carbohydrates during exercises and performances. *Nutrition*. 2004; 20: 669–677.
3. [https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495\(15\)00334-0/fulltext](https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495(15)00334-0/fulltext) (metabolism clinical and experimental)

Роль фізичної реабілітації в комплексі засобів боротьби з ожирінням

Ожиріння – група хвороб і патологічних станів, що характеризуються надмірним відкладенням жиру в підшкірній жировій клітковині та інших тканинах і органах, зумовлене метаболічними порушеннями і супроводжуються змінами функціонального стану різних органів і систем. Ожиріння – серйозна медико-соціальна та економічна проблема сучасного суспільства. Актуальність її визначається в першу чергу високою поширеністю, оскільки чверть населення економічно розвинених країн світу має масу тіла, що на 15% перевищує норму. За прогнозами експертів ВООЗ, до 2025 року у світі налічуватиметься більше 300 мільйонів чоловік із діагнозом «ожиріння». Попередження і лікування ожиріння – найважливіша медична, соціальна, демографічна, державна проблема [1].

Основний спосіб боротьби з ожирінням - бажання самого хворого, комплексне лікування, що поєднує дієтотерапію з лікувальною фізкультурою та іншими методами фізичної реабілітації – рефлекторно-сегментарним, точковим, вібраційним масажем, бальнеотерапією, фізіотерапією тощо.

Головну роль у профілактиці та лікуванні ожиріння грає рухова активність. У хворих з ожирінням використовуються фізичні навантаження переважно аеробного характеру і тривалі за часом. Застосовують ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, вправи на тренажерах, теренкур, дозовану ходьбу, спеціальні фізичні вправи в басейні, плавання у відкритих водоймах, біг, туризм, веслування, катання на велосипеді, лижах, ковзанах, рухливі та спортивні ігри.

Після занять слід обов'язково прийняти водні процедури: вологе обтирання або душ з наступним розтиранням тіла махровим рушником до почервоніння шкіри.

Основними особливостями застосування всіх перерахованих методів є те, що вони можуть лише доповнювати дієтотерапію, а саме або посилювати її ефект, або поліпшувати переносимість

лікування, а також те, що основою боротьби з ожирінням є бажання самого хворого, його переконання в необхідності дотримання дієти та веденні здорового способу життя [1].

Існує безліч видів спортивних занять, у кожного з яких є свої переваги і недоліки. Особливе місце в цьому списку займає аквааеробіка - порівняно новий напрям, який встиг себе прекрасно зарекомендувати як універсальний метод корекції фігури, загального оздоровлення і реабілітації.

Заняття аквааеробікою можна віднести до тих небагатьох видів спорту, які не мають протипоказань ні для людей із захворюваннями суглобів, ні для людей із захворюваннями серцево-судинної системи – у випадку, якщо вони не знаходяться в стадії декомпенсації [2].

Для людей, що страждають ожирінням, заняття аквааеробікою є вельми корисними, оскільки, на відміну від «сухопутних» вправ, вони не перевантажують суглоби. При цьому аквааеробіка аж ніяк не є занадто легкою ні для того, щоб відкоригувати форму тіла, ні для того, щоб зміцнити окремі групи м'язів. Переваги її в тому, що навантаження можна значною мірою варіювати. Заняття аквааеробікою можуть бути і щадними, і досить активними. Через велику силу опору води під час занять аквааеробікою працюють усі групи м'язів, що дозволяє розвивати тіло гармонійно, не перевантажуючи окремі групи м'язів.

Під час занять аквааеробікою людина отримує ще й сеанс гідромасажу – ось чому аквааеробіка чудово справляється з целюлітом.

Сьогодні заняття аквааеробікою включені до програми реабілітації хворих з ожирінням різних ступенів, оскільки є одним із найбільш активних видів аеробіки, що сприяє правильному розвитку м'язів, схудненню і практично не має протипоказань.

Список літератури

1. Боярський Г. Ф. Ожиріння: запобігання і лікування / Г. Ф. Боярський, О. Я. Боярська. – Київ, 2003. – 124 с.
2. Аквааеробіка: поняття, користь, показання– 2018. – Режим доступу до ресурсу: <http://plavaem.info/akvaerobika.php>.

Розвиток координаційних вправ на етапі початкової підготовки легкоатлетів

Проблема зміцнення фізичного та психічного здоров'я дітей є одним із головних завдань українського суспільства. Щоб досягти успіхів у цій справі, необхідно узгодити спосіб життя дітей із закономірностями їхнього фізичного та психічного розвитку, розробити ефективні засоби впливу на організм, запровадити раціональний режим навчання та відпочинку, систему раціонального харчування тощо.

Механізм формування техніки рухів був детально проаналізований рядом авторів [2]. Встановлено, що окрім протидії гальмівних сил спортсмен долає розбалансування внутрішніх і зовнішніх сил і прагне встановити між ними цілеспрямований зв'язок. Для цього він якомога повніше використовує активні і пасивні рухові сили – сили інертні і таким чином оволодіває технікою фізичних вправ. У цьому процесі, особливо при оволодінні технікою складних за структурою вправ, і створюються труднощі, коли не вистачає відповідного рухового досвіду, тобто визначеного запасу навиків, вмінь і спеціальних знань. Ці недоліки ведуть до небажаних помилок і збільшення термінів навчання, до ускладнень у використанні явища перенесення навичок, до додаткових ускладнень у незвичних умовах на фоні втоми, під час змагань і т.ін. Технічні труднощі мають свою специфіку в різних видах спорту, однак загальними в них є труднощі координації рухів, збереження рівноваги, дотримання вимог до точності рухів у просторі, в часі, що і є ефективним засобом формування вольових здібностей [1].

Координованість рухів – це здатність до раціонального прояву фізичних якостей і перебудови рухових дій у конкретних умовах на основі наявного запасу рухових умінь і навичок. Вона має важливе значення в екстремальних умовах рухової діяльності, особливо в умовах дефіциту простору і часу. У спорті – це єдиноборство, спортивні ігри і складні координаційні види.

Координованість рухів тісно пов'язана з іншими різновидами координаційних здібностей і, в першу чергу, із здібністю до оцінки і регуляції динамічних і просторово-часових параметрів рухів. Високий рівень розвитку координованості рухів позитивно впливає на розвиток інших координаційних здібностей. В основі методики розвитку координаційних здібностей повинно бути виконання рухових завдань в ускладнених умовах. Ефективними є біг по пересіченій місцевості з подоланням природних перешкод, бігові вправи з подоланням перешкод (бар'єри, гімнастичні лавки, м'ячі і т.ін.), вправи з м'ячами, єдиноборства, гімнастичні і акробатичні вправи.

Ефективними будуть також різноманітні вправи на досягнення встановлених параметрів рухової діяльності: проходження або пробіжка певної відстані із закритими очима; удари по м'ячу у ворота із закритими очима; виконання різноманітних акробатичних вправ з обмеженням або повним виключенням зору; виконання вправ з обмеженням слуху або при штучно створеному надмірному шумі; стрибки з поворотами на вказану кількість градусів; пробіжка певних дистанцій за встановлений час; виконання силових вправ з варіативними обтяженнями і т.ін. Для поліпшення відчуття снаряда доцільно застосовувати ядра і списи різних розмірів і маси, жердини різної довжини і з різними пружними властивостями і т.ін. [1].

Основними засобами розвитку координаційних здібностей є фізичні вправи. Вони повинні бути по можливості різноманітними і достатньо складними за координацією роботи нервово-м'язового апарату. Їх слід виконувати в ускладнених умовах (різні початкові положення, обмежений простір і час, часткове або повне виключення зорового або слухового аналізаторів, пересічена місцевість, рухома опора і т.ін.).

Список літератури

1. Лях В.И. Развивая координационные способности. I-IV кл. Физич. культ. в шк. 1991. № 10. С.18-21.
2. Сергієнко Л.П. Спортивний відбір: теорія та практика, У 2 кн. Книга 1. Теретичні основи спортивного відбору. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2009. – 672 с.

Характеристика розвитку швидкісно-силових якостей школярів

Шкільний вік є найсприятливішим періодом для розвитку всіх рухових якостей. Однак у визначені вікові періоди темпи природного прогресу у зміні рухових здібностей не однакові: відповідна реакція дитячого організму на фізичне навантаження різна на різних етапах росту і розвитку. Вона дає більший і триваліший ефект у визначені періоди, що називаються чуттєвими чи сенситивними. У ці періоди підвищується сприйнятливність організму до вибірково спрямованих впливів середовища.

Дані науково-методичної літератури і спортивної практики доводять, що розвиток швидкісно-силових якостей у зрілі роки – складний і малоефективний процес, тоді як молодший шкільний вік створює для цього сприятливі передумови, у т.ч. у стосовно впливів на тих, хто тренується, спрямованих на розвиток фізичних якостей, що детермінують формування здатності до високого ступеня концентрації зусиль у різних фазах бігу на швидкість, у стрибках і метаннях, у спортивних і рухливих іграх, в єдиноборствах і т.п. На сучасному етапі розвитку теорії і методики фізичного виховання дітей відбувається серйозне переосмислення досягнень і нових перспектив розвитку науково-методичних і науково-технологічних основ фізичного виховання підростаючого покоління.

Проведені з позиції еволюційного підходу багаторічні дослідження природного і стимулюючого розвитку різних компонентів фізичного потенціалу людини дозволили виявити ряд фундаментальних закономірностей цих процесів [1; 3].

Ці положення і результати спостережень з досвіду роботи з дітьми і підлітками лягли в основу провідної ідеї, що полягає в пошуку такої педагогічної технології фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку, що не тільки не суперечила б педагогічній сутності нового знання про особливості природовідповідного розвитку фізичного потенціалу дитини, але і давала б у руки педагога засоби і методи практичної

реалізації цих фундаментальних наукових передумов підвищення якості фізичного виховання дітей і підлітків.

Аналіз теоретичних джерел [2] показав, що фахівці єдині в думці про нерівномірність розвитку швидкісно-силових якостей в онтогенезі, коли періоди застою або навіть спаду показників чергуються з періодами підвищених темпів їхнього росту. Багато наукових досліджень дали можливість виділити характерні етапи в онтогенезі, в яких розвиток різних сторін рухової функції відбувається особливо ефективно. При визначенні найсприятливішого періоду для розвитку сили й швидкості в школярів думки фахівців розходяться, а віковий діапазон, що рекомендується для розвитку швидкісно-силових якостей, розширений з 7 до 15 років, що створює більшу невизначеність в оцінюванні ступеня готовності школярів до інтенсивної швидкісно-силової підготовки.

Таким чином, аналіз літератури з теми дослідження дозволяє зробити висновок, що розвиток фізичних якостей в онтогенезі людини відбувається нерівномірно, а найбільш істотні зміни в розвитку рухової функції спостерігаються в дитячі та юнацькі роки. Спираючись на ці наукові дані, можна відзначити, що використання сприятливих (сенситивних) періодів для розвитку швидкісно-силових якостей - період в 9-10 років - дозволяє оптимізувати процес розвитку цих якостей у школярів й управляти їхнім розвитком більш ефективно.

Список літератури

1. Глухов В.І. Нові напрямки розвитку фізичного виховання учнів у загальноосвітніх школах України. Підготовка спеціалістів фізичної культури та спорту в Україні: Конференція, Луцьк: Надстир'я, 2009. – С. 367-369.
2. Полуляк А. Залучення школярів до здорового способу життя засобами фізичного виховання в умовах ступеневої освіти // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2002. - № 2-3. – С.92-94
3. Смирнова Р.И., Дорофеева Т.С., Чернова Г.П., Рыбчинская Л.П. К вопросу о естественном и направленном развитии двигательных способностей у детей 7-17 лет. // Развитие двигательных способностей у детей. - М., 2006. С.175-176.

