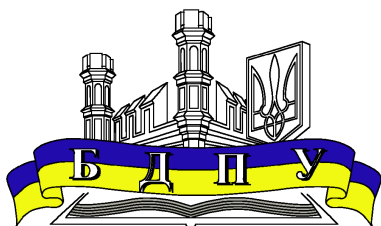


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**



МАТЕРІАЛИ

II Всеукраїнської науково-практичної конференції

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВПЛИВУ ДОВКІЛЛЯ,
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ НА ЗДОРОВ'Я
СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ»**



18 - 19 вересня 2015 року

**Бердянськ
2015**

УДК 796.001.1(045)

ББК 75.4

А 43

Редакційна колегія

- І.Т. Богданов** доктор педагогічних наук, професор, проректор з наукової роботи Бердянського державного педагогічного університету;
- Л.П. Сущенко** доктор педагогічних наук, професор кафедри теорії та методики фізичного виховання Бердянського державного педагогічного університету;
- С.Г. Кушнірюк** кандидат наук з фізичного виховання і спорту, професор, Заслужений працівник фізичної культури і спорту України, декан факультету фізичного виховання;
- Н.Б. Сопнєва** кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри біології, екології та БЖД Бердянського державного педагогічного університету;
- В.М. Осіпов** кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри основ здоров'я та фізичної реабілітації Бердянського державного педагогічного університету;
- Н.М. Самсутіна** кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання БДПУ, заступник декана факультету фізичного виховання з наукової роботи.

Головний редактор

Кушнірюк Сергій Георгійович, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, декан факультету фізичного виховання Бердянського державного педагогічного університету.

Відповідальний секретар

Самсутіна Наталя Михайлівна, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання, заступник декана факультету фізичного виховання з наукової роботи.

А 43 **Актуальні питання впливу довкілля, фізичного виховання та спорту на здоров'я студентської молоді : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. / гол. ред.. С.Г. Кушнірюк – Бердянськ : Видавець Ткачук О.В., 2015. - 180 с.**

Друкується за рішенням оргкомітету II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання впливу довкілля, фізичного виховання та спорту на здоров'я студентської молоді» та постановою вченої ради Бердянського державного педагогічного університету. Протокол № 3 від 24.09.2015 р.

УДК 796.001.1(045)

ББК 75.4

Автори статей, 2015

Видавець Ткачук О.В., 2015

ЗМІСТ

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, СПОРТУ І ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ

Будний О.М., Писаренко С.М. Теоретичні аспекти удосконалення техніки індивідуальних тактичних дій на етапі початкової підготовки юних футболістів	6
Бугаевский К.А. Практические аспекты применения современных средств контрацепции и методы регулирования фертильности спортсменками	9
Вертинорох О.О. Особливості впливу технічної підготовки на рівень фізичної підготовленості юних спортсменів-ушуїстів (12-13 років) з ушу таолю та саньшоу	20
Данило С.М., Кравченко Ю.В. Моніторинг рівня фізичного стану юних спортсменок 8-9 років відділення аеробіки	23
Дорошенко М.І. Психічне здоров'я як психолого-педагогічна проблема	30
Кушнірюк С. Г. Організація та контроль відвідування занять з фізичного виховання у вищих навчальних закладах	33
Літус Р.І. Вплив занять легкою атлетикою на організм студентської молоді	37
Літус Р.І. Індивідуальне планування навантаження атлетичної гімнастики на заняттях з фізичного виховання	39
Малихіна Т.П. Особливості синдрому емоційного вигорання у студентів на різних етапах навчання у ВНЗ	41
Михалюк Є.Л. Вплив ідентичного тренувального процесу на інтегральні показники функціонального стану тхеквондистів і боксерів високого класу	44
Михалюк Є.Л., Малахова С.М. Дослідження біоелектричної активності міокарда у представників контактних спортивних єдиноборств	52
Міщенко В.Л. Роль фізичного виховання у адаптації студентської молоді до навчальної діяльності у ВНЗ 1-2 рівня акредитації	59
Некрасов Г.Г. Особливості фізичної підготовки студентів вищих навчальних закладів на заняттях з футболу	67
Одайник В.В. Сучасний погляд на методику розвитку координаційних здібностей студентів вищих навчальних закладів засобами баскетболу .	70
Осіпов В.М. Педагогічні аспекти управління тренуваністю спортсменів	74
Писаренко С.М., Будний О.М. Визначення стану здоров'я майбутніх фахівців з комп'ютерних технологій у вищих педагогічних навчальних закладах	82
Расторгуєва І.С. Вправи зі скакалкою як один з видів оздоровчого фітнесу	86

Третяк О.В. Шляхи формування психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях	89
Щербина І.Ю. Діяльність навчального закладу в контексті здоров'язберігаючого навчання	91

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ФІТНЕСУ, ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ТУРИЗМУ Й РЕКРЕАЦІЇ

Данило С.М., Данило М.Г. Особливості професійно-педагогічної діяльності учителя фізичної культури і його готовність до роботи з фізичного виховання	96
Жосан Т.М. Сучасні методи використання професійно-прикладних умінь і навичок в області оздоровчої діяльності майбутніх вчителів	101
Книш С.І. Методичні підходи до валеологічної підготовки сучасного вчителя	104
Омельченко Т.Г. Теоретичне обґрунтування вивчення навчальної дисципліни «Основи теорії здоров'я» в професійній підготовці фітнес-тренерів	107
Самойленко В.Л. Використання мультимедійних навчальних засобів у процесі підготовки майбутніх учителів фізичної культури	111
Самсутіна Н.М. Основні складові професійної майстерності учителя фізичної культури	113
Хатунцева С.М. Професійне самовдосконалення майбутніх учителів фізичної культури та основ здоров'я	118
Хатько А. В. Підготовка майбутніх вчителів фізичного виховання до викладання варіативного модуля “хортинг” в загальноосвітніх навчальних закладах	122

СУЧАСНІ ВАЛЕОЛОГІЧНІ, РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Бугаевский К.А. Актуальность и востребованность гинекологического массажа, массажа промежности и миофасциальной трансвагинальной терапии, как средств реабилитации в гинекологии и акушерстве	127
Бугаевский К.А. Особенности физической реабилитации пациенток репродуктивного возраста после перенесённого самопроизвольного аборта	136
Пономаренко В.І., Милиця К.Н. Аспекти реабілітації дієтичним харчуванням та хірургічним лікуванням при нераціональному харчуванні	143
Пономаренко В.І., Милиця К.Н. Удосконалення складової оздоровчої та клінічної реабілітації	148
Шаповалова Т. Г. Здоров'язбережувальні освітні технології як засіб формування здоров'язбережувальної компетентності	153

**ЕКОЛОГО-БІОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ
ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Гнатюк В.В. Екорозвиток особистості шляхом екологічної освіти, як запорука здорового способу життя студентської молоді	163
Мягченко О.П. Аналіз демографічного стану України, її регіонів як індикатора екологічної безпеки	165
Мягченко О.П. Особливості стану, перспективи розвитку та оцінки курортно-рекреаційного, туристичного потенціалу Північного Приазов'я України, міста Бердянська	170

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, СПОРТУ І ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ

О.М. Будний

ст. викладач,

С.М. Писаренко

ст. викладач

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКИ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ТАКТИЧНИХ ДІЙ НА ЕТАПІ ПОЧАТКОВОЇ ПІДГОТОВКИ ЮНИХ ФУТБОЛІСТІВ

Актуальність. В боротьбі двох команд, рівних за силами, перемагає зазвичай та команда, гравці якої вміють творчо втілювати заздалегідь підготовлений тактичний план, краще взаємодіють і розуміють один одного, правильніше оцінюють ігрові ситуації, в змозі передбачити задуми своїх партнерів і суперників, здатні вибрати найбільш ефективне рішення в безперервно мінливих ситуаціях та можуть точно і швидко його реалізувати [6].

Обсяг знань, що лежить в основі футбольної тактики, невеликий, і самі вони нескладні і доступні всім хто грає у футбол. Все питання в тому, щоб знання гравця стали його вмінням. Тому що, які б тактичні установки на гру та тренування не робив тренер, здійснюються вони діями окремих футболістів. У зв'язку з цим в процесі тренування необхідно приділяти багато уваги вихованню тактичного вміння та мислення у кожного гравця. Яке залежить від використання набутих знань, досвіду, здатності уважно спостерігати, швидко сприймати і оцінювати ситуацію, своєчасно приймати вірні рішення [3, 6].

Мета роботи. Вивчити теоретичні аспекти удосконалення техніки індивідуальних тактичних дій на етапі початкової підготовки юних футболістів.

Методика дослідження. Для визначення основних особливостей теоретичних аспектів удосконалення техніки індивідуальних тактичних дій на етапі початкової підготовки юних футболістів було проведено аналіз наукових джерел.

Результати дослідження. На думку більшості спеціалістів, підготовку юних футболістів слід будувати на стрункій, доступній методиці тренування, що забезпечує ефективне становлення спортивної майстерності, систематичне зростання функціональних можливостей і належну їх реалізацію [5, 9]. При цьому основними критеріями ефективності

тренувального процесу, особливо на початкових етапах підготовки юних футболістів, повинні бути: планомірний розвиток рухових якостей та набуття рухових навичок, а тільки потім - успішність змагальної діяльності [4, 8, 9].

Педагогічний процес навчання тактиці ставить за мету дати футболісту початківцю знання, сформулювати вміння, закріпити навички, розвинути якості, які сприяли б його успішній діяльності в постійно мінливих умовах гри.

Найбільша перешкода на шляху розвитку молодіжного футболу — це сила звички. Старі звички зручні, тому що вони дозволяють не думати про те, що відбувається в даний момент. При тренуванні молодого футболіста або програмуванні його розвитку в нашому спорті, на жаль, в багнети зустрічають нововведення і часто не дотримується природний хід речей, тобто психофізичний стан дитини [2].

Враховуючи природу дитини, новітні методики навчання та тренування різним діям ґрунтуються на системному підході спрощених ігор. З допомогою яких іде пристосування гри до дитини, а не навпаки дитини до гри. І саме тут їй не нав'язується - як зробити, а вона сама доходить до розуміння, коли і чому потрібно зробити так, а не інакше [5].

Це можна пояснити тим, що розумові здібності молодої людини полягають в умінні пристосовуватися до ситуації. Звідси й необхідність не давати дуже багато уточнень і пояснень з приводу того, як він повинен поступити, щоб дати йому можливість самому вирішити проблему, що виникла. Такий підхід різко відрізняється від традиційних понять, використовуваних до цих пір при навчанні, коли учневі говорять, що він повинен робити при тій або іншій ситуації [6].

Мова не іде про те, що на тренуваннях потрібно грати тільки у футбол. Це небезпечно для розвитку моторики початківця — футболіста і для його розуміння ігрових ситуацій, так як концентрація уваги після кожних десяти хвилин падає все нижче і нижче. Багатогранність — ось основний ключ у великий спорт та повноцінний розвиток [1].

Тут важливо пам'ятати, розуміння і освоєння ігрових дій тісно пов'язане з рівнем розвитку фізичних якостей. Тому, чим більше різноманіття засобів, які мають безпосередній або опосередкований вплив на їх розвиток, тим точніше й акуратніше стає в кінцевому підсумку виконання дій в грі.

Висновки. Ефективність дій футболіста в атаці залежить від його вміння вибрати правильну позицію, швидко оцінити ситуацію і прийняти вірне рішення. Для цього важливо: бачити м'яч, суперника і партнерів; передбачати розвиток ігрової ситуації; своєчасно звільнитися від опіки суперника і виходити на вільне місце для отримання м'яча; вміти обіграти суперника в єдиноборстві; вибирати найбільш вигідну позицію для нанесення удару по воротах.

Індивідуальні тактичні завдання вирішують за допомогою дій з м'ячем

і без м'яча. Дії гравця без м'яча в нападі зводяться до раціонального вибору місця (відкривання), відволікання суперника та створення кількісної переваги. До дії з м'ячем входить виконання ведення та обведення, передачі та удари в ворота, тобто всі технічні прийоми.

Важливо відмітити, що в довготривалому процесі підготовки юних футболістів виділяють два періоди в відповідності з якими визначають пріоритетні завдання. Період розвитку і навчання (7-15 років), головним завданням якого є - формування індивідуальних здібностей юних футболістів з допомогою використання великої кількості ігрових завдань, тренувальних і навчальних ігор. Період змагань (з 16 років і до професійних команд). Такий практичний підхід в футболі цілком відповідає ключовим положенням загальної теорії підготовки спортсменів.

Список використаної літератури

1. Борис Аркадьев: Сборник./ Сост. Горбунов А.А. – А 82 М.: Физкультура и спорт, 1990. – 335, с.ил. – (Тренерское наследие).
2. Вайн Х. Как научить играть в футбол: Школа технического мастерства для молодых. / Пер. с итал. – М.: Терра-Спорт, Олимпия Пресс, 2004. – 224 с.: ил. – (Первый шаг).
3. До пятнадцати лет – работаем над техникой./ Хенк ванн Стее/ Футбол – Профи №6(7)., Сентябрь - Октябрь, 2006. С. 24 – 29
4. Михайлова Т. В. Социально-педагогические основы деятельности тренера / Т. В. Михайлова. – М.: Физ. культура, 2009. – 288 с.
5. Николаенко В. Построение многолетней подготовки в современном футболе // Наука в олимпийском спорте. – 2014. - №1. – с. 12-16.
6. Обучение футболиста тактике игры./ Милош Хоутка/ Футбол – Профи №1(14) Январь-Февраль 2008. С 18-25
7. Организация учебно-тренировочного процесса футболистов различного возраста и подготовленности: учебное пособие/ В.П. Губа, А.В. Лексаков – М.: Советский спорт, 2012. – 176 с.: ил.
8. Петухов А. А. Футбол. Формирование основ индивидуального технико-тактического мастерства юных футболистов. Проблемы и пути решения / А. В. Петухов. – М.: Сов. спорт, 2006. – 232 с.
9. Платонов В. Н. Система подготовки в олимпийском спорте. Общая теория и её практические приложения / В. Н. Платонов. – К.: Олимп. лит., 2004. – 808 с.
10. Пономаренко П. А. Учись видеть поле / П. А. Пономаренко. – Донецк: РИП «Лебедь», 1994. – 112 с.

К.А. Бугаевский
кандидат медицинских
наук, доцент
(Запорожский
государственный
медицинский
университет)

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ И МЕТОДЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ СПОРТСМЕНКАМИ

Актуальность темы. В последнее десятилетие современный женский спорт характеризуется выраженной эмансипацией. Перешли в женские большинство мужских видов спорта: футбол, большинство видов спортивной борьбы и единоборств, бокс, водное поло, тяжелая атлетика. Однако в большинстве новых женских видах спорта до сих пор нет методик тренировки, обоснованных особенностями женского организма, учитывающих цикличность её функций, и, что особенно важно, перспективное деторождение [4,7,10].

Здоровье женщин-спортсменок всегда было приоритетной задачей женского спорта [2,7,10]. Одним из таких вопросов является вопрос о соотношении спорта и контрацепции [11-15]. По нашему мнению, опыт применения контрацептивных средств женщинами-спортсменками недостаточно освещен как в специальной медицинской, так и в спортивной отечественной литературе. Но этот вопрос продолжает оставаться актуальным, с одной стороны, как сугубо женская проблема спортсменок, живущих половой жизнью и, как любая женщина, нуждающихся в надежной защите от нежелательной беременности. А с другой стороны – в научных кругах нет единого мнения о том, какое влияние оказывают современные гормональные средства на организм спортсменки и ее спортивные результаты, не говоря уж о состоянии ее здоровья, в том числе и репродуктивного [1,3,7,8,11,12].

С 70-х годов XX века, после выхода в свет IX Постановления Олимпийского Комитета (1972г.), уравнивающего права лиц обоего пола на участие в спортивных состязаниях любого уровня, началось бурное развитие женского спорта [2,4,10]. Современные тренировочные и соревновательные нагрузки предъявляют повышенные требования к организму спортсменок. По объему, интенсивности и психической напряженности во многих видах спорта они практически мало отличаются у лиц мужского и женского пола (Геселевич В.А., 1992; Абрамова Т.Ф., Озолин Н.Н., Геселевич В.А. и др., 1993; Геселевич В.А., 1994).

Согласно определению ВОЗ репродуктивное здоровье есть состояние физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов включая

воспроизводство и гармонию в психо-эмоциональных отношениях в семье [2,4,10]. Особый интерес представляет изучение влияния различных видов спорта у юных женщин на их репродуктивное здоровье. Вопросы влияния занятий спортом на соматическое и репродуктивное здоровье юных спортсменок отражены в ряде научных исследований [2,4,10,14].

Ведущие ученые в области спортивной медицины уделяют большое внимание проблемам женского спорта, влиянию возрастающей физической нагрузки на организм женщины, вопросу комплексного подхода к восстановлению и реабилитации спортсменок (Литисевич Л.В., 2005; Левенец С.А., Липовки Л.В., 2004; Ниаури, Д.А., 2001-2003; Шахлина Л.Г., 2004-2008). По данным Бачинской Н.В. (2006), только 15% тренеров эпизодически учитывают особенности менструального цикла женщин-спортсменок при построении тренировок. Специалисты в вопросах особенностей репродуктивного здоровья в женском спорте (Абрамов В.В. и соавт., 2004; Липовка Л.В., 2004; Шахлина Л.Г., 2007; Austin ТМ, 2009) неоднократно указывают на то, что частота нарушений репродуктивной функции среди спортсменок больше, чем в популяции, а в некоторых видах спорта она превышает 70% (Абрамов В.В., 2004; Ниаури Д.А., 2006).

Очень интересными, в плане исследований состояний репродуктивного здоровья и фертильности спортсменок является диссертационное исследование Соболевой Т.С. (1996), в котором автором указывается, что у спортсменок в 4,5 раза чаще наблюдалось нарушение менструальной функции. Также у занимающихся спортом женщин имело место 5-тикратное преобладание постспонирующего (удлиненного) менструального цикла [7]. Кроме того, в общей структуре проведенного рандомизированного исследования, поздний возраст наступления менархе был выявлен у спортсменок (14-17 лет). Помимо этого выявлено, что у женщин-спортсменок в 4 раза чаще отмечалась олиго-опсоменорея (скудные и редкие менструации) [2,7,10,13,14].

Согласно данным Соболевой Т.С. (2003), при анализе патологии беременности отмечено, что у спортсменок в 5 раз чаще, чем в популяции в целом регистрируется невынашивание беременности. Чаще всего угроза прерывания беременности и поздний гестоз регистрировался у спортсменок, имевших отягощенный гинекологический и акушерский фон (задержка полового развития, нарушение менструальной функции, гиперандрогения, гирсутизм) [5,7]. Так в группе женщин-спортсменок с угрожающим выкидышем 67,6% имели неблагоприятный акушерский анамнез: у 17,41% первая беременность закончилась выкидышем во II триместре. Причем из 70 женщин-спортсменок, имевших выкидыши и угрожающие выкидыши, 31 (44,3%) занималась легкой атлетикой [5,7]. В своей работе Соболева Т.С. отмечает, что в общей структуре всех родов у спортсменок только в 61,9% роды были своевременными, преждевременные же роды в сроке гестации 36-38 недель наблюдались в группе спортсменок в 2 раза чаще [7]. Известно, что физиологическим для первых родов считается время их длительности

18-24 часа [5,7]. В исследуемой группе спортсменок так рожала только каждая третья женщина (33,9%). Затяжные роды (25-72 часа), регистрировались у 34,72%, а стремительные и быстрые роды (1/10) – у 31,42% женщин группы [7].

Таким образом, 2/3 (80 женщин) из группы спортсменок по времени течения родового процесса имели патологическое течение родов. При этом у 72,52% из них, в анамнезе имело место нарушения менструальной функции, у 58,82% это сочеталось с гирутизмом, у 35,52% регистрировался атлетический или субатлетический морфотип [7].

Что касается репродуктивного поведения женщин спортсменок, то многие из них решают вопрос своей фертильности путём проведения искусственного прерывания беременности. Так, по данным, приведённым в своём диссертационном исследовании Фазлетдиновой И.Ю. (2009), беременность имели 112 спортсменок, из них 98 юными женщинами при наступившей беременности был избран метод прерывания путем медикаментозного аборта в сроки до 6-7 недель, а 14 – хирургическим способом (метод кюретажа и/или вакуум-аборт). При медикаментозном аборте через 2 недели был проведен контрольный осмотр с ультразвуковой диагностикой. Экспульсия (отхождение) плодного яйца произошла у 97,7% женщин. В 2,3%, по данным УЗИ, диагностированы остатки плодного яйца, по поводу чего произведено выскабливание полости матки в стационаре. В 1% наблюдений через 14 дней диагностировано обострение хронического сальпингоофорита со стационарным лечением. При хирургическом способе в одном наблюдении было неполное удаление плодного яйца с повторным выскабливанием (исход выздоровление) [9].

Учитывая возрастной состав спортсменок, высокую сексуальную активность, частоту полигамности, их репродуктивный возраст наступление беременности во время их активного тренировочно-соревновательного цикла является нежелательным и она, чаще всего, прерывается различными видами медицинского аборта [2,4,5,7-10]. Также достоверно установлено в ряде проведённых исследований, что для многих женщин-спортсменок характерны аффективные и личностные нарушения, обусловленные тренировками с повышенной нагрузкой, спортивными соревнованиями и связанными с ними стрессами [2,8,10-12].

В спортивном сообществе, уже много лет, актуальным и спорным остаётся вопрос совмещения занятий спортом и сексуальных взаимоотношений [2,4,7,8,12]. Для большинства спортсменок существует не менее важный вопрос, актуальный для женщин репродуктивного возраста. Это индивидуальная, адаптированная к интенсивным занятиям спортом и связанным с ним образом жизни, современная контрацепция, во всём её разнообразии видов и форм [1,3,6,10-15]. Перед спортсменками вопрос правильного подбора контрацептивного средства стоит особенно остро, так как незапланированная беременность спортсменки полностью нарушает алгоритм её тренировочно-соревновательного процесса, меняет

психологический настрой спортсменки на решение неожиданно возникшей в её жизни проблемы [2,3,7-10].

Неразрешенные вопросы улучшения здоровья женщин детородного возраста, недостаточно изученные процессы репродуктивного поведения, контрацепции, фертильности и бесплодия – вот тот круг вопросов, которые позволяют считать нашу работу актуальной. К великому сожалению, вопрос практического применения методов и средств контрацепции спортсменками до конца не изучен, и имеет много спорно-противоречивых дискуссионных моментов [3,7,8,10,12].

Во-первых, о каких женщинах-спортсменках идёт речь? Можно рассматривать массовое женское физкультурное движение и увлечённость многими женщинами репродуктивного возраста оздоровительными программами (фитнес, стретчинг, аэробика, йога и др.). Естественно, что подавляющая часть из них живёт активной сексуальной жизнью, имея иногда несколько сексуальных партнёров и, поэтому, нуждается в надёжной, индивидуально подобранной современной контрацепции. Здесь приемлемы практически все средства и виды контрацепции, как гормональные, так и негормональные [2,3,4,10-13].

Если говорить о применении спортсменками средств контрацепции, то под спортсменками, по нашему мнению, следует понимать женщин, активно и, зачастую, профессионально занимающихся тем или иным видом спорта, от девушек-разрядниц до чемпионки и призёров разного уровня соревнований. Вот тут, и возникает ряд проблем, которые мотивируют, как саму спортсменку, так её тренера и/или спортивного врача подходить строго индивидуально к подбору средств контрацепции для данной конкретной спортсменки [2,3,4,10-15]. Перечень вопросов в подборе средств контрацепции настолько велик, что хотелось бы остановиться на самых главных, по нашему мнению, из них. Это: возраст, сексуальная активность, отсутствие и/или наличие в анамнезе беременностей, детей, абортов, выкидышей, экстрагенитальной патологии, преморбидный фон, вид спорта (ациклический, циклический), применение ранее какого либо вида контрацепции, длительность и цель применения того или иного вида контрацепции, абсолютные и относительные противопоказания к применению контрацептивного средства [2,3,4,10-15].

Во-вторых, одинаков ли для выбора ассортимента контрацептивных методов и средств для всех женщин-спортсменок? И вообще, а всем ли женщинам-спортсменкам нужно использовать контрацептивные средства? Не секрет, что у значительной части профессиональных спортсменок имеются значительные многообразные нарушения менструального цикла, от гипоменструального синдрома, с явлениями олиго-и гипоменореи, вплоть до аменореи и/или бесплодия. Естественно, что таким женщинам-спортсменкам необходима не надёжная современная контрацепция, а диагностика и правильно подобранное лечение имеющегося у них вида нарушений репродуктивного здоровья [2,3,4,10-14].

В-третьих – выбор метода контроля рождаемости для взрослых женщин-спортсменок, это их индивидуальный выбор, как для любой другой женщины. Тем не менее, спортсменке, в особенности, если она высокого уровня профессионализма, необходимо учитывать дополнительные, как внешние, так и внутренние факторы при выборе индивидуального и адаптированного метода контрацепции [2,3,4,10-14].

Если у женщины-спортсменки нерегулярный менструальный цикл, и она не в состоянии определить день овуляции, но при этом у неё относительно нормальная половая жизнь, то очень высокой является возможность незапланированной беременности. В данном случае на первое место выходит вариант с определением дней возможной овуляции в данном цикле [1,3,13,14]. И тогда речь уже идёт не о контрацепции, а о мониторинге фертильности (плодности) в данном конкретном менструальном цикле.

Хотелось бы сразу определиться в терминологии. Медицинский термин «контрацепция» состоит из двух составляющих: «contra» - против, и «seption» – зачатие. То есть, контрацепция – это совокупность химических, физических, биологических, механических методов и/или их комбинаций, направленных на создание препятствия для встречи(соединения) мужской и женской половых клеток (сперматозоида и яйцеклетки), а также сделать невозможным, в случае их слияния, имплантацию и дальнейшего развития эмбриона в полости матки (абортное действие) [1,3,6]. По первому, «барьерному» типу, работают практически все, мужские и женские механические (барьерные) средства контрацепции – силиконовые и латексные мужские кондомы (презервативы), женские презервативы (фемидомы), женские влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки, пленки, губки, диски Ли и др. [1,3,6].

Учитывая степень загруженности спортсменок, а порой и их леность и нежелание длительно определять наличие овуляции, следует сразу отбросить практически все естественные методы определения плодности (фертильности): измерение базальной температуры с последующим её графическим отображением, методы Огино-Кнауца, Биллингса [1,3,6]. Можно, хоть и с большой натяжкой, допустить применение современных методов определения лютеинизирующего гормона (ЛГ) в слюне, с применением портативных датчиков определения овуляции, таких, как «Веста®»и/или. Кроме этого в аптечной сети можно приобрести и другие мини-приборы для определения овуляции по слюне. Например - "ОВУ", многократный оптический тест на овуляцию (по слюне) или прибор «Fertile – Focus», прибор «АРБОР» [1,3,6].

Определение наступления овуляции по слюне основано на феномене арборизации кристалликов эстрогенов – «симптом папоротника». Таких приборов много, вот одни из них. Прибор "Веста®" с высокой точностью определяет время овуляции - выхода созревшей яйцеклетки из яичника. Женщине достаточно поместить на датчик капельку слюны, чтобы получить ответ: если загорелась красная лампочка - то это указывает на то, что через

36 - 40 часов произойдет овуляция, если зеленая – срок еще не настал. Показания основаны на действии биохимического датчика, реагирующего на ионы определенных веществ. Согласно гарантиям производителя - точность определения "Веста®" фазы ОМЦ (овуляторно-менструального цикла - 99,6 % [1,3,6].

Помимо этого, вполне подходит применение современных тестов на овуляцию, определяющих приближение или наличие овуляции как по моче, так и по слюне. Хочется отметить, что на сегодняшний день существуют тесты, как для определения овуляции у женщин со стабильным, так и не со стабильным менструальным циклом [1,3,6].

Говоря о таких методах, как прерванный половой акт и кондомы, стоит сказать следующее. ППА (прерванный половой акт), является самым ненадёжным из всех средств и методов контрацепции. Степень его надёжности крайне мала и данным разных авторов составляет всего от 15-20%) до 50-65% [1,3,6]. Надёжность в применении презерватива, как средства контрацепции, особенно его дешёвых, «молодёжных» вариантов, крайне низка, в незначительной мере они защищают от ЗППП и TORCH-инфекций [1,3,6]. Большинство современных химических, спермицидных средств, не совсем удобны для применения спортсменками, так как не все они совместимы с интенсивным режимом тренировок и соревнований, в котором живёт спортсменка. Эти препараты больше подходят для спокойного, семейного образа жизни и для женщин, у которых половая жизнь нестабильна и половые контакты спорадические. Плюсом этой группы препаратов является их относительная защита от половых инфекций [1,3,6]. Для многих спортсменок является неудобной фармацевтическая форма выпуска спермицидов (мази, гели, овули, влагалищно-растворимые таблетки), так как они под воздействием температуры тела и местно растворяются, подтекают, вытекают во время полового акта, создают ощущение повышенного объёма и влажности влагалища, что не совсем приемлемо большинству женщин [1,3,6].

Женская стерилизация или окклюзия маточных труб, это крайнее и весьма ответственное действие, требующее трезвого осмысления. Женщине-спортсменке необходимо объяснить, что данный метод необратим. Возобновление проходимости маточных труб и пластическая операция по их восстановлению, дорогостоящее и технически трудное действие [1,3,6]. Именно здесь, как никогда актуальна народная мудрость: «Сто раз отмерь, а один раз отрежь!».

Касательно гормональных методов контрацепции, следует сказать, что женщины-спортсменки, которые используют гормональную форму контрацепции, как правило, эффективно «прикрывают» ими свои нормальные, а зачастую, нарушенные гормональные циклы. Экзогенные синтетические прогестины и эстрогены из контрацептива эффективно заставляют гипофиз не производить ФСГ или ЛГ и, тем самым, подавляют овуляцию. Они также могут изменять толщину оболочки матки, снижая

вероятность успешной имплантации оплодотворенной яйцеклетки [1,3,6,11-14].

Относительно практического использования КОК, то здесь надо отметить следующее. Многолетний опыт применения КОК и многочисленные научные исследования показали, что наиболее приемлемыми являются монофазные низко и микродозированные КОК, содержащие в своем составе, соответственно 30 и 20 мг этинил-эстрадиола. К ним относятся – «Линдинет-20», «Линдинет-30», «Марвелон», «Логест», «Новинет», «Мерсилон», «Джаз» (в России – «Джес»), «Ярина» («Жасмин») и многие другие. Сегодня широко применяются новые поколения монофазных КОК, содержащих в своем составе компоненты с антиандрогенным эффектом. Им обладают такие прогестины, как ципротерон, диеногест и дроспиренон, а также хлормадион [1,3,6,11-14].

Хотелось бы отдельно поговорить о гормональных контрацептивах с антиандрогенным эффектом, особенно в случаях гирсутизма (рост волос по мужскому типу, в нехарактерных для женщин местах) при акне и себорее. Здесь при индивидуальном подборе, с обязательным контролем исходного гормонального фона, подбираются индивидуальные дозировки таких препаратов, как «Диане-35», «Жанин», «Ярина» ("Shering", Германия), "Белара" («Берлин-Хеми», Германия) [1,3,6,11-14].

Для многих спортсменок проблема гипоэстрогении и гиперандрогении весьма актуальны, особенно у тех профессиональных спортсменок, которые подвержены «спортивной триаде». Нарушение режима и полноценности питания, снижение массы тела с потерей жировой ткани до минимально критической, эффект «перетренированности», проблемы с костной тканью, «маскулинизация», сбой менструального цикла вплоть до аменореи, бесплодие – вот тот, хоть и не полный спектр проблем многих спортсменок, в их репродуктивном возрасте [11-15].

Здесь, при грамотном индивидуальном подборе, со строгим учетом показаний и противопоказаний возможно использование КОК уже не как средств контрацепции, а как патогенетичных препаратов с лечебным эффектом. Приведение в порядок эстрогенно-андрогенного баланса, белкового, жирового и углеводного обмена, протекция остецитов, и, как следствие профилактика ИБС и травм, избавление от явлений гиперандрогении, восстановление менструального цикла, восстановление фертильности и репродуктивного здоровья – вот немалый список положительных эффектов от применения гормональных средств контрацепции [1,3,6,11-15].

Что касается опыта использования спортсменками гормональных инъекций ЧПИК и КИК, соревнований и тренировок с внутриматочными контрацептивными средствами, в том числе и с «Миреной» - данных в доступной медицинской и спортивной литературе практически нет.