Найчастіші помилки, які трапляються під час змагань зі спортивного орієнтування

Спортивне орієнтування – це вид спорту, в якому учасники за допомогою карти і компаса повинні пройти контрольні пункти, розташовані на місцевості, а результат, як правило, визначається за часом проходження дистанції.

Змагальна діяльність є інтегратором просторових, тимчасових, енергетичних та інформаційних характеристик. Для опису змагальної діяльності можна застосувати понятійний базис: простір, час, енергія, інформація.

У процесі змагальної боротьби у спортсмена спостерігаються різні стани, наприклад стомлення, психічна напруга, стрес та ін. [1]. Ці стани впливають на свідомість спортсмена. Можна сказати, що змагання завжди проходять в умовах «зміненої свідомості». Саме за цих умов відбувається більшість помилок у спортивному орієнтуванні.

Можна систематизувати помилки, що здійснюються спортсменами в процесі змагань з орієнтування.

Помилки, що здійснюються через нестачу часу

Оскільки результат змагань визначається, як правило, за часом проходження дистанції, то дефіцит часу при прийнятті рішень є стресором. Однак причини помилок, що мають місце в ході змагань, можуть бути передбачені вже в передстартовий період. Наприклад неуважне вивчення технічної інформації; погана фізична і розумова розминка перед стартом; поспішність при вивченні карти зі старту (або з КП) і відсутність «плану дій».

Помилки, що мають місце через зайвий азарт при старті

Ця група помилок пов'язана з «напругою» в тимчасовій області змагального простору і викликана емоційними станами.

Помилки, пов'язані з неадекватним сприйняттям соціального та екологічного оточення:

– реакція на суперників або глядачів; реакція на несприятливі погодні умови;

– реакція на незвичний ландшафт місцевості; реакція на неточності карти.

Ця група помилок пов'язана з «напругою» в просторовій ділянці змагального простору і викликана мотиваційними станами.

Помилки, пов'язані з підвищеними витратами фізичної і розумової енергії

– занадто швидкий біг або важка місцевість і, як наслідок - фізичне і розумове стомлення;

– занадто проста чи одноманітна місцевість, яка не потребує розумового напруження і звернень до карти:

– перевантажена великою кількістю орієнтирів карта, яка потребує підвищеної концентрації уваги і великих розумових затрат.

Ця група помилок пов'язана з «напругою» в енергетичній галузі змагального простору і викликана практичними станами.

Помилки, пов'язані з недостатньою інформацією

– неуважне вивчення попередньої технічної інформації про місцевість і дистанцію;

– дефіцит інформації при читанні карти під час бігу;

– важка дистанція, яка потребує повної мобілізації мислення.

Ця група помилок пов'язана з «напругою» в інформаційній галузі змагального простору і викликана «гуманітарними» станами.

Таким чином, щоб уникнути помилок під час змагань, спортсменам потрібно використовувати системний підхід до тренування.

Список літератури

1. Юрьев А.И. Системное описание психических состояний, возникающих в процессе восприятия информации. Вестник ЛГУ. – 2007. – Сер. 6. – Вып. 1. – С. 50–59.

Режим праці і відпочинку як необхідний регулятор життєвих процесів організму

Людина, що вміє зі студентських років організувати режим своєї праці і відпочинку, в майбутньому надовго збереже бадьорість і творчу активність.

Чітке виконання хоча б протягом кількох тижнів наперед продуманого і розумно складеного розпорядку дня допоможе студенту виробити динамічний стереотип. Його фізіологічна основа – формування в корі великих півкуль визначеної послідовності процесів збудження і гальмування, необхідних для ефективної діяльності.

Організація раціонального режиму дня повинна проводитись з урахуванням особливостей роботи конкретного вищого навчального закладу (розкладу занять), оптимального використання наявних умов, розуміння своїх індивідуальних особливостей, в тому числі і біоритмів.

Відомо, що перехід від дня до ночі супроводжується рядом фізичних змін. Знижується температура повітря, підвищується його вологість, змінюється атмосферний тиск, інтенсивність космічного випромінювання. Ці природні явища в процесі еволюції людини сприяли виробленню відповідних адаптивних змін у фізіологічних функціях.

Добові біоритми відображаються на роботі системи травлення, залоз внутрішньої секреції, на складі крові, на обміні речовин. Так, найнижча температура тіла у людини спостерігається рано - вранці, найвища – в 17-18 год. Добові ритми вирізняються високою стабільністю. Знаючи розглянуті закономірності, людина може правильно побудувати свій режим дня.

Варто також врахувати, що далеко не у всіх людей добові біоритми проходять в однакових часових параметрах. У «сов», наприклад, проходження психічних процесів поліпшується ближче до вечора. Зранку ж вони ніяк не можуть «розкачатися», хочеться довше поспати. «Жайворонки» ж люблять раніше

лягти спати. Зате рано - вранці вони вже на ногах і готові до активної розумової діяльності.

Однак за допомогою вольових зусиль людина може поступово дещо перебудувати свої добові біоритми. Це необхідно при зміні системи навчання, зміні часового поясу.

Необхідною умовою гармонійного розвитку особистості людини є достатньо рухова активність. В останні роки через високе навчальне навантаження в університеті і вдома у більшості студентів спостерігається дефіцит у режимі дня, недостатня рухова активність, що може викликати ряд серйозних змін в організмі людини.

Єдина можливість нейтралізувати негативне явище, що виникає у студентів при тривалому і напруженому розумовому навантаженні, – це активний відпочинок і організована фізична діяльність.

Руховий режим людини складається в основному з ранкової фіззарядки, прогулянок на свіжому повітрі, з уроків фізичної культури, занять у гуртках і спортивних секціях, прогулянок перед сном, активного відпочинку у вихідні дні.

Фізичні вправи сприяють ефективній роботі органів травлення, допомагаючи перетравленню і засвоєнню їжі, активізують діяльність печінки і нирок тощо.

Отже, у кожному з нас закладені особливі біологічні годинники, згідно з якими організм періодично і у визначених параметрах змінює свою життєдіяльність. Важливою є правильна організація режиму дня для ефективного використання життєвих сил організму та запобігання збоїв у процесах, що відбуваються в ньому.

Список літератури

1. Байер К. Здоровый образ жизни/ К.Байер, Л. Шейнберг. – М.: Мир, 1997. – С. 138.
2. Пирогова Е.А. Совершенствование физического состояния человека/ Е.А.Пирогова. – К.: Здоровье, 1989. – 168 с.
3. Кузнецова Т.Д., Левитский П.М., Язловетский В.С. Дыхательные упражнения в физическом воспитании. – К.: Здоровье, 1989. – 136 с.
4. Здоровий спосіб життя. Перший український блог про здорове життя. [wayoflife.dp.ua/shho-take-xatxa-joga.html]

Методи реабілітації при хворобі Паркінсона

Хвороба Паркінсона – це одне із найпоширеніших нейродегенеративних захворювань нервової системи, яке займає друге місце після хвороби Альцгеймера. У світі налічують понад 4 млн. хворих.

Вперше реабілітацію при хворобі Паркінсона почали застосовувати для поліпшення рухової активності у вигляді лікувальної фізкультури. Пізніше методи були розширені і з'явилися нові реабілітаційні напрями: скандинавська ходьба, ерготерапія, психотерапія, кольоротерапія, денстерапія, а також тренування пам'яті та уваги, методи корекції мови і ковтання. У даний час реабілітація при хворобі Паркінсона – це комплекс заходів, в якому беруть участь одночасно кілька фахівців, дії яких координує невролог. Завдяки цьому формується мультидисциплінарний підхід, орієнтований на індивідуальні прояви захворювання і особливості перебігу хвороби у кожного конкретного пацієнта. Реабілітація спрямована на збільшення рухової активності та мобільності пацієнта, навчання самостійному контролю над своїми рухами.

Важливість реабілітації зумовлена не тільки необхідністю зменшити рухові порушення, складові класичні прояви хвороби – сповільненість, скутість, тремтіння і постуральна нестійкість, але й поліпшити емоційний стан, підвищити мотивацію до ведення активного способу життя, поліпшити самооцінку. Фізичні вправи стимулюють вироблення дофаміну природним способом. Реабілітація є ефективним і універсальним методом, показаним усім пацієнтам незалежно від стадії захворювання.

У більшості випадків фізична реабілітація повинна починатися вже при перших ознаках хвороби Паркінсона і тривати все життя, оскільки це дозволяє довше зберігати фізичну і безпосередньо пов'язану з нею соціальну активність, підтримувати професійні навички і здатність до самообслуговування. А на пізніх стадіях захворювання, коли порушення пози і стійкість пацієнта погано піддаються медикаментозній терапії, реабілітаційні заходи стають єдиним

методом підтримки хворого в хорошій фізичній формі, оберігаючи віж важких травм і мінімізуючи присутність поруч із хворим помічника.

На сьогодні єдиним методом, ефективність якого доведена, є заняття фізичними вправами. Фізична реабілітація при хворобі Паркінсона повинна бути комплексною з особливим акцентом на ЛФК і масаж, а також обов'язковим врахуванням віку пацієнта, його загального фізичного стану, наявності супутніх захворювань та стадії хвороби. Рухові вправи під час занять ЛФК доречно виконувати під ритмічну мелодію або простий рахунок вголос, чи «подумки». Особливо важливою є координація рухів пацієнта на початку ходьби і при зупинці. Метою фізичної реабілітації є також поліпшення дихання та сприяння більшій виразності мовлення. Головна мета фізичного лікування за хвороби Паркінсона – це розслаблення м'язів і суглобів, зменшення атрофії м'язів, спричиненої порушенням рухливості. За допомогою вправ треба розтягнути вкорочені м'язи й збільшити рухливість суглобів, поліпшити координацію рухів, поставу, а також збільшити крок під час ходьби.

Список літератури

1. Доброхотова Т. А. Паркінсонизм. Нейропсихіатрія / Т. А. Доброхотова, М. А. Засорина - М.: БИНОМ, 2006. - С. 223-226.
2. Марченко О. К. Фізична реабілітація з травмами и захворюваннями нервової системи / О. К. Марченко. - К.: Олімпійська література, 2006. - 196 с.
3. Шевага В. М. Невропатологія / В. М. Шевага, А. В. Паєнок, Б. В. Задорожна - К.: Медицина, 2009. - С. 424.
4. Штульман Д. Р. Хвороби нервової системи / Д. Р. Штульман. - М.: Медицина, 2001. - Т. 2. - С. 76-95.
5. Агафонова О. Особливості фізичної реабілітації при хворобі Паркінсона / О. Агафонова, О. Білянський

Медичні та соціальні аспекти остеохондрозу

Науковий прогрес і технологічна революція кінця ХХ ст. надали медицині можливості в боротьбі із багатьма захворюваннями. Але, незважаючи на очевидні успіхи в охороні здоров'я, спостерігається наступ нових бід цивілізації: «інформаційні» стреси та їх психосоматичні наслідки, низька рухова активність, комп'ютеризація, інтернет-залежність, зміна режиму і якості харчування.

Структура хребта тісно пов'язана зі спинним мозком, спинальними корінцями та нервами, вегетативними утвореннями і є дуже чутливою до шкідливих впливів. Така чутливість та наслідки цивілізації призводять до вад хребта.

За статистичними даними різних досліджень, на остеохондроз хребта страждає від 40 % до 85 % жителів земної кулі. У віці від 20 до 64 років болі в спині турбують 24% чоловіків і 32% жінок. Найчастіше найбільш виражені болі в спині спостерігаються в осіб віком 50-64 роки [3]. Остеохондроз хребта є найбільш частою причиною патології хребта, що викликає різного роду ураження нервової системи [2]. Питома вага клінічних неврологічних проявів остеохондрозу хребта серед захворювань периферійної нервової системи становить 67–95 %. Серед населення України ураження нервової системи, зумовлені остеохондрозом хребта, за частотою посідають друге місце серед причин тимчасової втрати працездатності, поступаючись тільки респіраторним інфекціям. Виражені клінічні прояви остеохондрозу хребта спостерігаються в період активної трудової діяльності і являють собою одну з найбільш частих причин тимчасової непрацездатності та інвалідності [1].

На остеохондроз хворіють від 75% до 95% населення України. Захворювання на остеохондроз хребта набуває все більшої соціальної значущості у зв'язку з невпинним ростом кількості хворих. Він посідає одне з перших місць у структурі захворювань із тимчасовою втратою працездатності й інвалідністю населення України [2].

З погляду медицини, остеохондроз досить розповсюджена хвороба, яка «молодшає», майже завжди початок захворювання нагадує звичайну перевтому, що призводить до несвоєчасного звернення в медичні заклади. На початку захворювання більшість хворих не лікуються, а знімають лише симптоматику. Така поведінка веде до незворотних змін у хребцях, суглобах, що ускладнює терапевтичні методи лікування і вимагає хірургічного втручання. Остеохондроз все частіше призводить до втрати працездатності та інвалідності. Дане захворювання треба попереджувати та проводити профілактичні заходи, щоб уникнути вищезгаданих наслідків. Ураження осіб найбільш працездатного віку та великі матеріальні втрати, які пов'язані з остеохондрозом, ставить вертеброгенні ураження периферичної нервової системи в ряд соціально значущих захворювань [3].

Отже, функціональний стан опорно-рухового апарату має важливе значення у забезпеченні фізичного і психічного здоров'я людей. Проблеми остеохондрозу складні у лікуванні, тому методи профілактики захворювання мають першочергове значення для повноцінної рухової активності і здоров'я. Вчасне звернення та лікування остеохондрозу на ранніх стадіях запобігають інвалідності. Соціальний аспект захворювання має спонукати на збільшення методів профілактики, їх розповсюдження, більш досконале вивчення та усунення факторів захворюваності людей [1].

Список літератури

1. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник / за ред. І.Р.Мисули, Л.О. Вакуленко. Тернопіль: ТДМУ. «Укрмедкнига», 2005. 402 с.
2. Пустовойт Б. Сучасні принципи фізичної реабілітації хворих на остеохондроз шийно-грудного відділу хребта / Б. Пустовойт // Теор. і практ. физ. культ. - №2 (64). - 2018. - С.50-53.
3. Bellut D., Mutter M. Back pain in patients with degenerative spine disease and intradural spinal tumor: what to treat? when to treat? *European Spine Journal* 2014; 23(4): 821-829.

**Ерготерапія як метод впевненості та самостійності
дитини з особливими потребами**

Ерготерапія існує більше 100 років. Ерготерапія, працетерапія, заняттєва терапія (грец. Εργον – праця та грец. θεραπεῖα – лікування) – комплекс реабілітаційних заходів в особи із порушенням психічних або фізичних функцій організму, спрямованих на відновлення повсякденної діяльності людини із урахуванням наявних фізичних обмежень.

Основним засобом терапевтичного впливу ерготерапевта є не сама праця, а заняттєва активність (заняття) – цілеспрямована діяльність у сфері самообслуговування, продуктивної діяльності (роботи) та дозвілля, яку ерготерапевт обирає, адаптує і використовує, враховуючи індивідуальні потреби, вподобання та можливості пацієнта, а також фактори середовища його життєдіяльності. Найбільше ерготерапевтичних шкіл у Німеччині та Англії.

Основним об'єктом уваги ерготерапевтів є базові сенсомоторні функції та здібності дітей. Ерготерапія призначається дітям з порушеннями рухової сфери і сприйняття, а також з відхиленнями, які виникають на тлі цих базових порушень, наприклад поведінкові порушення (страх, агресія, захист, пасивність та ін.). Ерготерапія найчастіше спрямована на профілактику і подолання наступних явищ: порушення грубої і тонкої моторики; відсутність здатності планувати свої рухи; порушення координації; порушення здатності до навчання; нездатність адаптуватись до змін середовища; порушення мови.

Ерготерапевтичний вплив має комплексний характер і може проявлятися на кількох рівнях, зокрема на тілесному, сенсорному, емоційному і когнітивному.

У процесі ерготерапевтичної діяльності можуть досягатися наступні цілі:

- інтеграція відчуттів як основи для моторного, сенсорного і когнітивного розвитку, що відповідає віку;
- зміцнення власної активності як основи розвитку самостійності в повсякденному житті;

- поліпшення інтеграції і комунікації з навколишнім світом;
- стабілізація усіх базових функцій з метою забезпечення адекватного розвитку і зменшення вірогідності попадання в небезпечні ситуації через ті чи інші порушення.

Перед ерготерапевтичним втручанням необхідно оцінити стан дитини. При проведенні діагностики обов'язково враховується індивідуальна психосоціальна ситуація конкретної дитини.

Залежно від рівня розвитку та індивідуального стану дитини використовуються різні ерготерапевтичні концепції і методи. Серед них найбільшого поширення в практиці роботи з дітьми з важкими і множинними порушеннями психофізичного розвитку отримали наступні:

- концепція супроводжуваного руху за Ф. Аффолтером;
- концепція сенсорної інтеграції за Д. Айрес;
- концепція нейрофізіологічного руху за К. Бобатом і Б. Бобат.

Ерготерапія вимагає ретельного підбору об'єктів і видів діяльності з урахуванням розвитку кожної дитини. Вона може здійснюватися із застосуванням різноманітних матеріалів, іграшок, предметів ужитку, при цьому взаємодія з дитиною може бути організована за допомогою гри або спеціальних вправ-завдань. Дуже важливо допомогти дитині побачити і реалізувати в цій діяльності власну мету, а не уявлення дорослих про те, до чого дитина повинна прагнути в цій ситуації. Необхідно варіювати умови роботи з дитиною і тим самим уникати відвертого дресирування. Слід пам'ятати про особливості сприйняття дітей і надавати їм достатню кількість часу на реакції у відповідь, ухвалення власного рішення і виконання відповідної дії.

Таким чином, ерготерапевтична дія - це більшою мірою не прямий, а опосередкований вплив на дитину, мета якого дуже точно розкриває висловлювання Ф. Аффолтера: "Руки повинні вести, а не маніпулювати, руки повинні підтримувати, а не тримати".

Голодування: корисно чи небезпечно?

Коли чуєш слово «голодування», мимоволі кидає в жар, а потім у холодний піт. А коли дізнаєшся, що це може бути корисним для організму, то відбувається когнітивний дисонанс. Виявляється, коли людина голодує, то в організмі запускається механізм аутофагії.

Японський вчений Йошінорі Осумі (Yoshinori Ohsumi) отримав Нобелівську премію з медицини за дослідження механізму аутофагії — природного процесу життєдіяльності організму. Усі клітини можуть частково “поїдати” себе, позбавляючись від старих або пошкоджених ділянок. Переробляючи в такий спосіб власний матеріал, клітина отримує нові ресурси для відновлення і подальшого функціонування.

Аутофагія бере участь у різних процесах: від боротьби з бактеріальними і вірусними інфекціями до відновлення клітин у розвиненому ембріоні.

Йошінорі Осумі, фахівець з клітинної біології з Технологічного університету Токіо, почав вивчати явище аутофагії ще в 1992 році. Спочатку він розглядав гени, що відповідають за “самопоїдання”, у клітинах дріжджів. Пізніше з’ясувалося, що процеси аутофагії впливають на різні хвороби людини, серед яких рак, діабет, нейродегенеративні та інфекційні захворювання.

Зараз науковці тестують ліки, які зможуть впливати на процеси аутофагії. Це фундаментально змінить підхід до боротьби з раковими пухлинами, а також способи лікування психічних розладів, пов’язаних із погіршенням когнітивних функцій.

Якщо процеси аутофагії сповільнюються або порушуються, клітина втрачає здатність руйнувати аномальні білки. Поки ще не зовсім зрозуміло, чи призводять порушені процеси аутофагії до виникнення хвороби, або ж хвороба викликає збій у роботі механізмів аутофагії.

Проте у зв'язку аутофагії з нейродегенеративними розладами ніхто не сумнівається. Проявляється він, наприклад, при хворобі Паркінсона. Для цього захворювання характерна наявність ненормальних білкових утворень, тілець Леві, які поширюються в мозку. Вчені вважають, що порушені процеси аутофагії якраз і призводять до того, що клітини мозку перестають “поїдати” ці аномальні білки.

Можливість заново запустити процеси аутофагії у людей з нейродегенеративними захворюваннями дозволить уповільнити або навіть повністю припинити накопичення в мозку шкідливих білків.

Американські вчені з'ясували, що хімічні сполуки, що виробляються організмом при голодуванні й обмеженні калорій, мають омолоджувальний ефект. Варто зазначити, що в період голодування, низькокалорійних дієт та інтенсивних фізичних вправ утворюється гідроксибутират у печінці при окисненні жирних кислот. Виявилося, що саме ця сполука забезпечує зв'язок між обмеженням калорій, які надходять в організм, й уповільненням старіння. Крім того, бета-гідроксимасляна кислота має ефект омолодження ендотеліальних клітин, з яких складається поверхня кровоносних і лімфатичних судин. Раніше біологи Массачусетського технологічного інституту з'ясували, що голодування протягом 24 годин здатне призупинити старіння стовбурових клітин кишечника.

Отже, голодування дійсно корисне для здоров'я. Воно допомагає вивести шлаки з організму, запустити механізм аутофагії і взагалі омолодитися. Варто спробувати 24-годинне голодування, аби відчувти легкість та приплив сил, прислухатися до свого тіла. Але пам'ятайте, що таке можна робити тільки під наглядом лікаря.

Список літератури

1. Поль Брэгг, Патриція Брэгг. Чудо голодання. Минск: Попурри, 2014. 174 с.
2. Герберт Макголфин Шелтон. Голодание спасет вашу жизнь. Минск: Попурри, 2015. 94 с.

**Фізкультурно-оздоровча робота з молодшими школярами
в режимі навчального дня**

Сучасний ритм життя значно змінив характер праці й спосіб життя людини. Недостатня рухова активність дітей – серйозна проблема сьогодення, оскільки вона спричиняє зниження розумової та фізичної працездатності. Як відомо, більшість школярів займаються фізичними вправами лише на уроках фізичної культури, що негативно впливає на їх здоров'я [2;3].

Саме тому проблема оптимізації процесу фізичного виховання школярів потребує постійного вдосконалення. Для цього доцільно використовувати найрізноманітніші форми фізкультурно-оздоровчої роботи в урочний та позаурочний час, виховувати в дітей потребу в щоденних заняттях фізичними вправами [2]. Різноманітність форм фізкультурно-оздоровчої роботи в школі зумовлюється прагненням збільшити рухову активність учнів. Проте потрібно усвідомити, що кожна форма занять розв'язує як загальні, так і конкретні завдання. Зокрема, найкращі умови для оздоровчого тренування мають спортивні секції, а для активного відпочинку – фізкультурні хвилини, ігри на перервах. У зв'язку з цим постає необхідність розвивати й використовувати всі форми фізкультурно-оздоровчої роботи в школі [1; 2; 3].