Применение подкожных имплантов, содержащих гестагены, или их внутримышечное введение на срок от 3 месяцев и более, на сегодняшний

день, в отличие от «бума» и пика популярности по их применению в конце 80-х-90-х годах, нерентабельно [1,3,6,11-14]. Практика их применения вызвала большое количество споров и разногласий в среде специалистов (Schelkun PH, 1991; Frankovich RJ, Lebrun CM, 2000,2003; Bennell K, White S, Crossley K, 1999; Cobb KL, Bachrach LK, Sowers M, et al., 2007). Сегодня эти препараты применяются крайне редко или по индивидуальным показаниям [1,3,6,11-14].

Из оставшегося перечня современных средств контрацепции остаётся не так уж и много вариантов [1,3,6]. И здесь всё опять сводится к вопросу о длительности и целесообразности применения данных средств контрацепции. Если это эпизодические, кратковременные половые контакты вне соревновательного периода, то здесь можно порекомендовать следующие средства контрацепции:

Трансдермальный гомоносодержащий пластырь «ЕВРА®». Пластырь наклеивается 1 раз на 7 дней и обеспечивает надёжный эффект при минимуме усилий. Степень надёжности пластыря составляет 99,4%. Пластырь Евра ежедневно выделяет 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг норелгестромина, которые после прикрепления пластыря проникают через кожу в кровь и блокируют овуляцию, то есть яичник не выделяет яйцеклетки, которые возможно оплодотворить. Пластырь также вызывает изменения слизи шейки матки, что затрудняет попадание спермы в полость матки. Таким образом, достигается максимальная защита от незапланированной беременности. Удобство его применения заключается в том, что в упаковке находится 3 гормонально-содержащих пластыря, которые можно прикрепить к чистому участку кожи на предплечье, лопатке, в поясничной области и внизу живота на срок до 7 дней [1,3,6]. При необходимости продления сексуальных контактов, можно использовать два оставшихся пластыря. К преимуществам данного метода можно отнести форму выпуска, удобство и простоту применения данного контрацептивного средства самой женщиной, кратковременное и несистемное действие, достаточно быстрое начало контрацептивного действия (до часов). Также препарат не боится воды, пота, солнечных лучей, надёжно крепится на кожу, легко удаляется, не мешает занятиям спортом, не вызывает привыкания и зависимости, практически не имеет противопоказаний и осложнений [1,3,6].

Пластырь «ЕВРА®» обладает лечебными свойствами: при его применении практически не бывает межменструальных кровянистых выделений, значительно реже возникают менструальные боли, реже развивается ПМС. Его можно начать использовать в любой день недели по выбору. В течение месяца используются три контрацептивных пластыря. Каждый пластырь используется в течение 1 недели (7 дней), а затем в тот же день недели заменяется на другой. В дальнейшем следует сделать 7-дневный перерыв, в течение которых нужно будет применять дополнительные негормональные средства контрацепции (презерватив или

спермициды [1,3,6]. Можно начать использовать пластырь в первый день менструального цикла, т.е. первый пластырь следует прикрепить в первый день менструации. При этом дополнительные средства контрацепции не требуются [1,3,6]. Менять пластырь необходимо на 8-й, 15-й и 22-й дни цикла или от момента его прикрепления [1,3,6].

2. Влагалищная гормональная риллизинг-система «Нова-Ринг®». Еще одним новым гормональным средством женской контрацепции является противозачаточное кольцо «Нова-Ринг®». Оно вводится во влагалище на 1-5 день менструального цикла (но не позднее!) и остается там 3 недели, не вызывая никакого дискомфорта при правильном использовании «Нова-Ринг®». 1 кольцо на 1 цикл. Далее 7-дневный перерыв и можно использовать повторно. «НоваРинг®» является комбинированным гормональным контрацептивным препаратом, в состав которого входят микродозы гормонов эстрогена (этинилэстрадиол) и прогестагена (этоногестрел) [1,3,6]. «НоваРинг®» представляет собой гибкое маленькое кольцо (диаметр всего 55 мм, толщина 8,5 мм), выполненное из гипоаллергенного материала. После введения во влагалище из кольца ежедневно высвобождаются микродозы гормонов (такой механизм действия достигается благодаря сложной системе мембран, из которых оно состоит). Его контрацептивное действие, как и у других гормональных препаратов осуществляется за счет подавления овуляции. Кроме того гормоны повышают плотность слизи в шейке матки, препятствуя тем самым продвижению сперматозоидов. При этом контрацептивная эффективность вагинального кольца высокая. Индекс Перля (показатель, отражающий количество женщин из ста, забеременевших на фоне приема препарата в течение года) при применении противозачаточного кольца составляет 0,96. Для сравнения, при приеме комбинированных оральных контрацептивов индекс Перля равен 0,1-0,9 [1,3,6].

Помимо контрацептивного действия препарат также положительно влияет на менструальный цикл, делая его более регулярным, а менструации менее болезненными и обильными. Важно помнить, что контрацептивное кольцо не является защитой от заболеваний, передающихся половым путем! Поэтому данный метод контрацепции подходит женщинам при наличии одного постоянного полового партнера, а также отсутствия у обоих партнеров половых инфекций [1,3,6].

Хотелось бы заметить, что 2 последних комбинированных средства достаточно удобны и просты в применении. Пластырь не боится воды, пота и механических повреждений, устанавливается на чистую кожу в удобном для женщины месте. Влагалищное кольцо настолько эластично, удобно и прочно закреплено во влагалище женщины, что не подвергается смещениям при работе, физических упражнениях и интимной близости. Это обуславливает их широкое применение женщинами не только в повседневной жизни, но и в практически всех видах спорта. Терапевтическая доза поступающих в организм женщины половых

гормонов максимально мала, что позволяет сохранять достаточно адекватный противозачаточный эффект, при этом, практически сводя к минимуму, возможные побочные эффекты и осложнения. И, что особенно важно, женщина может использовать эти методы лишь тогда, когда ей это будет необходимо, что позволяет ей самой регулировать и планировать свое сексуально – репродуктивное поведение [1,3,6].

Что касается пользы и вреда от применения контрацептивных средств женщинами-спортсменками, то и здесь есть как ряд плюсов, так ряд минусов. Спорным, среди специалистов и самих спортсменок остаётся вопрос о пользе и вреде изменения сроков менструального цикла, в частности, менструального кровотечения. Грубое вмешательство в природно-отлаженный, со сложной нервно-гуморальной регуляцией, циклический процесс, связанный с воздействием, контролем и выработкой большого количества гормонов и биологически-активных веществ, претерпевает, порой необратимые изменения при вмешательстве в него. И, зачастую, это вмешательство в чётко отлаженный механизм, мотивируется «ответственными стартами», «необходимостью участия и победы», «особой важностью и престижностью» данного выступления. Трио – врач, тренер и сама спортсменка, что удивительно, ради очередного успеха, победы, медали, идут на осознанное уничтожение собственного здоровья, проблемы с репродуктивным и соматическим здоровьем, тяжёлыми нарушениями в менструальном цикле и, в конце концов, бесплодию[1-3,6].

При анализе специальной медицинской литературе, посвящённой использованию синтетических гормональных средств контрацепции, установлено, что среди исследователей нет единодушия по многим вопросам. Так ряд исследователей (Ducher G, Turner AI, Kukuljan S, et al., 2011; Hartard M, Kleinmond C, Kirchbichler A, et al., 2004; Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, et al., 2007) утверждает о положительном влиянии гормональных контрацептивов на состояние костной ткани у женщин спортсменок. В то же время, не меньшая группа известных исследователей отмечает негативное влияние от длительного применения женщинами спортсменками гормональных контрацептивов, с возникновением у них в ближайшем и отдалённом будущем переломов костей, развитием явлений остеопении и остеопороза (Paupoo, A., Glass, M.L.S., 2008; Piya-Anant, 2008; Bahamondes MV, Monteiro I, Castro S, Espejo-Arce X, Bahamondes L., 2010; Hartard M, Kleinmond C, Kirchbichler A, et al., 2004).

Данные о тонизирующем, допинговом действии синтетических эстрогенов и прогестинов также не имеют единодушия в научной среде (Greydanus, D.E., Patel, D.R., Rimsza, M.E., 2001; Martins SL, Curtis KM, Glasier AF., 2006; Greydanus, D.E., Patel, D.R., 2010;). Любое, даже очень «мотивированное» вмешательство в женский организм не проходит бесследно для самой женщины. Не учитывая исходный уровень гонадотропинов и половых стероидов, приём сложной синтетической комбинации контрацептивных препаратов, женщина рискует приобрести

как заболевания сердечно-сосудистой системы, печени и гонад, так и бесплодие и ряд онкологических поражений (Armstrong, L.E., Maresh, C.M., Keith, N.R., Elliott, T.A., Vanheest, J.L., Scheett, T.P. et al., 2005; Giacomoni, M., Bernard, T., Gavarry, O., Altare, S., Falgairette, G., 1999; Lehtovirta P, Kuikka J, Pyörälä T., 1977). Кроме этого, существует ряд научных работ, в которых указывается связь между приёмом синтетических гормональных контрацептивов с фиброзно-кистозными мастопатиями и раком молочной железы (Greydanus, D.E., Patel, D.R., Baxter, T.L., 1998; Kaul, P., Beach, R.K., 2006; Peters, C., Burrows, M., 2007).

Выводы. 1. Врач – гинеколог, при активном участии спортивного врача должен ознакомить женщин-спортсменок с их индивидуальными возможностями и допустимыми вариантами применения современных контрацептивных средств.

1. Подбор и использование различных средств контрацепции должен осуществляться с индивидуальным подходом.

2. Задачи и подбор средств гормональной контрацепции у спортсменок требует строгого учёта вида спорта (циклические или ациклические), в котором задействована данная спортсменка, а также строго соблюдения противопоказаний к их применению.

3. Выбор метода контрацепции женщинами-спортсменками напрямую зависит от её возраста, сексуальной активности, исходного уровня соматического и репродуктивного здоровья и вида спорта.

4. Вопросы влияния гормональных средств контрацепции на кардио-респираторную систему, потребление тканями кислорода, выносливость, физическую работоспособность требуют дополнительных масштабных исследований, потому что имеющиеся данные исследований противоречивы, не дифференцированы по видам спорту и не имеют масштабности проведения.

Список использованной литературы

1. Аноприенко С.В. Современные методы контрацепции. – СПб.: Феникс. – 2008. – 176 с.
2. Джемлиханова Л.Х. Регуляция репродуктивного здоровья женщины-спортсменки / Л.Х. Джемлиханова, Э.Н. Попов // Материалы 2-го международного конгресса «Спорт и здоровье» 21–23.04. 2005 г. – СПб., – 2005. – С. 86–87.
3. Корхов В.В. Медицинские аспекты применения контрацептивных препаратов. – СПб: Специальная литература. – 2006. – 198 с.
4. Михалюк Є.Л. Гендерні відмінності у спорті та оздоровчому фізичному тренуванні: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – Запоріжжя: Видавництво ЗДМУ. – 2010. – С. 44–51.
5. Попов Э.Н. Особенности течения беременности у спортсменок / Э.Н. Попов // Материалы 2-го международного конгресса «Спорт и здоровье» 21-23.04. 2005 г. СПб. – 2005. – С. 226–227.

6. Руководство по контрацепции / под ред. проф. В.Н. Прилепской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ. – 2011. – 448 с.
7. Соболева Т.С. Здоровая репродукция и женский спорт / Т.С. Соболева // Первый международный научный конгресс «Спорт и здоровье», Т. 1. – СПб.: Олимп–СПб. – 2003. – С. 296–297.
8. Стеняева Н.Н., Куземин А.А. Женская сексуальная функция и гормональная контрацепция. // Гинекология. – 2013. – № 4. – С.35–39.
9. Фазлетдинова И.Р. Прерывание первой беременности ранних сроков медикаментозным абортом у юных женщин-спортсменок / И.Р. Фазлетдинова, В.Б. Трубин // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. Акушерство и гинекология. – 2009. – № 7. – С. 160–164.
10. Юрчук О.А. Репродуктивная функция женщин, занимавшихся различными видами спорта /О.А. Юрчук, С.В. Хлыбова, В.И. Циркин // Успехи современного естествознания. – 2006. – №9. – С. 91–93.
11. Burrows M., Peters C.E. The influence of oral contraceptives on athletic performance in female athletes. Sports Med. 2007; 37:557–574.
12. Bennell K., White S., Crossley K.: The oral contraceptive pill: a revolution for sportswomen? Br J Sports Med 1999 Aug; 33(4):231–8.
13. Frankovich RJ, Lebrun CM. Menstrual Cycle, Contraception, and Performance. Clin Sports Med 2000 Apr; 19 (2): 251–71
14. Iyer V., Farquhar C., Jepson R.Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding (Cochrane review) / In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. – Chichester, UK.
15. Lebrun CM, Petit MA, McKenzie DC, Taunton JE, Prior JC Decreased maximal aerobic capacity with use of a triphasic oral contraceptive in highly active women: a randomised controlled trial. Br J Sports Med 2003;37:315–320.

О.О. Вертипорох

асистент

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТЕХНІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ УШУЇСТІВ (12-13 РОКІВ) З УШУ ТА ОЛУ ТА САНЬШОУ

Актуальність теми. Життя людини є найвищою цінністю, тому перед суспільством постає ряд важливих завдань, серед яких головним є вирішення проблеми збереження здоров'я дитини.

За даними, майже 90 % школярів мають відхилення у здоров'ї, понад 50 % – незадовільну фізичну підготовку[1]. Відомо, що однією з причин відхилення у фізичному розвитку та стані здоров'я дітей є недостатня рухова активність. Значне зростання серед різних верств населення України

зацікавленості гімнастикою ушу, яка належить до нетрадиційних видів спорту, посилення міжнародної спортивної конкуренції вимагає теоретичного аналізу та науково-практичного обґрунтування особливостей технічної підготовки спортсменів з ушу.

Тому **метою дослідження** є на основі модельних характеристик технічної підготовки визначити особливості її впливу на рівень фізичної підготовленості юних спортсменів з ушу таолу та саньшоу віком 12-13 років.

Методи дослідження: для досягнення поставленої мети і реалізації завдань дослідження були використані такі методи: теоретичні, емпіричні, статистичні. Експериментальну базу дослідження становили ДЮСШ міськво ім.Є.І.Назарова м.Бердянська Запорізької області та ДЮСШ №1 м. Запоріжжя. Експериментом було охоплено 26 спортсменів 12-13 років відділення ушу.

Результати дослідження. З метою тестування основних фізичних якостей спортсменів 12-13 років з ушу таолу та саньшоу нами були проведені нормативи із ЗФП: згинання-розгинання рук в упорі лежачи, піднімання тулуба в сід, підтягування, утримання угла у висі [5]. Та нормативи із СФП, а саме стрибки на стрибалці, шпагат, нахил стоячи на гімнастичний лаві та з метою тестування технічної майстерності була проведена оцінка виконання технічної програми [6].

Аналіз даних силових показників свідчить, що у спортсменів відділення саньшоу середній показник за тестуванням «згинання-розгинання рук в упорі лежачи» становив 41,7 раз, а спортсменів ушу таолу 34,23 рази. Тобто розвиток силової фізичної якості у спортсменів з ушу саньшоу кращі ніж спортсменів ушу таолу на 7,47%, що говорить про те, що тренування з контактного виду спорту більш залежить від розвитку даної фізичної якості.

Порівняння розвитку швидко-силових показників, за результатами тестування «піднімання тулуба в упор сидячи», середній показник у спортсменів-ушуїстів відділення таолу – 65,84 рази, а спортсменів з ушу саньшоу – 64,66 разів. Це свідчить про те, що ця фізична якість займає більш важливе місце для спортсменів 12-13 років з ушу таолу ніж з ушу саньшоу. Саме тому даний показник кращий на 1,18%.

За даними проведеного дослідження нами визначено, що в нормативі підтягування середній показник спортсменів з ушу таолу – 20,4 раз, а з ушу саньшоу – 30,6 раз. Тобто кращі показники були отримані спортсменами 12-13 років з ушу саньшоу, тому що даний показник має значний вплив на результативність даного виду спорту.

З наведених даних видно, що середні показники нормативу «утримання угла в висі» однакові як у спортсменів 12-13 років з ушу саньшоу, так і з ушу таолу та становлять 10,53 сек, що свідчить про однаковий розвиток статичної сили при тренуванні даними видами ушу.

Отримані дані свідчать про те, що для спеціальної фізичної підготовленості спортсменів 12-13 років, які займаються ушу таолу, важливе

значення має швидкісна підготовка. Середній показник розвитку даної фізичної якості тестування «стрибки з одинарним прокручуванням стрибалки» рис. 5 спортсменів з ушу таолу – 73,46 раз, а в спортсменів з ушу санышоу становить 66,73 раз. Отже, показник розвитку даної фізичної якості в спортсменів-ушуїстів відділення таолу кращий ніж у спортсменів того ж віку з ушу санышоу на 6,73%.

Отримані дані свідчать, що середній показник у нормативі «нахил стоячи на гімнастичній лаві» у спортсменів з ушу таолу – 15,12 см, а у спортсменів з ушу санышоу 12,36 см. За даними можна зробити висновок, що розвиток даної фізичної якості кращий у спортсменів, які займаються ушу таолу на 2,76% ніж у спортсменів 12-13 років з ушу санышоу.

Аналіз отриманих результатів констатувального експерименту тестування гнучкості спортсменів-ушуїстів відділення таолу, свідчить, що рівень розвитку показників гнучкості за середніми даними тесту «шпагат» становив – 10,23 сек, за результатами педагогічного експерименту в групі ушу санышоу – відповідно 7,6 сек, тобто показник розвитку даної якості кращий на 3,17% у спортсменів 12-13 років з традиційного ушу

З проаналізованих даних видно, що середній показник виступів на змаганнях та виконання технічної програми групи спортсменів 12-13 років з ушу таолу на період педагогічного експерименту становив – 5,43 бали, а спортсменів з ушу санышоу – 4,75 балів, що свідчить про кращий вплив обраної нами моделі тренування на результати спортсменів з неконтактного виду ушу, а саме на 0,68%.

Висновки. Отже, результати вказують на те, що тренування ушу таолу призводить до більшого покращення швидкісно-силових здібностей показників розвитку гнучкості; Показники статичної сили однакові, як при заняттях спортсменів з ушу таолу, так і у спортсменів з ушу санышоу; тренування з ушу санышоу призводить до більшого покращення показників силових фізичних якостей. Рівень технічної підготовленості кращий у спортсменів 12-13 років з ушу таолу на 0,68% ніж у спортсменів цього ж віку з ушу санышоу.

Список використаної літератури

1. Бальсевич В.К. Концепция альтернативных форм организации физического воспитания детей и молодежи / В.К. Бальсевич // Физическая культура: Воспитание, образование, тренировка. – 1996. – №1. – С. 23–25.
2. Державний науково-дослідницький інститут ушу. Пекін. Wushu standart course. – China. 1986. – 394 с.
3. Музруков, Г. Н. Основи ушу Текст.: підручник для відділень ушу СДЮСШОР, ДЮКФП, технікумів й інститутів фізичної культури
22. Малявин, В. В. Традиція внутрішніх шкіл у-шу Текст. / В. В. Малявин. - М., 1993. 101 с.
4. Новиков А.А. с соавт. Функциональные системы управления подготовкой спортсменов в различных видах единоборств. – Теория и практика ФК. – 1983. – № 11. – С. 20.

5. Решетников, Н. В. Як же оцінювати фізичну підготовленість Текст. / Н. В. Решетников //Теорія та практика фізичної культури. 1990. — №5.-С. 41-42.
6. Чуvalов Е.В., «Ушу». Учебная программа по ушу – таолу для спортивных школ, Сочи: «Феникс», 2002.-40с.
7. Чуканов О.В. Хабаровский государственный педагогический институт. Кафедра спортивных дисциплин. Методика проведения соревнований по многоборью ушу. – Хабаровск: К.Р., 1993. – 46 с.
8. Шихшабеков, Ш. Ю. Використання елементів гімнастики УШУ в фізичному вихованні учнів начальних класів загальноосвітніх шкіл: дис.. канд.. пед. наук Текс.: 13.00.04 / Ш.Ю.Шихшабеков.Махачкала, 1998. – 151 с.

С.М. Данило

ст. викладач,

Ю.В. Кравченко

викладач

(Бердянський державний
педагогічний університет)

МОНІТОРИНГ РІВНЯ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ЮНИХ СПОРТСМЕНОК 8-9 РОКІВ ВІДДІЛЕННЯ АЕРОБІКИ

Актуальність теми. Стан здоров'я та фізичний розвиток юних спортсменок залишається постійною проблемою для батьків і педагогічних колективів шкіл, позашкільних закладів, оздоровчих таборів. З огляду на складність сучасного життя, несприятливу екологічну і соціальну ситуацію в окремих клімато-географічних зонах України ця проблема стає більш актуальною.

Значне місце у системі фізичного виховання займає аеробіка як один з найпопулярніших видів спорту. Вона сприяє розвитку та вдосконаленню витривалості, силі, гнучкості та координаційній здібностей у тісному взаємозв'язку з музикою при логічно побудованих тренувальних програмах. У той же час аеробіка являє собою один з найбільш складно координаційних видів спорту, і це відображають ті вимоги, які аеробіка пред'являє до спортсменок.

Поряд з цим важливе значення набуває створення єдиної системи багаторічної підготовки юних спортсменок, що базується на об'єктивних закономірностях функціонального розвитку та фізичної підготовки особливо на початковому етапі спортивного тренування.

З позиції фізіологічної науки “фізичний стан” людини – це відповідність показників життєдіяльності організму нормативам з урахуванням віку і статі, це можливість тканин, органів, систем організму максимально збільшити свою функцію в порівнянні з станом спокою.

Фізичний стан – це також рівень стійкості організму до дії несприятливих чинників навколишнього середовища [7].

Фізичний стан визначається сукупністю взаємопов'язаних ознак: у першу чергу фізичною працездатністю, функціональним станом органів і систем організму, фізичним розвитком, фізичною підготовленістю студентів [4].

За визначенням В.П. Зайцева [5], фізичний стан включає наступні показники: 1) здоров'я – відповідність показників життєдіяльності, норми та ступеня стійкості організму до несприятливих зовнішніх дій; 2) будову тіла; 3) стан фізіологічних функцій, власне рухових функцій – можливість виконувати певний обсяг рухів (тобто технічна підготовленість) і рівень розвитку рухових якостей.

О.Є. Котов [6] констатує, що основу фізичного стану складають: фізичний розвиток, фізична підготовленість та функціональні можливості організму. Показники фізичного стану мають достовірні взаємозв'язки. Найбільша кількість взаємозв'язків спостерігається між антропометричними даними. Найтісніше пов'язані між собою маса тіла, довжина тіла, окружність грудної клітки, окружність плеча, передпліччя, талії, тазу, стегна, гомілки.

Найважливішими параметрами здоров'я та адекватними індикаторами соціального благополуччя суспільства, на думку багатьох авторів [1, 2], є показники фізичного розвитку людини. Показники фізичного розвитку – це, насамперед, антропометричні дані, темпи та особливості їх змін в процесі зростання, ступінь гармонійності розвитку, співвідношення календарного та біологічного віку, конституційні особливості тощо. Такий підхід надає можливість використовувати показники фізичного розвитку для вимірювання та адекватного порівняння їх значень з певними нормативними показниками, що встановлені.

На думку С. Каледіна під загальною фізичною підготовкою мається на увазі розвиток основних фізичних якостей, удосконалення функціональної діяльності організму, освоєння великої кількості різноманітних рухових навичок для досягнення хорошої загальної фізичної підготовленості тих, хто займається.

У перші роки тренувань необхідно велику увагу приділяти загальній фізичній підготовці, так як вона сприяє різнобічному розвитку і підвищення функціональних можливостей організму юних спортсменок [3].

Завдання базової підготовки у спортивній аеробіці повинні зводитися, по суті, до досягнення спортсменками функціональної і технічної «надлишковості», яка дозволить закласти фундамент зростання результатів в майбутньому [8].

Мета роботи: визначення показників фізичного стану юних спортсменок (8-9 років) відділення аеробіки.

Методика дослідження досліджувались вихідні дані фізичного розвитку, а саме: довжина тіла, маса тіла, окружність грудної клітини, ЖЕЛ,

кистьова динамометрія та ін.; фізичної підготовки юних спортсменок: тест «фламінго», «човниковий біг», «згинання розгинання рук в упорі лежачі», «піднімання тулубу в сід», «нахил тулуба вперед з положення сидячи», контрольне завдання на «прояв перехресної координації рухів і рухової пам'яті; функціональний стан вегетативних систем спортсменок відділення аеробіки: масово – ростовий індекс, життєвий індекс, індекс Руф'є, індекс Скибінської, індекс Шаповалової, проба Яроцького, проба Ромберга, тест Fleischmann, силовий Індекс.

Результати дослідження. Оцінку результатів вихідного рівня фізичного стану юних спортсменок 8-9 років відділення аеробіки представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Оцінка вихідного рівня фізичного розвитку юних спортсменок 8-9 років відділення аеробіки

Показники	Експериментальна група (2-3 занять спортивною аеробікою)		
	$\bar{x}$	S	m
Довжина тіла, см	134,8	5,345	1,22
Маса тіла, кг	28,2	5,07	1,08
Окружність грудної клітини, см	64,8	5,01	1,15
Індекс Кетле, г/см	14,7	7,62	7,48
ЖЄЛ, мл	1658	92,30	16,83
Динамометрія, кг	12,43	0,89	0,18
ЧСС, уд/хв.	84,7	3,23	0,12
АТ сист., мм рт. ст.	116	7,28	1,12
АТ діаст., мм рт. ст	59,42	3,75	0.89

За результатами аналізу морфо-функціональних показників юних спортсменок 8-9 років відділення аеробіки, було виявлено, що середньостатистичні показники довжини тіла юних спортсменок дорівнював 134,8 см. Із зростанням збільшується і маса тіла дітей, так середньостатистичний показник маси тіла юних спортсменок складає 26,2 кг.

За показником ОКГ середньостатичний показник обстежених спортсменок відділення аеробіки 8-9 років складає 64,8 см, що відповідає середньому рівню фізичного розвитку.

Оскільки цілеспрямоване комплексне дослідження аеробних можливостей юних спортсменок не було завданням нашого дослідження, то побічно про це можуть свідчити показники ЖЄЛ середні показники якої складають 1658 мл, і є високими.

Значення масово-ростового індексу у спортсменок 8-9 років відповідають нормативних значенням, що засвідчує їх гармонічний

фізичний розвиток. Середні показники індексу Кетле дорівнюють 14,7 г/см і відповідають рівню вище середнього.

Середньостатистичні значення ЧСС та АТ обстежених спортсменок відповідають віковій нормі для дітей цього віку (88 уд/хв). У результаті досліджень було виявлено тенденцію до зниження ЧСС від 8 до 9 років, у юних спортсменок 9 років показники ЧСС були на 3,5% нижчими ніж показники спортсменок 8 років, що пояснюється особливостями вікового розвитку організму дітей у цей період, а також впливу систематичних занять аеробікою на функціональний стан серцево-судинної системи. Середньостатистичний показник ЧСС складає 84,7 уд/хв.

Артеріальний тиск у віці 8-9 років значною мірою залежить від темпів зростання скелета у довжину та розвитку серцево-судинної системи. Систолічний та діастолічний тиск закономірно підвищується з віком, паралельно зі збільшенням розмірів та маси тіла, так, АТ у спортсменок відділення аеробіки склав 116/59 мм рт.ст.

Отримані результати вимірювань антропометричних характеристик морфологічного стану обстежених спортсменок та їх аналіз дозволяють констатувати, що контингент обстежених за своїм фізичним розвитком за всіма показниками відповідає віковій нормі, а за деякими є навіть вищими для дітей цього віку. Це обумовлено насамперед впливом тренувань, а саме занять аеробікою.

Результати педагогічного дослідження, що до визначення функціонального стану юних спортсменок (8-9 років) за показниками індексу Скібінської, індекс Шаповалової, індекс Руф'є, силовий індекс, проба Яроцького, проба Ромберга, тест Fleischmann наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

Середньостатистичні показники функціональних проб дослідження

Показники	Індекс Руф'є	Індекс Скібінської	Індекс Шаповалової	Силовий Індекс (%)	Проба Яроцького (с)	Проба Ромберга (с)	Тест Fleischmann (см)
Х середнє	4,6	529	97,9	46,8	69,7	36,4	41,4
t	0,9	1,4	1,4	0,7	1,5	1,2	0,9
trp.	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05

Відповідно до визначення функціонального стану опорно-рухового апарату юних спортсменок за результатами індексу Шаповалової середньостатистичний показник склав 107,4 у.о., що є показником вище середнього.

Відповідно до визначення функціонального стану розвитку сили м'язів верхнього плечового поясу визначався силовий індекс. Аналізуючи дані наших досліджень ми виявили, що середньостатистичний показник в складає 46,8% і є вище за середній.

Оцінку функціонального стану вестибулярного аналізатора визначали

за результатами координаційної проби Яроцького. Аналіз середньостатистичного показника склав 69,7 с і є вище за середній.

Оцінка функціонального стану вестибулярного аналізатора визначалася за результатами статичної проби Ромберга, середньостатистичний показник склав 36,8 с і є вище за середній.

Функціональний стан хребта ми визначали за результатами тесту Fleischmann. Аналіз середньостатистичних показників зазначає, що цей показник складає 41,4 см і є високим.

Показники аеробних можливостей юних спортсменок відділення аеробіки та функціонального стану серцево-судинної системи ми визначали за результатами індексу Руф'є. Середньостатистичний показник за цим індексом склав 4,6 у.о. і характеризує добру роботоздатність серця.

Показники, що характеризують рівень фізичної підготовленості наведено у таблиці 3.

Таблиця 3

**Результатитестування рівня фізичної
підготовленості юних спортсменок 8-9 років**

Тестові завдання		ЕГ		
		М	$\pm \sigma$	$\pm m$
1	Піднімання тулубу в сід (раз.)	34,8	1,26	1,29
2	Згинання і розгинання рук в упорі лежачі (раз.) упорі лежачі	20,6	2,75	0,54
3	«Чониковий біг 4x9 » (с.)	9,2	12,6	0,04
4	«Фламініго» (раз.)	15,8	7	0,52
5	Нхил тулуба вперед з положення сидячи (раз.)	24,4	6,01	1,09
6.	Контрольні вправи на «прояв перехресної координації в русі і рухової пам'яті» (бали)	16,2	6,4	0,13

Показники розвитку сили м'язів черевного пресу визначалися за допомогою рухового тесту «Піднімання тулубу в сід». Аналіз результатів тесту показав, що 62,7% спортсменок відділення аеробіки мають високий результат, 25,1% отримали показники вище середнього, та 12,2% середній результат.

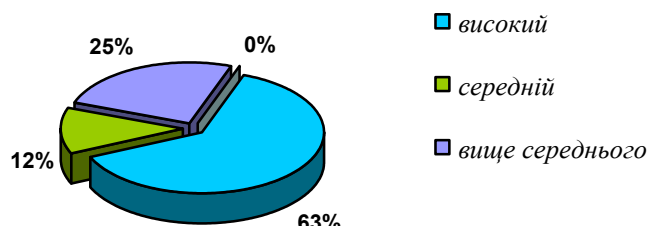


Рис.1 Показники рухового тесту
«Піднімання тулубу в сід»

Показники розвитку сили верхнього плечевого поясу визначалися за

допомогою тесту «Згинання-розгинання рук в упорі лежачі». За результатами цього тесту юні спортсменки показали високі результати, жодна спортсменка не показала середнього, вище середнього, нижче середнього та низького результату за результатами тесту «Згинання-розгинання рук в упорі лежачі».

Для визначення рівня швидкісних та координаційних здібностей застосовувався тест «Човниковий біг 4х9 м ». Результати цього тесту спортсменок 8-9 років в 44,2% має високий рівень, 35,8% спортсменок мають результати вище середнього.

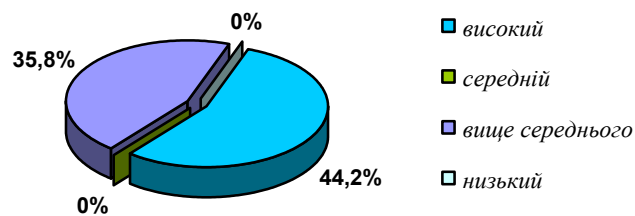


Рис. 2 Показники за тестом «Човниковий біг»

Також для визначення кординаційних здібностей застосовувався контрольний тест «на прояв перехрестної координації рухів та рухової пам'яті ». Результати показали, що 23% спортсменок відділення аеробіки отримали високий результат, вище середнього мають 47% спортсменок та середній рівень 30% .