Фізкультурно-оздоровча робота в школі є невід'ємною складовою частиною педагогічного процесу виховання гармонійно розвинутої особистості. Виконання фізичних вправ із метою зміцнення здоров'я дітей повинно підпорядковуватися певним закономірностям і принципам. Для поліпшення й збереження високого рівня здоров'я потрібне постійне та достатнє фізичне навантаження [1; 3]. Щоб визначити необхідний рівень фізичного навантаження, слід дотримуватись основних принципів оздоровчої фізичної культури. До них відносять принципи систематичності, поступовості, відповідності навантаження рівню здоров'я, різнобічної спрямованості оздоровчого тренування й принцип циклічності.

Система фізкультурно-оздоровчої роботи в школі здійснюється безпосередньо під керівництвом учителя фізичної культури. Кожен педагог у своїй діяльності використовує відповідні методи [2; 3]. До основних методів фізкультурно-оздоровчої роботи в школі належать рівномірний, перемінний, інтервальний, повторний, змагальний та ігровий.

У процесі визначення змісту, способів організації та методики проведення заходів потрібно враховувати вікові особливості учнів, рівень їхньої фізичної підготовленості, характер впливу навчальної праці й робочої пози на функціональний стан організму, динаміку працездатності протягом навчального дня, умови проведення занять [1; 2; 3].

Фізичні вправи – це спеціально організовані рухи та дії, спрямовані на розв’язання завдань фізичного виховання й підпорядкування його певним закономірностям. Для розв’язання оздоровчих завдань найкращими є аеробні вправи, які примушують працювати великі групи м’язів, особливо коли все тіло перебуває в русі. До цих вправ відносять ходьбу, біг, плавання, їзду на велосипеді, туризм, ходьбу на лижах, веслування [1; 2; 3].

Фізкультурні хвилини – активний відпочинок, який проводиться на загальноосвітніх уроках із метою відновлення працездатності, зняття негативної дії статичного навантаження, підвищення емоційного стану учнів та попередження порушень постави [1;2;3]. Фізкультурні хвилини проводять під керівництвом педагога. Найдоцільніше виконувати їх тоді, коли в дітей з’являються перші ознаки втоми. Фізичні вправи виконують, сидячи або стоячи біля столу.

Список літератури.

1. Бичук О. І. Фізкультурно-оздоровча робота у школі : навч. посіб. / Бичук О. І. – Луцьк : Надтир’я, 1977. – 144 с.
2. Виленская Т. Е. Физическое воспитание детей младшего школьного возраста : учеб. пособие / Виленская Т. Е. – Ростов н/Д : Феникс, 2006. – 256 с.
3. Основи здоров’я і фізична культура. Програма для загальноосвітніх навчальних закладів. 1–11 класи. – К. : Почат. шк. – 2001. – 112 с.

Особливості проведення занять із ритміки у дітей із порушенням слуху

Корекційно-розвиткова робота з дітьми, що мають порушення слуху – це система заходів, що дозволяє розв'язувати завдання своєчасної педагогічної допомоги дитині з порушеннями слухової функції. Основними завданнями корекційно-розвиткової роботи з дітьми, що мають порушення слуху, є відновлення й розвиток пізнавальних та емоційно-вольових процесів, забезпечення максимально повної адаптації особистості в суспільстві, формування позитивних рис особистості, корекція пізнавальної та емоційно-вольової сфер особистості; формування адекватної самооцінки та рівня домагань як наслідок формування складових життєвої компетентності особистості з порушеннями слуху [2].

Метою занять є всебічний і гармонійний розвиток дітей із порушеннями слуху, позитивний вплив на їх психофізичний розвиток за допомогою засобів музично-ритмічної діяльності.

Основними складовими занять з ритміки є виконання музично-ритмічних вправ, прослуховування і сприймання музики, виконання пісень та вокальних вправ, гра на музичних та шумових інструментах, інсценування музичних образів, творів, корекційно-розвиткові вправи щодо формування виразності мовлення та розвитку слухового сприймання [1].

Для реалізації означеної мети під час музично-ритмічних занять важливим є дотримання трьох основоположних принципів: системності, мультидисциплінарності та комплексності.

Зміст корекційно-розвиткового курсу з ритміки для дітей із порушеннями слуху конкретизується основними завданнями, що реалізуються під час музично-ритмічних занять: формування правильної постави, ходи; точності рухів; розвиток загальної та дрібної моторики; загальне фізичне зміцнення організму (опорно-рухової, дихальної, серцево-судинної, травної систем організму); розвиток слухового сприймання, пам'яті, уваги; формування просторових уявлень, плавності, гнучкості,

виразності рухів; розвиток творчих здібностей, художньо-образного мислення; ознайомлення з теорією музики, поняттям ритм, жанр музики, з елементами культури України і світу (через елементи танців, музику тощо); формування естетичного смаку, позитивної самооцінки; сприяння усвідомленню своєї індивідуальності та неповторності; підвищення рівня самоконтролю; створення умов для самовираження; позитивний вплив на психологічний стан учня (поліпшення емоційного стану, формування дружньої атмосфери у класі, створення «колективного духу» тощо).

Основні вимоги до проведення занять із ритміки [3]:

- організація проведення занять у просторому приміщенні, яке обладнано необхідними музичними інструментами, апаратурою, дидактичним матеріалом;

- зручний, комфортний одяг та взуття учнів, що прийшли на заняття;

- планування та структурування занять таким чином, щоб перехід від одного виду діяльності до іншого був логічним, послідовним, природним;

- побудова уроку має містити комбінацію таких аспектів: удосконалення навичок основних рухів, розвиток слухового сприймання, формування просторової орієнтації, розвиток уміння сприймати музичне мистецтво (відчувати музичну композицію, передавати її настрій тощо), вивчення елементів танцю, виконання розслаблюючих релаксуючих вправ, виконання вправ на імпровізацію [3].

Список літератури

1. Бондар О. М. Ефективність експериментальної технології розвитку координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху / О. М. Бондар, В. В. Джевага // Наук. часоп. Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. – 2016. – Вип. 5 (75) 16. – С. 19–21.

2. Кашуба В. Популяризація сучасних форм рухової активності серед школярів з сенсорними порушеннями шляхом використання мультимедійних технологій / В. Кашуба, Т. Ричок // Вісн. Прикарпат. ун-ту. – 2017. – № 25–26. – С. 154–160.

3. Яхнина Е. 3. Методика музыкально-ритмических занятий с детьми, имеющими нарушение слуха: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений : под ред. Б. П. Пузанова. М. : ВЛАДОС, 2003. - 272 с.

Особливості підготовки майбутніх вчителів фізичної культури до роботи з учнями спеціальної медичної групи

В умовах соціально-економічних перетворень в Україні, коли здоров'я української нації належить до пріоритетних завдань та національних інтересів держави, актуалізується потреба суспільства у роботі з дітьми, що відносяться до спеціальної медичної групи (СМГ).

У розв'язанні зазначеної проблеми винятково важливу роль відіграє рівень розвитку фізичного виховання у навчальних закладах і, зокрема, рівень професійної майстерності майбутніх вчителів фізичної культури.

В.Г.Ареф'єв запропонував модель майбутнього вчителя фізичної культури, яка має три найважливіші взаємопов'язані компоненти: блоки професійних, особистісних та моральних якостей. Професійний блок передбачає реалізацію різноманітних професійних якостей особистості вчителя (знання своєї професії, педагогіки, психології, методів і засобів навчання); особистісний – формування системи особисто значущих якостей учителя (інтерес до фізичної культури, цілеспрямованість, наполегливість, тактовність); моральний озброює вчителя системою моральних цінностей, що дозволяє постійно регулювати свої моральні переконання (чесність, доброзичливість, вимогливість, справедливість) [1].

До наукових праць, присвячених розв'язанню проблеми професійної підготовки майбутніх педагогів до роботи з учнями, що належать до СМГ, можна віднести дисертаційне дослідження Сущенко Л. П. Фахівцем виокремлено види професійної діяльності, якими має володіти майбутній спеціаліст з фізичного виховання та спорту: діагностичну, реабілітаційну, репродуктивну, спортивну, освітянську, профілактичну, організаційну. Автор вперше наголошує на важливому значенні формування у майбутніх педагогів готовності до профілактичної та реабілітаційної діяльності, тобто автор розуміє важливість підготовленості педагогічних

фахівців до роботи з учнями, віднесеними до спеціальної медичної групи [3].

Фахівці (І. Вржесневський, О. Давиденко, 2002) виділили ряд принципів, специфічних для занять з фізичного виховання учнів, яких за станом здоров'я відносять до спеціальної медичної групи.

1. Оздоровча, лікувально-профілактична спрямованість усіх форм і засобів фізичного виховання з цим контингентом.

2. Диференційований підхід до використання дозованого фізичного навантаження. Важливо остерігатися надмірних, а також і недостатніх навантажень.

3. Обов'язкове емоційне та естетичне оформлення занять. Доброзичливе ставлення вчителя, використання рухливих ігор, танцювальних кроків під музичний супровід, акуратна спортивна форма, естетичне оформлення і достатнє освітлення спортивного залу тощо сприятиме формуванню позитивного ставлення дітей до уроків фізичної культури.

Оздоровчо-реабілітаційна функція має на меті прищепити учням основи методики складання комплексів вправ та використання окремих фізичних вправ з метою зміцнення здоров'я, підвищення рівня фізичного стану.

Рекреативна функція дозволяє оптимізувати рухову активність, використовуючи її у сфері дозвілля.

Комунікативна функція спрямована на поліпшення спілкування між учнями з різними патологіями [2].

Список літератури

1. Арєф'єв В.Г., Єдинак А.Г. Фізична культура в школі (молодому спеціалісту): Навчальний посібник для студентів навчальних закладів II - IV рівнів акредитації. - 2-ге вид. перероб. і доп. - Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2001. - 3 84 с.

2. Вржесневський І., Давиденко О. Теоретико-методичні аспекти проведення занять зі спеціальною медичною групою // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2002 - №2-3.

3. Сущенко Л. П. Теоретико-методологічні засади професійної підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : [спец.] 13.00.04 «Теорія і методика проф. освіти» / Л. П. Сущенко; Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. – К., 2003. – 45 с

**Розвиток витривалості у дітей молодшого шкільного віку,
які займаються футболом**

Основною формою занять фізичною культурою для учнівської молоді є урок фізичного виховання. У процесі занять фізичними вправами на уроках фізичного виховання розв'язується широке коло різноманітних педагогічних завдань. Всі ці завдання прийнято поєднувати в три великих групи:

1. Освітні завдання, котрі включають в себе набуття теоретичних знань, а також формування рухових вмінь та навичок.

2. Оздоровчі завдання, що спрямовані на формування правильної постави, укріплення здоров'я та загартування організму дітей, а також виховання фізичних якостей.

3. Виховні завдання, котрі поєднують у собі виховання моральних та вольових якостей, формування норм і правил поведінки в суспільстві.

Великого значення набуває процес вдосконалення методики особливостей розвитку витривалості у дітей молодшого шкільного віку, яке може стати превентивним чинником у навчально-виховному процесі дітей відповідного віку з урахуванням особливостей розвитку їх організму.