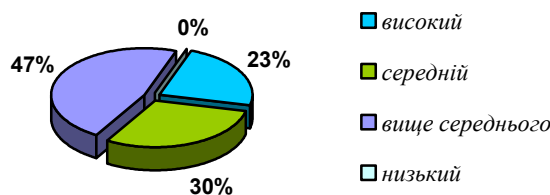


Рис. 3 Показники за тестом «Перехрестної координації рухів та рухової пам'яті»

Для визначення рухливості у кульшовому суглобі ми проводили тест на гнучкість «Нахил тулуба вперед з положення сидячі». Результати показали, що розвиток гнучкості є високим у 100% юних спортсменок.

З метою оцінки рівноваги ми застосовували тест на утримання пози системи Єврофіт «Фламініго». Результати цього тесту були такими: 16,7% високий результат, 53,2% отримали результат вище за середній та 30,1% спортсменок показали середній результат.

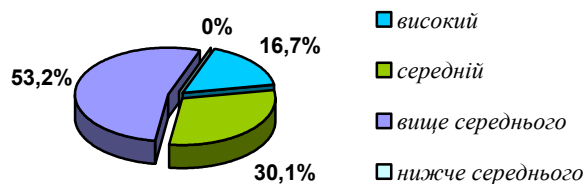


Рис. 4 Показники за тестом
Фламініго

Висновки. Проаналізувавши вихідні результати морфо-функціональних показників юних спортсменок 8-9 років відділення аеробіки було встановлено, що середньостатистичні показники фізичного розвитку за всіма показниками перевищують середньостатистичні нормативи дітей того ж віку.

Визначивши показники фізичного стану юних спортсменок ми отримали такі результати:

- морфологічний стан юних спортсменок за всіма показниками фізичного розвитку відповідає віковій нормі, а за деякими навіть перевищує їх. Це обумовлено насамперед позитивним впливом систематичних занять аеробікою на етапі базової підготовки;

- функціональний стан юних спортсменок 8-9 років зазначив таке: за результатами оцінки індексу Шаповалової середньостатистичні показники є вище середнього; за результатами оцінки силового індексу виявлено, що середньостатистичні показники є вище за середні; результати проби Яроцького свідчать, що цей показник відповідає рівню вище за середній; результати проби Ромберга вказують на те, що середньостатистичний показник є вищим за середній; показники тесту Fleischmann свідчать про високий рівень; результат індексу Руф'є складає вказує на добру працездатність серцево-судинної системи юних спортсменок;

- рівень фізичної підготовленості юних спортсменок відділення аеробіки свідчать про те, що: показники тесту «згинання і розгинання рук в упорі лежачі» і «нахил тулуба вперед з положення сидячи» відповідають високому рівню; результати тесту «піднімання тулубу в сід» є високими; за результатами рухових тестів «фламініго», «човниковий біг», «координація рухів» показники є вище за середні.

Список використаної літератури

1. Баранов А. А. Физиология роста и развития детей и подростков: (теоретические и клинические вопросы). Т.1: Руководство / Ред. А. А. Баранов, Л. А. Щеплягина. - [2-е изд.]. - М.: ГЭОТАР – МЕДИА, 2006. - 432 с.
2. Бардов В.Г. Гігієна та екологія: Підручник / За редакцією В.Г. Бардова. - Вінниця: Нова Книга, 2006. - 406 с.
3. Горбунов В.А. Гимнастика в системе специализированных средств подготовки спортсменов в спортивной аэробике : метод, пособие /

- В.А. Горбунов; Иркутский техникум физ. культуры. - Иркутск : [б.и.], 2001. — 78 с.
4. Дрозд О.В. Фізичний стан студентської молоді України та його корекція: автореф. дис. ... канд. наук з фізич. вихов. / О.В. Дрозд. – Луцьк, ВДУ ім. Л. Українки, 1999. – 21 с.
5. Зайцев В.П. Контроль за динамикой состояния здоровья и двигательной активности студентов / В.П. Зайцев // Вопросы физического воспитания студентов. – Вып. 22. – М., 1991. – С. 3–6.
6. Котов Є.О. Підготовка студентів вищих закладів освіти до самостійних занять фізичними вправами: дис. ... канд. наук фіз. вих. / Є.О. Котов. – Луцьк, 2003. – 178 с.
7. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. вузів фіз. вихов. і спорту: в 2 т. / За ред. Т.Ю. Круцевич. – Т. 1. – Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. – К.: Олімпійська література, 2008. – 391 с.
8. Шлёмин А.М. Юный гимнаст / А.М. Шлёмин.- М.: Физкультура и спорт, 1973. –376 с.

М.І. Дорошенко

кандидат психологічних наук,
доцент

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЯК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Актуальність теми. Сьогоденне життя людини пов'язане з багатьма небезпеками. Однією з них є постійна загроза її здоров'ю, як фізичному, так і духовному (психічному).

Психічне здоров'я людини, умови формування та розвитку здорової особистості є одними з актуальних проблем психологічної науки, вивченням яких займається психологія здоров'я. Проте, існує розбіжність у думках про предмет її вивчення, завдання та методи. З найдавніших часів людство прагнуло приділяти увагу своєму здоров'ю.

З розвитком психології як самостійної науки, на початку ХХ століття погляди щодо здоров'я людини та умов його збереження та вдосконалення також не були однозначними.

Мета роботи: розкриття психологічного забезпечення здоров'я на основних етапах життєвого шляху людини.

Методика дослідження: психологія здоров'я – це наука про психологічні причини здоров'я, про методи і засоби його збереження, зміцнення і розвитку [2, с. 9].

В психологічну літературу поняття психічного здоров'я стало входити

порівняно недавно. Майже в всіх психологічних словниках термін «психічне здоров'я» відсутній. Тільки в словнику А. Петровського і Г. Ярошевського зроблена спроба визначити це поняття з точки зору психології. Психологічне здоров'я розглядається в словнику як стан душевного благополуччя, яке характеризується відсутністю хворобливих психічних явищ і яке забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки і діяльності.

Основним теоретичним завданням психології здоров'я вважають О. Васильєва та Ф. Філатов побудову гіпотетичної моделі здорової особистості. Автори розглядають здоров'я як складний, багатомірний соціокультурний феномен, що відображає найбільш значущі біологічні, психологічні, соціальні та духовні аспекти буття людини.

О. Бойко розглядає психологію здоров'я у протиставленні з патопсихологією, на відміну від якої, психологія здоров'я акцентує увагу на здорових формах і способах розвитку особистості людини. Виступаючи фундаментом валеології, на думку автора, психологія здоров'я має превентивний характер і покликана знаходити перспективи у збереженні та зміцненні здоров'я [3].

Отже, більшість сучасних дослідників у галузі психології здоров'я дотримуються думки про те, що основним завданням цієї науки є пошук шляхів збереження і зміцнення здоров'я людини. Крім того, ця наука включає визначення причин виникнення психічних захворювань чи відхилень у поведінці, а також шляхів подальшого розвитку здоров'я особистості, її самовдосконалення.

Існує багато підходів до розуміння і вирішення цієї проблеми. Сам термін «психічне здоров'я» неоднозначний, він, ніби, зв'язує дві науки і дві області практики – медичну і психологічну.

Результати дослідження. В «Енциклопедичному словнику медичних термінів» терміну «психічне здоров'я» немає, але є просто «здоров'я». Дуже важливо, що терміном «здоров'я» визначається «стан повного душевного, фізичного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів».

В ряді психологічних робіт психічне здоров'я прирівнюється до переживання психологічного комфорту і психологічного дискомфорту.

Проблемами психічного здоров'я займалися багато вітчизняних вчених, зокрема О. Кочерга, О. Васильєв, І. Сікорський, В. Бехтерев, О. Лазурський, Л. Виготський, В. М'ясищев, С. Рубінштейн, О. Леонтьєв, К. Платонов, Г. Костюк, П. Чамата, О. Кульчицький, О. Ткаченко, В. Моргун, О. Дусавицький, І. Бех, Б. Цуканов

Основною умовою нормального психосоціального розвитку (крім здорової нервової системи) вважається спокійна і сприятлива обстановка, яка створена завдяки постійній присутності батьків чи заміняючи їх осіб, які уважно відносяться до емоціональних потреб дитини, розмовляють і грають з ним, підтримують дисципліну, створюють необхідний нагляд і

забезпечують матеріальними засобами, які потрібні сім'ї. Підкреслюється, що в той же час потрібно надавати дитині більше самостійності і незалежності, давати йому можливість спілкуватися з іншими дітьми і дорослими поза домом і забезпечувати відповідні умови для навчання. «Багато дітей не мають таких умов», – констатується в доповіді.

Висновки. Психологічний аспект психічного здоров'я якраз пропонує увагу до внутрішнього світу дитини до його впевненості чи невпевненості в собі, в своїх силах, розумінню їм своїх власних можливостей, інтересів, його відношенню до людей, навколишньому світу, подіям, що відбуваються, до життя як такого.

Психічне здоров'я особистості залежить від багатьох факторів: правильного харчування, режиму дня, перебування на свіжому повітрі, рухової активності і т.д. Але особливе місце в цьому переліку належить психологічному комфорту. Дуже часто психологічний дискомфорт виникає в результаті фрустрації (незадоволенні) потреб дитини. При авторитарному стилі виховання з боку батьків, вихователів дошкільного закладу або вчителів школи діти відчувають фрустрацію таких життєво важливих потреб, як потреба в безпеці, любові, спілкуванні, пізнанні разом з дорослими оточуючого світу. Постійні очікування небезпеки з боку оточуючих, безперервні стресові перевантаження викликають виснаження ще не зовсім сформованої нервової системи дитини, що призводить до різноманітних соматичних і функціональних захворювань.

Список використаної літератури

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. - М., 1995.
2. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. - СПб.: Речь, 2006. - 384 с.
3. Бойко О.В. Охрана психического здоровья: Учеб. Пособие для студ. высш. учеб. Заведений / О.В. Бойко. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 268 с.
4. Васильева О.С. Психология здоровья человека / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. - М.: Академия, 2001. – 352 с.
5. Водопьянова Н.Е. Психология здоровья / Н.Е. Водопьянова, Н.В. Ходырева // Вестник ЛГУ. - Серия 6. - Вып.4. - 1991. - С 50-58.
6. Лисицын Ю.П. Детерминационная теория медицины / Ю.П.Лисицын, В.П.Петленко. - СПб.: Питер, 1992.

С.Г. Кушнірюк
кандидат наук з
фізичного виховання
і спорту, професор
(Бердянський державний
педагогічний університет)

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА КОНТРОЛЬ ВІДВІДУВАННЯ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Актуальність теми. Фізичне виховання і спорт у вищих навчальних закладах є могутнім оздоровчим чинником для студентської молоді, що сприяє підвищенню їхньої фізичної працездатності, активності в навчальному процесі та підготовці до майбутньої професійної діяльності. У зв'язку з цим слід завжди пам'ятати, що фізична культура – це не тільки всебічний розвиток м'язової системи, опорно-рухового апарату, але і своєрідне вдосконалення функціональної діяльності провідних фізіологічних систем організму, зокрема, серцево-судинної і дихальної, оптимізація обмінних процесів тощо, що, зрештою, і зумовлює найбільш оптимальний рівень фізичного здоров'я студентської молоді.

Мета роботи – розкрити особливості організації та контролю відвідування занять з фізичного виховання у вищих навчальних закладах.

Результати дослідження. Будь-яка форма проведення занять з фізичного виховання повинна здійснюватися як організований педагогічний процес. Теоретичні заняття проходять у вигляді лекцій, методичних занять і бесід. Практичні заняття проходять у вигляді організованого виконання гімнастичних вправ, у тренажерному залі або з видів спорту (плавання, спортивних ігор тощо). В обов'язковому порядку на практичних заняттях має бути присутньою розминка, основна і завершальна частини.

До кожної академічної групи кафедра прикріплює на весь навчальний рік, викладача, який відповідно до робочої програми складає план-графік навчального процесу й оформляє журнал обліку проведення занять.

Всі студенти на першому курсі проходять обов'язковий медичний контроль, відповідно до результатів якого розподіляються в основні, підготовчі та спеціальні медичні групи. Робота з фізичного виховання і спорту вищих навчальних закладів здійснюється на основі планів, розроблених кафедрою фізичного виховання згідно з директивними документами вищих інстанцій, затверджених деканатом або директором інституту.

У практиці роботи кафедр фізичного виховання у вищих навчальних закладах заняття проводяться, як правило, на 1-2 курсах у вигляді академічних навчальних занять (обов'язкових і факультативних), які є основою системи фізичного виховання у вищій школі (по 4 години на тиждень). На всіх наступних курсах, в кращому випадку, студенти

займаються по 2 години на тиждень на обов'язкових факультативних заняттях. У зв'язку з цим у край необхідно створювати студентам умови для факультативних і академічних навчальних занять як на молодших, так і на старших курсах. Одночасно з цим особливу увагу необхідно приділити фізичному вихованню і зміцненню здоров'я студентів, які мають слабкий фізичний розвиток і недостатню фізичну підготовку.

Кафедра фізичного виховання разом з медичним студентським диспансером проводить лікарський контроль, де враховуються такі дані: 1 – стан здоров'я і фізичний розвиток; 2 – розподіл студентів за медичними групами; 3 – розподіл студентів підготовчих і спеціальних медичних груп за характером та ідентичністю захворювань; 4 – організація лікувальної фізичної культури на кафедрі фізичного виховання; 5 - додатковий лікарський контроль і консультації лікарів; 6 - медичне обслуговування змагань.

Дані лікарського контролю обов'язково доводяться до відома студентів, як правило, у вигляді підбадьорювальної бесіди з курсом на одужання за рахунок лікувальної фізичної культури, зокрема, оздоровчої комплексної гімнастики. Викладачі у своїй подальшій роботі керуються як показниками лікарського контролю, так і фізичними та спортивними показниками студентів. У процесі практичної лікувальної фізкультури до лікаря можуть бути направлені студенти, стан здоров'я яких викликає у викладача сумніви.

Для нормальних умов роботи із спецгрупами необхідно, щоб викладачів не перенавантажували великою кількістю груп, а їх склад не перевищував 15-20 осіб. З метою розвитку спортивної майстерності студентів у різних видах спорту і досягнення при цьому високих спортивних результатів у вищих навчальних закладах організовуються факультативні курси спортивного вдосконалення з багатьох видів спорту, починаючи з першого і подальших курсів. Заняття найчастіше проводяться три рази на тиждень по дві години.

Кожний студент може обрати будь-який вид спорту для вдосконалення, але при наявності певного рівня майстерності. У програмі фізичного виховання повинні бути диференційовані заняття з жіночими групами, і для них визначена спрямованість фізичних вправ на розвиток правильної постави, гнучкості, зміцнення м'язів тазу і вдосконалення дихальної, серцево-судинної систем за рахунок бігових і гімнастичних вправ.

Кафедра розробляє і затверджує систему залікових вимог, які повинні бути відомі студентам на початку навчального року. Обсяг вимог на семестр встановлюється на засіданні кафедри фізичного виховання відповідно обсягу програмного матеріалу. Студенти, які займаються в основній групі, виконують залікові вимоги, затверджені на кафедрі, в повному обсязі.

Студенти, які відвідують навчально-тренувальні заняття з різних видів спорту регулярно, складають три-чотири контрольні нормативи, специфічні для цього виду спорту, на розсуд викладача-тренера.

Студенти підготовчої медичної групи складають контрольні нормативи не за повною програмою, а на розсуд лікаря і викладача.

У спеціальній медичній групі студенти звільняються від контрольних нормативів взагалі або частково, залежно від характеру захворювання і часу лікування. На теоретичних заняттях цей контингент студентів вивчає лікувальну фізичну культуру, лікарський контроль і самоконтроль, а потім готує реферат за пройденим матеріалом замість практичних контрольних нормативів. Медичний, педагогічний контроль і самоконтроль у вищих навчальних закладах має важливе значення у правильній організації і здійсненні постановки фізичного виховання студентів.

Сьогодні відвідування студентами занять з фізичного виховання у вищих навчальних закладах залишає бажати кращого, особливо на 3-4 курсах. Починаючи з другого курсу, відвідування занять з арифметичною прогресією знижується з 70% до 44% на 4 курсі.

Аналіз проблеми засвідчує, що такий низький рівень пов'язаний, у першу чергу, з небажанням великої кількості студентів регулярно займатися фізичною культурою і спортом. Слід зазначити, що це стосується студентів, які займаються в основній групі, і окрім студентів спеціальної медичної групи і їхніх колег, які займаються в збірних командах за видами спорту.

Висновки. Отже, у процесі занять за курсом фізичної підготовки у студентів виховується звичка і позитивна мотивація до регулярних занять фізичними вправами, а також формується схильність до того або іншого виду спорту. Одночасно завдяки загальній фізичній підготовці вирівнюються відстаючі рухові якості і фізичні можливості, що практично робить студента фізично здоровим.

Основною причиною несистематичного відвідування студентами занять, на наш погляд, є недостатнє розуміння ними необхідності занять фізичною культурою і спортом з метою підвищення загальної життєдіяльності організму і рівня здоров'я.

Аналіз цього питання засвідчує, що **для поліпшення відвідування студентами занять з фізичного виховання необхідна практична реалізація таких принципів:**

- якість проведених занять і різноманітність їх засобів і методів;
- допустимість виконання вправ, їх обсягу й інтенсивності з урахуванням правильного дозування;
- короткі роз'яснювальні бесіди про спрямованість виконання фізичних вправ і розвиток фізичних якостей;
- стабільність розкладу;
- доступність контрольних і залікових тестів;
- виконання доступних проміжних тестів упродовж місяця навчання;

- систематичність і оперативність контролю за відвідуванням студентами занять;
- щомісячний підсумковий аналіз відвідуваності, з'ясування причин пропуску занять з використанням індивідуальних або групових бесід;
- при отриманні заліку урахувати питання відвідування занять, а не тільки принципове виконання всіх контрольних нормативів;
- контрольні нормативи повинні розглядатися як результат адекватності підготовки до них;
- контрольні проміжні нормативи дозволяють з'ясувати індивідуальні сильні та слабкі фізичні можливості студентів, що є інструментом подальшої спрямованості навчальних занять;
- створення психологічної впевненості щодо необхідності розвитку тих або інших фізичних якостей і рухових умінь;
- не допускаються пропуски занять без поважної причини;
- агітаційні і пропагандистські бесіди про необхідність занять фізичною культурою і спортом.

Список використаної літератури

1. Абзалов Р. А. Развивающееся сердце и двигательный режим / Р. А. Абзалов, Ф. Г. Ситдилов. – Казань : Из-во Казанск. гос. пед. ун-та, 1998. – 95 с.
2. Адаптивные реакции организма старших школьников к физическим и умственным нагрузкам : [межвуз. сб. научн. тр.]. – Пермь : ПГПИ, 1990. – 122 с.
3. Березовский А. П. Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов / А. П. Березовский, В. С. Непейвода, В. П. Березовская. – Кривой Рог : КГРИ, 1989.
4. Казин Э. М. Использование модели физиологического мониторинга для комплексной оценки адаптивных возможностей учащихся в процессе образовательной деятельности / Э. М. Казин, Л. Г. Лушпа, А. И. Федоров // Физиология человека. – 2002. – Т. 28. – №4. – С. 59-62.
5. Круцевич Т. Ю. Методы исследования индивидуального здоровья детей и подростков в процессе физического воспитания: [учебн. пособ.] / Т. Ю. Круцевич. – К. : Олимпийская литература, 1999. – 232 с.
6. Маліков М. В. Методи оцінки функціонального стану і фізичної працездатності організму: [навч.-метод. посіб.] / М. В. Маліков. – Запоріжжя, 2001. – 85 с.
7. Моргачев В. А. Физическое воспитание студентов вузов, зачисленных в специальную медицинскую группу / В. А. Моргачев, Н. В. Петров, М. Н. Тарасенко. – М. : Высшая школа, 1965.
8. Платонов В. Н. Теория и методика спортивной тренировки / В. Н. Платонов. – К. : Вища школа, 1984.

9. Тарасенко М. П. Физическое воспитание студентов ВУЗов в специальном учебном заведении / М. П. Тарасенко, В. В. Пономарева. – М. : Высшая школа, 1976.
10. Фомин Н. А. Физиологические основы двигательной активности / Н. А. Фомин, Ю. Н. Вавилов. – М. : Физкультура и спорт, 1991. – 224 с.

Р.І. Літус

ст. викладач

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ЛЕГКОЮ АТЛЕТИКОЮ НА ОРГАНІЗМ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Актуальність теми в підлітковому віці у студентів відзначаються значні морфологічні і функціональні зміни в організмі в порівнянні з підлітковим віком. За даними ряду авторів, у цьому віці настає сприятливий період для розвитку витривалості. На цей час є велика кількість методик розвитку витривалості, але, не дивлячись на це, рівень витривалості у студентів перебуває на низькому рівні.

Мета роботи. Проблема вдосконалення витривалості з юнацького віку є однією з найважливіших у фізичному вихованні та спортивному тренуванні. Виховання витривалості в спортивних цілях має сприяти масовому зміцненню здоров'я підростаючого покоління, що особливо важливо у зв'язку з гіпокінезією у підлітків 17 – 19 років та наростанням акселерації фізичного розвитку, тому ступінь досліджуваності проблеми є актуальною.

Методика дослідження - розглянути психологічні умови розвитку витривалості на заняттях з легкої атлетики у віці 17 – 20 років. Визначення особливостей психологічних умов розвитку витривалості.

Результати дослідження. У роботі з юними легкоатлетами необхідно враховувати анатомо-фізіологічні особливості юнацького організму, які є важливими показниками. У процесі росту і розвитку організм студента у всіх функціональних системах зазнає постійних змін. Так, наприклад, максимальні темпи росту у дівчат в 11-12 років, у хлопчиків - в 13-14 років, по 6-7 см. на рік. Максимальний приріст м'язової маси зазначається у дівчаток у віці 13, у хлопчиків 14 років, по 4-5 кг. на рік. До 14-15 років розвиток м'язово-связачного апарату досягає високого рівня, а тканинна в скелетних м'язах вже мало відрізняється від м'язів дорослих людей [1].

У віці 16 – 18 років визначається більш чітко співвідношення різних частин тіла, тип статури, які мають визначальне значення у виборі спортивної спеціалізації. Вченими доведено, що тип статури і спортивні досягнення тісно взаємопов'язані. При цьому тип статури генетично обумовлений і майже не піддається впливу тренувань [2].

Серед засобів фізичного виховання підлітків та юнаків різні види бігу, стрибків і метань займають одне з найважливіших місць. Це пояснюється їх доступністю, динамічністю, емоційністю і природністю. Правильно організовані заняття з легкої атлетики в комплексі з іншими засобами фізичного виховання мають сприяти:

1. зміцненню здоров'я підлітків;
2. гармонійному фізичному розвитку;
3. розвитку фізичних, моральних і вольових якостей;
4. вихованню організаційно-фізкультурних та санітарно – гігієнічних навичок.

Уміло застосовані легкоатлетичні вправи сприяють поліпшенню обміну речовин, зміцненню нервової, серцево-судинної і дихальної систем, а також формуванню правильної постави. Готуючи студентів до досягнення високих спортивних результатів, не слід забувати, що його організм відрізняється від організму дорослої людини.

Питання про діапазон змін різних показників фізичного розвитку підлітків в різні вікові періоди у зв'язку зі спеціалізованим впливом рухової діяльності і середовища представляє дуже великий інтерес. Систематична, добре організована тренування зазвичай, як зазначалося вище, призводить до поліпшення функцій серцево-судинної системи, поліпшує реакцію на м'язову роботу, розширює функціональні можливості підлітків 16 – 20 віку. Так, наприклад, при проведенні функціональних проб (інтенсивний біг протягом 7 хвилин) була виявлена значна різниця у тренуваних і нетренуваних юних спортсменів за даними електрокардіографії.

Таким чином, під впливом фізичних вправ у студентів збільшуються резервні можливості дихання; чітко зростає ЖЕЛ, зростає киснево-транспортна функція кровообігу, зростає киснева ємність крові, удосконалюються механізми тканинного дихання, зростає здатність продовження фізичних навантажень з утворенням більшого кисневого боргу [3].

У процесі систематичних спортивних тренувань у юних спортсменів поліпшується нейрогуморальна регуляція дихання при м'язовій роботі, забезпечується краще узгодження роботи дихання при виконанні вправ як з м'язової, так і з іншими функціональними системами організму; відзначається зростання процесів економізації системи дихання в умовах спокою, і при стандартних фізичних навантаженнях.

Висновки.

Витривалість - це здатність виконувати роботу певної інтенсивності протягом більшого часу, долаючи опір як зовнішньої, так і внутрішньої сфери. Здатність до тривалої безперервної роботи помірної потужності, в якій бере участь більшість м'язів рухового апарату, характеризує загальну витривалість. Загальна витривалість служить базою для придбання різних видів спеціальної витривалості.

Виховання витривалості здійснюється шляхом вирішення рухових

завдань, що вимагають мобілізації психічних і біологічних процесів організму.

Засобами для розвитку витривалості можуть бути вправи, які володіють наступними ознаками:

- 1) активне функціонування більшості або всіх великих ланок опорно-рухового апарату;
- 2) переважно аеробне енергозабезпечення м'язової роботи;
- 3) порівняльно значна сумарна тривалість роботи;
- 4) помірна, велика і мінлива інтенсивність роботи.

Список використаної літератури

1. Акрушенко А.В. Психологія розвитку та вікова психологія. Конспект лекцій / А. Акрушенко, О. Ларіна, Т. Катарьян. - М.: Ексмо, 2008. – 102 – 104 с.
2. Безруких М.М. Вікова фізіологія (фізіологія розвитку дитини). / М. Безруких, В. Сонькін, Д. Фарбер. - М.: Академія, 2009. – 88 – 91 с.
3. Сапін М.Р. Анатомія та фізіологія людини з віковими особливостями дитячого організму / М. Сапін, В. Сівоглазов. - М.: Академія, 2009. – 99 – 102 с.

Р.І. Літус

ст. викладач

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ПЛАНУВАННЯ НАВАНТАЖЕННЯ АТЛЕТИЧНОЇ ГІМНАСТИКИ НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Актуальність теми. Проблеми соматотипування молоді в області атлетичної гімнастики, культуризму та інших видів спорту, де основним показником успіху є гармонійно розвинене тіло. При практичному використанні мова йде про відносну індивідуалізацію. У реальній спортивній практиці індивідуалізація завжди відносна, тому ступінь досліджуваності проблеми є актуальною.

Мета роботи. Удосконалювання методичних підходів до підвищення функціональних можливостей організму студентської молоді.

Методика дослідження - аналіз різноманітних методик з ідентифікації типологічної приналежності людини та подальший вплив роботи з обліком його конституціонально-типологічних можливостей.

Результати дослідження. Актуальність конституціонально-типологічного підходу в дослідженнях організму людини вже не викликає сумнівів. Це дозволяє одержати цілісні показники, що поєднують у собі вплив індивідуального, генетичного та навколишніх факторів, що визначають особливості реактивності організму [2].

Термін «конституція» походить від латинського олова "constitutio", що

в перекладі означає обладнання або будову чого - небудь. Таким чином, соматотип - це тип приватної тілесної анатомічної конституції. Соматотип (греч. soma - тіло, typos - відбиток, зразок) - складова частина фенотипу людини, конституції. Соматотипірування - об'єднання індивідуальних конституцій по спільності будови тіла. Соматотипірування проводиться шляхом оцінки трьох незалежних рівнів варіювання - габаритного, компонентного та пропорційного. Оцінка типу тілесної конституції найчастіше здійснюється з використанням різного роду схем, основу яких становлять такі ознаки, як форма грудної клітки, спини, живота, ступінь жировідкладання, розвиток мускулатури й кісткової тканини, товщина шкіри, поздовжні розміри тіла, його діаметр, вага, об'ємні розміри.

Природно, що в чистому виді зазначені конституціональні типи зустрічаються досить рідко, і в кожного індивіда в тому або іншій комбінації представлені всі три компоненти конституції. Тому кожний з компонентів оцінюється окремо по семибальній системі: балом 1 позначається його дуже слабка виразність, балом 2 - слабка, балом 3 - нижче середньої, балом 4 - середня і т.д. Сума оцінок (не менш дев'яти й не більш дванадцяти) позначається тризначною цифрою, перший знак якої характеризує ступінь виразності елементів ендоморфії, другий - мезоморфії й третій - екторморфії.

Таким чином, у цілому можна констатувати, що між типом статури і силовими здатностями людини (властиво силовим, швидкісно-силовим та силовою витривалістю) є певний зв'язок.

Дослідження показали, що найбільш продуктивними для підвищення фізичних можливостей молоді були комплекси вправ, спрямовані на вдосконалювання найбільш розвинених рухових якостей, причому обсяг вправ, спрямованих на розвиток провідних рухових якостей, становив у середньому 60% від загального фізичного навантаження. Цей підхід нагадує методичний принцип, який використовується в процесі спортивної підготовки [3].

Досвід показує, що юні спортсмени практично завжди відрізняються від своїх однолітків по всьому комплексу показників моторики, хоча мають звичайно відносно вузьку спеціалізацію. При таких заняттях моторна щільність занять і середня інтенсивність навантаження може бути підвищена на 20-30 %, що також позитивно позначається на ефективності тренувального процесу.

Для реалізації будь-якої типоспецифічної методики в основному застосовують груповий (індивідуально-груповий) спосіб проведення занять. Кожну групу становлять зі студентів одного типу конституції. Під загальним керівництвом викладача роботою кожного відділення керує старший відділення (хто-небудь із найбільш підготовлених студентів). Учитель перебуває в тому відділенні, яке виконує найбільш складне завдання. Однак він час від часу підходить і до інших відділень,

перевіряючи їх роботу. Для організації таких занять широко використовується метод колового тренування [1].

Висновки. Аналіз теорії та практики фізичного виховання свідчить, що індивідуалізація можлива лише при використанні об'єктивних і простих методів диференціації студентів на групи, визначення спрямованості впливу та складу засобів, відповідних до особливостей учнів.

Список використаної літератури

1. Безруких М.М. Фізіологія розвитку дитини: теоретичні та прикладні аспекти/ М.Безруких, Д.Фабер. – М.: Утвір від А до Я., 2000. – 302– 304 с.
2. Вишневський В.А. Здоров'язбереження в школі (педагогічні стратегії та технології) / Володимир Антонович Вишневський. – М.: Теорія і практика фізичної культури, 2002. – 270 с.
3. Жуков О.Ф. Фізична підготовка та особливості статури школярів / О.Жуков, С. Льовушкін. – Фізична культура в школі. – 2004. – № 6. – С. 46 – 49.

Т.П. Малихіна

кандидат психологічних
наук, доцент
(Бердянський державний
педагогічний університет)

ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ У ВНЗ

Актуальність теми. Надзвичайно актуальним завданням сучасного суспільства є збереження психологічного здоров'я підростаючого покоління. В житті людини завжди наявна велика кількість стресогенних факторів, що негативно впливають не тільки на її фізичне здоров'я, а і, в першу чергу, на психологічне. В юнацькому віці людина піддається таким стресогенним факторам, як надто високе навантаження в навчанні, недостатня підтримка з боку викладачів, неможливість впливати на прийняття рішень, монотонність навчання, обмаль часу для відпочинку, брак інтересів поза навчанням або велике завантаження іншою діяльністю. Не менш важливим фактором є невизначеність працевлаштування за фахом, що можуть викликати у студентів емоційний дискомфорт, накопичення якого призводить до виникнення синдрому емоційного вигорання. Питання збереження психологічного здоров'я підростаючого покоління особливо актуальне в період професійного навчання.

Вивченню проблеми синдрому емоційного вигорання присвячена значна кількість робіт у закордонній науці і практиці – Aronson E., Jakson S., Pines A., Walker S., Cole M., Maslach C., Leiter M., . Менш вивчений даний феномен у вітчизняній науці, хоча в останні роки на цю тему

опубліковано ряд робіт Бойко В.В., Орел В.Е., Рукавишников А.А., Старченкове Е.С. та ін..