Питання про вплив занять футболом на морфо-функціональний стан дітей молодшого шкільного віку на сьогоднішній день залишається недостатньо вивченим і дані експериментальних досліджень мають фрагментарний і спорадичний характер. У науковій літературі існує значна кількість публікацій, які стосуються впливу занять футболом у різних рухових умовах і в залежності від організації тренувального режиму. Лише окремі автори робили спробу висвітлити медико-біологічні аспекти цієї проблеми і дати характеристику впливу футболу на морфо-функціональний статус дітей, в основному, середнього і старшого шкільного віку. Незважаючи на широке впровадження у школах третього уроку фізичного виховання, поза увагою науковців залишається проблема особливостей фізичної підготовленості, фізичного

розвитку і соматичного здоров'я молодших школярів під впливом цих занять [1].

Велике значення для розвитку витривалості в молодшому шкільному віці має здатність виконувати м'язову роботу при недостатку кисню. З віком підвищується анаеробна продуктивність, що проявляється у збільшенні максимального кисневого боргу. Під час роботи на велоергометрі у дітей 7 років ця величина складає, в середньому - 1,8 л. Збільшення анаеробних можливостей проявляється також у підвищенні рівня молочної кислоти в крові. У молодших школярів він може під час роботи підвищуватися, в середньому до 60 мг.

Витривалість також збільшується у зв'язку з вдосконаленням здатності управляти роботою м'язів. У результаті знижується енергетична вартість рухів.

Збільшення навантаження у дітей за рахунок підвищення його потужності та тривалості, а також за рахунок зменшення інтервалів відпочинку між повтореннями вправ супроводжується збільшенням енерговитрат, ніж у дорослих.

Вищевикладене вказує на актуальність проблеми, яка спрямована на вивчення впливу занять футболом на морфофункціональний статус молодших школярів; розробку на цій основі раціональних фізичних навантажень під час занять футболом як ефективного засобу розв'язання оздоровчих завдань, збільшення об'єму рухової активності та підвищення розумової працездатності дітей 6-10 років.

Список літератури

1. Ведмеденко Б. Ф. Проблеми науково-методичного забезпечення розвитку у молоді інтересу до футболу / Б. Ф. Ведмеденко // Мат-ли Всеукраїнської наук. – практ. конф. – Чернівці, 2000. – С. 6 – 9.
2. Ярій Р. О. Вплив занять футболом на фізичну підготовленість першокласників / Р. О. Ярій // Матеріали електронної наукової конференції „Проблеми и перспективы развития спортивных игр и единоборств в высших учебных заведениях”. – Харків: ХГАДИ, 2005. – С. 181 – 184.

Значення мотивації у процесі відновлення організму

У своїй практиці фізіотерапевти бачать, як два пацієнти з аналогічними діагнозами мають різну динаміку відновлення.

Звичайно, цьому є раціональне пояснення, але факт, що одна і та ж реабілітаційна програма має різний результат, нашо вухе на думку, що ми чогось не знаємо, щось не враховуємо.

Що ж є вирішальним в успішному відновленні? Що відрізняє людину, яка встала на ноги після пошкодження спинного мозку, і ту, яка так і не змогла зробити крок до одужання? Чому ідентичні процедури і вправи будуть мати різний результат у різних людей?

Вольовий компонент при реабілітації – важливий якісний критерій при прогнозі відновного лікування. Можна навести тут приклади відновлення таких відомих особистостей, як спортсмен Юрій Власов, відомий артист Володимир Винокур та багатьох інших. Всіма цими хворими рухало одне - необхідність відновлення знижених і втрачених функцій для виживання, тобто підвищення своєї життєздатності. Ці люди пішли шляхом відмови від способів пристосувальної реабілітації. Основне, що їм допомогло відновитися, це наявність анатомічного субстрату, який повинен виконувати свою специфічну функцію, усвідомлення необхідності відновлення функції і сила волі та мотивації.

Термін "*мотивація*" означає те, що викликає рух. Сучасне ж фізіологічне визначення даного терміну наступне: "Мотивація - це емоційно забарвлений стан організму, що виник у зв'язку з певною потребою, який спрямовує поведінку людини на задоволення вихідної потреби." Все наше життя з погляду фізіології уявляється як безперервний ланцюг формування цілей і їх досягнень. Тобто саме мотивації формують поведінку людини. Усі мотивації поділяють на біологічні й соціальні. До біологічних мотивацій відносять вісцеральні (голод, спрага), самозбереження особини (страх), збереження виду (статевий інстинкт). До соціальних – прагнення отримувати ту чи іншу професію, домогтися визнання, заробити багато грошей і т.д. У

людини соціальні мотивації дуже часто виявляються сильнішими, ніж біологічні (наприклад, люди готові навіть жертвувати власним життям в ім'я своїх ідей).

З цього випливає, що мотивація – це не властивість, яка належить тільки "обраним", а двигун, який змушує наш організм рухатись, якщо в цьому є потреба. Якщо розглянути цей принцип в дії, то теперішній підхід потребує докорінних змін. Наприклад, приходячи до хворого з травмою коліна, ми думаємо, що наше завдання – відновити амплітуду рухів колінного суглобу, але це не є метою для пацієнта. Його організм сприйме цю інформацію як набір медичних термінів і далі буде в енергозберігаючому режимі. Та якщо ми скажемо, що ці вправи необхідні для того, щоб він зміг танцювати вальс на своєму випускному, то реакція в організмі буде зовсім іншою. Адже випускний – це важлива дата, бо танцювати він повинен із відмінницею, яка йому подобається ще з дев'ятого класу. Ця мотивація буде змушувати організм працювати з подвійною силою, і досягти максимального результату, адже вона є одночасно і соціальною мотивацією (бажання досягти успіху), і біологічною (статевий інстинкт).

Використовуючи даний метод в Америці, дітям після проведеного чергового курсу хіміотерапії нанизують бусинки на нитки біля крапельниць та клеють наклейки на штатив, наркозалежним дають фішки з терміном тверезості.

На основі вищесказаного можна зробити висновок, що запорукою успішної відновної терапії є постановка правильних цілей. Особливу увагу потрібно надавати психологічному аспекту реабілітації. Адже комплекс вправ для розробки дрібних суглобів не дасть позитивних результатів, якщо пацієнт не буде чітко усвідомлювати необхідність виконання даних процедур. У контексті даної роботи потрібно сказати, що головним завданням фізичних терапевтів є не тільки складання необхідної реабілітаційної програми, а й вміння надати реабілітації сенс, наповнити реальним життям і просто відкрити у кожного пацієнта друге дихання.

Оздоровлення та відпочинок підлітків у дитячих таборах

Підлітковий вік завдяки розвитку самосвідомості й прагненню до самостійності, самопізнанню й самовихованню є найбільш сприятливим для формування мотивації і правил здорового способу життя, розуміння його доцільності та необхідності. У цьому віці у школярів починає активно формуватися індивідуальний спосіб життя, від якого значною мірою залежить їхнє здоров'я в майбутньому. Аналізуючи останні публікації, зрозуміло, що проблеми здоров'я і здорового способу життя учнівської молоді та умови їх оптимізації стали предметом дослідження філософів, медиків, психологів, педагогів. Іноді основним аспектом інтересу називають емоційне забарвлення, зв'язок з емоційними переживаннями дітей.

На думку А.К. Маркова, А.Б. Орлова, Л.М. Фрідман, ця особливість важлива, але не головна. Вони висловлюють припущення, що зв'язок інтересу з позитивними емоціями має значення на перших етапах виникнення допитливості учня (у новій темі, у новому навчальному предметі), але для підтримки стійкого інтересу необхідна сформованість навчальної діяльності, а також пов'язана з нею здатність до самостійної підготовки навчальних цілей і їх рішення. У даному випадку мова йде про інтерес до навчальної діяльності. Тому вивчення інтересу до заняття руховою активністю, яка пов'язана з одержанням позитивних емоцій, досить актуальна. У сфері рухової активності існує багато різних видів фізичної рекреації, що викликають різні емоції – «подобаються» чи «не подобаються».

Вивченням специфічної ролі дитячого табору як соціально-педагогічного середовища для раціонального фізичного виховання й розвитку підростаючого покоління займалися автори, а окремі з них розглядали питання щодо можливостей природного середовища, бази табору для оздоровлення й фізичного розвитку дітей. У зв'язку з певною переорієнтацією

дитячих літніх оздоровчих таборів у нових соціально-економічних умовах ряд проблем так і залишаються недостатньо вивченими, зокрема питання організації рекреаційно-оздоровчої діяльності. Науково-методичні рекомендації щодо діяльності дитячих оздоровчих таборів стосовно сучасних умов не розроблені, оскільки відсутні фундаментальні теоретичні дослідження з даної проблематики.

Список літератури

1. Брехман И. И. Валеология — наука о здоровье / И. И. Брехман. — М., 1987. — 125 с.
2. Зорій Я. Б. Система Олімпійської освіти як засіб педагогічного процесу підростаючого покоління / Гакман. А.В. Зорій Я. Б. // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). - № 4. - 2016. - С. 33-35.
3. Круцевич Т. Ю. Методы исследования индивидуального здоровья детей и подростков в процессе физического воспитания / Т. Ю. Круцевич. — К. : Олимп. л-ра, 1999. — 231 с.
4. Пангелова Н.С. Формування гармонійно розвиненої особистості дітей дошкільного віку в процесі фізичного виховання : [монографія] /Н.С.Пангелова. – Переяслав-Хмельницький: ФОП Лукашевич О.М., 2013. – 432 с.

Фітнес-аеробіка, як засіб фізичного виховання студенток ЗВО

Фізична культура - сфера соціальної діяльності, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я, розвиток психофізичних здібностей людини в процесі усвідомленої рухової активності. Це частина культури, яка являє собою сукупність цінностей, норм і знань, створюваних та використовуваних суспільством із метою фізичного та інтелектуального розвитку здібностей людини, вдосконалення його рухової активності та формування здорового способу життя, соціальної адаптації шляхом фізичного виховання, фізичної підготовки й фізичного розвитку.

Соціально-економічні умови життя сучасного суспільства характеризуються значним підвищенням вимог до стану здоров'я майбутніх фахівців, їхньої підготовленості до майбутньої професійної діяльності та високого темпу життя. Поряд із цим високі інформаційні та емоційні навантаження та водночас низький рівень культури здорового способу життя - невміння ефективно організовувати свою працю і відпочинок, самостійні заняття фізичною культурою і спортом, багатогодинне перебування перед екранами комп'ютерів і телевізорів - викликають синдроми «ранньої і хронічної втоми» та знижують руховий потенціал студентів.

Одним із перспективних напрямів модернізації системи фізичного виховання студентів є реалізація особистісно зорієнтованого підходу у фізкультурній освіті, що передбачає врахування індивідуальної своєрідності фізкультурно-спортивних інтересів та здібностей кожного студента в галузі фізичної культури.

Останнім часом з'являються нові види фізичної активності, такі як степ-аеробіка, фітбол-аеробіка, фітнес-йога, каланетика, стретчинг, аквааеробіка.

Фітнес-аеробіку необхідно розглядати як один з ефективних засобів фізичного виховання підлітків та студентської молоді, що забезпечує різнобічний вплив на організм, сприяє формуванню стійкого інтересу до систематичного використання

засобів фізичної культури і спорту з метою саморозвитку та самовдосконалення.

Фізичне виховання студенток ЗВО на основі поглибленого вивчення фітнес-аеробіки буде більш ефективним, якщо:

-розробити експериментальну методику фізичного виховання студенток на основі доповнення базового компонента змісту фізкультурної освіти варіативним програмним матеріалом із фітнес-аеробіки;

-створити організаційні умови для відносно вільного вибору кожної студенткою виду фізичних вправ відповідно до індивідуальної своєрідності фізкультурно-спортивних інтересів та рухових здібностей;

-забезпечити єдність та взаємозв'язок засвоєння базового і варіативного компонентів змісту навчальної програми при основній спрямовуючій ролі навчального матеріалу з фітнес-аеробіки.

Застосування фітнес-аеробіки у процесі занять забезпечує підвищення показників функціонального стану організму, а також фізичної підготовленості тих, хто займається; дозволяє сформувати стійкий усвідомлений інтерес студенток ЗВО до фізичного виховання; стимулює засвоєння ними цінностей фізичної культури і спорту та їх застосування для підвищення культури життєдіяльності.

Фітнес-аеробіка орієнтована на вдосконалення фізичного виховання студенток на основі врахування індивідуальної своєрідності їх освітніх здібностей та потреб у галузі фізичної культури і спорту.

Фізичне виховання студенток на основі поглибленого вивчення фітнес-аеробіки забезпечує істотне підвищення функціональної і фізичної підготовленості їх організму, рівня розвитку психомоторних здібностей, сприяє формуванню інтересу до занять фізичною культурою в цілому і фітнес-аеробікою зокрема.

Список літератури

1. Теория и методика физической культуры Под ред. Ю.Ф. Курамшина, В.И. Попова. - СПб.: СПбГАФК ім. П.Ф. Лесгафта, 1999.

Основи національно-патріотичного виховання

Одним із завдань національно-патріотичного виховання на сьогоднішній день є забезпечення створення умов фізичного розвитку молодих громадян. Діяльність органів державної влади та місцевого самоврядування у цій сфері передбачає сприяння спортивній і фізичній підготовці, спрямованій на утвердження здорового способу життя дітей та молоді з урахуванням принципів національно-патріотичного виховання. Тому фізичне виховання молодого покоління набуває особливої актуальності та значущості. Розвиток та формування патріотизму, національних цінностей в учнівській молоді різного віку відображені в працях О. Гевко, І. Зверевої, В. Ковалю, О. Литовченко, А. Москальової, П. Онищука, Я. Зорія, Л. Мазур та ін.

Фізичне виховання як складову національно-патріотичного виховання розкрито у працях В. Іванова, Є. Ільїна, М. Ісакової, В. Клименко, А. Леоненко, О. Логвиненко, М. Манчури, С. Сінгаєвського, А. Тарасенко, Б. Шиян та ін. Фізична культура прямо чи опосередковано охоплює якості та орієнтації особистості, які дозволяють їй досягати гармонії знань і дій, почуттів і спілкування, фізичного і духовного. Досягнення особистістю такої гармонії забезпечує їй соціальну стійкість, активну життєву позицію. У процесі навчання і виховання учнів важливим є створення вчителем фізичної культури умов для якісного оволодіння ними знаннями та шляхами фізичного удосконалення як одного зі складових підготовки майбутнього захисника своєї країни. Отже, метою статті є розкриття сутності та змісту фізичного виховання учнів як складової частини національно-патріотичного виховання.

Заняття з фізичної культури спрямовані на укріплення і підвищення рівня здоров'я дітей, всебічний розвиток їх фізичних здібностей і використання цих здібностей у суспільній практиці та повсякденному житті. Навчальна програма з фізичної культури для учнів загальноосвітніх навчальних закладів побудована за модульною системою і складається з двох інваріантних (обов'язкових) модулів: теоретико-методичні знання і загальна фізична підготовка та варіативні модулі, де представлений практично кожен вид спорту. Реалізація Концепції національно-патріотичного виховання дітей та молоді відбувається на уроках з фізичної культури під час вивчення інваріантного модуля «Теоретико-методичні знання» у таких темах, як відродження Олімпійських ігор сучасності, основні цінності олімпізму, визначні спортивні досягнення олімпійців, Олімпійська Україна, Параолімпійський рух на сучасному етапі, олімпійська філософія та здоровий спосіб життя тощо.

Виховання фізичних якостей школярів проходить у зв'язку з освітою, коли в процесі навчання особистість по-справжньому освічується на рівні формування знань, рухових умінь та навичок. Таким чином, фізичне виховання учнів у загальноосвітніх навчальних закладах України є складовою частиною національнопатріотичного виховання, для реалізації якого необхідно створити умови постійного фізичного вдосконалення особистості засобами фізичної культури та спорту. Перспективи вивчення цієї проблеми вбачаємо у вивченні механізмів самостійного виховання фізичних якостей школярів відповідно до майбутньої професії та розробки й реалізації індивідуальних програм професійно-прикладної фізичної підготовки в контексті національно-патріотичного виховання.

Кінезіологічне тейпування в реабілітації опорно-рухового апарату

Одним із методів лікування захворювань опорно-рухового апарату є накладання пов'язок із липкого пластиру. З метою вдосконалення класичного методу накладання лікувальних пов'язок американський хіропрактик Кензо Касьо [Kenzo Kase] розробив новий метод, названий «кінезіотейпінг».

Актуальність впровадження даного методу в реабілітацію захворювань і травм опорно-рухового апарату визначається високою поширеністю функціональних розладів (міо-фасціальних синдромів, неврологічних уражень, пост-травматичних станів), що потребують тривалого неінвазивного коригування. Кінезіотейпування застосовується в Європі у спортивній медицині та у 80-90% випадків амбулаторного лікування в травматології та ортопедії [1].

Метод кінезіотейпування враховує останні дослідження в галузі кінезіології щодо важливості рухів м'язів і всього тіла, які контролюють циркуляцію крові у венах, лімфоток та температуру тіла. Кінезіотейпування полягає в наклеюванні спеціального еластичного пластиря на шкіру і створення специфічного впливу на м'язову, судинну, нервову і сполучну тканини. Структура тканини тейпової стрічки пропускає повітря, забезпечує нормальне дихання шкіри, не перешкоджає відведенню поту та води, забезпечує швидке висихання після тренування у спортсменів.

Основний ефект впливу кінезіотейпування виражається в припідніманні шкіри на мікроскопічному рівні, що полупшує мікроциркуляцію крові та лімфи, створює сприятливі умови для саногенезу в тканинах. Кінезіотейпування збільшує біоелектричну активність м'язів та амплітуду рухів за рахунок міостимуляції через постійне подразнення механорецепторів шкіри. У результаті накладання кінезіотейпа поліпшується пропріорецепція, стабілізуються суглоби, припиняються і попереджуються судоми, коригується положення фасції, зростає витривалість м'язів, зменшується набряк і здавлювання тканин.

За рахунок зміни натягу шкіри спостерігається ефект ліфтингу. Кінезіотейпування зменшує застійні явища і сприяє розсмоктуванню гематом та рубців. Зміна активності сухожильних органів Гольджи і м'язових веретен дозволяє регулювати тонус м'язів.

Численні наукові дослідження показали, що дія кінезіотейпа найбільш виражена протягом перших п'яти днів, після чого ефект знижується. Через кілька хвилин після накладання тейпа хворий відчуває зменшення болю і збільшення об'єму рухів. На відміну від класичних жорстких тейпів та еластичних бинтів, кінезіотейпування не перешкоджає лікуванню травм опорно-рухового апарату з допомогою рухів та дозволяє спортсменам продовжувати тренування у звичному режимі.

Проте, незважаючи на те, що еластичний тейп чинить полегшуючу дію при таких патологіях, як враження обертаючої манжети плеча, самостійно вилікувати захворювання він не може. Тому кінезіотейпування використовується в мануальній терапії як додатковий засіб в поєднанні з кріотерапією, гідротерапією, масажем та електростимуляцією.

Тейпові стрічки випускаються різної кольорової гами та ступеня натягу. Це необхідно для задоволення естетичних потреб пацієнта та різних методик накладання стрічки. Гіпоалергенні властивості тейпів дозволяють використовувати їх протягом кількох днів. Існує більше 1200 варіантів накладання тейпів. У практику введені також крестейпи – це решітчасті маленькі смужки пластиру з поліестеру. Аплікація крестейпів забезпечує активізацію потоку енергії, поліпшення рухливості тканин, суглобів та значне зниження больових відчуттів. Крестейпи успішно застосовуються у лікуванні міофасціальних тригерних точок.

Кінезіотейпування є унікальною методикою, яку доцільно використовувати в спортивній медицині, фізіотерапії та реабілітації при лікуванні порушень опорно-рухового апарату.

Список літератури

1. Пяйнапелл Г. Руководство по медицинскому тейпингу/ Г.Пяйнапелл, К.Петер . – Нидерланды, Verhaag, 2012. – 246 с.

Особливості реабілітації рухових порушень при інсульті

Проблема церебрального інсульту у зв'язку з його значною поширеністю, високими показниками летальності та інвалідизації вийшла за межі суто медичної проблеми і набула важливого соціально-економічного значення. Третю частину хворих, що перенесли інсульт, становлять особи працездатного віку, з яких до праці повертається лише кожен п'ятий. Рухові порушення в гострому періоді захворювання розвиваються приблизно у 3/4 хворих. Через один місяць після початку інсульту тільки 55 % пацієнтів можуть вільно пересуватися, а через два місяці – 79 %. Через півроку стійкий руховий дефект зберігається у 53 % пацієнтів, які перенесли інсульт [1].

За Harriso J.et al. (2017), рухові розлади спостерігаються у 88% хворих. У відновлювальному періоді спостерігається значний регрес парезів кінцівок. Через рік після інсульту вони відзначалися у 49,7% хворих. Однак не менш ніж у 5% хворих відзначається поліпшення протягом року. Через рік після розвитку інсульту малоімовірно зменшення ступеня парезу, проте можливе поліпшення рухових функцій і зменшення інвалідності шляхом тренування рівноваги і ходьби, використання спеціальних пристосувань для пересування, зниження підвищеного м'язового тону (спастичності) в паретичних кінцівках. Часткової або повної незалежності в повсякденному житті можна досягти в 47-76% випадків [3].

Істотно гірше прогноз відновлення рухових функцій в руці, якщо плегія відзначається відразу на початку захворювання, а також у разі, якщо через 4 тижні від початку захворювання не відбувається відновлення хапання рукою. Однак приблизно у 9% хворих з вираженим парезом в руці в гострому періоді захворювання в подальшому можна домогтися задовільного відновлення, а у 70% пацієнтів, в яких відзначається деяке поліпшення рухових функцій протягом перших 4 тижнів від початку захворювання, в подальшому відзначається повне або значне відновлення рухових функцій в руці [2].

При реабілітації хворих із постінсультним геміпарезом спастичність відзначається майже у 65% хворих. Спастичність призводить до порушення рухової функції, підвищує ризик падінь і травматизації, супроводжується хворобливими м'язовими спазмами, порушує повсякденну активність хворого: вживання їжі, одягання, гігієну, контроль тазових органів, пересування, сон [1].

На сьогодні існує система етапної реабілітації постінсультних хворих на підставі інтеграції стаціонарного, поліклінічного і санаторно-курортного етапів відповідно до трьох рівнів реабілітації (відновлення, компенсація та реадаптація). Важливою умовою успішного функціонування цієї системи реабілітації є: ранній початок реабілітаційних втручань, безперервність, комплексність та індивідуальність реабілітаційних заходів, а також активна участь хворого і допомога родичів у процесі реабілітації.