Метою роботи є теоретичне та емпіричне дослідження рівня емоційного вигорання у студентів на різних етапах їх навчання у вищому навчальному закладі.

Методика дослідження. Студентський вік створює умови не тільки для особливого становища молодой людини у навчанні, а й для оволодіння іншими можливостями, ролями та цілями. В студентському віці змінюються риси внутрішнього світу і самосвідомості, еволюціонують і перебудовуються психічні процеси і властивості особистості, змінюється емоційно-вольовий склад життя. З огляду на це студентство є більш вразливими до стрес-факторів, що можуть призвести до емоційного вигорання.

Емоційне вигорання – це реакція фізіологічної та психологічної сфер людини, що виникає внаслідок тривалого впливу стресів середньої інтенсивності, що обумовлені її провідною діяльністю. Емоційне вигорання – це психічний стан, який характеризується виникненням відчуття емоційної спустошеності та втоми, викликаний провідною діяльністю людини, і поєднує в собі емоційну спустошеність, деперсоналізацію і редукцію професійних досягнень. Синдром емоційного вигорання (англ. – burnout), як особливий психічний стан здорових людей, що знаходяться в інтенсивному спілкуванні з клієнтами, пацієнтами, в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги у 1974 році охарактеризував Freudenberger Н.І. [3]. Важливо відзначити, що автори досліджень з емоційного вигорання, не мають одностайної думки. В одному випадку його розглядають як професійну деформацію, яка негативно позначається на діяльності загалом, а в іншому – як механізм психологічного захисту, який дозволяє регулювати психіку і захищати її від негативних емоційних впливів. [2].

У результаті аналізу літератури виявлено, що існує багато підходів до визначення структури синдрому «емоційного вигорання». Ми будемо користуватися тримірною моделлю синдрому, запропонованою В.В.Бойко. [1].

1. Напруження – утворюється внаслідок хронічної психоемоційної атмосфери, нестабільних, загострених обставин, підвищеної відповідальності й ускладнень у взаємодії з оточенням; напруга служить передвісником і «запускаючим» механізмом у формуванні емоційного вигорання, має динамічний характер, що обумовлюється вимотуючою постійністю або посиленням психотравмуючих чинників;

2. Резистенція – людина намагається певною мірою відгородити себе від неприємних вражень, зовнішніх впливів; опір наростаючому стресу починається з моменту появи тривожної напруги, це природно: людина усвідомлено або несвідомо прагне до психологічного комфорту, понизити

тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних в його розпорядженні засобів;

3. Виснаження – втрата всіх психічних ресурсів, зниження емоційного тону, що настають унаслідок того, що виявлений опір був неефективним; характеризується більш менш вираженим падінням загального енергетичного тону і ослабленням нервової системи, емоційний захист у формі «вигорання» стає невід'ємним атрибутом особи.

У дослідженні брали участь студенти першого та четвертого курсів Бердянського державного педагогічного університету. Нас цікавили різні аспекти синдрому емоційного вигорання, для визначення якого була використана методика В.В. Бойко.

Результати дослідження. Аналізуючи результати емпіричного дослідження рівня емоційного вигорання у студентів (див. Рис.1), ми виявили, що низький рівень сформованості першої фази емоційного вигорання «напруження» мають 37% студентів першого курсу та 48% четвертого, відповідно середній рівень – 50% та 36%, високий, тобто сформовану фазу – 13% та 16%. Низькі показники по сформованості другої фази емоційного вигорання «резистентність» відсутні на першому курсі, а на четвертому – 8%, середній рівень відповідно мають 50% та 48% досліджуваних, сформована друга фаза спостерігається у 50% та 44% відповідно. Низькі показники третьої фази емоційного вигорання «виснаження» має 24% та 28% на стадії формування синдрому знаходяться 63% та 45% досліджуваних, сформований синдром емоційного вигорання спостерігається у 13% першокурсників та 24% студентів четвертого курсу.

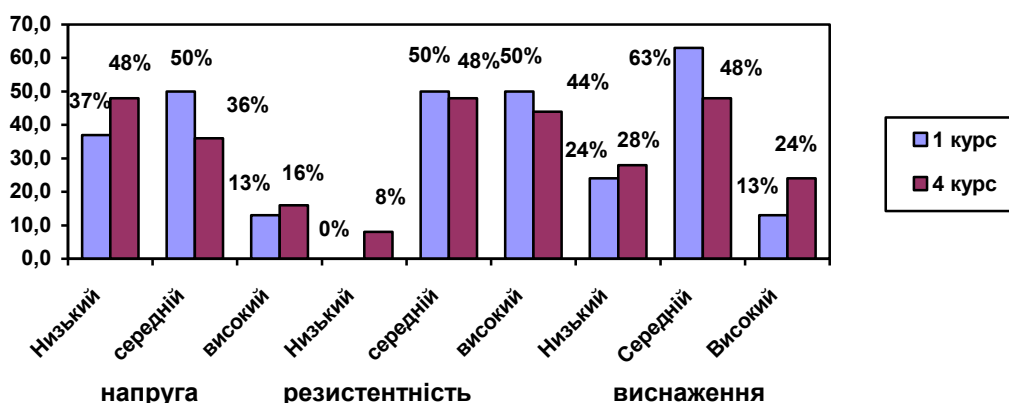


Рис.1. Рівень емоційного вигорання у студентів

Порівнюючи результати дослідження першокурсників та випускників-бакалаврів можна сказати, що більшість старшокурсників знаходяться у фазі виснаження. Це на наш погляд пояснюється втомою від навчання, можливо одноманітністю організації навчального процесу, неоптимістичними перспективами працевлаштування.

Висновки. Підсумовуючи результати роботи можна зауважити, що

більш ніж половина студентів, незважаючи на курс навчання, мають ту, чи іншу ступінь емоційного вигорання. Різницю складають фази емоційного вигорання, в яких знаходяться студенти. Першокурсники переважно знаходять у фазах напруги та резистентності, а студенти четвертого курсу – у фазах резистентності та виснаження. У зв'язку з цим постає актуальним питання роботи над профілактикою емоційного вигорання студентів.

Список використаної літератури

1. Зайчикова Т.В. Соціально-психологічні детермінанти синдрому «професійного вигорання» у вчителів / Зайчикова Т.В.: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.05 /. — К., 2005. — 20с.
2. Орел В.Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. Ярославль, 1999. С. 76-97.
3. Freudenberger H.J. Staff burn-out. J Soc Issues / Freudenberger H.J. 1974; 30: 159—166.

Є.Л. Михалюк

доктор медичних наук,
професор
(Запорізький державний
медичний університет)

ВПЛИВ ІДЕНТИЧНОГО ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТХЕКВОНДИСТІВ І БОКСЕРІВ ВИСОКОГО КЛАСУ

Актуальність теми. Аналіз наукових публікацій останніх років показує, що дослідники, здійснюючи порівняння досліджуваних показників у спортсменів, дуже часто в якості контрольних груп використовують дані осіб, які не займаються спортом. При цьому, деякі з цих авторів, осіб які не займаються спортом, чомусь називають "нетренованими особами". Подібне формулювання, в даний час, викликає здивування, оскільки ігнорується спортивна термінологія, коли автори забувають про те, що тренуваними або нетренованими можуть бути тільки спортсмени [8]. Підтвердження цьому, є визначення відомих фахівців у педагогіці спорту вищих досягнень А.Н. Блеєра із співавт. [1], що "тренованість – це стан організму, що визначає рівень фізичної підготовленості спортсмена, яка є наслідком тренування".

Крім цього, є повідомлення, в яких порівнюються дані, отримані у представників гімнастики з представниками ігрових видів спорту, єдиноборців з представниками важкої атлетики, представниць спортивної аеробіки з бігунами на дистанції 800 метрів та ін.

Ми вважаємо, що порівняння досліджуваних показників у спортсменів може бути за віком, стажем занять конкретним видом спорту, спортивною

кваліфікацією, статтю, іноді довжиною і масою тіла (у єдиноборців, важкоатлетів, представників гирьового спорту), періодом тренувального процесу, а в спортивних іграх – за амплуа. Як один з варіантів, і досить важливих, можливі порівняння показників у спортсменів, які розвивають однакові фізичні якості, наприклад, витривалість у бігунів-марафонців і представників шосейних велогонок, або швидкість – у легкоатлетів-спринтерів і плавців-спринтерів.

Виходячи з цього нами в даній роботі представлені результати порівняння інтегральних показників функціонального стану у представників видів спорту, тренувальні та змагальні процеси яких супроводжуються ударами в голову. Причому, якщо в боксі це рукою в рукавичці, то в тхеквондо – ногою, що оцінюється суддями максимальною кількістю балів – три. Крім цього змагальний бій, як і спаринги в тхеквондо і боксі, мають дуже близьку формулу, в тхеквондо це 3 раунди по 2 хв, а в боксі 3 раунди по 3 хв з перервами, які тривають по одній хвилині.

Тхеквондо – ациклічний вид спорту, в якому тренувальна робота здійснюється переважно в анаеробній і анаеробно-аеробній зоні [9]. За один день змагання тхеквондисту іноді доводиться брати участь в 6-7-ми поєдинках, тому стають зрозумілими вимоги, пропоновані до рівня його швидко-силової підготовки, спеціальної витривалості [15]. У той же час спортсменам, поряд з підготовкою організму до роботи в анаеробних умовах, необхідне тренування, яке забезпечує розвиток аеробних можливостей організму [2]. На користь цього твердження свідчать дані В.І. Павлової із співавт. [9], яка у тхеквондистів отримала величини максимального споживання кисню (МСК), такі ж, як і у представників видів спорту, що пред'являють значні вимоги до аеробного енергопостачання. Е. Bouhlef et al. [17] вважає, що аеробна витривалість, спільно з анаеробною продуктивністю повинна бути включена для оцінки функціонального стану тхеквондистів. Крім цього, для оцінки функціонального стану тхеквондистів Юй Шань [15] рекомендує застосовувати ще й варіаційну пульсометрію з аналізом індексу Р.М. Баєвського.

Сучасному боксу притаманна ациклічна робота змінної потужності (під час бою потужність може відповідати субмаксимальній) з розвитком якостей спритності, швидкості і сили. Крім того, такі риси як зростаюча щільність бойових дій, агресивна форма ведення бою, збереження високого темпу протягом усього бою і навіть його підвищення в останньому раунді. Зазначені фактори висувають високі вимоги до розвитку силових, швидко-силових якостей, а також витривалості боксера [5]. Для боксерів характерні відносно високі цифри максимального споживання кисню, зокрема у спортсменів з масою тіла 48-71 кг МСК відповідає 61,3 мл/хв/кг, а понад 71 кг – 57,2 мл/хв/кг [7].

В даний час продовжує залишатися відстаючим розділ медико-біологічного забезпечення професійної діяльності боксерів, на що деякі автори пропонують звернути пильну увагу фахівцям спортивної медицини.

Спрямованість тренувального процесу істотно впливає на всі системи організму спортсмена, але найбільші зміни спостерігаються в тих системах і органах, які вносять значний вклад у досягнення кінцевого результату. Специфічний розвиток необхідних фізичних якостей є головним і визначальним фактором в організації функції апарату кровообігу [6]. Для спортсменів, розвиваючих швидко-силові якості і витривалість, характерне значне перевищення показників загальної потужності спектра, які перевищують показники норми за рахунок потужності в діапазоні високих частот, що пов'язано, ймовірно, з великим обсягом динамічних навантажень [4].

Наявні повідомлення про варіабельність серцевого ритму (ВСР) поки ще не дають повного уявлення про суть проблеми. І все ж використання статистичного аналізу ВСР для оцінки функціонального стану боксерів обумовлено високою чутливістю даного методу [12]. Все це дозволяє оцінювати поточний стан підготовленості боксера і вносити необхідні корективи в процес тренування, адекватно дозувати навантаження [3].

У майстрів спорту з боксу була виявлена збільшена потужність церебральних ерготропних механізмів регуляції і вегетативного тону, що свідчить про підвищену психоемоційну напругу і централізацію управління серцевим ритмом [13]. За даними А.Г. Яценко [16], у боксерів високої кваліфікації виявлені досить високі величини показника ударного об'єму крові і відповідно серцевого індексу.

Таким чином, огляд літератури, присвячений вивченню параметрів фізичної працездатності, ВСР та центральної гемодинаміки, показав, що дослідження, які проводилися у тхеквондистів і боксерів нечисленні. У більшості робіт не враховується період, характер тренувальної роботи, а відносно низька кваліфікація спортсменів, нечисленні випадкові вибірки, наявність різної апаратури, методики і класифікації, ускладнюють інтерпретацію отримуваних даних.

Мета роботи. Визначити і порівняти інтегральні показники серцево-судинної, автономної нервової системи і фізичної працездатності між тхеквондистами і боксерами високого класу.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 223 спортсмена високого класу, з них 96 тхеквондистів (14 майстрів спорту міжнародного класу (МСМК), 25 майстрів спорту (МС), 57 кандидатів у майстри спорту і спортсменів 1 розряду (КМС-1 розряд) та 127 боксерів (11 – МСМК, 26 – МС, 90 – КМС-1 розряд). Середній вік тхеквондистів рівня МСМК ($n=14$) склав $20,9 \pm 1,14$ років, стаж занять тхеквондо – $11,7 \pm 0,71$ років, довжина тіла – $180,5 \pm 1,84$ см, маса тіла – $77,9 \pm 2,46$ кг. Групу порівняння їм склали 11 боксерів, аналогічного рівня майстерності, середній вік яких склав $23,7 \pm 1,85$ років ($p > 0,05$), стаж занять боксом – $10,6 \pm 1,85$ років ($p > 0,05$), довжина і маса тіла становила, відповідно $173,7 \pm 2,04$ см ($p < 0,05$), і $64,9 \pm 3,22$ кг ($p < 0,05$), тобто була достовірно менша.

Аналогічні дослідження були проведені і між тхеквондистами і

боксерами рівня МС. Середній вік тхеквондистів рівня МС ($n=25$) склав $21,4 \pm 0,59$ років, стаж занять – $9,5 \pm 0,56$ років, довжина і маса тіла, відповідно $180,0 \pm 1,39$ см і $71,4 \pm 2,59$ кг. Групу порівняння їм склали боксери аналогічного рівня майстерності ($n=26$), середній вік яких склав $21,2 \pm 0,78$ років ($p > 0,05$), стаж занять боксом $7,7 \pm 0,50$ років ($p < 0,05$), довжина і маса тіла, відповідно $178,2 \pm 1,95$ см ($p > 0,05$) і $75,0 \pm 4,50$ кг ($p > 0,05$). Крім цього нами було проведено порівняння досліджуваних показників серед тхеквондистів ($n=57$) і боксерів ($n=90$) кваліфікації КМС-1 розряд. Середній вік тхеквондистів склав $17,4 \pm 0,49$ років, стаж занять $7,0 \pm 0,38$ років, довжина і маса тіла, відповідно $174,2 \pm 2,42$ см і $60,3 \pm 1,63$ кг. Групу порівняння їм склали боксери аналогічної кваліфікації, середній вік – $17,4 \pm 0,27$ років ($p > 0,05$), стаж занять був достовірно меншим – $5,6 \pm 0,28$ років ($p < 0,05$), довжина і маса тіла, відповідно $175,3 \pm 0,93$ см ($p > 0,05$), і $63,7 \pm 1,09$ кг ($p > 0,05$).

Для аналізу вегетативної регуляції серцевої діяльності використовували математичні методи аналізу ВСР. Виділяли наступні характеристики: мода (M_o , с), амплітуда моди (AM_o , %), варіаційний розмах (D , с). Розраховували ряд похідних показників: індекс вегетативної рівноваги (AM_o/D , %/с), вегетативний показник ритму (ВПР, $1/c^2$), показник адекватності процесів регуляції (ПАПР, %/с), індекс напруги (ІН, у.о.). Аналіз та оцінка частотних компонентів серцевого ритму проводилась шляхом дослідження спектральних показників автокореляційних функцій: загальна потужність спектра ТР (mc^2), потужність в діапазоні дуже низьких частот VLF (mc^2), потужність в діапазоні низьких LF (mc^2) і високих HF (mc^2) частот, LF і HF в нормалізованих одиницях (LF_n , %, HF_n , %), співвідношення LF/HF (у.о.).

Центральну гемодинаміку вивчали методом автоматизованої тетраполярої реографії по W. Kubicek et al. [18] в модифікації Ю.Т. Пушкаря із співавт. [11]. Розраховували ударний і хвилинний обсяги крові (УО, МОК), ударний і серцевий індекси (УІ, СІ), загальний і питомий периферичний опір судин (ЗПОС, ППОС). Визначення фізичної працездатності здійснювали за загальноприйнятою методикою на велоергометрі з використанням субмаксимального тесту PWC_{170} [14] і розрахунком відносної величини фізичної працездатності, тобто $PWC_{170} / \text{кг}$. Індекс функціонального стану (ІФС) розраховували за формулою, запропонованою і запатентованою нами [10].

Результати дослідження. Результати порівняння часових показників варіабельності серцевого ритму у тхеквондистів і боксерів демонструють наступне. У тхеквондистів рівня МСМК була статистично більша ніж у боксерів величина M_o (с), яка вказує на домінуючий рівень функціонування синусового вузла ($1,061 \pm 0,04$ у порівнянні з $0,950 \pm 0,05$ с, $p < 0,05$) і варіаційний розмах (D) – показник активності парасимпатичної нервової системи ($0,718 \pm 0,10$ у порівнянні з $0,360 \pm 0,04$ с, $p < 0,05$). Крім цього у перших була статистично менша величина AM_o ($27,936 \pm 2,35$ у порівнянні з

39,824±5,84% $p<0,05$), що відображає міру мобілізуючого впливу симпатичного відділу, АМо/Д (44,002±4,21 у порівнянні з 156,646±49,77 %/с, $p<0,05$), ВПР (1,598±0,14 у порівнянні з 3,598±0,57 1/с², $p<0,05$), ПАПР (26,382±1,85 у порівнянні з 41,820±5,53 %/с, $p<0,05$), ІН (21,232±2,14 у порівнянні з 81,594±23,41 у.о., $p<0,05$). Отримані дані свідчать про зменшення централізації в управлінні ритмом серця, зниженні симпатичної активності і підвищенні парасимпатичних впливів у тхеквондистів. Це знаходить підтвердження і при порівнянні середніх величин ЧСС, які у тхеквондистів склали 49,0±1,16 уд/хв у порівнянні з 55,6±2,16 уд/хв у боксерів ($p<0,05$). Серед частотних показників ВСР між порівнюваними групами спортсменів достовірних відмінностей не виявлено.

Таким чином, часові показники ВСР демонструють превалювання парасимпатичної ланки автономної нервової системи (АНС) у тхеквондистів рівня МСМК в порівнянні з боксерами аналогічного рівня майстерності.

З боку центральної гемодинаміки нами не були виявлені достовірні відмінності за винятком показника УІ, який був менший у боксерів (46,0±0,78 в порівнянні з 50,73±1,67 мл/м², $p<0,05$). Важливо відзначити, що у тхеквондистів показник СІ склав 2,474±0,04 у порівнянні з 2,538±0,11 л/хв/м² у боксерів ($p>0,05$), що відповідає гіпокінетичному ТК. Підтвердженням цьому свідчать дані співвідношення ТК у досліджуваних групах порівняння. Так, у тхеквондистів рівня МСМК це співвідношення становило 85,7%:14,3%:0%, а у боксерів аналогічного рівня майстерності – 81,8%:18,2%:0%, відповідно гіпо-, еу- і гіперкінетичний ТК, тобто в обох групах переважає гіпокінетичний ТК і відсутні спортсмени з гіперкінетичним ТК.

Порівняння даних фізичної працездатності і ІФС показало відсутність достовірних відмінностей у досліджуваних спортсменів (18,76±0,90 у порівнянні з 20,13±0,29 кгм/хв/кг, $p>0,05$), а також 7,032±0,67 в порівнянні з 8,058±0,59 відн.од. ($p>0,05$), відповідно. При цьому згідно нашої класифікації величина ІФС у тхеквондистів відповідає оцінці нижче середньої, а у боксерів – середній.

Проведений кореляційний аналіз між інтегральними показниками показав наявність негативного взаємозв'язку у тхеквондистів між СІ і $RWC_{170}/кг$ ($r=-0,78$, $p<0,05$), а також між СІ і ІФС ($r=-0,80$, $p<0,05$). У боксерів зафіксовано позитивний взаємозв'язок між ІН та симпатопарасимпатичним індексом (LF/HF) ($r=0,35$, $p<0,05$). Представлені взаємозв'язки свідчать, що у тхеквондистів рівня МСМК зниження СІ до величин відповідних гіпокінетичному ТК супроводжується збільшенням фізичної працездатності і ІФС.

Наступним етапом наших досліджень стало порівняння досліджуваних показників у тхеквондистів і боксерів рівня МС. Порівняння часових показників ВСР продемонструвало відсутність статистично достовірних результатів у досліджуваних групах. При цьому індекс напруги регуляторних систем у тхеквондистів склав в середньому 46,812±7,75, а у

боксерів $56,644 \pm 8,79$ у.о ($p < 0,05$). З боку частотних показників ВСР виявлені значні відмінності, зокрема у тхеквондистів були достовірно більші, ніж у боксерів величини LF ($422,4 \pm 43,46$ у порівнянні з $284,8 \pm 28,16$ мс^2 , $p < 0,05$), LFn ($55,9 \pm 3,22$ в порівнянні з $43,3 \pm 3,95$ %, $p < 0,05$), LF/HF ($1,77 \pm 0,26$ у порівнянні з $1,09 \pm 0,18$ у.о., $p < 0,05$), але менша величина HF ($303,2 \pm 32,70$ мс^2 в порівнянні з $408,8 \pm 55,21$ мс^2 , $p < 0,05$) і HFn ($41,7 \pm 3,20$ в порівнянні з $54,9 \pm 4,01$ %, $p < 0,05$).

Таким чином, дані частотних показників ВСР однозначно свідчать про посилення парасимпатичних впливів АНС у боксерів рівня МС.

Нами відзначено, що з боку більшості показників центральної гемодинаміки відсутні статистично значущі відмінності, за винятком ЗПОС і ППОС, величини яких були достовірно менші у тхеквондистів, відповідно $1293,0 \pm 44,28$ у порівнянні з $1433,2 \pm 42,02$ $\text{дн} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5}$ ($p < 0,05$) і $30,43 \pm 0,82$ у порівнянні з $33,61 \pm 1,27$ у.о. ($p < 0,05$).

Величина ЧСС у тхеквондистів рівня МС склала $56,4 \pm 1,97$ уд/хв, а у боксерів – $53,4 \pm 1,15$ уд/хв ($p > 0,05$). Слід зауважити, що величина СІ у тхеквондистів рівня МС склала $2,666 \pm 0,07$, а у боксерів аналогічної кваліфікації – $2,538 \pm 0,11$ л/хв/ м^2 при цьому вона статистично не відрізнялася ($p > 0,05$) і відповідала гіпокінетичному ТК. Проведений аналіз співвідношення ТК підтвердив отримані результати, так у тхеквондистів це співвідношення мало вигляд – 60%:40%:0%, а у боксерів – 70,8%:29,2%:0%, відповідно гіпо-, еу- і гіперкінетичний ТК.

Порівняння відносної величини фізичної працездатності і ІФС показало, що ці величини між порівнюваними групами спортсменів практично не розрізнялися і склали, відповідно $16,97 \pm 0,54$ у порівнянні з $18,12 \pm 0,58$ кгм/хв/кг ($p > 0,05$) і $6,233 \pm 0,31$ у порівнянні з $6,742 \pm 0,37$ відн.од. ($p > 0,05$), що згідно нашої класифікації відповідало оцінці нижче середньої.

Кореляційний аналіз, проведений у тхеквондистів, показав позитивний взаємозв'язок між ІН та СІ ($r = 0,62$, $p < 0,05$), а у боксерів між LF/HF та СІ ($r = 0,54$, $p < 0,05$), а також між LF/HF та ІН ($r = 0,58$, $p < 0,05$). Тобто, у тхеквондистів рівня МС зниження індексу напруги регуляторних систем до величин, що відповідають превалюванню парасимпатичних впливів АНС супроводжується зниженням серцевого індексу до величин, відповідних гіпокінетичному ТК. У боксерів аналогічного рівня майстерності, зниження симпато-парасимпатичного індексу супроводжується зниженням СІ до величин гіпокінетичного ТК та індексу напруги регуляторних систем до величин, відповідних превалюванню парасимпатичних впливів АНС.

Нами проведено також порівняння досліджуваних показників серед тхеквондистів і боксерів кваліфікації КМС-1 розряд. Порівняння всіх величин ВСР показало відсутність достовірних відмінностей між групами спортсменів. Так, ІН у тхеквондистів кваліфікації КМС-1 розряд в порівнянні з боксерами склав, відповідно $62,376 \pm 6,83$ у порівнянні з $60,567 \pm 8,15$ у.о. ($p > 0,05$). Співвідношення LF/HF та ЧСС в порівнюваних групах мали практично однакові значення, відповідно $1,42 \pm 0,13$ у

порівнянні з $1,29 \pm 0,12$ у.о. ($p > 0,05$), а також $63,2 \pm 1,33$ в порівнянні з $61,0 \pm 1,06$ уд/хв ($p > 0,05$).

Нами виявлено також відсутність достовірних відмінностей серед досліджуваних показників центральної гемодинаміки, за винятком ЗПОС, який був достовірно більшим у тхеквондистів ($1442,2 \pm 38,65$ у порівнянні з $1365,6 \pm 24,29$ $\text{дн} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5}$, $p < 0,05$). Слід зазначити, що середні величини СІ також достовірно не різнилися між групами спортсменів і склали, відповідно $2,853 \pm 0,06$ і $2,801 \pm 0,04$ л/хв/м² ($p > 0,05$), що відповідає еукінетичному ТК і знаходить підтвердження в співвідношенні ТК. У тхеквондистів це співвідношення мало вигляд 42,9%:48,2%:8,9%, а у боксерів – 45,6%:52,2%:2,2%, відповідно гіпо-, еу- і гіперкінетичний ТК, тобто в порівнюваних групах переважає еукінетичний ТК, а в групі боксерів в 4 рази менше спортсменів з гіперкінетичним ТК.

Відносна величина фізичної працездатності в порівнюваних групах достовірно не відрізнялася і становила, відповідно $18,30 \pm 0,40$ у порівнянні з $17,95 \pm 0,32$ кгм/хв/кг ($p > 0,05$), як і ІФС, відповідно $7,034 \pm 0,18$ у порівнянні з $7,026 \pm 0,19$ відн.од. ($p > 0,05$), який відповідав оцінці нижче середньої.

Кореляційний аналіз інтегральних показників продемонстрував наявність позитивного взаємозв'язку між ІН та СІ у тхеквондистів ($r = 0,52$, $p < 0,05$), а у боксерів ($r = 0,41$, $p < 0,05$), який свідчить про те, що зниження індексу напруги регуляторних систем призводить до зменшення СІ до цифр, відповідних гіпокінетичному ТК.

Висновки

1. Порівняння величин варіабельності серцевого ритму, показників центральної гемодинаміки та фізичної працездатності показало, що у тхеквондистів рівня МСМК в порівнянні з боксерами аналогічної кваліфікації переважає парасимпатична ланка АНС, менша ЧСС, при цьому в обох групах переважає гіпокінетичний ТК, відсутні спортсмени з гіперкінетичним ТК і відмінності серед величин фізичної працездатності.
2. Порівняння досліджуваних показників у спортсменів рівня МС показало превалювання у тхеквондистів симпатичних впливів АНС, наявність більшої кількості спортсменів з гіпокінетичним ТК в обох групах і відсутністю з гіперкінетичним ТК, а також відсутність достовірних відмінностей серед величин фізичної працездатності з боксерами.
3. У тхеквондистів і боксерів кваліфікації КМС-1разряд переважає парасимпатичний вплив АНС, еукінетичний ТК і наявність у тхеквондистів в 4 рази більшої кількості спортсменів з гіперкінетичним ТК.
4. Кореляційний аналіз, проведений між досліджуваними інтегральними показниками показав головний взаємозв'язок, згідно з яким у тхеквондистів рівня МСМК зниження СІ до величин, економічно вигідного гіпокінетичного ТК, супроводжується збільшенням фізичної працездатності, а у спортсменів рівня МС і КМС-1 розряд – переважання парасимпатичних впливів – зменшенням серцевого індексу. У боксерів рівня МС і КМС-1 розряд зафіксовано взаємозв'язок, згідно з яким превалювання

парасимпатичних впливів АНС супроводжується зниженням СІ до величин, відповідних гіпокінетичному ТК.

Перспективою подальших досліджень є вивчення та коректне порівняння показників, що характеризують функціональний стан спортсменів високого класу з урахуванням статі, віку, спортивної кваліфікації, періоду і спрямованості тренувального процесу на розвиток тих чи інших фізичних якостей.

Список використаної літератури

1. Блеер А.Н. Терминология спорта. Толковый словарь-справочник / А.Н.Блеер, Ф.П.Суслов, Д.А.Тышлер. –Москва, 2010. –С.394.
2. Волков В.Н. Теоретические основы и прикладные аспекты управления состоянием тренированности в спорте /В.Н.Волков. –Челябинск: Факел. - 2000. -252 с.
3. Коваленя В.В. Актуальность использования анализа вариабельности сердечного ритма в теории и практике спортивной тренировки боксеров / В.В. Коваленя, Д.В.Якубчик //Материалы XI Межд.научн.конгресса “Современный олимпийский спорт и спорт для всех”. –Минск, 2007. –С.127-129.
4. Кудря О.Н. Вегетативная регуляция работы сердечно-сосудистой системы и системы энергообеспечения мышечной деятельности при выполнении дозированных нагрузок юными спортсменами / О.Н.Кудря, В.В.Вернер // Теория и практика физической культуры, 2009. -№3. –С.36-42.
5. Майданюк О.В. М'язовий кровообіг у боксерів різних вагових категорій і спортивної кваліфікації / О.В.Майданюк // XIV Міжн. наук. конгрес “Олімпійський спорт і спорт для всіх”. Тези доповідей. –Київ, 2010. –С.361.
6. Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам /Ф.З.Меерсон, М.Г.Пшенникова. М.: Медицина, 1988. -253 с.
7. Медицинский справочник тренера. Составитель: В.А.Геселевич. –М.: Физкультура и спорт, 1976. –С.64.
8. Михалюк Е.Л. К вопросу о спортивно-медицинской терминологии понятия “нетренированные лица” / Е.Л.Михалюк // IX Міжнародний науковий конгрес ”Олімпійський спорт і спорт для всіх”. Тези доповідей. 20-23 вересня 2005 р. –Київ, 2005. – С.809.
9. Павлова В.И. Соотношение объема аэробной и анаэробной тренировочной нагрузки в соответствии со спецификой энергетических аспектов работоспособности в ациклических видах спорта (на примере тхэквондо) / В.И.Павлова, М.С.Терзи, М.С.Сигал //Теория и практика физической культуры, 2002. -№10. –С.53-54.
10. Патент на корисну модель №36013 “Спосіб оцінки функціонального стану організму осіб, що займаються фізичною культурою та спортом”/МПК(2006) А61В5/00. Михалюк Є.Л., Сиволап В.В., Ткаліч І.В. 10.10.2008. Бюл. №19.
11. Пушкарь Ю.Т. Определение сердечного выброса методом тетраполярной реографии и его методологические возможности / Ю.Т.Пушкарь,

- В.М.Большов, Н.А.Елизарова и др. // Кардиология. -1977. -№7. –С.85-90.
12. Сабелли Г.К. Психокардиологический портрет: клиническое приложение теории процессов / Г.К.Сабелли // Синергетика и психология. –М.: ИП РАН, 1998. –Т.1. –С.184-209.
13. Терехина Е.Н. Влияние коррекции патобиомеханики опорно-двигательного аппарата спортсменов-боксеров на функциональное состояние лимбико-ретикулярного комплекса / Е.Н. Терехина, А.Э.Батуева // Теория и практика физической культуры, 2008. -№4. –С.27-30.
14. Тестирование в спортивной медицине /В.Л.Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Гудков. –М.: ФИС, 1988. -208 с.
15. Юй Шань. Индивидуализация процесса подготовки квалифицированных тхеквондистов на основе использования современных средств контроля /Юй Шань // Слобожанський науково-спортивний вісник, 2008. -№1-2. –С.33-36.
16. Ященко А.Г. Функціональний стан серцево-судинної системи боксера високої кваліфікації / А.Г.Ященко / Матеріали XVIII з'їзду Українського фізіологічного товариства з міжнародною участю // Фізіологічний журнал, 2010. –Т.56. -№2. –С.270.
17. Heart rate and blood lactate responses during taekwondo training and competition /E.Bouhlef, A.Jouini, N.Gmada et al. //Sci Sports, 2006. –Vol. 21(5). – P.285-290.
18. Kubiček W.G. Impedance cardiography as a non invasive method of monitoring function and other parameters of the cardiovascular system / W.G.Kubiček, R.P.Patterson, D.A.Wetsol // Ann. N.Y. Acad. Sci. -1970. Vol.170. –P.724-732.