Програма реабілітаційних заходів повинна визначатися «рівнем наслідків». Найбільш частим із них, який веде до інвалідизації, є порушення рухової функції. Згідно із сучасним поглядом, відновлювальні заходи при інсульті найбільш ефективні у перші шість місяців (ранній відновлювальний період), у той час як у подальшому (пізній відновлювальний і резидуальний періоди) можливості реабілітації значно обмежуються [2].

Список літератури

1. Мищенко Т.С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Мищенко Т.С.// Укр. Вісн. психоневрол. – 2017. – Т.25, вип. 1 (90). – С. 22-24.

2. Чудна Р. В. Сучасний стан та перспективи профілактики інвалідизації засобами лікувальної фізкультури та фізичної реабілітації в Україні / Р. В. Чудна // Судин. захворювання голов. мозку. – 2012. – № 4. – С. 2–10.

3. Harris J, Sutton C, Tishkovskaya S et al. Repetitive Task Training for Improving Functional Ability After Stroke: A Major Update of a Cochrane Review. Stroke. 2017;48. P. e102-e103.

Особливості корекції порушень постави у дітей дошкільного віку

Серед захворювань опорно-рухового апарату одне з перших місць як за частотою, так і за складністю патологічних змін займають різні види порушення постави. У свою чергу, питання корекції постави є однією з найбільш актуальних проблем дитячого здоров'я, оскільки постава розглядається не тільки як один із факторів, що характеризують певне положення тіла людини в просторі, але і як найбільш істотний показник формування стану здоров'я людини. Однією з причин порушень постави у молодших школярів є недостатній педагогічний вплив в дошкільному віці, оскільки в режимі дня дітей, а значить і в діяльності всіх систем організму, відбувається значна перебудова [2].

З погляду фізіології постава розглядається як руховий стереотип (комплекс безумовних і умовних рефлексів), який успадковується і вдосконалюється протягом індивідуального розвитку і виховання. Постава здорових людей, незважаючи на ряд індивідуальних особливостей, має типову і стійку біомеханічну структуру і визначається руховим стереотипом, варіантом розвитку скелета, типом м'язів і особливістю вищої нервової діяльності. У науково-методичній літературі, що відображає організацію і методику фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку, звертається увага на необхідність враховувати біологічні індивідуальні особливості розвитку організму.

Аналіз відмінностей фізичних, анатомічних і психологічних властивостей у дітей молодшого шкільного віку вказує на необхідність індивідуального підходу до вибору засобів і методів фізичного виховання при формуванні у дітей правильної постави. При плануванні навчально-тренувального та виховного процесу необхідно звертати увагу на обов'язкове врахування особливостей фізичного розвитку зростаючого дитячого організму і формування його скелета [1]. При

плануванні фізичних навантажень важливо враховувати ступінь розвитку опорно-рухового апарату.

Програми і методики фізичної реабілітації та лікувальної фізичної культури, спрямовані на корекцію постави, містять безліч загальнорозвиваючих вправ [1]. Серед них як фізіологічно більш вигідні, в основному, застосовуються симетричні вправи динамічного характеру. Але, незважаючи на це, багато авторів вказують на доцільність використання та статичних вправ, які роблять позитивний вплив на м'язи спини, черевного преса і на формування правильної постави.

Вправи при порушенні постави можна розділити на дві групи: загальні та спеціальні. Вправи першої групи надають загальний зміцнювальний вплив, сприяють гармонійному розвитку рухового апарату, зміцнюють і розвивають усі м'язові групи. Вправи, віднесені до другої групи, спрямовані на вироблення м'язово-суглобового відчуття правильної постави, на розвиток і тренування різних аналізаторів, які беруть участь у процесі підтримки правильної постави [2].

Необхідно відзначити, що при підборі загальнорозвиваючих вправ велику увагу варто приділяти вихідним положенням. Правильне вихідне положення є необхідною умовою для подальшого виконання вправ. Фахівці з лікувальної фізичної культури використовують вихідні положення лежачи (на спині, на животі, на боці), які сприяють розвантаженню і випрямлянню хребта, а також симетрично розташовують тіло і вибірково зміцнюють м'язи спини і черевного преса. Перераховані вихідні положення дозволяють фіксувати лопатки в найбільш вигідному і сприятливому для них положенні, розташувати грудну клітку і реберні дуги в правильному положенні і виключити випинання живота і збільшення поперекового лордозу [1].

Список літератури

1. Мятага О. М. Лікувальна фізична культура, лікувальний масаж і фізіотерапія при порушеннях постави / О. М. Мятага, О. П. Ковальчук // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2013. – № 5(38). – С. 175-178.

2. Яворська Т. Оздоровчо-корекційні технології як засіб формування здоров'я дитини дошкільного віку / Тетяна Яворська // Молода спортивна наука України, 2013. - Т.3. - С. 255-259.

Використання фартлеку в тренувальному процесі бігунів

Фартлек – один із різновидів інтервальних тренувань, яка включає в себе періоди бігу з різною інтенсивністю.

Фартлек у перекладі зі шведського означає «гра швидкостей», а саме тренування було розроблене шведським тренером Геста Холмером у 1930-х р. У спробі відібрати світову першість з кросу у збірної Фінляндії Холмер придумав новий тип тренувань, який включав у себе відрізки бігу в темпі вище змагального.

Тренувальний метод Г. Холмера часто пов'язують із домінуванням на початку 1940-х р. двох великих шведських бігунів: Гундера Хеггема і Арне Андерссона, які свого часу встановили кілька світових рекордів на дистанціях від 1500 м до 5000 м.

У класичного фартлеку є чотири ключові особливості:

1. Тривалість цих сесій становить приблизно 45 хвилин, без урахування розминки і заминки.

2. Протягом усього тренування швидкий біг довільно чергується з легким, відновлювальним. Для швидкісних відрізків не встановлюється конкретний час: спортсмен варіює їх тривалість, виходячи з власного самопочуття. Найчастіше швидкісні інтервали тривають від 1 до 5 хв, але можуть змінюватися протягом тренування; атлет, як правило, не знає, як довго триватиме цей відрізок, і просто продовжує бігти доти, доки не вирішить зробити перерву. Легкий біг триває приблизно 1-2 хв, або доти, доки бігун не буде знову готовий виконати прискорення.

3. Для розвитку швидкісних якостей періоди швидкого бігу часто завершуються в темпі, який швидше передбачуваного темпу на гонку. Інтенсивність фартлеку не планують заздалегідь, суть тренування в неочікуваній зміні швидкості. Швидкі відрізки бігу повинні відчуватися важчими, ніж темп гонки в цілому.

4. Іноді протягом швидкого бігу можуть проводитися спурти довжиною 10-100 м, які виконуються з субмаксимальною

швидкістю. Такі вибухові ривки розвивають швидкість і підвищують здатність спортсмена боротися під час змагань.

Завдяки своїй структурі (різна інтенсивність і тривалість прискорень) використання у тренуванні фартлеку викликає позитивні фізіологічні адаптації в організмі, які призводять до підвищення МПК, VO^2max , ПАНО, а також поліпшують бігову економічність і максимальну швидкість.

Фартлек-тренування, які виконують кенійські бігуни, багато в чому нагадують звичайний фартлек: тривалість 45-50 хв, часті прискорення і зміна темпу протягом забігу.

Проте тривалість відрізків швидкого бігу і періодів відновлення в кенійських тренуваннях суворо структурована, що робить їх дуже схожими на класичні інтервальні тренування. Проте фізіологічний ефект від цих сесій аналогічний тому, який досягається за допомогою традиційного фартлеку.

Кенійські бігуни зазвичай тренуються в групі наступним чином: після розминки спортсмени біжать у високому темпі протягом 1 хв., після чого 1 хв бігу в більш низькою швидкістю. Така черговість триває приблизно 25 разів, після чого робиться заминка, розтяжка і спеціальні бігові вправи. Іноді елітні атлети використовують схему 2:1 або навіть 3:1, коли після 2-3 хв інтенсивного бігу застосовується 1 хв легкого.

Темп робочих відрізків протягом тренування може варіюватися в залежності від поставлених цілей і втоми спортсменів після попередніх тренувань. Найчастіше це темп бігу на 10 км, але іноді використовуються більш високі швидкості.

Відновлювальні сесії фартлеку проводяться після кількох днів інтенсивних і важких навантажень приблизно в темпі напівмарафону, із характерними для цього типу тренувань прискореннями, коли окремі спортсмени здійснюють вибухові ривки.

Список літератури

1. Іванова Т. П. Вдосконалення спеціальної фізичної та техніко-тактичної підготовленості кваліфікованих бігунів на середні дистанції / Т. П. Іванова. – Харків : ХДАФК, 2011. – 36 с.

Характеристика негативного впливу кетодієти на організм спортсменів

Історія забуття і відродження кетонОВОЇ дієти тільки здається нам модною новинкою. Вперше план харчування, що обмежує вуглеводи і дає «зелене світло» жирам, був клінічно апробований в 20-х роках минулого століття. Лікарі, які працювали з пацієнтами, що страждають від захворювань нервової системи, у той час нерідко прописували курси лікувального голодування, яке різко і суттєво обмежує вироблення інсуліну та інших гормонів, що впливають на роботу центральної нервової системи і мозку [1].

Кетодієта зазвичай містить високу кількість жирів ($\sim \geq 80\%$ загального споживання енергії), помірне або низьку кількість білків (за мірками спортсменів) 10-15% і $\leq 5-10\%$ вуглеводів [3]. Як правило, спортсмени повинні скоротити споживання вуглеводів до $\sim < 50$ г / день для достатнього виділення кетонОВИХ тіл, щоб вважати стан харчОВИМ кетозом.

Кетодієта здатна збільшувати кількість жирів, які організм використовує для забезпечення клітин енергією [1]. Крім того, підвищується різноманітність «кетонОВИХ тіл», здатних окиснюватися різними тканинами як енергія.

Поряд із поліпшенням метаболізму жирів і тривалих вправ на витривалість у стійкому стані, кетоз може негативно вплинути на такі види активності, як силові види спорту, які залежать від метаболізму вуглеводів, гліколізу і циклу АТФ – креатинфосфат [3]. На жаль, у цій галузі мало досліджень.

Характеризуючи дослідження кетодієти велосипедистів високої кваліфікації, які дотримують: кетодієти (без обмеження калорійності), тестувалися з навантаженням $\sim 60 - 65\%$ від $VO_{2\text{макс}}$. Незважаючи на зміни дихального коефіцієнту, що вказує на більше використання жирів, не виявилось змін результатів на витривалість. Біопсія м'язів після навантаження вказала на виснаження глікогену у волокнах, які повільно скорочуються, вказуючи, що швидко скорочуються волокна не

рекрутувалися і не використовувалися для виробництва потужності при вправах.

Автори визнали: «регулювання функції близько $VO_{2\text{макс}}$, мабуть, пов'язано з обмеженням використання вуглеводів», припускаючи нездатність виконувати анаеробну роботу. Після виснаження запасів вуглеводів працездатність дуже індивідуалізована: у двох велогонщиків відзначалися поліпшення, в одного змін не спостерігалось (з різницею в 3 хвилини) і у двох відзначалися погіршення.

Результати досліджень підкреслюють факт: незалежно від впливу на рівні глікогену в м'язах і печінці від довготривалої кетодієти, у спортсменів, схоже, не буде метаболічного апарату, необхідного для його повноцінного використання як джерела енергії. Передбачається також, що, на відміну від тривалої кетодієти, що надає час для адаптації, короткочасне (наприклад на 4 тижні) обмеження вуглеводів може призвести до зменшення запасів глікогену в м'язах.