Є.Л. Михалюк

доктор медичних наук,
професор,

С.М. Малахова

кандидат медичних наук,
доцент
(Запорізький державний
медичний університет)

ДОСЛІДЖЕННЯ БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МІОКАРДА У ПРЕДСТАВНИКІВ КОНТАКТНИХ СПОРТИВНИХ ЄДИНОБОРСТВ

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку спорту, підвищення ефективності тренувального процесу спортсменів неможливо без вдосконалення системи оцінки функціонального стану серцево-судинної системи [1]. Фахівцями в галузі спортивної фізіології та медицини доведено, що серцево-судинна система лімітує розвиток пристосувальних реакцій організму, від її стану залежить працездатність м'язової системи, вона найбільш чутливо реагує на зміни як зовнішнього, так і внутрішнього

середовища [3]. Для оцінки серцево-судинної системи використовують ряд показників, у тому числі і електрокардіографію (ЕКГ) [2].

Якщо на зорі розвитку спортивної медицини дослідників (спортивних лікарів, педагогів, фізіологів та ін.) влаштовували дані ЕКГ-показників у спортсменів "взагалі", тобто без урахування виду спорту, то в даний час виникає потреба отримання даної інформації конкретного виду спорту або однієї спрямованості тренувального процесу на розвиток фізичних якостей.

Відомо, що спортсмени мають ряд характерних особливостей ЕКГ. Серед них синусова аритмія, яка вважається обумовлена залежною від дихання зміною частоти серцевих скорочень (ЧСС). За даними вітчизняних авторів, синусова аритмія з різницею між серцевими циклами від 0,31 до 0,60 секунд, зустрічається у 3,6% спортсменів [5]. Міграція водія ритму може вважатися нормою і не вимагає додаткового обстеження, якщо не веде до зменшення ЧСС, що супроводжується клінічною симптоматикою [8].

За даними зарубіжних дослідників, від 10% до 33% спортсменів мають на ЕКГ порушення атріовентрикулярної (AV) провідності, яке визначається як AV-блокада I ступеня [6]. Однак популяція, в якій реєструвалася дана статистика, включала в основному спортсменів, що тренують витривалість, тоді як дані вітчизняних фахівців твердять про подовження інтервалу PQ понад 0,21 с у 2,2% в змішаній популяції спортсменів, яка включала, в тому числі, швидкісно-силові види спорту та спортивні єдиноборства. Зміни AV провідності у спортсмена найчастіше носять функціональний характер і обумовлені високим тонусом блукаючого нерва. Для диференціальної діагностики функціонального і органічного уповільнення AV провідності у практиці спортивної медицини найчастіше використовують проби з субмаксимальними і максимальними фізичними навантаженнями. Зміни AV провідності у спортсмена при цьому нівелюються.

З порушень внутрішньошлуночкової провідності для спортсменів характерно уповільнення проведення електричного імпульсу по правій ніжці пучка Гіса – неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (НБПНПГ). Тут вітчизняна та зарубіжна статистика не відчуває суттєвих розбіжностей і вважає, що у видах спорту, що вимагають наявності якості витривалості, НБПНПГ реєструється приблизно у 50% спортсменів [7].

Синдром ранньої реполяризації шлуночків (СРРШ) зустрічається у спортсменів з високою частотою [5]. Є дані, які вказують на те, що цей синдром зустрічається у спортсменів в 8,9-9,4% випадків, тоді як у осіб, які не займаються спортом, його частота становить 1,5-2,2%. Дані про те, що зміни, характерні для СРРШ, є проявами дистрофічного процесу, не знайшли підтвердження, бо спортсмени, які мають даний феномен, добре переносять тренувальні та змагальні навантаження.

У спортивних єдиноборствах правилами змагань дозволені удари в голову, які призводять до струсу головного мозку та вестибулярного апарату, що має безпосередній та опосередкований зв'язок з вегетативними

центрами головного мозку і може призвести до порушень регуляції роботи серця [4].

В той же час варто зауважити, що робіт, присвячених вивченню ЕКГ-показників у єдиноборців (бокс, кікбоксинг, тхеквондо), незважаючи на багаторічні дослідження, здавалося б рутинної, проте досить чутливої методики, якою є електрокардіографія, в доступній нам науково-методичній спортивно-медичній літературі ми не виявили, що і послужило стимулом для нашої роботи.

Мета роботи - вивчити показники біоелектричної активності міокарда у спортсменів різних видів спорту та статі, а також конкретного контингенту – представників контактних єдиноборств, тренувальний і змагальний процес яких характеризується ациклічною роботою змінної потужності з розвитком якостей спритності, швидкості і сили.

Результати дослідження. Проведено аналіз 6224 електрокардіограм спортсменів кваліфікації від юнацького розряду до заслуженого майстра спорту обох статей, віком від 5 до 40 років. Із загального числа обстежених виділена група спортсменів, які займаються контактними єдиноборствами – 462 людини, в тому числі 255 боксерів, 127 кікбоксерів і 80 тхеквондистів.

Отримані результати, які свідчать про те, що із загального числа спортсменів отримані наступні зміни на ЕКГ: правопередсердний ритм – 120 осіб (1,9%); нижньопередсердний ритм – 10 осіб (0,16%), в тому числі ритм коронарного синуса – 4 (0,064%); міграція водія ритму (надшлуночкового) – 20 (0,32%). Порушення проведення імпульсу: АВ-блокада I ступеня – 20 (0,32%); повна блокада правої ніжки пучка Гіса (ПБПНПГ) – 5 (0,08%); неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (НБПНПГ) – 985 (15,8%); неповна блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса (НБПГЛНПГ) – 22 (0,35%). Біфасцикулярні блокади: НБПНПГ та блокада задньої гілки лівої ніжки пучка Гіса (НБЗГЛНПГ) – 11 (0,18%); НБПНПГ та НБПГЛНПГ – 14 (0,22%); блокада задньої гілки лівої ніжки пучка Гіса (БЗГЛНПГ) з відхиленням електричної вісі серця вправо – 7 (0,11%). Синдром WPW – у 11 (0,18%); синдром укорочення інтервалу PQ (синдром CLC) – у 120 (1,93%); синдром ранньої реполяризації шлуночків (СРРШ) – у 1005 (16,15%). ЕКГ з ознаками метаболічної кардіоміопатії (КМП) виявлено у 162 (2,6%) осіб, з них після проведення велоергометричної проби (56 осіб) КМП було підтверджено у 7-ми (0,11%) спортсменів.

Аналіз 255 ЕКГ в 12-ти відведеннях у представників боксу, кваліфікації від II-III розряду до МСМК показав наступне. У боксерів в 80% виявлений синусовий правильний ритм, в 20% – дихальна аритмія. Достатній вольтаж був у 94,5%, знижений – в 5,5% випадків. У 87,9% електрична вісь серця була не відхилена, відхилена вліво у 7,8%, вправо – у 4,3%. Брадикардія зустрічалася в 40,8%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв. – в 47,8% і в 11,4% випадків ЧСС була 80 уд/хв і більше. У 31,4% боксерів виявлені зміни на ЕКГ, представлені в 12,5% – СРРШ, в 6,3% – НБПНПГ, 4,7% –

НБПГЛНПГ, 2,7% – синдромом CLC, 2,4% – нижньопередсердний ритм, 1,2% – міграція водія ритму, АВ-блокада I ступеня і вольтажні ознаки гіпертрофії лівого шлуночка по 0,8%.

Слід зауважити, що після дозованого фізичного навантаження у вигляді субмаксимального тесту PWC₁₇₀ відбулася нормалізація ЕКГ у боксерів з СРРШ, нижньопередсердним ритмом і міграцією водія ритму.

Нами проведено аналіз показників ЕКГ у боксерів залежно від спортивної кваліфікації. Так, у групі боксерів рівня МС-МСМК (n=39) правильний синусовий ритм виявлений в 89,7%, дихальна аритмія в 10,3%. У всіх боксерів був достатній вольтаж електрокардіограми. Електрична вісь серця була не відхилена в 94,9%, у 5,1% спортсменів відхилена вліво. Брадикардія зустрічалася в 56,4%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв була у 41% боксерів, ЧСС 80 уд/хв і більше – у одного спортсмена (2,6%). У 38,5% боксерів рівня МС-МСМК виявлені зміни на ЕКГ, з них у 20,6% – СРРШ, у 7,7% – міграція водія ритму, і по 5,1% спортсменів з НБПНПГ і НБПГЛНПГ.

Групу боксерів кваліфікації КМС-1 розряд склали 96 спортсменів у яких на ЕКГ у 86,5% був синусовий правильний ритм, в 13,5% – дихальна аритмія. Достатній вольтаж виявлений в 94,8%, знижений у 5,2%. Електрична вісь серця в 81,2% була не відхилена, відхилена вліво та вправо по 9,4%. Брадикардія була виявлена у 49%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв. – в 39,6%, ЧСС 80 уд/хв і більше у 11,4%. ЕКГ зі змінами була зафіксована у 27,1% спортсменів, ці зміни були представлені в 11,5% випадків СРРШ, в 6,3% – НБПГЛНПГ, 4,2% з синдромом CLC, 2,1% – НБПНПГ та по одному боксеру (1%) з нижньопередсердним ритмом, АВ-блокадою I ступеня і вольтажними ознаками гіпертрофії лівого шлуночка.

Найчисленніша група представлена боксерами II-III розряду (n=120). Синусовий правильний ритм виявлений у 71,7% спортсменів, у 28,3% – дихальна аритмія. Достатній вольтаж зафіксований у 92,5% спортсменів, у 7,5% – знижений. Електрична вісь серця не відхилена у 90,8%, відхилена вліво – у 7,5% і у 2-х спортсменів (1,7%) – відхилена вправо. Брадикардія зустрічалася в 29,2%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв – в 56,7%, ЧСС 80 уд/хв і більше – у 14,1% боксерів. ЕКГ зі змінами була виявлена в 32,5%, з них у 10,9% випадків зустрічався СРРШ, НБПНПГ – 10%, нижньопередсердний ритм – 4,2%, НБПГЛНПГ – 3,3%, синдром CLC – 2,5% і по одному спортсмену (по 0,8%) з АВ-блокадою I ступеня і вольтажними ознаками гіпертрофії лівого шлуночка.

Таким чином, серед обстежених груп боксерів, найбільший відсоток з дихальною аритмією виявлений серед спортсменів II-III розряду, у них також було менше осіб з брадикардією і більше з ЧСС 80 уд/хв. Найбільша кількість боксерів зі змінами на ЕКГ було серед спортсменів рівня МС-МСМК, найменша – у КМС-1 розряд. У перших ці зміни були представлені СРРШ та міграцією водія ритму, у спортсменів кваліфікації КМС-1 розряд –

СРРШ, НБПГЛНПГ та нижньопередсердний ритм, а у спортсменів II-III розряду – СРРШ, НБПНПГ, нижньопередсердний ритм та НБПГЛНПГ.

Аналіз ЕКГ в 12-ти відведеннях 127-ми кікбоксерів кваліфікації від II-III розряду до МСМК показав, що правильний синусовий ритм був у 73,2%, в 26,8% випадків – дихальна аритмія. У всіх кікбоксерів виявлений достатній вольтаж ЕКГ. Електрична вісь серця була не відхилена в 98,4%, в 1,6% – відхилена вліво. Брадикардія виявлена у 40,9% спортсменів, в 44,1% – ЧСС в межах 61-79 уд/хв і в 15% випадків ЧСС становила 80 уд/хв і більше. ЕКГ без відхилень від норми була в 66,1%, зміни на ЕКГ зафіксовані в 33,9% випадків. Вони були представлені в 17,3% СРРШ, 8,7% – синдром CLC, НБПНПГ – 5,5%, нижньопередсердний ритм – 1,6%, НБПГЛНПГ – у одного спортсмена (0,8%).

Більш докладний аналіз ЕКГ у кікбоксерів з урахуванням спортивної кваліфікації показав наступне. У групі спортсменів рівня МС-МСМК (n=24) синусовий ритм склав 91,7%, осіб з дихальною аритмією – 8,3%. У всіх спортсменів електрична вісь серця була не відхилена. Брадикардія зустрічалася в 75%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв – 25%, осіб з ЧСС 80 уд/хв і більше не виявлено. У 25% випадків виявлені ЕКГ із змінами, які в 20,8% випадків представлені СРРШ і в 4,2% – синдромом CLC (1 особа).

У групі спортсменів кваліфікації КМС-1 розряд (n=43) в 76,7% випадків був правильний синусовий ритм, в 23,3% – зустрічалася дихальна аритмія. Електрична вісь серця не відхилена в 95,3%, відхилена вліво в 4,7%. Брадикардія зафіксована в 48,8%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв у 32,6%, ЧСС 80 уд/хв і більше в 18,6%. ЕКГ зі змінами виявлено в 35% випадків, з них по 14% спортсменів з СРРШ і синдромом CLC та 7% з НБПНПГ.

У групі спортсменів, що мають кваліфікацію II-III розряд (n=60) спортсменів з правильним синусовим ритмом було 63,3%, з дихальною аритмією – 36,7%. Електрична вісь серця не відхилена у всіх тхеквондистів. Брадикардія зафіксована в 21,7%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв у 60%, ЧСС 80 уд/хв і більша в 18,3% випадків. ЕКГ зі змінами склала 36,7%, з них СРРШ – 18,3%, по 6,7% було спортсменів з синдромом CLC і НБПНПГ, нижньопередсердний ритм – 3,3%, НБПГЛНПГ – у одного (1,7%).

Таким чином, у обстежених кікбоксерів простежується тенденція, згідно з якою відбувається зменшення кількості спортсменів з дихальною аритмією в міру збільшення спортивної кваліфікації і відповідно віку. У той же час відбувається закономірне збільшення кількості спортсменів з брадикардією у міру зростання спортивної майстерності (від 24,7% у спортсменів II-III розряду до 75% у МС-МСМК). Відзначена сприятлива тенденція зі зменшенням кількості ЕКГ зі змінами у міру зростання спортивної кваліфікації з 36,7% у спортсменів кваліфікації II-III розряд до 25% у МС-МСМК. Найбільш часто у кікбоксерів зустрічаються зміни на ЕКГ у вигляді СРРШ і НБПНПГ, які є особливістю ЕКГ спортсмена.

Результати аналізу ЕКГ в 12-ти відведеннях, проведеного у 80 тхеквондистів кваліфікації від I розряду до МСМК, показали наступне. Ритм

синусовий правильний виявлений в 88,8% випадків, дихальна аритмія – 11,2%. У всіх спортсменів зафіксований достатній вольтаж на ЕКГ. Електрична вісь серця не відхилена в 93,8%, відхилена вліво – в 6,2% випадків. Брадикардія зареєстрована в 52,5%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв у 41,2%, 80 уд/хв і більше – в 6,3%. У 56,3% спортсменів не виявлено відхилень на ЕКГ, у 43,7% – є зміни, представлені СРРШ в 32,5%, НБПНПГ – в 7, 5%, нижньопередсердним ритмом – 2,5% і НБПГЛНПГ в 1,25% випадків.

З метою з'ясування особливостей електрокардіограми серед тхеквондистів згідно спортивної кваліфікації, проведений відповідний аналіз роздільно у спортсменів рівня МС-МСМК (n=29) та КМС-I розряду (n=51). Правильний синусовий ритм становив у тхеквондистів рівня МС-МСМК – 86,2%, а у спортсменів кваліфікації КМС-I розряду – 90,2%, при цьому дихальна аритмія була відповідно в 13,8% та 9,8%. В обох групах порівняння був достатній вольтаж на ЕКГ. Електрична вісь серця була не відхилена відповідно в 93,1% і 94,1%, відхилена вліво в 6,9% та 5,9% відповідно. Брадикардія у тхеквондистів рівня МС-МСМК виявлена в 72,4%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв в 27,6%, спортсмени з ЧСС 80 уд/хв були відсутні. У спортсменів кваліфікації КМС-1 розряд брадикардія зустрічалась в 41,2%, ЧСС в межах 61-79 уд/хв у 49% та 9,8% спортсменів було з ЧСС 80 уд/хв та більше.

ЕКГ зі змінами серед спортсменів рівня МС-МСМК була у 48,3%, серед них 37,9% з СРРШ, 6,9% – з нижньопередсердним ритмом та 1 тхеквондист (3,5%) з НБПНПГ. У тхеквондистів кваліфікації КМС-1 розряд ЕКГ зі змінами становило у 41,2%, за рахунок осіб з СРРШ (29,4%), 9,8% – з НБПНПГ та одного спортсмена (2%) з НБПГЛНПГ.

Таким чином, аналіз ЕКГ показав наявність деяких особливостей, властивих спортсменам, які займаються тхеквондо. У них зафіксовано достатній вольтаж, правильний синусовий ритм, який згідно зі зниженням кваліфікації від МС-МСМК до КМС-1 розряд становив, відповідно 86,2 та 90,2%, при цьому осіб з дихальною аритмією було відповідно 13,8 та 9,8%. Електрична вісь серця не відхилена у 93,1 та 94,1%, відповідно, відхилена вправо, відповідно у 2-х та 3-х спортсменів. Серед всіх спортсменів у 52,5% випадків зустрічається брадикардія, при цьому їх кількість знижується з 72,4% у МС-МСМК до 41,2% у спортсменів КМС-I розряду, відповідно, у останніх число спортсменів з ЧСС 80 уд/хв і більше становило 9,8%. Важливо відзначити, що у спортсменів відзначена часткове збільшення числа ЕКГ зі змінами в міру зростання спортивної кваліфікації від КМС-I розряду до МС-МСМК, відповідно з 41,2% до 48,3%. В основному це СРРШ, найбільша кількість спортсменів з цим діагнозом була в обох групах, відповідно 37,9 і 29,4% та НБПНПГ в групі КМС-1 розряд – 5 спортсменів (9,8%).

Висновки

1. Для отримання достовірної інформації про вплив специфічних

фізичних навантажень на біоелектричну активність міокарда єдиноборців вважаємо за доцільне проводити аналіз отриманих результатів окремо для кожного конкретного виду (бокс, кікбоксинг, тхеквондо) з урахуванням спортивної кваліфікації.

2. Для боксерів і кікбоксерів є характерним збільшення їх числа з правильним синусовим ритмом у міру збільшення спортивної кваліфікації і відповідно зменшення їх з дихальною аритмією; закономірне збільшення числа спортсменів з брадикардією і зменшення з ЧСС 80 уд/хв і більше; наявність осіб зі змінами на ЕКГ, відповідно 31,4% та 33,9%, деяке збільшення кількості спортсменів з ЕКГ-змінами в міру збільшення кваліфікації в основному за рахунок СРРШ.

3. Аналіз ЕКГ-показників у тхеквондистів, проведений між спортсменами рівня МС-МСМК і КМС-1 розряд показав більше число спортсменів з брадикардією і відсутність з ЧСС 80 уд/хв і більше у перших; серед спортсменів рівня МС-МСМК було дещо більше осіб зі змінами на ЕКГ, переважно за рахунок СРРШ. Важливо відмітити, що відсоток тхеквондистів з ЕКГ-змінами становив 43,7%.

Перспективами подальших досліджень є вивчення біоелектричної активності міокарда у спортсменів інших видів єдиноборств (всі види боротьби, фехтування тощо).

Список використаної літератури

1. Ильин В.Н. Перспективы использования структурно-лингвистического анализа показателей вариабельности сердечного ритма для оценки функционального состояния спортсменов / В.Н. Ильин, Е.В. Криворученко // I Межд. конгресс. “Термины и понятия в сфере физической культуры” (22–23 дек. 2006 г., Санкт-Петербург). – СПб. : Гос. ун-т. физ. культуры им. П. Ф. Лесгафта, 2006. – С. 87-92.

2. Красноперова Т.В. Состояние центральной гемодинамики у спортсменов с различным уровнем активности вегетативной регуляции ритма сердца независимо от видов спорта в покое / Т.В. Красноперова, Н.И. Шлык, Г.А. Геровская // Теория и практика оздоровления населения России: матер. II нац. научно-практ. конф. – Ижевск, 2005. – С. 139-140.

3. Мищенко В.С. Реактивные свойства кардиореспираторной системы как отражение адаптации к напряженной физической тренировке в спорте: монография / В.С. Мищенко, Е.Н. Лысенко, В.Е. Виноградов – К. : Науковий світ, 2007. – 351 с.

4. Сышко Д.В. Характеристика электрических процессов сердца у боксеров в условиях вестибулярных раздражений / Д.В. Сышко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Зб. наук. праць під ред. Єрмакова С.С. – Харків. – 2009 – №11. – С.114-117.

5. Haissaguerre M. Sudden Cardiac Arrest Associated with Early Repolarization / M. Haissaguerre, N. Derval, F. Sacher [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 358. – P. 2016-2023.

6. Sofi F. Cardiovascular evaluation, including resting and exercise electrocardiography, before participation in competitive sports: cross sectional study / F. Sofi, A. Capalbo, N. Pucci [et al.] // BMJ. – 2008. – Vol. 12. – P. 337-346.

7. Wellens H.J. Early Repolarization Revisited / H.J. Wellens // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 358. – P. 2063-2065.

8. 36-th Bethesda Conference Eligibility Recommendations for Competitive Athletes with Cardiovascular Abnormalities // Journal of the American College of Cardiology. – 2005. – Vol. 45. – P. 234-238.

В.Л. Міщенко

викладач фізичного
виховання,
спеціаліст першої
кваліфікаційної категорії,
магістр фізичного виховання,
(Гірничий технікум ДВНЗ
«Криворізький національний
університет»)

РОЛЬ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ВНЗ 1-2 РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ

Актуальність проблеми. Навчання у вищому навчальному закладі (ВНЗ) 1-2 рівня акредитації для сучасної молоді людини один з найважливіших періодів її життєдіяльності, особистісного зростання та становлення як фахівця з вищою освітою. Пошук шляхів успішної адаптації до змінених соціальних умов та нової діяльності є нагальною проблемою для кожного, хто переступив поріг ВНЗ.

Спроможність адаптуватися, долати труднощі, віднайти своє місце у життєвому просторі є вирішальним чинником вдалого розвитку молоді людини, а в майбутньому - фахівця з вищою освітою. У ВНЗ 1-2 рівня акредитації, процес навчання студентів налагоджується непросто, характеризується великою динамічністю психічних процесів і станів, які зумовлені зміною соціального довкілля. Зокрема, вступ у вищий навчальний заклад у значної частини молоді супроводжується дезадаптацією, що спричинена новизною студентського статусу, відсутністю референтної групи, підвищеними вимогами з боку професорсько-викладацького складу, напруженістю та жорстким режимом навчання, збільшенням обсягу самостійної роботи і самовідповідальності загалом. Усе це вимагає від студента значної мобілізації своїх можливостей для успішного входження в зовсім інше оточення та якісно інший ритм життєдіяльності.

Актуальними проблемами адаптації молоді до нових умов життєдіяльності та взаємин у соціальній групі присвячені праці вітчизняних вчених (В.Л. Кікоть, В.А. Петровський, О.В. Симоненко, Т.В. Середа, О.І. Гончаров, А.Д. Ерднієв, М.І. Лісіна, А.В. Фурман) та зарубіжних учених (Е. Еріксон, Д. Клаузен, З. Фройд та ін.). Увага дослідників в основному зосереджується на вивченні різноманітних факторів, у тому числі й особистісних властивостей, які спричиняють процес адаптації студентів. Під соціально-психологічною адаптацією більшість учених розуміють пристосування індивіда до нових умов соціального довкілля та його результат. Уміння адаптуватися за різних обставин характеризує процес становлення і розвитку особистості, її професійного зростання. У випадку ж її дезадаптації порушується не лише особистісно-професійний розвиток, а знижуються психофізіологічні можливості організму. Пристосування організму до психоемоційних навантажень, порушень ритму, умов життя та дії різних економічних чинників відбувається за рахунок зміни регуляції діяльності організму з боку центральної нервової та ендокринної систем.

Саме в період 16-19 років, коли молодь пристосовується до навчання у вищих навчальних закладах, важливо, щоб не відбулося серйозних порушень адаптації організму. Стан здоров'я та проблема оздоровлення студентів турбують багатьох дослідників, що викликано щорічним зростанням кількості студентської молоді, яку виникає потреба зарахувати до спеціальної медичної групи. Така ситуація характерна, без перебільшення, для всіх вузів України, а головними причинами є погіршення якості та прискорення темпів життя, збільшення частоти стресових ситуацій поряд із зниженням рухової активності, відсутність нормальних умов для самостійного відновлення здоров'я. Формування культури здоров'я, використання фізичних методів у лікуванні, організації раціонального харчування, дотримування режиму дня, праці й відпочинку - це можливі шляхи оздоровлення студентів. Однак, захворюваність студентів з кожним роком зростає, а проблема профілактики та оздоровлення залишається актуальною

Виходячи з цього, проблема адаптації студентів вищих навчальних закладів до навчання є актуальною, що потребує пошуку засобів, які сприяють прискоренню процесу адаптації студентів до навчання та знижують вплив на них негативних факторів.

Мета роботи. МЕТОЮ РОБОТИ Є ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОШУКУ ЕФЕКТИВНИХ ШЛЯХІВ ОПТИМІЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ. РОЗКРИТИ ОСНОВНІ ЗАСОБИ, ЯКІ СПРЯМОВАНІ НА ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДБАТИ ПРО ВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС НАВЧАННЯ, ЩО ПІДВИЩУЄ ЇХНЮ АДАПТАЦІЮ ДО УМОВ ЖИТТЯ. Мета дослідницької програми полягає в експериментальному обґрунтуванні застосування засобів фізичного виховання, спрямованих на полегшення негативного впливу факторів навчання на організм студентів ВНЗ 1-2 рівня акредитації.

Методика дослідження. Програма міжнародного соціологічного

дослідження здорового способу життя та фізичного виховання студентів є частиною більш широкого дослідницького проекту «Показники і компоненти здорового способу життя та фізичної культури різних особистих груп населення (комплексний соціологічний аналіз)», який розроблений відповідно до плану багатостороннього міжнародного співробітництва вчених різних країн.

Цей план передбачає проведення вченими різних країн філософсько-соціологічних досліджень в галузі фізичної культури та спорту і в першу чергу філософсько-соціологічне обґрунтування шляхів формування активного відношення різних груп населення до фізичної культури, до занять фізичними вправами і спорту. Дослідницький проект включає в себе робочу програму дослідження та базову анкету. Робоча програма містить обґрунтування необхідності розробки і реалізації дослідницького проекту, опис проблемної ситуації, об'єкта, предмета, цілі, завдань, гіпотез і методів дослідження, а також характеристику його основних етапів.

Визначення у дослідницькому проекті жорстко запрограмованої частини, що є умовою порівняльного аналізу, зіставлення даних, не обмежує можливості інших дослідників уточнювати окремі положення, збирати і обробляти інформацію на свій розсуд з урахуванням інтересів і конкретних завдань.

Розробка дослідницького проекту і проведення відповідного дослідження обумовлені в першу чергу тим, що на нинішньому етапі вдосконалення суспільства потрібно не тільки посилення професійної підготовленості людей, але також зміцнення їх здоров'я та суттєве підвищення рівня їх фізичної культури. Важливо, щоб кожна людина правильно ставилася до свого здоров'я і фізичного розвитку, розуміла їх велике соціальне й особистісне значення щоб вона освоїла відповідні знання та засоби, які дозволяють йому цілеспрямовано впливати на наявні у нього дефекти у фізичному розвитку і здоров'я, щоб він це робив не «по принужденню», а в результаті внутрішньої потреби у фізичному вдосконаленні. Необхідно щоб кожна людина змолodu піклувалася про своє фізичне вдосконалення, володіла знаннями в області гігієни та медичної допомоги, вела здоровий спосіб життя.

Вперше конкретно-соціологічні дослідження в галузі фізичної культури та спорту були проведені в різних країнах але єдиною програмою.

Досвід підготовки та проведення згаданих вище досліджень, а також деяких інших, врахований при розробці даного дослідницького проекту. Все зазначене вище і визначило вибір об'єкта, предмета, мети, завдань і методів обговорюваного дослідницького проекту.

Об'єктом дослідження є - навчально-виховний процес у вищому навчальному закладі.

Предмет дослідження - роль фізичного виховання в адаптації студентів до навчальної діяльності у ВНЗ 1-2 рівня акредитації.

Головна мета цієї дослідницької програми полягає в

експериментальному обґрунтуванні застосування засобів фізичної культури, спрямованих на полегшення негативного впливу факторів навчання на організм студентів ВНЗ.

Для реалізації цієї головної мети вирішуються такі завдання:

1. Провести огляд науково-методичної літератури, з проблеми дослідження.

2. Проаналізувати функціональний, фізичний та емоційний стан студентів під час навчання у вищій школі за результатами анкетування та інтерв'ювання.

3. Розробити рекомендації щодо застосування засобів фізичної культури у навчальній діяльності студентів ВНЗ 1-2 рівня акредитації.

4. Для рішення поставлених завдань були обрані наступні методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури; педагогічне спостереження; анкетування; опитування (інтерв'ю); методи математичної статистики.

Основним методом дослідження обрано анкетування та опитування (інтерв'ю). Питання базової анкети, розробленої нами і адаптованої до особливостей студентської молоді, за смисловим значенням згруповані в блоки: оціночні судження про основні показники фізичного стану, ролі і значення цих показників; розуміння культури особистості, її компонентів, їх ролі і значення (в тому числі фізичної культури); інтереси, потреби, установки та ціннісні орієнтації, пов'язані з індивідуальною діяльністю щодо збереження та оптимізації свого фізичного стану; ставлення до фізкультурно-спортивної діяльності та інших засобів впливу на фізичний стан людини; загальна система ціннісних орієнтацій та поведінки, впливає на фізичну культуру респондентів і здоровий спосіб життя; життєва позиція; оцінка факторів, що впливають на здоров'я.

Експериментальне дослідження проводилось в вищому навчальному закладі 1-2 рівня акредитації Гірничому коледжі Державному вищому навчальному закладі «Криворізький національний університет» (ГК ДВНЗ «КНУ»), у першому семестрі 2014-2015 навчального року. Методом експериментального дослідження було обрано анкетування та опитування (інтерв'ю). Дослідження проводилось зі студентами перших - других курсів, в кількості 133 студентів (98 юнаків та 35 дівчини), вік анкетованих 15 -17 років.

Результати дослідження. Методом анкетування та опитування було обстежено 133 студента 1 та 2-го курсів (98 юнаків і 35 дівчат).

Серед обстежених 7,5%, були відмінники, 41,5% мали гарні оцінки, 48,0%-задовільні і 3,0% мали переиздач і незадовільні оцінки.

Чим же зайняті студенти у вільний від навчання та роботи час! На перших рангових місцях у них знаходяться перегляд телевізійних передач, відвідування дискотек, комп'ютерних клубів, кінотеатрів, спортивних видовищ. Заняття фізичним вихованням та спортом знаходяться на шостому місці серед форм дозвілля. Можна зробити висновок про дуже пасивному

споживанні фізичної культури під час свого відпочинку. На превеликий жаль сьогоднішнє дозвілля студентів не пов'язаний з майбутньою спеціальністю. На підтвердження цього відзначимо, що у вільний від навчання та роботи час лише 4,2% студентів читають літературу по своїй спеціальності.

На що скаржаться студенти? На першому місці - втома - 22,9%, на другому місці - млявість, сонливість - 20,6%, на третьому місці - поганий настрій - 20,5%, дратівливість - 19,8%, головні болі - 16,2%.

На питання анкети: «Чи можна вважати культурною людиною того, хто не піклується про свій фізичний стан?» - 24,0% студентів ВНЗ 1-2 рівня акредитації відповіли - «Так, звичайно, можна, і 50,0% відповіли - «Не можна». Звідси випливає висновок, що серед студентської молоді повинна постійно проводитися роз'яснення про те, що фізична культура - частина загальної культури і ми повинні домагатися того, щоб студенти прониклись цією думкою і турботою про свій фізичний стан і здоров'я. Студенти повинні зрозуміти, що настав час, коли будь-якому підприємству чи організації стало не вигідно тримати хворого фахівця. Серед різних форм рухової активності на першому місці у наших студентів знаходяться прогулянки і ходьба - 52,4% відповідей, на другому - фізична праця по господарству і вдома - 50,0%, на третьому - танці, відвідування дискотек - 42,9%. Далі йдуть спортивні та рухливі ігри - 33,7%, оздоровчий біг і кроси - 24%, туристичні походи - 20,6%, ковзани - 19,2%, плавання - 18,8%.

Оцінюючи участь студентів у спортивному житті ВНЗ 1-2 рівня акредитації, ми отримали наступні результати. Половина студентів - 50,2% взагалі не беруть жодної участі в спортивному житті ВНЗ, 29,2% беруть участь у спортивних заходах усередині групи і курсу, 13,9% виступають за факультети і лише 6,7% - за збірні команди. Виходячи з наших даних, можна зробити висновок, що відсутність стимулу для занять фізичною культурою, обмежені можливості виїздів збірних команд ВНЗ 1-2 рівня акредитації в інші міста країни не сприяють залученню студентської молоді до занять вищим спортивним майстерством.

Велика увага в соціологічному дослідженні була предоставлена питанню ставлення студентів до занять з фізичного виховання. Встановлено, що 47,4% студентів відчувають емоційний підйом і гарний настрій після занять, 22,0% - задоволені від спілкування зі своїми товаришами та викладачами. Таким чином, заняття з фізичного виховання можна роздивлятися як засіб спілкування, реалізацію потреби зустрітися на спортивних майданчиках ВНЗ 1-2 рівня акредитації.

З'ясовуючи у студентів, хто з оточуючих більше за все способствовав залученню до регулярних занять спортом, виявлено, що на першому місці перебувають однолітки та друзі - 40,2% відповідей, на другому - батьки - 30,1%, на третьому - викладачі фізичного виховання - 24,7%.

Нас цікавило питання, хто в сім'ї активно займається спортом, тому що відомо, що здоров'я «родом з дитинства». Ніхто в сім'ї, не займається у

58% студентів, займаються брати і сестри - 40,2%, батьки - 10,7% відповідей. Основним показником, за яким студенти найчастіше перевіряли вплив фізичного навантаження, виявилось самопочуття - 19,4% відповідей, за вказівкою викладача - 6,3%, за показниками дихання-4, 0%. Визначення фізичного навантаження за частотою пульсу знаходилося на п'ятому місці - 2,0%. Але ж відомо, що показник пульсу, один з інтегральних показників спортивного тренування. Більшість студентів найкраще знали свій зріст - 87,7%, потім пульс-31, 7%), вагу-26, 4%, артеріальний тиск-24, 2%. Виявлено, що найбільший інтерес у студентів викликає така інформація: 1 - раціональне харчування, 2 - регулювання статевого життя; 3 - методика гігієнічної гімнастики; 4 - методика оздоровчого бігу; 5 - вплив лазні; 6 - контроль і самоконтроль у процесі занять фізичним вихованням.

Ми поцікавилися у студентів, як наше суспільство має реагувати на те, що одні дбають про своє здоров'я, а інші ні. Відповіді були дуже цікаві: 35,5% студентів вважають, що турбота про здоров'я - справа кожної людини окремо і ніхто не повинен втручатися, 28.9% вважають за потрібне заохочувати студентів матеріально, роблячи добавки до стипендії; 16,8%-пропонувати обов'язкове моральне заохочення (грамотами, значками, медалями); 9,9% вважають, що студентів необхідно карати, оголошуючи їм догани та зауваження; 8,9% - вважають що студентів необхідно карати матеріально, вираховуючи гроші із стипендії.

Запитавши у студентів, хто повинен в першу чергу піклуватися про Ваше здоров'я? На першому місці - «ми самі», на другому - «батьки», на третьому «викладачі».

Рекомендації щодо застосування засобів фізичної культури у навчальній діяльності студентів ВНЗ.

Враховуючи, що останні роки кафедр фізичного виховання країни було запропоновано внести корективи в навчальні плани, нами прийнято рішення на підставі соціологічного обстеження розробити новий лекційний курс з теоретичного розділу фізичного виховання та розробити методичні рекомендації щодо використання “ малих форм ” фізичної культури в навчанні студентів.

Використання “малих форм” фізичної культури в навчальній праці студентів відіграє суттєву роль в оздоровленні її умов, підвищення працездатності. До них слід включити ранкову гімнастику, фізкультурну паузу.

Ранкова гімнастика ефективна для активного включення в навчально трудовий день за рахунок мобілізації вегетативних функцій, активізації діяльності центральної нервової системи /ЦНС/, створення певного емоційного фону. Ранкова гімнастика повинна сполучатися з гімнастикою до занять. У цьому випадку ефективність її зростає. Кожен комплекс складає 6-8 вправ, кожна вправа виконується 6-8 разів.

Доступним видом активного відпочинку є фізкультурна пауза. Її проведення ефективне, якщо організується після 4 годин аудиторних занять

на протязі 8-10 хв., а в період самопідготовки - після кожних 1,5-2 год. роботи на протязі 5 годин.

Завдання фізкультурних хвилинок і фізкультурних пауз однакові:

- повернути втомленому студенту працездатність, увагу;
- зняти м'язове і розумове напруження;
- попередити порушення постави;

Фізкультхвилинки проводяться на кожному занятті за перших ознак втоми (порушення уваги, зниження активності), яка наступає переважно після 30-40 хвилин навчання (залежно від інтенсивності розумової діяльності студентів). Час початку фізкультхвилинки визначається викладачем.

Організовуючи фізкультурні хвилинки, дуже важливо дотримуватися певних методичних умов, а саме: належної їх тривалості (2,5-3 хв), включення 3-4 вправ з 6-8-разовим повторенням кожної. Окремі вправи для рук, для відчуття постави можуть виконуватися за партою.

Комплекс передбачає вправи для м'язів рук, спини, ніг, які здатні зняти статичне напруження, активізувати дихання, посилити кровообіг (усунути застійні явища).

Фізкультурні паузи проводяться в домашніх умовах студентами протягом 10-15 хвилин кожних 50-60 хвилин навчальної праці. Крім загально-розвиваючих вправ, виконують біг на місці, стрибки, рухливі ігри. Під час фізкультпауз студенти, зазвичай, опрацьовують домашні завдання з фізичної культури.

Якщо ми не виховаємо потреби у студентів щоранку та після навчання займатися, рухатися, усвідомлено розуміти, що заняття фізичною культурою - це здоров'я, що фізична культура - частина загальної культури людини, то стан справ у фізичному вихованні студентів не зміниться. Необхідно піднімати моральне і матеріально стимулювати студентів і викладачів, що активно займаються фізичними вправами, створювати необхідні умови для заняття.

Тому, ми вважаємо, що ці рекомендації щодо застосування засобів фізичної культури у навчальній діяльності студентів ВНЗ 1-2 рівня акредитації на початковому етапі реформування фізичної культури є вкрай необхідними.

Висновки. Проаналізувавши науково-методичну літературу, з проблеми адаптації студентів ВНЗ 1-2 рівня акредитації до навчальної діяльності, можна зробити висновок, що ця проблема є однією з найбільш актуальних на сьогодні і потребує пошуку засобів, які сприяють прискоренню процесу адаптації студентів до навчання та знижують вплив на них негативних факторів. Тому, що негативні фактори призводять до зниження розумової працездатності студентів під час навчальних занять в вищій школі і можуть привести до погіршення стану здоров'я.

Таким чином, проведене експериментальне дослідження функціонального та емоційного стану студентів під час навчання у ВНЗ 1-2

рівня акредитації ГК ДВНЗ «КНУ» за результатами анкетування та інтерв'ювання показало, що однією з основних причин, що сприяють пасивному відношенню до фізичного виховання, є низька привабливість в порівнянні з іншими розвагами. Студент знаходить час для того, щоб читати книги, дивитися телевізор, танцювати на дискотеках, не виділяючи його для активного заняття фізичним вихованням. Причини низької привабливості фізичного виховання можна пояснити наступним: студенти знають, що активні заняття фізичним вихованням і спортом приведуть до зміцнення здоров'я і фізичного досконалення, але вони вважають себе цілком здоровими і тому не вважають потрібне займатися.

Виходячи з результатів експериментального дослідження, ми розробили рекомендації щодо засобів фізичної культури у навчальній діяльності студентів ВНЗ і вважаємо, що їх застосування протягом навчального дня є вкрай необхідними для підвищення розумової та фізичної працездатності, що вони активізують адаптаційні реакції організму до розумових навантажень, віддаляють настання втоми, слугують формою активного відпочинку студентів і переключення з одного виду діяльності на інший.

Список використаної літератури

1. Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и для каждого/ Владимир Константинович Бальсевич.– М., 1988.- 311с.
2. Барко В.І. Психологічна діагностика / Шаповалов О.В., Панок В.Г. // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. - №9. – С.27-30.
3. Белов Р.А. Самостоятельные занятия студентов физической культурой/ Роман Александрович Белов. – К., 1988. – 287 с.
4. Березовин Н.А. Адаптация студентов к жизнедеятельности вуза: психолого-педагогические аспекты / Николай Александрович Березовин. – М.,- 2001.- 251с.
5. Данияров С.Б. Взаимосвязь физиологических и психологических показателей в процессе адаптации у студентов / Краснов И.Г. Соложенкин В.В.– Харків, 1989.- 206 с.
6. Зданевич Л.В. Як живеться студентів?/Зданевич Лев Віталійович// Гуманітарні науки. – 2005. - №2. – С. 174 -179.
7. Ільницький В.І. Фізичне виховання у середніх навчальних закладах. / Є.А. Ясінський. – Тернопіль, 2000.- 375 с.
8. Казміренко В.П. Програма дослідження психосоціальних чинників адаптації молодшої людини до навчання у ВНЗ та майбутньої професії. / Казміренко Володимир Петрович // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. - №6. – С. 76-78.
9. Кондратова Н.О. Проблеми адаптації студентів ВНЗ : зміст, форми, психологічна специфіка./ Кондратова Надія Олександрівна // Психологія. - НПУ. – 1999. – 196 с.
10. Ляхова І.М. Використання системного аналізу процесу адаптації

- студентів-першокурсників / Інна Ляхова, Олена Учитель //Рідна школа. – 2001. - №1. – С. 61-63.
11. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров'я/ Мурза В.П. – Київ, 1991. – 203с.
12. Научитель Е.Д. Адаптація студента в ВУЗе./ Е.Д. Научитель // Практична психологія та соціальна робота. – 2001. - №7. – С. 21-23.
13. Новіков Б. І. Пакет соціологічних анкет: 51 питання студентам про фізкультуру і спорт / Лабскір В. М.,Столяров В. І. - Харків, 1988.-222 с.
14. Петрова Н.И. Уровень самоактуализации студентов и их социально-психологическая адаптация./ Н.И.Петрова //Психологический журнал. – 2003. – №3. – С. 116-120.
15. Розов В.И. Психосоматическая адаптивность и ее развитие у студентов в системе психологической службы ВУЗа / Розов В.И. - К.: Вища школа. – 1992. – 257с.
16. Розов В.І. Формування і розвиток механізмів адаптивної психофізіологічної саморегуляції у студентів/ Розов В.І.- К.: Вища школа.- 2001.- 189 .
17. Столяров В.І. Запитальник (базова анкета) міжнародного соціологічного дослідження здорового способу життя та фізичної культури студенської молоді / Володимир Іванович Столяров. - М., 1987.- 131 с.

Г.Г. Некрасов

ст. викладач

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ НА ЗАНЯТТЯХ З ФУТБОЛУ

Актуальність теми. З різноманітних засобів фізичного виховання особлива увага приділяється такої спортивної грі, як футбол.

Футбол без перебільшення можна вважати найпопулярнішою в світі спортивною грою і навіть найпоширенішим видом спорту, незважаючи на те, що в порівнянні з так званими класичними видами спорту він має невелику історію. За своїм впливом гра є комплексним і універсальним засобом фізичного виховання та фізичного розвитку. Спеціально підібрані ігрові вправи, що виконуються індивідуально, в групах, командах створюють сприятливі можливості для вирішення найрізноманітніших завдань в області фізичного розвитку дітей[2, с. 12].

Мета роботи: навчально-тренувальний процес студентів футболістів.

Методика дослідження: особливості впливу занять футболом на фізичний стан студентів.

Фізична підготовка необхідна спортсменові будь-якого віку, кваліфікації та виду спорту. Проте кожен вид спорту пред'являє свої специфічні вимоги до фізичної підготовленості спортсменів - рівнем

розвитку окремих якостей, функціональним можливостям і статурі. Фізична підготовка допомагає досягти гармонійного розвитку фізичних якостей, що в свою чергу допомагає становленню основних рухових навичок будь-якому спортсмену, в тому числі і футболістові.

Фізична підготовка - це процес виховання фізичних здібностей, нерозривно пов'язаний з підвищенням загального рівня функціональних можливостей організму, різнобічним фізичним розвитком, зміцненням здоров'я [3, с.137]. Фізична підготовка ділиться на загальну фізичну підготовку (ЗФП) і спеціальну (СФП) [4, с.265]. ОФП являє собою процес всебічного розвитку фізичних здібностей, які не специфічні для обраного виду спорту, але так чи інакше обумовлюють успіх спортивної діяльності, на підвищення загальної працездатності. СФП спрямована на розвиток фізичних здібностей, що відповідають специфіці обраного виду спорту. При цьому вона орієнтована на максимально можливу ступінь їх розвитку. У навчально-тренувальній роботі завдання загальної і спеціальної фізичної підготовки органічно пов'язані між собою.

Діяльність футболіста характеризується постійною зміною інтенсивності виконуваних дій. М'язова робота високої інтенсивності перемежується періодами зниженої активності і відносного спокою. Прискорення, ривки, стрибки чергуються з рівномірним легким бігом, ходьбою, зупинками і виконуються зі зміною напрямку, ритму і темпу руху. Така діяльність пов'язана із здійсненням певних фізичних навантажень і супроводжується значними функціональними зрушеннями в протіканні вегетативних процесів, в першу чергу обміну речовин, дихання і кровообігу[1, с. 59].

Ігрова діяльність футболістів складається не тільки з стрибків, бігу та ходьби. В умовах жорсткого єдиноборства, діючи на граничній швидкості і тривалий час, футболіст повинен в найнеймовірніших вихідних позах (підкат, стрибок, одноопорне стан) ефективно володіти м'ячем, одночасно вирішуючи складні тактичні завдання.

У фізичній підготовці студента-футболіста найчастіше виділяють три основні категорії сили:

- Статичну силу - здатність розвивати максимальну силу в статичному режимі діяльності. Статична сила - основа для основних проявів сили;
- Динамічну силу - здатність розвивати зусилля кілька разів поспіль за певний час в умовах швидкого руху і динамічного режиму діяльності м'язів;
- Вибухову силу - здатність розвивати максимальне зусилля за дуже короткий проміжок часу (в момент удару, кидка, відображення м'яча). В основі руху лежить разове максимальне м'язове зусилля з урахуванням підготовки до цього руху (замах).

Швидкість - це прояв комплексу функціональних властивостей, що визначають швидкісні можливості людини [4, с.129]. В основі прояву швидкості як фізичної якості лежать такі функціональні властивості організму, які визначають можливості людини виконувати рухи з

максимальною частотою, а також переміщати тіло або його окремі ланки в просторі за мінімально короткий час.

У футболі, де постійно змінюється інтенсивність і динаміка рухів, вимога до швидкості і швидкісними якостями гравця особливо високі. Це стосується вміння швидко мислити і реагувати на поле, здійснювати просту і складну рухову діяльність, «знаходити» партнерів, швидкість виконання простих і складних ігрових дій, швидкість взаємодії футболістів.

У простих діях, виконуваних з високою швидкістю, розрізняємо дві фази: фаза зростаючої швидкості (стартова швидкість) і фазу стабільної швидкості (спринтерська швидкість). Максимальна швидкість, яку може розвинути гравець, залежить не тільки від його рівня швидкісних даних, а й від рівня розвитку динамічної сили, від ступеня оволодіння технікою руху і т.д.[1, 3].

Висновки. Аналіз науково-методичної літератури свідчить про те, що загальна фізична підготовка футболіста спрямована на зміцнення та збереження здоров'я, формування статури, підвищення функціональних можливостей організму, розвиток фізичних здібностей - силових, швидкісних, координаційних, витривалості та гнучкості. Спеціальна фізична підготовка розвиває і вдосконалює фізичні якості і функціональні можливості, специфічні для футболіста. У процесі багаторічних занять футболом співвідношення загальної і спеціальної фізичної підготовки, а також їх конкретний зміст змінюється в бік поступового зростання питомої ваги спеціальної підготовки у міру зростання спортивної майстерності спортсмена.

В якості основних засобів фізичної та технічної підготовки є фізичні вправи, а основними методами - повторний, а також всі варіанти й різновиди змагального та ігрового методів.

Список використаної літератури

1. Андреев С. Н. Футбол в школе: Кн. для учителя / С.Н. Андреев. — М.: Просвещение, 1986. — 144 с.
2. Бойченко Б.Ф. Возрастная динамика факторных структур на этапах отбора юных футболистов / Б. Ф. Бойченко, Е. В. Скоморохов. - Теория и практика физической культуры. - 1999. - №4. - С.28-29.
3. Гогунев Е.Н. Психология физического воспитания и спорта: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений/ Е.Н. Гогунев, Б.И. Мартянов. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 288 с.
4. Купчинов Р. И. Физическое воспитание : учебное пособие для студентов подгот. учеб.-тренировоч. групп учреждений обеспечивающих получение высш. образования / Р. И. Купчинов. - Мн. : ТетраСистемс, 2006. - 352 с.

В.В. Одайник
аспірант Національного
педагогічного
університету імені
М.П. Драгоманова

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕТОДИКУ РОЗВИТКУ КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ЗАСОБАМИ БАСКЕТБОЛУ

Актуальність теми. Баскетбол - це ациклічна командна гра, у якій виконання технічних елементів пов'язане з швидкісно-силовими та точнісно-координаційними характеристиками. При обмеженому майданчику та лімітованому правилами часі володіння м'ячем, виконання всіх технічних і тактичних елементів гри вимагає точності і цілеспрямованості рухових дій [1]. З огляду на це, координаційні здібності, серед інших фізичних якостей баскетболістів, займають особливе місце.

Високий рівень розвитку рухових здібностей є вирішальною передумовою для якісного засвоєння та удосконалення техніки гри. Координований спортсмен швидко пристосовується до умов спортивної боротьби, що постійно змінюються та застосовує найбільш ефективні засоби для її ведення [2].

Підвищення рівня координованості баскетболістів полягає у засвоєнні складних рухових дій та їх перебудови залежно від ситуацій, що раптово змінюються на майданчику. Суттєве значення при цьому має вибіркоче удосконалення спеціальних рухових здібностей, що лежать в основі ігрової діяльності спортсменів [3].

Про особливу увагу, щодо розвитку рухових здібностей у ігрових видах спорту наголошує Ю.Д. Желєзняк [4], оскільки, на думку автора, низький рівень координаційної підготовленості гравців лімітує їх хист в опануванні техніко-тактичним арсеналом.

Взагалі, у ігрових видах спорту координаційні здібності проявляються при виконанні всіх техніко-тактичних дій, які пов'язані із силою, швидкістю, витривалістю та гнучкістю гравців [5]. Від рухових здібностей залежать точність і своєчасне виконання технічних прийомів, що дає можливість гравцеві оперативно орієнтуватися у постійно мінливих ігрових ситуаціях та переходити від захисту до нападу.

Крім цього слід зазначити, що особливу увагу розвитку координаційних здібностей слід приділяти студентам, оскільки саме це сприяє розвитку і вдосконаленню необхідних рухових навичок.

До того ж деякі спеціалісти відмічають, що втрачені можливості для розвитку РЗ у юному віці дуже важко реалізувати у майбутньому, що у подальшому може негативно відобразитися на успішності професійної діяльності.

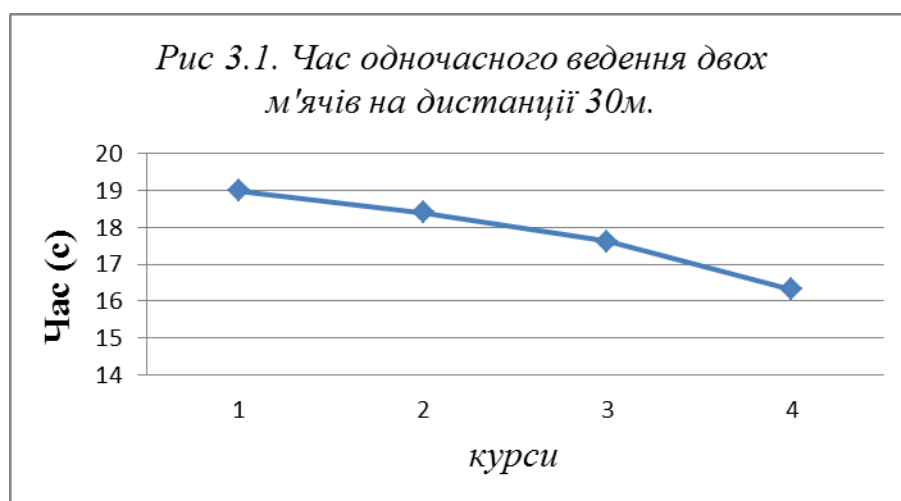
Отже, вивчення координаційних здібностей та визначення їх впливу на якість ігрової діяльності студентів може розглядатися як один з актуальних напрямків сучасних досліджень.

Мета: дослідити формування здібностей студентів ВНЗ до погодження рухової діяльності при бігу та орієнтації у просторі.

Методика дослідження. Дослідження проводилися на базі Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка у яких брали участь 51 студент 1-4 курсів. Кожний курс група налічував від 12 до 14 студентів. Всі досліджувані на момент обстеження були практично здоровими.

Рівень розвитку координаційних здібностей визначався за тестами, описаними Л.В. Костіковою та Л.П. Сергієнко.

Результати дослідження. У результаті вивчення стану розвитку координаційних здібностей студентів нами встановлено, що їх показники ведення двох м'ячів на дистанції 30 м покращувалися поступово (рис. 3.1).

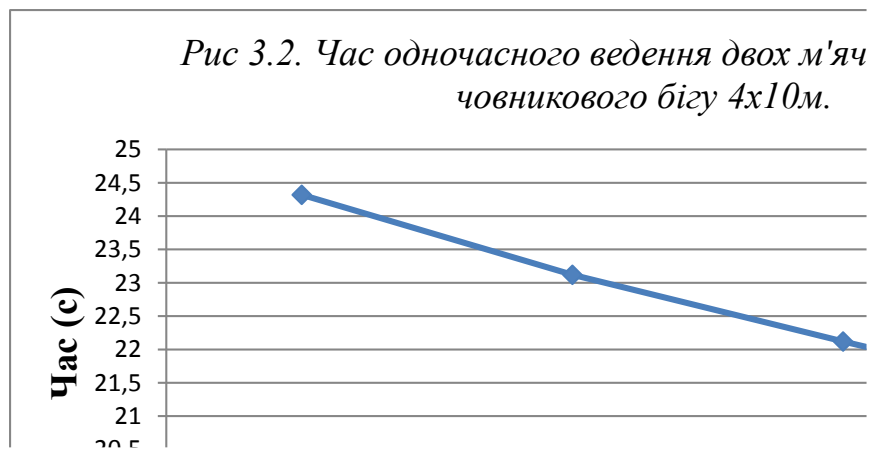


- достовірний приріст показників ($p < 0,05$).

Так результати спортсменів підвищувалися від 1 до 3 курсу без особливих річних приростів, а саме: від 1 до 2 курсу на 0,61 с ($p > 0,05$), від 2 до 3 курсу на 0,77 с ($p > 0,05$). Хоча загальний приріст за вказані вікові періоди складав 1,38 с, що відповідало статистичній достовірності ($p < 0,05$).

Значні річні прирости відповідних показників були відмічені від 3 до 4 курсів, де час виконання вправи покращився з $17,63 \pm 0,45$ с до $16,32 \pm 0,45$ с ($p < 0,05$).

Час ведення двох м'ячів на дистанції човникового бігу 4x10 м також покращувався у баскетболістів від 1 до 4 курсу. Незначні річні прирости на 1,20 с ($p > 0,05$) та 1,00 с ($p > 0,05$) були зафіксовані від 1 до 2 курсу та від 2 до 3 курсу відповідно (рис. 3.2).



- достовірний приріст показників ($p < 0,05$).

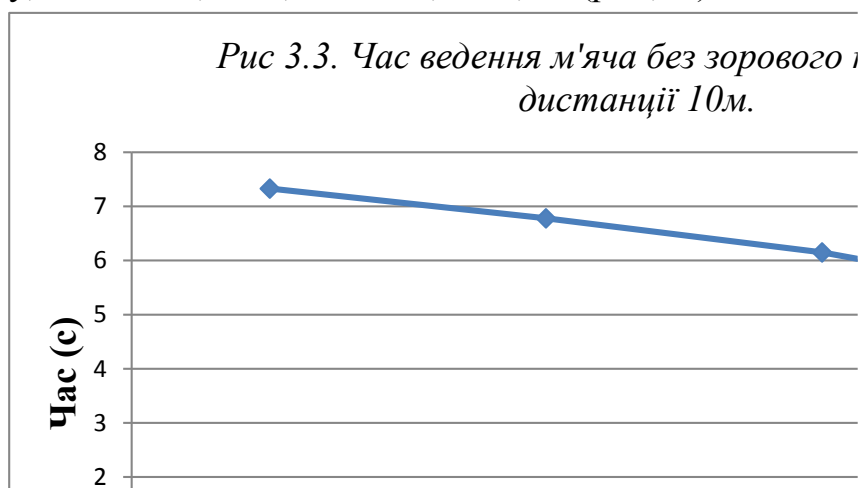
Суттєві зміни результатів спостерігалися від 3 до 4 курсу, де час виконання вправи покращився з $22,12 \pm 0,34$ с до $21,16 \pm 0,23$ с ($p < 0,05$).

Тобто, проведені тести з виконання ведення двох м'ячів на дистанції 30 м та ведення двох м'ячів на дистанції човникового бігу 4x10 м свідчили, що здібність студентів до погодження рухової діяльності при бігу поступово, без особливих річних приростів ($p > 0,05$), покращувалася від 1 до 3 курсу. А період від 3 до 4 курсу був характерним значними позитивними рушеннями для даної координаційної здібності ($p < 0,05$).

Здібність баскетболістів до орієнтації у просторі формувалася за подібною схемою, тобто покращувалася у відповідності до віку та ігрової практики спортсменів.

Так, результати гравців при виконанні ведення м'яча без зорового контролю на дистанції 10 метрів покращувалися з $7,33 \pm 0,33$ с у 1 курсів до $6,78 \pm 0,33$ с, у 2 курсів ($p > 0,05$). Також без особливих річних приростів, лише на 0,63 с відбувалися зміни показників від 2 до 3 курсу ($p > 0,05$) (рис. 3.3).

Достовірні зміни часу виконання відповідної вправи були зафіксовані від 3 до 4 курсу, а саме з $6,15 \pm 0,33$ с до $5,22 \pm 0,2$ с ($p < 0,05$).

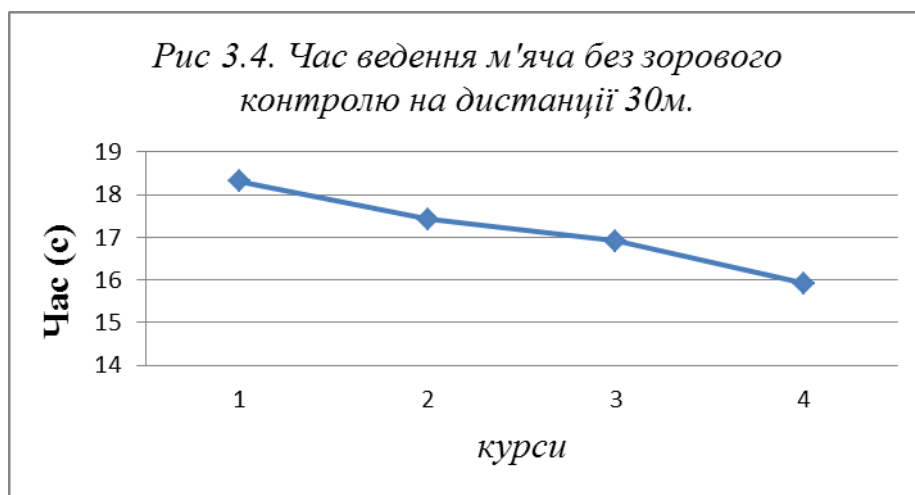


- достовірний приріст показників ($p < 0,05$).

На рисунку 3.4 продемонстровано вікові зміни показників ведення м'яча студентами без зорового контролю на дистанції 30 м. Незначне покращення часу виконання даної вправи було зафіксовано від 1 до 2 курсу - на 0,69 с ($p>0,05$), та від 2 до 3 курсу - на 0,50 с ($p>0,05$).

Особливі позитивні зрушення відповідних показників з $16,92\pm0,19$ с до $15,93\pm0,15$ с спостерігалися від 3 до 4 курсу відповідно.

Тобто, здібність студентів до орієнтації у просторі покращувалася поступово від 1 до 3 курсу ($p>0,05$) з періодом значних вікових змін від 3 до 4 курсу ($p<0,05$).



- достовірний приріст показників ($p<0,05$).

Таким чином, особливості здібностей студентів до погодження рухової діяльності при бігу та орієнтації у просторі полягають у поступовому їх формуванні від 1 до 2 курсу та значному покращенні від 3 до 4 курсу.

Висновки. Координаційні здібності, а зокрема здібності баскетболістів до погодження рухової діяльності при бігу та орієнтації у просторі відіграють одну з головних ролей у процесі ігрової підготовки спортсменів.

Формування здібності баскетболістів 1-4 курсів до погодження рухової діяльності при бігу відбувається поступово від 1 до 2 та 3 курсів ($p>0,05$), у відповідності до їх віку та ігрового стажу, та з особливими позитивними зрушеннями від 3 до 4 курсів ($p<0,05$).

Здібність студентів до орієнтації у просторі формувалася поступово, без значних річних приростів, від 1 до 3 курсу ($p>0,05$) та з особливими позитивними зрушеннями від 3 до 4 ($p<0,05$).

Перспективи подальших досліджень у даному напрямі. Перспективи подальших досліджень даного напрямку полягають у вивченні формування рухових здібностей у баскетболістів 1 - 4 курсів.

Список використаної літератури

1. Бернштейн Н.А. О ловкости и ее развитии // подгот. И.М. Фейгенберг. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 228 с.
2. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека: Учебник для вузов // Е.П. Ильин. – СПб: Питер, 2003. - 384 с.

3. Озеров В.П. Психомоторные способности человека // В.П. Озеров. – Дубна: Феникс+, 2002. – 320 с.
4. Соболев Ю.Л. Приоритетные направления в решении проблем организации ФВ студентов / Ю.Л. Соболев, Н.Б. Карпова // Концепція розвитку галузі фіз. вих. та спорту в Україні: зб. наук. пр. – Рівне, 2001. – Вип. 2. – С. 314-317.
5. Ljach W. Struktura koordynacyjnych zdolności motorycznych i kontrola koordynacyjnego przygotowania wyselekcjonowanych piikarzy noīnych na etapie szkolenia specjalistycznego // W. Ljach, Z. Witkowski, W. Īmuda // Efektywne systemy szkolenia w ryīnych dyscyplinach sportu: Materiały międzynarodowej konferencji. – Sydney, 2000. – S. 139-142.
6. Mechling. H. Von koordinativen Fdhigkeiten zum Strategie-Adaptions-Ansatz // H. Mechling, J. Munzert. Handbuch Bewegungswissenschaft. – Bewegungslehre. Scordorf: Hofmann, 2003. – S. 347-369.
7. Sadovski Ed.J. Coordination Motor Abilities in Scientific Research: Monografy // Ed.J. Sadovski: Internation Associational of sport kinetics. – Biala Podlaska, 2005. – 468 s.
8. Zimmermann K. Koordinative fdhigkeiten und beweglichkeit. In: K. Meinelschnabel: Bewegungslehre. – Sportmotorik. – Berlin, 1998. – S. 206-236.