Тому на підставі наявних даних застосування кетодієти не рекомендується спортсменам, яким потрібна сила і потужність, або інших видів спорту, що покладаються на анаеробний або гліколітичні механізми енергозабезпечення.

Проте можливі окремі винятки. У зв'язку з численними ризиками людям, охочим спробувати кетодієту, необхідно проконсультуватися з лікарем [2; 3].

Список літератури

1. Bergstrom J., and Hultman E. Synthesis of muscle glycogen after exercise: a reinforcing factor localized in human muscle cells. Nature. 1966; 210: 309-310.
2. [https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495\(15\)00334-0/fulltext](https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495(15)00334-0/fulltext) (metabolism clinical and experimental)
3. <https://fitness-pro.ru/biblioteka/za-i-protiv-ketogennykh-diet-dlya-sportsmenov.html>

Основні аспекти розвитку вибухової сили м'язів спортсменів пауерліфтерів

Вибухова сила є визначальною фізичною якістю у видах спорту, в яких спортсменам необхідно проявити максимальну силу за короткий проміжок часу. Це особливо важливо для атлетів, які займаються пауерліфтингом.

Вибухова сила є важливою якістю для фази підйому штанги при виконанні всіх вправ у пауерліфтингу. Розвиваючи цю специфічну особливість м'язів, варто включати в роботу м'язи, які не були активними в процесі систематичних тренувань [1].

До комплексу вправ з розвитку вибухової сили рекомендовано включати наступні засоби:

1. Жим штанги лежачи. Необхідно вибрати таку кількість повторень, при якій не зменшиться швидкість виконання вправи. Вага обтяження складає 60 % від робочої ваги спортсмена. Опускання штанги здійснюється протягом трьох рахунків, піднімання – протягом одного. Кількість повторень – 8 з однаковою швидкістю. Ця вправа дозволяє розвинути вибухову силу рук та верхнього плечового поясу.

2. «Викидання» грифу штанги перед собою. Вправа виконується стоячи. Швидкість виконання – максимальна.

3. Удари гантелями в повітря. Вправа виконується стоячи. Швидкість виконання – максимальна.

4. Згинання-розгинання рук в упорі лежачи на підлозі. Швидкість виконання – максимальна. Після розгинання рук можна виконувати хлопок.

5. Згинання-розгинання рук в упорі на брусах. Можна виконувати з обтяженням.

6. Жим Арнольда. Вправа виконується в положенні сидячи. Важливо виконувати вправу із скручуванням рук всередину, при цьому лікті та плечі в нижній фазі не мають опускатись нижче 90 градусів.

7. Згинання-розгинання рук у висі на поперечині. Швидкість виконання – максимальна або біля максимальна. Можна виконувати з обтяженням.

8. Присідання зі штангою або гирями. Присідання виконується на рахунок «один-два-три» до паралелі з підлогою, на рахунок «чотири» розгинання ніг до вихідного положення [1].

Під час тренування вибухової сили на одному занятті рекомендується виконувати не більше однієї вправи. Оптимальною кількістю «вибухових» тренувань в тиждень вважається 2-3 [2]. Однак, якщо процес відновлення у спортсмена тривалий, то тренування вибухової сили слід проводити раз на тиждень.

У тренувальний процес слід включати спеціальну розминку. Основним методом виконання вправ для розвитку вибухової сили є серійно-повторний. Навантаження повинно відповідати 50-70% від повторного максимуму. Вправи мають виконуватись в трьох режимах: статичному, динамічному, стато-динамічному. У процесі виконання вправи увага акцентується на виконанні долаючої і поступальної фаз руху.

При виконання вправ на розвиток вибухової сили важливим є участь партнера-страхувальника, що дозволить зменшити імовірність травматизму та виконувати вправи із більшою швидкістю.

Список літератури

1. Архангородський З.С. Порівняльний аналіз швидкісно-силових якостей важкоатлетів та пауерліфтерів. Фізична культура, спорт, здоров'я. – Харків, 2017. С. 158–160.

2. Сергієнко В.М. Контроль розвитку максимальної сили студентів. Слобожанський науково-спортивний вісник. Харків, 2016. № 4. С. 11-16.

ЗМІСТ

<i>Басюк М.</i> Методи реабілітації після перелому стегна	3
<i>Беслюбняк А., Корпан Т.</i> Історичні аспекти і сучасне застосування глинолікування	5
<i>Біблюк В.</i> Форми проведення гімнастики в загальноосвітніх навчальних закладах	7
<i>Білий В.</i> Особливості розвитку спеціальної витривалості	9
<i>Бобик А.</i> Особливості адаптивної фізичної культури при порушенні зору	11
<i>Богів А.</i> Шляхи застосування здоров'язберігаючих технологій в управлінні навчально-виховним процесом у ЗВО	13
<i>Боднарюк Н., Пержун В.</i> Профілактика професійного вигорання у фізичних терапевтів	15
<i>Бойчук О., Гринько В.</i> Теоретико-методичні засади реалізації олімпійської освіти в загальноосвітніх та закладах вищої освіти	17
<i>Бойчук О.</i> Спалах кору в Україні: поради щодо вакцинації	19
<i>Веселий О.</i> Історія виникнення гандболу та його розвиток в Україні	21
<i>Винниченко І.</i> Оптимізація процесу фізичної підготовки студентів СМГ за допомогою ігор	23
<i>Винниченко О.</i> Підприємницька діяльність у сфері спорту	25
<i>Войцеховський А.</i> Підвищення результативності змагальної діяльності футболістів 14-15 років у навчально-тренувальному процесі.	27
<i>Гаврилюк Ю.</i> Лікарські спостереження в процесі тренувань і змагань	29
<i>Галак О.</i> Формування мотивації в учнів старшої школи до занять фізичною культурою.	31
<i>Гелич Н.</i> Особливості проведення рекреаційних занять у позаурочний час	33
<i>Гладій Т.</i> Офтальмологічні ознаки патології щитоподібної залози	35
<i>Гмиря Д.</i> Ігрові форми занять зі спортивного орієнтування	37
<i>Головчак С.</i> Особливості ігрових функцій у тренувальному процесі футбольних воротарів	39
<i>Григоращук М.</i> Особливості роботи з учнями СМГ при серцево-судинних захворюваннях	41
<i>Гринчук М.</i> Ти те, що ти їси, або як шлункові бактерії зцілюють та захищають наш мозок	43
<i>Гунчак К.</i> Етіологія і патогенез вегетативних дисфункцій у дітей	45

<i>Демедюк О.</i> Лікувальна фізична культура у фізичній реабілітації дітей з порушенням постави	47
<i>Демян З.</i> Методика удосконалення тренувань спортсменів високої кваліфікації.....	49
<i>Єремія Я.</i> Мотивація школярів до занять спортом.	51
<i>Іроденко Є.</i> Особливості фізичної підготовки волейболістів.....	53
<i>Качур О.</i> Обґрунтування експериментальної методики розвитку координаційних здібностей юних волейболістів.....	55
<i>Каюк Ю.</i> Використання гідрокінезотерапії при дитячих церебральних паралічах	57
<i>Кермач Д.</i> Значення фізичного виховання та спорту в загальнокультурній та професійній підготовці студентів	59
<i>Корнєєва В.</i> Реабілітація хворих на бронхіальну астму.....	61
<i>Кушнірюк Є.</i> Методи фізичної реабілітації як необхідна складова лікування цукрового діабету	63
<i>Лістау К.</i> Методичні підходи до фізичної реабілітації при абдомінальному ожирінні	65
<i>Луцу М.</i> Вплив на фізичний стан учнів старших класів під час позакласних занять фізичною культурою	67
<i>Мазур А.</i> Засади української системи фізичного виховання в педагогічній спадщині Г. Ващенко	69
<i>Макар М.</i> PNF (пропріоцептивна нервово-м'язова фасилітація) в сучасній реабілітації.....	71
<i>Максимчук П.</i> Принципи ідеомоторного тренування як основа поліпшення тренувального процесу	73
<i>Максимчук Р.</i> Залежність змагального результату від умов місцевості та технічних навичок спортсмена в спортивному орієнтуванні	75
<i>Маланич В.</i> Засоби відновлення та їх застосування на уроках фізичного виховання в молодшій школі.	77
<i>Маришак Д.</i> Змагальна діяльність і підготовленість жінок-боксерів високої кваліфікації	79
<i>Медвідь М.</i> Особливості побудови самостійних занять фізичними вправами з жіночим контингентом	81
<i>Меленчук А.</i> Стан сформованості здоров'язберігаючої компетентності студентів ЗВО	83
<i>Мельник Б.</i> Пісочна терапія як унікальна арт-терапія і реабілітаційна технологія для осіб різного віку	85
<i>Микитюк В.</i> Особливості формування здорового способу життя серед студентської молоді	87
<i>Мігайчук М.</i> Формування іміджу як здорового способу життя сучасної молоді в ЗВО України.....	89
<i>Міськова Б.</i> Реабілітація та її значення	91

Муравйова М. Методичні основи фітнес-занять із людьми похилого віку	93
Нагуляк Н. Оцінка якості життя у пацієнтів з інсультом	95
Отрубчак А. Вплив фаст-фуду на здоров'я людини	97
Павлюк І. Особливості позитивного впливу кетодієти на організм спортсменів під час занять спортом	99
Павлюк О. Роль фізичної реабілітації в комплексі засобів боротьби з ожирінням	101
Паращук М. Розвиток координаційних вправ на етапі початкової підготовки легкоатлетів.....	103
Пицұл З. Характеристика розвитку швидкісно-силових якостей школярів	105
Поліч Т. Найчастіші помилки, які трапляються під час змагань зі спортивного орієнтування.....	107
Попов В. Режим праці і відпочинку як необхідний регулятор життєвих процесів організму	109
Рабіна Т. Методи реабілітації при хворобі Паркінсона.....	111
Решетник Ю. Медичні та соціальні аспекти остеохондрозу	113
Рижак Н. Ерготерапія як метод впевненості та самостійності дитини з особливими потребами.....	115
Романюк Є. Голодування: корисно чи небезпечно?	117
Сас М. Фізкультурно-оздоровча робота з молодшими школярами в режимі навчального дня.....	119
Селезньова М. Особливості проведення занять з ритміки у дітей з порушенням слуху	121
Сеник В. Особливості підготовки майбутніх вчителів фізичної культури до роботи з учнями спеціальної медичної групи	123
Сеник В. Розвиток витривалості у дітей молодшого шкільного віку, які займаються футболом.....	125
Скорейко М. Значення мотивації у процесі відновлення організму;	127
Ставратій Є. Оздоровлення та відпочинок підлітків у дитячих таборах.....	129
Тівелік М. Фітнес-аеробіка, як засіб фізичного виховання студенток ЗВО	131
Фальбійчук Р. Основи національно-патріотичного виховання	133
Фрунзе Р. Кінезіологічне тейпування в реабілітації опорно-рухового апарату	135
Халамендрік Н. Особливості реабілітації рухових порушень при інсульті.....	137
Чорнокожа Т. Особливості корекції порушень постави у дітей дошкільного віку	139

Чороніта Д. Використання фартлеку в тренувальному процесі бігунів	141
Шамрасва А. Характеристика негативного впливу кетодієти на організм спортсменів	143
Шевчук Н. Основні аспекти розвитку вибухової сили м'язів спортсменів пауерліфтерів	145