В.М. Осіпов,

кандидат наук з фізичного
виховання і спорту, доцент
(Бердянський державний
педагогічний університет)

ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ТРЕНОВАНІСТЮ СПОРТСМЕНІВ

Актуальність теми. Складність процесу підготовки висококваліфікованих спортсменів у сучасних умовах постійно зростає в силу тенденції, щодо підвищення обсягу й інтенсивності тренувальних навантажень, які пред'являють організму спортсмена досить високі вимоги.

Сьогодні, підвищення обсягів тренувальної роботи вже не вирішує нагальних проблем сучасного спорту, а, навпаки, пов'язане з можливостями розвитку перенапруження і перетренування. Раціональна підготовка спортсменів наразі може здійснюватися тільки шляхом оптимізації тренувального процесу на суворо науковій основі.

Під оптимізацією тренування розуміють цілеспрямований розподіл тренувального впливу, відповідно особливостям функціональної підготовленості спортсменів, що сприяє в подальшому досягненню максимальних результатів на змаганнях.

Останнє можливе лише шляхом активного, цілеспрямованого

управління тренувальним процесом. Проблема управління спортивним тренуванням вважається однією з центральних проблем сучасної спортивної науки, а підтвердженням її значущості є активні наукові розробки і праці фахівців у різних країнах [3, 4, 5, 9, 13].

У практиці спорту управління розглядають як ефективну систему науково-обґрунтованої організації навчально-тренувального процесу, спрямовану на послідовний і планомірний перехід різних сторін підготовленості спортсмена в якісно новий, заздалегідь запрограмований стан [7].

Управління тренувальним процесом у спорті пов'язане з вибором оптимального тренувального впливу на організм спортсмена (вправи, методи, тренувальні програми), який має бути адекватним його фізичному стану і сприяти підвищенню тренуваності. Тому керувати станом спортсмена і переводити його на новий, більш ефективний рівень працездатності можливо лише в тому випадку, якщо тренер добре володіє об'єктивною комплексною інформацією про стан різних сторін його підготовленості. Отримання такого роду інформації розглядається як первинна і важлива стадія управління.

Технологія управління тренувальним процесом здійснюється тренером шляхом реалізації декількох операцій: збір інформації про стан спортсменів: фізичну, тактичну, технічну, функціональну, психологічну підготовленість; про реакцію організму на різні тренувальні та змагальні навантаження; про параметри змагальної діяльності; про зміст тренувального процесу на попередніх етапах підготовки; аналіз отриманої інформації на основі зіставлення фактичного і заданого стану; розробка шляхів планування та корекції тренувальних програм для досягнення найбільшого ефекту змагальної діяльності.

Постановка питання, пов'язаного з контролем тренуваності спортсмена, не нова. Однак, донедавна рішення його в спорті здійснювалося за допомогою контролю лише однієї сторони підготовленості спортсмена (технічної, тактичної або ін.), а іноді і за допомогою одного показника. Наразі, контроль в різних видах спорту має свої специфічні особливості, які зумовлені рядом вимог, що пред'являються до організму спортсменів у процесі змагальної діяльності.

Засоби і методи контролю за тренуваністю спортсменів формувалися за участю багатьох науковців [2, 6, 11, 14] у процесі вирішення актуальних питань навчання і вдосконалення техніки і тактики, фізичної та психологічної підготовки (М.А.Годік, А.А.Данілов, В.Н.Селуянов, А.І.Шамардін, К.Л.Віхров та ін.). Авторами були встановлені критерії оцінки різних сторін підготовленості спортсменів, але ці наукові розробки не охоплюють окреслену проблему і лишають поза увагою дослідників досить багато не вирішених питань.

Мета роботи й методика дослідження. Мета – розглянути педагогічні аспекти управління тренуваністю спортсменів на різних етапах спортивної

підготовки. Досягненню мети дослідження сприяло використання загально-наукових методів теоретичного рівня: аналіз, синтез, обґрунтування, систематизація та інтерпретація; загально-педагогічних методів: теоретичний аналіз філософсько-методологічної, психолого-педагогічної та медико-біологічної літератури.

Результати дослідження. У практиці проведення контролю багато тренерів також малою мірою використовують фізіологічні методи, хоча без перебільшення можна стверджувати, що в загальній системі контролю за підготовленістю спортсмена визначення рівня функціонування провідних систем організму є вельми важливою ланкою. Це пов'язано з тим, що фізіологічні процеси зумовлюють прояв всіх рухових якостей, забезпечують виконання технічних прийомів, а також тактичне мислення спортсмена.

Якщо, раптом, тренер виявить зниження рівня прояву будь-якої рухової якості у спортсмена, то він тільки за допомогою фізіологічних тестів зможе встановити, яка з фізіологічних систем, що забезпечують його прояв, відстає у своєму функціональному розвитку і обмежує подальше вдосконалення. Адже загальна картина проявів фізичної працездатності залежить від функціонування як виконавчої системи (рухова), так і від регуляторних (центрально нервова, ендокринна системи) і систем забезпечення (дихальна, серцево-судинна, виділення та ін.) [10, 12].

Таким чином, тільки використання комплексного контролю дозволяє тренеру команди не тільки отримувати цифрові дані, а й приймати правильні управлінські рішення, пов'язані з дозуванням тренувального навантаження, з тривалістю відновлення і правильного використання відновлювальних засобів, з індивідуалізацією тренувального процесу. Для цього, здійснюючи контроль важливо користуватися кількісними і в найбільшій мірі інформативними показниками.

Слід також зазначити, що поряд з незаперечними перевагами, які має комплексний контроль в частині об'єктивної інформації про стан спортсмена, організація його на деяких етапах представляє трудомісткий процес, оскільки передбачає реєстрацію великої кількості показників. У цих випадках контроль за станом спортсмена повинен проводитися не тільки тренером, а й спортивним лікарем, і реабілітологом команди, а при поглибленому контролі – фахівцями лікарсько-фізкультурного диспансеру.

Загальною метою контролю є підвищення ефективності спортивного тренування за рахунок оптимізації фізичного навантаження на основі об'єктивної оцінки функціональної підготовленості спортсмена. Контроль за функціональним станом організму може проводитися в процесі одного тренувального заняття, в мікроциклі, в мезо- і макроциклах тренувальної роботи, а також в окремих багатоденних змаганнях. На різних етапах підготовки спортсменів стоять різні завдання, відповідно до яких визначаються цілі та форми контролю. За цілями і формами слід розрізняти 4 види контролю: оперативний; поточний; етапний; поглиблений [5, 9].

Оперативний контроль дозволяє простежити термінові реакції організму спортсменів на тренувальні навантаження в серії вправ і на одному тренувальному занятті.

Поточний контроль розкриває динаміку функціонального стану організму спортсмена в мікро- і мезоциклах.

Етапний контроль дозволяє тренеру отримати інформацію про довготривалі (на певних етапах) функціональні зміни в організмі, що виникають під впливом систематичного фізичного тренування.

Поглиблений контроль проводиться один раз на рік за два місяці до відповідальних змагань. На додаток завдань етапного контролю за його допомогою визначається стан здоров'я спортсменів і розширюються відомості про їх функціональну підготовленість.

У процесі функціонального контролю зазвичай використовують комплекс методик, але також не виключений контроль одного функціонального показника, що несе об'єктивну інформацію для прийняття педагогічних рішень.

Розглянемо більш докладно задачі, можливості та технологію проведення кожного виду контролю.

Оперативний функціональний контроль лежить в основі управління станом спортсмена під час проведення одного тренувального заняття. Мета цього виду управління полягає в тому, щоб вивести організм спортсмена системою тренувальних впливів на рівень функціонування, що дозволяє тренеру вирішити поставлені завдання на даному тренувальному занятті.

Оперативний фізіологічний контроль, а, отже, і управління тренувальними діями, проводиться за допомогою простих, але інформативних методик, доступних тренеру. Такою інформативною і достовірною методикою може бути визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС). При наявності технічних можливостей і виконавців для вирішення зазначених завдань можна використовувати показник лактату (молочної кислоти), хоча ця методика не дає настільки термінової інформації і досить складна у зв'язку з необхідністю частого взяття крові.

У той же час проведені в ігрових видах спорту наукові дослідження впливу на рівень функціонування організму різних тренувальних режимів з одночасною реєстрацією ЧСС і визначенням рівня вмісту молочної кислоти в крові показали їх ідентичність і, отже, підтвердили правомочність використовувати з метою контролю методику реєстрації частоти серцевих скорочень [8] (табл.1).

При плануванні мікроцикла тренувальної роботи тренер повинен знати які завдання повинні вирішуватися на кожному тренувальному занятті: чи то це буде робота, спрямована на розвиток певної рухової якості, чи то необхідний режим роботи відновлювального характеру (після великих тренувальних навантажень) або планується тренування для підтримки на досягнутому рівні працездатності спортсмена. Такі відомості тренер може

отримати, досліджуючи частоту серцевих скорочень протягом тренувального заняття.

Оперативний контроль за показниками ЧСС дозволяє конкретно керувати цілеспрямованим розвитком провідних рухових якостей, на що впливає структура тренувального заняття. Основними факторами, що визначають структуру тренувального заняття, є: інтенсивність виконання вправи, тривалість її виконання, кількість повторень і інтервал відпочинку між виконанням окремих вправ і їх серій.

Під інтенсивністю роботи розуміють ступінь напруження діяльності фізіологічних систем, а показником інтенсивності роботи може бути ЧСС. Інтенсивність вправ значною мірою визначає спрямованість їх впливу на організм і, зокрема, на розвиток певної рухової якості, що залежить також від інтервалів відпочинку між вправами і серіями вправ, інакше – від того, на якому рівні відновлення організму повторюється робота.

Таблиця 1

Характеристика тренувальних навантажень за зонами інтенсивності (В.М.Платонов)

Зони інтенсивності	Спрямованість впливу фізичних навантажень	Реакція організму	
		ЧСС уд/хв	Лактат м/М/л
I – відновлювальна	Активізація відновлювальних процесів	100-120	2-3
II – підтримуюча	Підтримання на досягнутому рівні аеробних можливостей.	140-150	3-4
III – розвивальна	Підвищення аеробних можливостей, спеціальної витривалості до тривалої роботи.	165-175	4-8
IV – розвивальна	Підвищення гліколітичних можливостей, спеціальної витривалості до короткочасної роботи (швидкісна витривалість).	175-185	8-12
V – спринтерська	Підвищення алактатних анаеробних можливостей, удосконалення швидкісних можливостей.	більше 185	вище 12

Так, при скорочених інтервалах відпочинку переважно розвивається спеціальна витривалість, при неповних і повних інтервалах відбувається переважний розвиток швидкісних можливостей. Характеристика показників, які визначають різні режими тренувальної роботи, представлена в табл. 2 [8]. Слід зазначити, що кількість серій і вправ у них, тривалість інтервалів часу між вправами в серіях і між серіями можуть змінюватися залежно від рівня тренуваності спортсмена. Незмінними повинні бути показники частоти серцевих скорочень під час роботи і в інтервалах між вправами в серіях і між серіями.

Поточний функціональний контроль спрямований на управління тренувальним процесом в мікро і мезоциклах. Його основні завдання наступні: визначити реакцію організму спортсмена на структуру тренувальних занять в мікроциклі з метою вирішення питання про відповідність їх функціональній підготовленості організму спортсмена; визначити динаміку відновлення організму і окремих його систем після тренувальних навантажень в мікроциклах з урахуванням відставших у відновленні фізіологічних систем; визначити відновлювальні заходи; індивідуалізувати процес тренування; внести корекції в структуру тренувальних занять для наступного мікроциклу.

Таблиця 2

**Характеристика тренувальних режимів
різної спрямованості**

Спрямованість тренувального заняття	Кількість серій вправ	Тривалість серій, хв	Інтервали між вправами в серії, хв	Інтервали між серіями, хв	ЧСС уд/хв під час роботи	ЧСС уд/хв перед виконанням чергової серії	Спрямованість енергетичного забезпечення роботи	Вміст лактата в крові, м/М/л
Удосконалення швидкісних можливостей	7	6-7	20	1,5-2	від 185	125	Алактатна (фосфогенна) + лактатна (гліколітична)	10
Розвиток спеціальної (швидкісної витривалості)	8-9	8	10-15	0,4-0,6	175-185	135-140	Алактатна (фосфогенна) + лактатна (гліколітична)	8-12
Розвиток загальної витривалості	9-10	8	до 30	3-4	160-175	110-115	Аеробна (окислювальна) + лактатна (гліколітична)	4-8

Вирішення цих завдань дозволяє об'єктивно визначити оптимальне співвідношення в мікро і мезоциклах тренувальної роботи різного об'єму та інтенсивності, співвідношення тренувальних навантажень і відновлювальних заходів, що сприяє більш ефективній адаптації організму.

Контроль функціонального стану організму спортсмена проводиться щодня, після сну, до розминки. Це дозволяє визначити ступінь відновлення організму після попереднього навантаження. Крім того, необхідно вибірково контролювати реакцію організму спортсмена на фізичне навантаження напротязі всього тренувального заняття. Контроль проводиться через 15 хвилин після закінчення тренування, але не відразу після нього, так як в цьому випадку отримаємо дані про вплив на організм останнього локального навантаження, а дані, отримані через 15 хвилин, будуть свідчити

про вплив на організм фізичного навантаження всього тренувального заняття.

Методики, які використовуються при поточному контролі, не повинні бути складними. Рекомендується використовувати найбільш простіші, такі як визначення ЧСС і пробу Ромберга. Частота серцевих скорочень інформативна тим, що вона відображає стан провідних вегетативних систем організму, рівень обмінних процесів, емоційний стан організму спортсмена. Недостатнє відновлення після фізичних навантажень і перетренування неодмінно будуть відбиватися на цьому показнику.

Проба Ромберга відображає стан регуляторних механізмів, а отже, функціональний стан центральної нервової системи. Якщо розглядати три основні блоки систем організму (виконавчу – систему, що виконує рух, регуляторну – центральну нервову систему і гормональну, і обслуговуючі системи – кровообіг, дихання, виділення та інші), то перші ознаки втоми, перетренування проявляються з боку регуляторної системи, про них може дати інформацію проба Ромберга.

Мета **етапного контролю** полягає у визначенні ефективності впливу тренувальних програм попереднього етапу роботи на функціональний стан організму спортсмена і корекція їх на майбутньому етапі підготовки. Етапний контроль функціональної підготовленості спортсмена проводиться 2 рази на рік за 2 місяці до відповідальних змагань для того, щоб була можливість для внесення змін до плану тренувальних занять з метою підвищення працездатності організму.

Конкретні завдання етапного контролю: визначення функціональної підготовленості та працездатності організму спортсмена на конкретному етапі підготовки; проведення порівняльного аналізу отриманих характеристик функціональної підготовленості та працездатності спортсменів із запланованими показниками; на основі аналізу даних педагогічного тестування і характеристик функціонального стану організму визначення напрямку і змісту тренувального процесу на період підготовки до змагань; виявлення спортсменів з відстаючими функціональними показниками і визначення для них шляхів індивідуалізації тренування; визначення реабілітаційних та відновлювальних заходів для окремих спортсменів.

При етапних обстеженнях арсенал діагностичних методик розширюється, так як тренер повинен отримати інформацію про рівень стану провідних фізіологічних систем організму.

Нижче наведені рекомендовані методики, що дозволяють проводити обстеження спортсменів в умовах тренувального збору і не потребують складної апаратури [1, 3, 4, 5].

Для визначення загальної працездатності – тест PWC170; стану аеробної продуктивності організму – МСК розрахунковим методом; стану анаеробної продуктивності – тест із затримкою дихання у спокої і після роботи; рівня адаптації серцево-судинної системи до навантаження – тест

Руф'є; стану центральної нервової системи – теплінг-тест, швидкість переробки зорової інформації, проба Ромберга; стану вестибулярної сенсорної системи – проба Яроцького.

Спочатку проводяться тести, не пов'язані з фізичним навантаженням, а потім ті, які його вимагають (PWC170, тест Руф'є).

Проводити етапний контроль слід після дня відпочинку, вранці (виключити розминку). Зазвичай етапний контроль проводиться фахівцями, які мають досвід проведення медико-біологічних обстежень (спортивний лікар команди, фізичний реабілітолог). Як правило, слід розраховувати на те, що етапний контроль займає кілька годин.

Поглиблений комплексний контроль проводиться один раз на рік і найчастіше його приурочують до часу проведення етапних обстежень. При цьому виді контролю спортсмени обстежуються по самій широкій програмі медико-біологічних, педагогічних і психологічних тестів.

Поглиблений контроль проводиться тренером, спортивним лікарем команди, а також спеціалістами лікарсько-фізкультурного диспансеру. Тренер і лікар команди обстежують спортсменів за програмою етапного контролю, інші фахівці диспансеру – за розробленою ними програмою із загальним висновком про стан здоров'я спортсменів. На відміну від інших видів контролю реєструються так звані «консервативні» показники, тобто ті, які змінюються лише протягом тривалого часу, а саме: довжина і маса тіла, окружність грудної клітки, життєва ємність легенів.

Результати поглибленого обстеження з урахуванням педагогічного тестування неодмінно обговорюються за участю тренера, спортивного лікаря команди, фахівців лікарсько-фізкультурного диспансеру, спортивного психолога. Формується загальний висновок по кожному спортсмену про стан здоров'я та рівень тренуваності з неодмінними практичними рекомендаціями з режиму тренування, реабілітації, відновлювальних заходів. На підставі загального висновку вносяться корективи в план тренування спортсменів, а на основі кількісних показників провідних фізіологічних систем організму розробляються модельні (еталонні) характеристики для наступного макроциклу тренування.

Висновки. Результати комплексного контролю являють собою цінну інформацію, яку можна використовувати для управління тренуваністю спортсменів, зокрема, для індивідуалізації тренувальних навантажень, для контролю динаміки спеціальної тренуваності, для своєчасного виявлення ознак перенапруження організму, для прогнозування спортивних результатів.

Список використаної літератури

1. Аулик И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте / И.В.Аулик. – М.: Медицина, 1990. – 192 с.
2. Годик М.А. Физическая подготовка футболистов / М.А.Годик. – М.: Терра-Спорт, Олимпия Пресс, 2006. – 272 с.
3. Круцевич Т.Ю. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді: навч. посіб. / Т.Ю.Круцевич, М.І.Воробйов, Г.В.Безверхня. – К. :

Олімпійська література, 2011. – 224 с.

4. Маліков М.В. Функціональна діагностика у фізичному вихованні і спорті: Навчальний посібник для студентів ВНЗ / М.В.Маліков, А.В.Свасьєв, Н.В.Богдановська. – Запоріжжя: ЗДУ, 2006. – 227 с.

5. Макарова Г.А. Спортивная медицина: Учебник / Г.А.Макарова. – М.: Советский спорт, 2003. – 480 с.

6. Носко М.О. Гандбол: технологія підготовки команд вищої спортивної майстерності: підруч. для тренерів і каф. спорт. ігор ун-тів фіз. культури / М.О.Носко, О.О.Данілов, В.М.Маслов. – К.: СПД Чалчинська Н.В., 2013. – 236 с.

7. Петровский В.В. Управление спортивной тренировкой / Отв. ред. В.В.Петровский. – Киев: Издательство Киевского института физической культуры, 1974. – 144 с.

8. Платонов В.Н. Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте/ В.Н. Платонов. – Киев: Олимпийская литература, 1997. – 584 с.

9. Речкалов А.В. Врачебно-педагогический контроль в физической культуре и спорте: Монография / А.В.Речкалов, Д.А.Корюкин. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2011. – 225 с.

10. Спортивная физиология: Учебник для ин тов физ. культуры / Под ред. Я.М.Коца. – М.: Физкультура и спорт, 1986. – 240 с.

11. Селуянов В.Н. Физическая подготовка футболистов / В.Н.Селуянов, С.К.Сарсания, К.С.Сарсания. – М.: ТВТ Дивизион, 2004. – 192 с.

12. Уилмор Дж.Х., Костилл Д.Л. Физиология спорта и двигательной активности. – К:Олимпийская литература, 1997. – 504 с.

13. Фомин В.С. Физиологические основы управления подготовкой высококвалифицированных спортсменов: учеб. пособие / В.С.Фомин. – М.: МОГИФК, 1984. – 64 с.

14. Шамардин А.А. Комплексная функциональная подготовка юных футболистов: Монография / А.А.Шамардин. – Саратов: «Научная Книга», 2008. – 239 с.

С.М. Писаренко

ст. викладач,

О.М. Будний

ст. викладач

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВИЩИХ ПЕДАГОГІЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Актуальність теми. У зв'язку з тим, що значний науково-технічний прогрес, зростання комп'ютеризації побуту призвели до зміни пріоритетів і переорієнтації у вихованні молоді та системі підготовки її до майбутньої

професійної діяльності та суспільного життя, все більш актуальною стає проблема стану здоров'я людей, які багато часу приділяють комп'ютеру.

Шкідливий вплив комп'ютера ще далеко не всім відомий і належить до факторів малої інтенсивності, негативна дія яких розвивається поступово і приховано. Вона проявляється після багатьох місяців або років праці, коли боротися з нею вже нелегко. В багатьох випадках важко навіть встановити головну причину захворювання.

Багато вчених і фахівців [1, 4] звертали увагу громадськості на необхідність вживання заходів для зростання не тільки професійних знань, але і комплексної готовності до майбутньої трудової діяльності. Тому вивчення проблеми стану здоров'я майбутніх фахівців з комп'ютерних технологій в педагогічному ВНЗ, яка забезпечує необхідний рівень адаптації і розвиток професійних фізичних і психофізіологічних здібностей, є своєчасним і актуальним.

Мета роботи - дослідити і проаналізувати стан здоров'я майбутніх фахівців з комп'ютерних технологій у педагогічних ВНЗ.

Завдання дослідження - проаналізувати дані літературних джерел щодо шкідливого впливу майбутньої професійної діяльності фахівців з комп'ютерних технологій на стан їхнього здоров'я; провести анкетування студентів вищих навчальних педагогічних закладів.

На думку фахівців (Р. Раєвського, 1998 та ін. [5]), реальна система фізичного виховання студентів вищих педагогічних навчальних закладів, що склалася сьогодні в Україні, є малоефективною. Науковці стверджують, що вона не забезпечує повною мірою психофізичну готовність випускників педагогічних навчальних закладів до життєдіяльності та професійної роботи і потребує подальшого удосконалення. Майже 60% молодих вчителів, які поступають на роботу, фізично не готові працювати в тому ритмі і з такою інтенсивністю, котрої вимагає їх професія. Це здебільшого призводить до порушень процесу праці, професійних травм та хвороб.

Методика дослідження. З метою отримання від студентів інформації щодо самооцінки стану здоров'я, фізичного стану, динаміки їх зміни в процесі навчання у ВНЗ, рухового режиму, успішності, часу роботи за ПК, симптомів, які вони відчують під час і після роботи з ПК, і необхідності знань про профілактичні заходи при роботі за ПК нами була розроблена соціологічна анкета, яка містила 25 питань. Проведене в рамках анкетування дослідження було спрямовано на вивчення реальної картини сучасного життя університетської молоді.

Результати дослідження. Аналіз відповідей респондентів на питання анкети дозволив визначити широкий спектр характеристик, пов'язаних з різними аспектами життя студентів. Після обробки відповідей респондентів були отримані такі результати. У анкетуванні брали участь студенти Бердянського державного педагогічного університету 1-3 курсів, які навчаються за спеціальністю комп'ютерні технології та системи і більшість часу працюють за ПК.

Свій стан здоров'я оцінюють як добрий 66,7% першокурсників, серед третьокурсників ця цифра склала 49,4%.

Фізичний стан на першому курсі оцінюють як добрий 51,9% респондентів, на третьому курсі тільки 46,9%.

Аналізуючи динаміку зміни стану здоров'я за час навчання у ВНЗ, виявлено, що 3,1% першокурсників відзначають його погіршення, на третьому курсі ця цифра зростає до 22,6%.

Аналізуючи самооцінку здачі контрольних нормативів можна зробити висновок, що кількість студентів, котрі вважають, що вони можуть здати контрольні нормативи на «відмінно» приблизно однакова на всіх трьох курсах – 19%, але кількість студентів, які не в змозі здати контрольні нормативи, збільшується від 2% на першому курсі до 8,7% на третьому курсі.

Результати анкетування свідчать про те, що відносно високий відсоток респондентів до третього курсу спостерігають погіршення зору на 27,3%, тоді як на першому курсі ця цифра складала 9,2%. Таке значне збільшення скарг на погіршення зору говорить про серйозність проблеми. Навчання фахівців з комп'ютерних технологій в педагогічному ВНЗ має свою специфіку, яка полягає в тому, що студенти багато часу проводять, працюючи за ПК.

Студенти працюють за ПК не тільки у ВНЗ, але і вдома, причому багато з них до п'ятого курсу мають часткове працевлаштування, яке здебільшого пов'язане з роботою за ПК, що підтверджено результатами анкетування. Так в середньому 44,4% респондентів першого курсу проводять менше 20 годин на тиждень за ПК, водночас 41% студентів старших курсів – більше 40 годин на тиждень, що в середньому складає до 6 годин на день.

У 58% старшокурсників є можливість працювати за ПК додатково. При цьому 35-50% всіх респондентів не знають засобів профілактики професійно зумовлених захворювань при роботі за ПК і 61-73% всіх респондентів зазначили необхідність отримання такої інформації.

Вивчаючи тривалість роботи за ПК, після якої студенти починають відчувати несприятливі симптоми, можна з'ясувати, що 38,9% студентів першокурсників відчують несприятливі симптоми уже після 1-2 годин роботи за ПК. На нашу думку, ці цифри, швидше за все, свідчать про низький рівень адаптації першокурсників до нового ритму життя і умов навчання. Адаптація супроводжується важливим перебудуванням психічних і фізіологічних станів організму.

З найбільш поширених симптомів (табл.1) можна виокремити такі: головний біль і біль в очах; стомлення, запаморочення; сонливість протягом дня; печіння очей, слюзливність; порушення візуального сприйняття (неясність зору на близькій або далекій відстані), причому зазначені симптоми відчуває значний відсоток студентів всіх курсів.

Останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості студентів, які відчувають ці симптоми.

Таблиця 1

Негативні симптоми, що відчувають студенти після роботи за ПК

Симптоми після роботи за ПК, %	1 курс n=56	2 курс n=43	3 курс n=51
Головний біль	21,2	20,7	30,2
Втома, головокружіння	15,1	12,5	17,3
Порушення сну	4,1	6,5	5,2
Сонливість	19,2	21,7	25,4
Зміна настрою	12,4	15,4	11,5
Підвищена дратівливість	6,3	8,1	14,6
Депресія	2,3	3,9	4,5
Зниження інтелектуальних можливостей, погіршення пам'яті	2,1	4,3	7,4
Печуть очі	18,6	21,0	23,5
Біль у м'язах	3,2	6,1	7,5
Біль у ділянці серця, нервові серцебиття	2,1	3,5	4,1
Погіршення візуального сприйняття (неясність зору на близькій чи далекій відстані)	15,2	13,5	18,1

Заслуговує на увагу також той факт, що 23-27% респондентів всіх курсів займаються фізичною культурою менш ніж 3 години на тиждень. Ця інформація, може свідчити про байдуже ставлення до фізичної культури, нерозуміння важливості поліпшення засобами фізичної культури власного здоров'я. Більшість студентів на старших курсах припиняють заняття фізичною культурою й спортом, що призводить до виникнення гіподинамії. А на тлі зниження рухової активності знижується фізична й розумова працездатність, адаптивні можливості організму в осіб розумової праці. Слід також зазначити, що додатково в спортивних секціях займаються 52,6% першокурсників, а на третьому курсі ця цифра склала лише 32,8% респондентів.

Результати анкетування свідчать про досить високий відсоток респондентів – 25,7%, які вказали на наявність у них хронічних соматичних захворювань, у зв'язку з чим 21,1% з них перебували на диспансерному обліку. Ці дані збігаються з дослідженнями, проведеними в Україні останніми роками [2, 3] і підтверджують загальну ситуацію щодо погіршення стану здоров'я сучасної молоді.

Висновки. Таким чином, у період навчання у вищому навчальному закладі збільшується обсяг інформації й зростає емоційне навантаження у студентів педагогічних ВНЗ на фоні зниження рухової активності, що призводить до послаблення організму, гіподинамії, погіршення

психофізичного статусу й зниження фізичної підготовленості та стану здоров'я.

Список використаної літератури

1. Виленский М.Я. Физическая культура в научной организации процесса обучения в высшей школе. – М.: МГПИ, 1982. – 156 с.
2. Гайдай М. І. Рівень функціонального стану студентів I-IV курсів педвузу / М.І. Гайдай, Б.І.Кубатько, Н.О.Умріхіна // Матеріали наукової конференції "Індивідуальні психологічні властивості людини та професійна діяльність". – Київ-Черкаси, 1997. – С. 19
3. Дворягина Е. С. Функциональное состояние организма студентов в процессе работы на ЭВМ. – М., 1989. – 121с.
4. Егорычев А.О. Здоровье студента с позиции профессионализма / А.О. Егорычев, Б. Н. Пенцик // Теория и практика физической культуры: науч.-метод. журн. – Харків. – 2003. – № 2. – С. 53-56.
5. Державне тестування фізичної підготовленості як фактор поліпшення фізичного виховання студентської молоді / [Р. Раєвський, Є. Свирид, С. Канішевський, Краснов В. та ін.] // Студентський фізкультурно-спортивний рух в Україні на порозі ХХІ століття: національно-історичні, соціально-економічні, оздоровчо-профілактичні аспекти відродження: Всеукр. наук.-практ. конф. – К., 1998. – С. 108-109.

І.С. Расторгуєва

асистент

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ВПРАВИ ЗІ СКАКАЛКОЮ ЯК ОДИН З ВИДІВ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ

Актуальність теми. Раціональне застосування доступних та ефективних засобів фітнесу, які мають вибірковий характер впливу на організм, багато у чому забезпечує досягнення мети фізичного виховання студентської молоді. Вибір спрямованості, обсягу та інтенсивності персональної фізкультурної діяльності студентів визначається станом здоров'я, функціональними можливостями організму, статтю, віком, рівнем фізичної підготовленості. Одним з видів фітнесу є вправи зі скакалкою (роуп-скіппінг). Ці вправи розвивають витривалість, зміцнюють серцево-судинну і дихальну системи, розвивають стрибучість, допомагають позбавитися від жирових запасів, зміцнюють м'язи ніг, роблять фігуру стрункою і привабливою. Скакалка, за думкою багатьох фахівців, є одним із найшвидших засобів кардіонавантаження.

Мета: розглянути роуп-скіппінг, як вид фізкультурної діяльності.

Результати дослідження. Стратегія інтеграції фітнесу в фізичну культуру студентів повинна бути спрямована на формування цінностей

здорового способу життя; виховання активної особистої позиції в досягненні гармонічного розвитку; використання здоров'язберігаючих фітнес-технологій у навчальному процесі; реструктуризацію дозвілля з використання засобів фітнесу; підготовку фахівців з фітнесу.

Будь-яка фізична вправа або ж комплекс тренувань, кінцевою метою якого є досягнення певного рівня здоров'я, відноситься до фітнесу. Саме тому існує безліч найрізноманітніших програм, які в тій чи іншій мірі є невід'ємною складовою частиною фітнесу. Роуп-скакалка – це новий вид рухової активності, що являє собою комбінацію стрибків, акробатичних елементів, танцювальних елементів з однією або двома скакалками, які виконуються індивідуально або в групах.

Роуп-скакалка має декілька напрямків. Оздоровча спрямованість включає у себе навантаження помірної інтенсивності. Рекреативна спрямованість – це ігри, естафети зі скакалками. Також здійснюється підвищення рівня фізичної підготовленості – розвиток основних рухових якостей: швидкісних, швидко-силових, витривалості, координаційних здібностей. Спортивна спрямованість – проведення змагань з роуп-скакалкою: обов'язкова і довільна програми.

Останнім часом скакалка міцно увійшла в тренувальний арсенал багатьох любителів фітнесу та бодібілдингу. По-перше, скакалка - це найшвидше кардіо, по-друге – тренажер абсолютно всіх м'язів тіла, по-третє - потужний інструмент спалювання жиру. Стрибки зі скакалкою не тільки покращують загальну спортивну форму, а й вчать по-справжньому володіти своїм тілом.

Працюють всі м'язи тіла. Стрибки змушують працювати всі великі м'язові групи (сідниці, квадрицепси, ікри і м'язи задньої частини стегна) як під час відриву від землі, так і в момент приземлення, інтенсивно навантажуючи всю нижню частину тіла. І якщо додати сюди скакалку - запрацюють усі м'язи тулуба. Відпрацювання координації плюс безперервні обертання скакалки втягують у роботу всі м'язи верхньої частини тіла. Зміна положення ніг при стрибку сприяє корисному перерозподілу навантаження і зміцненню стабілізуючих м'язів, прилеглих до плечових, колінних і тазостегнових суглобів. Змінюючи стиль стрибків, ми додаємо в розвитку м'язів-антагоністів. А чим збалансованішим загальний розвиток мускулатури і сильніше суглоби, тим менше вірогідність травмування.

Потужний інструмент спалювання жиру. Скакалка - найбільш інтенсивний вид кардіо плюс до всього максимально стислий у часі. Вона швидше будь-яких кардіотренажерів піднімає пульс до 85-90% від його максимально допустимого значення і утримує його на цьому рівні протягом усієї вправи. Кількість спалюваних калорій: середній показник 600 калорій на годину.

Покращує спортивну форму. Скакалка розвиває спритність, гнучкість, координацію рухів, витривалість і «вибухову» силу. Покращує показники в стрибках у висоту. Усього кілька занять на тиждень стрибками з скакалкою

значно покращать ваші результати в баскетболі, боксі, футболі та інших видах спорту.

Як обрати правильне навантаження? Інтенсивність стрибків зі скакалкою, як і будь-якого іншого виду кардіозаняття, вимірюється значенням вашого пульсу (після навантаження).

Початківцям рекомендується стрибати, дотримуючись навантаження 50-60% від МДП; більш досвідченим - 70-85% від МДП. Для визначення максимально допустимого значення пульсу (МДП) = 220 - ваш вік.

Наприклад: якщо вам 20 років, то ваш МДП складе 200 ударів в хв. (220-20 = 200). При інтенсивності 70% від МДП ваш пульс повинен дорівнювати 140 ударам в хв. (0,7 x 200).

Кількість спалюваних калорій в залежності від виду навантаження (в таблиці вказано кількість калорій, що витрачаються за 1 годину спортсменом з вагою 90 кг в залежності від виду кардіо).

КАРДІО (60 хв.)	Калорії, що спалюються
Швидкий біг підтюпцем (11 км \ ч)	1200
Стрибки зі скакалкою	975
Біг на лижах	960
Біг на місці	845
Плавання (45 м \ хв)	650
Швидка ходьба (7 км \ год)	570
Їзда на велосипеді (19 км \ ч)	530
Гра в теніс	520
Ходьба (4,8 км \ год)	415

Висновки. За допомогою фітнесу можна зміцнити здоров'я і підтримувати себе у відмінній фізичній і емоційній формі. Порівнюючи різні види рухової активності можна зробити висновки, що застосування вправ зі скакалкою на заняттях фізичним вихованням досить ефективно та доступне, має широку варіативність рухів, не залежить від погодних умов, дозволяє тренувати одночасно велику кількість груп м'язів, зміцнює серцево-судинну, дихальну систему, розвиває координаційні можливості, швидко-силові якості і витривалість. Виконання вправ під музичний супровід значно посилює емоційний стан, дозволяє легше переносити навантаження у ході заняття.

Список використаної літератури

1. Аэробика. Теория и методика проведения занятий/ под ред. Е.Б. Мякинченко, М.П. Шестакова.– М.: СпортАкадемПрес, 2002.– 303с.
2. Лисицкая Т.С., Сиднева Л.В. Тренировка тела и ума (Mind and Body). – М.: Самиздат, 2003. –35с.
3. Здоровье женщины. Карманный справочник: — Москва, Олма-Пресс, 2010 г.- 800 с.
4. Интеллект - карты для фитнеса: Тони Бьюзен — Санкт-Петербург, Попурри, 2010 г.- 308 с.
5. Карманная книга супер - героини: Дженнифер Уорик, Джо Боргенихт — Санкт-Петербург, АСТ, Астрель, 2006 г.- 192 с.

О.В. Третьак

кандидат педагогічних наук,

доцент

(Бердянський державний

педагогічний університет)

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОФІЗИЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО ДІЙ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ

Актуальність теми. Актуальність проблеми підвищення рівня безпеки людини сьогодні очевидна. Одним з найважливіших факторів забезпечення безпечної життєдіяльності є психофізична готовність. Стрес викликає зміну фізіологічних реакцій організму в межах нормального стану, але може бути досить сильним і ушкоджуючим. Знання позитивних і негативних сторін стресу, адекватне їх застосування чи запобігання його проявам мають велике значення для збереження здоров'я індивідуума та адаптації [8, с. 3]. Це дає основу говорити про необхідність формування психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях.

Мета роботи полягає у визначенні шляхів формування психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях.

Методика дослідження: теоретичний аналіз літературних джерел з проблеми формування психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях.

Результати дослідження. У науковій літературі різні аспекти готовності до дій в екстремальних ситуаціях висвітлюються в працях Г.М. Гагаєвої (1962), О.А. Чернікової (1967), П.А. Рудика (1967), Ф. Генова (1969), А.Ц. Пуні (1969), Г.И. Савенкова (1969), ЮЛ. Кисельова (1972), Л.П. Матвеева (1977), А.В. Дубровського (2003). Однак дослідження, присвячені формуванню психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях, практично відсутні.

Готовність до дій в екстремальних ситуаціях розуміється нами як система знань, сформованих умінь і навичок, сукупність особових якостей фізіологічного і психологічного стану, які в єдності забезпечують ефективність і результативність дій в екстремальних ситуаціях.

Однією з умов готовності людини до екстремальних ситуацій є здібність до моментальної дії при виникненні різних несподіванок. Спостереженнями А. Тараса і К. Сельченка визначено, що за наявності загрози для життя у людини присутня готовність до дій, яка не завжди усвідомлюється. Така готовність, супроводжувана відповідною психологічною напруженістю, є закономірною реакцією на небезпеку [6, с. 7–12].

Іншою умовою готовності до загрози для життя є упевненість людини в надійності технічних систем, засобів порятунку і у власних діях в ситуаціях, що містять в собі небезпеку.

У ряді досліджень указуються загальні риси екстремальних ситуацій, такі, як раптовість, несподіванка, необхідність зміни стереотипу діяльності, емоційна напруженість [3, с. 16; 6, с. 117].

Готовність до небезпеки і адекватність дій в екстремальних умовах, на думку А.М. Прихожан, полягають у тому, що у людини сформована здібність до оперативних, “скорочених” прийомів пізнання характеру небезпеки і миттєвого витягання з пам’яті необхідної інформації для ухвалення рішення [5, с. 77].

Тобто, формування психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях означає утворення необхідних мотивів, установок, досвіду, додання психічному процесу і властивостям особи таких особливостей, які забезпечать можливість ефективно здійснювати діяльність в цих ситуаціях.

А.М. Столяренко стверджує, що людина в екстремальній ситуації індивідуалізується: розумінням і оцінкою ситуації і її окремих чинників; оцінкою значущості ситуації, її компонентів і відношенням до них; мотивацією активності в ситуації; мобілізованістю власних можливостей; адекватністю рішень, поведінки і дій; психічним станом; долаючою поведінкою [4].

Т.І. Туркот вважає, що поведінка особистості у стресовій ситуації залежить від її індивідуально-особистісних властивостей: особливостей нервової системи, темпераменту; уміння швидко оцінювати ситуацію; навичок миттєвої орієнтації за несподіваних обставин; вольової зібраності, рішучості, витримки; наявного досвіду поведінки в аналогічних ситуаціях [7, с. 507].

В. Мошкін вважає, що принципи і шляхи формування готовності до дій в екстремальних ситуаціях, необхідно виконувати спираючись на наступні положення: частина майбутньої діяльності повинна складатися з дій, які за своєю психологічною структурою однакові з діями, що виконуються в реальній обстановці; навчальна діяльність повинна спиратися на фізичне і психічне моделювання реальних умов діяльності; метою навчальної діяльності є не тільки формування автоматизованих дій, але і психофізіологічних механізмів, які сприяють активізації властивостей психіки; навчальна діяльність повинна включати завдання, що розвивають пізнавальну, регулятивну і комунікативну функції психіки. Поєднання різноманітних і повторення складних завдань і умов їх виконання ефективно формує готовність, стійкі психофізіологічні структури, узагальнені способи дій [2, с. 15–18; 3, с. 21–24].

На думку А.Ф. Майдикова ігрова модель повинна розроблятися таким чином, щоб бути максимально наближеною до реальної дійсності і враховувати рівень і ступінь підготовленості тих, що вчаться, чим досягатиметься повна перевірка та зміцнення психофізіологічної готовності [2, с. 88].

Тобто, реальна зустріч з екстремальною ситуацією після емоційного програвання усвідомлюється як зустріч з вже знайомою ситуацією та

нейтралізується головний стресор – несподіванка.

Висновки. Аналіз науково-методичної літератури дозволив нам визначити що, шляхи формування психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях припускають роз'яснення її суті і значення, ознайомлення з порядком і послідовністю майбутніх дій, проведення виховних заходів, тренувань. Отримані дані будуть враховані нами у подальших наших дослідженнях.

Список використаної літератури

1. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Короленко Ц. П. – Л., 1978. – 272 с.
2. Мошкин В. Как воспитать готовность к трудным и опасным ситуациям / В. Мошкин // Основы безопасности жизнедеятельности. – 1999. – № 12. – С. 15–18.
3. Мошкин В. Подготовка к опасным ситуациям / В. Мошкин // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2000. – № 1. – С. 21–24.
4. Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика / Столяренко А. М. – М. : ЮИТИ, 2002. – 184 с.
5. Пліско В. І. Теоретичні і методичні засади формування готовності працівників правоохоронних органів до діяльності в умовах екстремальних ситуацій: дис. ... доктора пед. наук : 13.00.04 / Пліско Валерій Іванович. – Київ, 2004. – 420 с.
6. Тарас А. Е. Психология экстремальных ситуаций [хрестоматия / сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко]. – М. : АСТ, 2000. – 480с.
7. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи : навчальний посібник [для студ. вищ. навч. закл.] / Туркот Т. І. – К. : Кондор, 2011. – 628 с.
8. Фізичне виховання і спорт у подоланні негативних наслідків стресу : методичні рекомендації для студентів університету / [упорядн. А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергіна]. – К. : ВПЦ “Київський університет”, 2001. – 30 с.

І.Ю. Щербина

аспірантка

(Черкаський національний
університет імені

Богдана Хмельницького)

ДІЯЛЬНІСТЬ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В КОНТЕКСТІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОГО НАВЧАННЯ

Актуальність теми. Утвердження загальнолюдських цінностей, збереження здоров'я громадян України є виключно актуальною проблемою. Інтерес до питання здоров'я викликаний насамперед соціальним замовленням суспільства на формування гармонійно розвиненої особистості, забезпечення випускникові школи високого рівня здоров'я,

озброєння його багажем знань, умінь, навичок, необхідних для здійснення здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я, виховання культури здоров'я. Сьогодні, як ніколи, актуальна здоров'язберігаюча педагогіка, головною особливістю якої є пріоритет здоров'я, тобто грамотна турбота про здоров'я як обов'язкової умови освітнього процесу.

Аналіз сучасної педагогічної теорії та практики свідчить про наявність низки суперечностей, які мають місце в теорії і в практиці, а саме: між замовленням держави на виховання здорового покоління і погіршенням стану здоров'я підростаючого покоління; між потенційними можливостями цивілізованого світу і незадовільним рівнем їх використання для збереження здоров'я сучасних школярів; між вимогами до особистості випускника школи та змістовним наповненням шкільної освіти, що має сприяти формуванню, збереженню, зміцненню та відновленню здоров'я учнів. Все це переконує в необхідності підготовки майбутнього вчителя до здоров'язберігаючого навчання учнів.

Аналіз наукової літератури з проблеми дослідження свідчить про те, що різним аспектам проблеми збереження здоров'я приділяли увагу багато науковців. Питання здоров'язбереження у навчально-виховному процесі вивчаються у таких основних напрямках: медичному (М. Амосов, Г. Апанасенко, Т. Бойченко, Л. Боярська, Е. Казін, Л. Попова та інші), валеологічному (І. Бабін, І. Брехман, М. Гончаренко, С. Страшко, Г. Зайцев, Н. Субота та інші), психологічному (І. Бех, О. Хухлаєва та інші).

У сучасній освіті формування здоров'я студентської молоді здійснюється на основі різних підходів, найважливішими з яких є: гуманістичний (В. Безрукова, І. Бех, Є. Бондаревська, Є. Вайнер, Г. Зайцев, Е. Казін, О. Іонова, Ю. Науменко, О. Савченко, В. Сухомлинський, І. Якиманська та інші), відповідно до якого студенти і їх здоров'я виступають найважливішими педагогічними цінностями, а отже, не молодь треба пристосовувати до освітнього процесу, а цей процес - до молоді; культурологічний (Г. Апанасенко, В. Бобрицька, Е. Вайнер, С. Волкова, В. Горащук, С. Кириленко, В. Морозова, В. Оржеховська, Л. Попова, О. Савченко, Л. Татаршкова та інші) – розгляд культури здоров'я як невід'ємної частини загальної культури людини; компетентний (Н. Бібік, Л. Ващенко, О. Локшина, О. Овчарук, О. Пометун, О. Савченко та інші), згідно з яким результатом освіти має бути набуття студентською молоддю здоров'язберігаючої компетентності, тобто властивостей, спрямованих на збереження здоров'я - свого та оточення.

Сьогодні, як ніколи, актуальна здоров'язберігаюча педагогіка, її головна очевидна особливість - пріоритет здоров'я, тобто грамотна турбота про здоров'я як обов'язкову умову освітнього процесу. Це визначає послідовне формування в школі сприятливого здоров'язберігаючого освітнього середовища, в якому усі педагоги, фахівці, учні, їх батьки спільно вирішують визначені завдання, пов'язані з турботою про здоров'я.

Мета роботи – розкрити особливості діяльності навчального закладу в контексті здоров'язберігаючого навчання.

Здоров'язберігаюча педагогіка – це напрямок педагогічної діяльності, що розробляє специфічні закономірності, принципи, підходи, зміст, форми і методи медико-педагогічних впливів, що сприяють оптимізації процесів навчання і виховання учнів з метою збереження та зміцнення їх здоров'я.

Мета здоров'язберігаючої педагогіки - забезпечити випускникові школи високий рівень реального здоров'я, озброївши його необхідним багажем знань, умінь, навичок, необхідних для ведення здорового способу життя, і виховавши у нього культуру здоров'я.

Здоров'язберігаюча педагогіка передбачає, що вчитель повинен працювати так, щоб навчання учнів у загальноосвітній школі не завдавало шкоди їх здоров'ю. Здоров'язберігаючий компонент організації навчально-виховного процесу є якісною характеристикою діяльності педагога. Здоров'язберігаюча педагогіка визначає послідовне формування в школі здоров'язберігаючого освітнього середовища, в якому всі педагоги, фахівці, учні, їх батьки узгоджено вирішують спільні завдання, пов'язані з турботою про здоров'я.

Методологічною основою функціонування здоров'язберігаючого освітнього середовища є:

а) особистісно орієнтований підхід в організації освітньо-виховного процесу як засіб навчання учнів програмуванню своєї життєдіяльності, власного життєтворення та здійснення власного здорового способу життя;

б) комплексне використання навчальних дисциплін як головного фактору формування духовного, емоційного здоров'я особистості.

Разом з тим у педагогічній науці не достатньо розкрита організація діяльності навчального закладу в контексті школи сприяння здоров'ю. На наш погляд, кожний навчальний заклад у своїй організаційній і змістовій основах моделювання педагогічної системи повинен стати оздоровчим навчальним закладом, школою сприяння здоров'я кожного школяра. Оздоровча функція навчального закладу полягає у формуванні здорової особистості. «Здорова особистість – це самодостатня особистість, вона вирішує і планує власне життя, керує процесом зміцнення свого фізичного, психічного, духовного та соціального здоров'я»[1, с.29].

Результати дослідження. В інноваційному процесі розбудови державної освіти на шляху формування національної школи це стратегічне завдання сучасної здоров'язберігаючої педагогіки набуває першочергового значення. Сьогодні майбутній педагог має бути підготовленим до здійснення здоров'язберігаючої діяльності, здоров'язберігаючого навчання, впровадження технологій здоров'язберігаючої педагогіки, вибір, адекватних віку учнів освітніх технологій, що спрямовані на запобігання перевтомлення і збереження здоров'я школярів, подолання негативних впливів навчально-виховного процесу. У кожному сучасному навчальному закладі необхідно дбати про створення оптимального освітнього середовища для виховання та

навчання здорової особистості, про комплексну оздоровчу орієнтацію, що передбачає організацію життєдіяльності школярів навчально-виховного закладу в різних сферах життя: освітній, оздоровчій, художньо-творчій та соціальній.

У свою чергу, створення оптимального освітнього середовища для виховання та навчання здорової особистості забезпечить здоров'язберігаюче навчання - навчання, яке включає в себе сукупність певних умов (гігієнічних, медичних, технологій, які використовуються загальноосвітнім навчальним закладом, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я учнів, на покращення їх настрою та самопочуття, на створення сприятливих умов для їх розвитку та саморозвитку, на покращення їх функціонального стану організму, підвищення їх адаптаційних можливостей та формування мотивації на здоровий спосіб життя.

Варто відмітити, що під час професійно-педагогічної підготовки у вищому навчальному закладі майбутній педагог має бути підготовленим до здоров'язберігаючого навчання, знати та вміти дотримуватися здоров'язберігаючих умов під час проектування педагогічного процесу, ігнорування яких створює фактори ризику для здоров'я всіх його суб'єктів. Серед факторів науковці (Л. Кондрашова, А. Клим-Климашевська) [2] відзначають, що особливу шкоду здоров'ю наносить невідповідність методик і технологій навчання віковим і функціональним можливостям учнів, нераціональна організація навчальної діяльності, недостатня обізнаність вчителів у питаннях збереження та зміцнення здоров'я школярів, відсутність системи роботи з формування ціннісного ставлення до здоров'я й здорового способу життя.

Причинами слабого здоров'я учнів є відсутність оздоровчого спрямування освітнього процесу, а також втома та перевтома, перебування в постійному стресі. «Наслідками надзвичайної інтенсифікації навчання є такі негативні явища, як: зниження рухливої активності школярів, особливо в підлітковому і юнацькому віці; тривале перебування у вимушеній, сидячій позі; значне скорочення часу перебування на свіжому повітрі; скорочення тривалості та погіршення сну. За даними деяких наукових досліджень, тривалість робочого дня школярів, які закінчують початкову школу (включаючи час підготовки домашніх завдань), складає 10-12 год, а у старшокласників сумарне навантаження, яке складається з часу, витраченого на уроки в школі, на факультативні заняття, на самопідготовку вдома, на спецкурси за вибором становить 15-16 год. Підвищений обсяг учбових навантажень з одночасним дефіцитом навчального часу призводить до нервово-психічних перевантажень»[3, с.32].

Висновки. Отже, діяльність навчального закладу в контексті здоров'язберігаючого навчання передбачає пріоритетність оздоровчого спрямування навчально-виховного процесу педагогами, що становить базисну основу педагогічної здоров'язберігаючої діяльності. Проте варто зазначити, що під час планування навчально-виховного процесу, який

повинен мати оздоровчу спрямованість, важливим є урахування особистісно-орієнтованого підходу до учнів та гуманістична спрямованість освітнього процесу.

Гуманістична спрямованість освітнього процесу передбачає ціннісне ставлення до школяра; усвідомлення того, що шанобливого гідного ціннісного ставлення заслуговує кожен учень, незалежно від його можливостей, матеріального статку батьків, успішності тощо. Учень визнається найвищою цінністю з правом на вільний вияв та розвиток своїх здібностей, утвердження прав як найвищого критерію оцінки суспільних відносин. Педагог прислухається до почуттів та потреб учня, уникає способів мотивації діяльності, що зводяться до егоїзму, марнославства, страху, хворобливої самолюбності та докладає всіх зусиль, щоб в умовах навчально-виховного закладу школяр відчував себе комфортно й радісно. По-друге, дотримання у вихованні принципу дитиноцентризму – вибір змісту, методів, форм навчання і розвитку з орієнтацією на конкретного учня, його інтелектуальний та потенціальний розвиток, нахили, інтереси та перспективи розвитку. Головним орієнтиром у роботі педагога є особистість кожного школяра, для якого створюється окрема «виховна програма», відповідно до емоційно-вольової сфери, конкретного рівня розвитку інтелекту, типу нервової системи, інтересів, потреб. По-третє, цілісне охоплення всієї природи учня – побудова освітнього процесу на основі досягнень психологічної та педагогічної науки про цілісність, єдність і взаємозалежність психічної, духовної та фізичної сутності, поступального розвитку, який розглядається як реалізація глибинних життєвих сил у таких проявах як вікові особливості, тип провідної діяльності, вікові кризи, психологічні новоутворення та ін. По-четверте, в організації пізнавальної діяльності учня акцент робиться на його почуттєвих переживаннях; передбачається поєднання пізнавального та емоційно-вольового способів опрацювання матеріалу. Шлях до оволодіння поняттями йде через почуттєві переживання школярів (здивування, інтерес, радість, сподівання, наміри, бажання, надії), які пробуджує сам педагог за допомогою різних засобів.

Список використаної літератури.

1. Гонтаровська Н. Діяльність навчального закладу в контексті школи сприяння здоров'ю / Н. Гонтаровська // Директор школи (Шкільний світ). – 2007. - № 39. - С. 29-31.
2. Теоретические основы здоровьесберегающей деятельности учителя: Коллективная монография под ред. д.п.н., проф. Л. Кондрашовой и д.п.н., проф. А. Клим-Климашевской. – Седльце – Черкасы: УПХ – ЧНУ им. Б. Хмельницкого, 2014. – 314 с.
3. Черкашин Г. Вирішення проблем збереження та зміцнення здоров'я школярів / Г. Черкашин // Директор школи (Шкільний світ). – 2007. - № 39. - С. 32-35.

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ФІТНЕСУ, ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ТУРИЗМУ Й РЕКРЕАЦІЇ

С.М. Данило

ст. викладач,

М.Г. Данило

студент факультету фізичного
виховання

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ УЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І ЙОГО ГОТОВНІСТЬ ДО РОБОТИ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку українського суспільства, яке переживає кардинальні зміни в усіх сферах свого буття, суттєво підвищує вимоги до рівня професіоналізму випускників вищих навчальних закладів. За таких обставин національна школа потребує педагога, здатного до нестандартних дій, використання новітніх технологій навчання, принципової переорієнтації на гуманізацію та демократизацію взаємин між учасниками педагогічного процесу, творчого підходу у розв'язанні педагогічних завдань, що, у свою чергу, вимагає відповідної готовності майбутнього учителя фізичної культури до професійної діяльності.

Проблема ефективності професійної підготовки студентів до майбутньої педагогічної діяльності є, з одного боку, окремим питанням загальної системи професійної підготовки спеціалістів, а з другого, - акумулює численність проблем пов'язаних із властивостями особистості, потенціальними можливостями, що обумовлюють успішність професійної підготовки.

Значної актуальності набуває питання підготовки майбутніх учителів фізичної культури, здатних професійно вирішувати завдання фізичного виховання учнів шкільного віку у різних організаційних формах. Особливої уваги потребує визначення рівня готовності майбутніх фахівців до ведення фізкультурно-оздоровчої роботи в школі.

Мета роботи обґрунтувати структуру професійно-педагогічної діяльності та визначити рівні готовності майбутніх учителів фізичної культури до роботи з фізичного виховання.

Методика дослідження. Завдання роботи: виявити взаємозв'язки між компонентами професійно-педагогічної готовності майбутніх фахівців з

фізичного виховання. Для досягнення поставленої мети і реалізації завдань роботи були використані такі методи: теоретичні – аналіз, порівняння, узагальнення теоретичних підходів до визначення фізичної готовності майбутніх учителів фізичної культури у процесі фахової підготовки; емпіричні – анкетування, тестування, педагогічне спостереження з метою визначення фізичної підготовленості майбутніх учителів фізичної культури до роботи з фізичного виховання в залежності від спортивної спеціалізації; статистичні – поєднання якісного і кількісного аналізу отриманого матеріалу із використанням методів математичної статистики з метою обробки результатів педагогічного експерименту.

Результати дослідження. Аналіз останніх досліджень, в яких започатковано розв'язання даної проблеми. Вирішення проблеми підготовки студентів до майбутньої педагогічної діяльності залежить від підвищення ефективності навчання спеціалістів з фізичної культури, від своєчасної розробки продуктивного вирішення завдань професійно-педагогічної підготовки студентів до майбутньої фізкультурно-оздоровчої діяльності, пошуку більш гнучких підходів до підвищення рівня підготовки майбутніх учителів фізичної культури до роботи з фізичного виховання.

В останні роки з'явилося багато робіт, у яких безпосередньо чи у зв'язку із вивченням інших проблем досліджуються питання готовності майбутніх фахівців до професійної діяльності. В численних працях вітчизняних авторів (М.Я.Віленський, Р.С.Сафіна, О.Д.Дубогай, Л.В.Шербань та ін.) по-різному розуміється роль і місце професійно-педагогічної підготовки майбутніх учителів фізичної культури до роботи з фізичного виховання з учнями шкільного віку.

Питання, пов'язані з різними аспектами формування педагогічної діяльності майбутніх учителів фізичної культури висвітлюють вітчизняні науковці [1, 2, 3].

Різні аспекти професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури в своїх дослідженнях вивчали [5, 6].

Теоретичний аналіз наукових досліджень свідчить про те, що проблема визначення готовності майбутніх учителів фізичної культури до роботи з фізичного виховання в процесі професійно-педагогічної підготовки досліджена недостатньо ґрунтовно як у теоретичному, так і в практичному аспектах, зокрема, не проаналізовані зміст, форми й методи, які повинні забезпечувати формування професійно-педагогічної готовності майбутніх учителів фізичної культури до роботи з фізичного виховання в школі.

Професіоналізм педагогічної діяльності, як стверджують вчені – це володіння мистецтвом в процесі спілкування формувати в учнів готовність до продуктивного вирішення завдань засобами свого предмету. Науковці в структурі професіоналізму педагогічної діяльності виділяють три компоненти: професіоналізм знань, як основний базис формування професіоналізму в цілому; професіоналізм спілкування, як готовність і уміння застосовувати систему знань на практиці; професіоналізм

самовдосконалення, тобто забезпечення динамічного розвитку цілісної системи “професіоналізм діяльності педагога”. Кожний структурний компонент теоретичної моделі професіоналізму педагогічної діяльності наповнений низкою завдань, які повинні вміти вирішувати спеціалісти з високим рівнем професіоналізму: 1) гуманістичний сенс діяльності, її направленість на визначення в кожному учневі його індивідуальності, самодіяльних і творчих основ; 2) культурологічний аспект поставленої мети навчання; 3) здібність і потреба самого вчителя в максимальній самореалізації через цінності фізичної культури; 4) відношення до педагогічної професії, як до покликання; 5) мотиваційну направленість учителя не тільки на предмет, але в першу чергу на учня [7, 36].

За даними М.Я.Віленського, Р.С.Сафіна [1], В.І.Степанишина [6] професійна спрямованість майбутнього учителя фізичної культури – це результат організаційно-педагогічного і психолого-педагогічного впливу, який забезпечує формування фізичної культури, якостей особистості, психофізичних можливостей, рухових здібностей, потреб у фізичному вихованні і самовдосконаленні, необхідних для успішної педагогічної діяльності.

Зміст роботи з фізичного виховання – це виховання (розумове, моральне, трудове, етичне), навчання (повідомлення знань, формування рухових умінь і навичок) і фізична підготовка дітей (зміцнення здоров'я, розвиток фізичних якостей). М.Я.Віленський, Р.С.Сафін визначають учителя як соціального діяча, який перетворює самі умови виховання і формує особистість вихованця, виділяють в структурі педагогічної праці такі елементи:

1. Педагогічне передбачення, прогнозування майбутньої діяльності (педагогічна інтерпретація соціальних явищ).
2. Методичне осмислення, інструментовка навчально-виховного впливу.
3. Організація цього впливу, використання можливостей навчальної, позакласної роботи.
4. Аналіз результатів, відповідність їх цілям і завданням [1].

В структурі педагогічної діяльності учителя О.В.Петунін [5] виділяє компоненти, які визначають ведучу роль в роботі учителя фізичної культури, а саме:

- конструктивний – включає різні види планування, виховання, оздоровлення дітей, спрямованість на проектування пізнавальної і рухової активності учнів;
- організаційний – полягає в умінні забезпечити різноманітні види самостійної роботи учнів, засвоєння умінь і навичок, розвиток фізичних якостей та виховання особистості в цілому;
- комунікативний – визначається умінням учителя будувати ділові відносини з учнями і колегами в процесі фізичного виховання;

- гностичний – пізнання змісту навчального предмету, закономірностей фізичного розвитку і психології учнів, постійне самовдосконалення;

- руховий – включає кваліфіковане володіння технікою фізичних вправ, прийомами допомоги, страховки учнів, уміння організувати переміщення дітей, вибрати правильне місце для показу і керування.

Істотним параметром професійної придатності майбутнього учителя фізичної культури є знання. Учитель в силу своєї ролі завжди є значимим для школярів як джерело важливої для них інформації, особливо в шкільному віці. В працях В.І.Загв'язинського [4] відображається думка про знання педагогічних законів, як основи творчості учителя. Тому володіння сучасними науковими знаннями, як вважає дослідник, багато в чому визначає характер педагогічного досвіду. Знання є основою будь-яких практичних дій. Вони стають переконливими, коли людина навчиться застосовувати їх на практиці. Уміння є знання в дії. М.Я.Віленський, Р.С.Сафін [1] основними вміннями педагога вважають:

- пізнавальні (гностичні) – вміння підбирати необхідну для уроків інформацію, контролювати свої дії, удосконалювати їх, використовувати психолого-педагогічні знання, накопичений досвід;

- конструктивні вміння визначають способи побудови занять, які б викликали в учнів інтерес. Вони пов'язані з плануванням, відбором доцільних видів діяльності;

- комунікативні вміння проявляються у встановленні педагогічно обґрунтованих відносин з учнями, батьками, в умінні викликати увагу дітей;

- інформативні вміння розглядаються як засіб спілкування (дикція, виразність, емоційність мови);

- організаторські уміння визначають здібності педагога залучити учнів до різних видів діяльності, спонукати до самоосвіти, саморозвитку.

Для учителя фізичної культури потрібно відмітити специфічні – рухові уміння. О.Й.Ємець [3] в залежності від функцій розділяє всі педагогічні вміння на 4 групи. У першу групу віднесені загальнодидактичні, другу – спортивно-дидактичні, третю групу – спеціально-методичні, четверту – організаційно-наукові педагогічні уміння учителя фізичної культури. Потрібно зазначити, що в працях науковців немає єдиних поглядів на проблему педагогічних умінь. Це свідчить про те, що неможливо охопити всю змістовну сторону трудової діяльності учителя фізичної культури.

Серед всього комплексу педагогічних умінь дослідники і педагогичної практики особливо виділяють педагогічну техніку і трактують її як уміння вибрати відповідний тон, стиль в спілкуванні з учнями, оволодіти і управляти їх увагою, емоціями. Педагогічна техніка в структурі професійної діяльності учителя фізичної культури виконує роль інструмента, без якого неможливо реалізувати прийняте рішення [1].

Узагальнюючи вищенаведене судження про зміст, структуру, спрямованість педагогічної діяльності з фізичного виховання учителя фізичної культури, можна констатувати: реалізувати програму оздоровлення нації може лише вчитель високоосвічений, інтелектуально розвинений, професійно компетентний, з творчим підходом, який відчуває значущість своєї діяльності, відповідальність за здоров'я дітей і потребу у самовдосконаленні.

Висновки. На основі теоретичного аналізу літературних джерел нами з'ясовано, що специфіка професійної діяльності учителя фізичної культури виявляється у застосуванні знань, вмінь та навичок, необхідних для виконання основних професійно-педагогічних функцій: навчальної, виховної, організаційної, розвивальної та комунікативної.

На основі аналізу психолого-педагогічної літератури та з урахуванням специфіки професійно-педагогічної діяльності майбутніх учителів фізичної культури нами визначено види готовності учителя фізичної культури до роботи з фізичного виховання, до яких включено предметну, комунікативну, здоров'язберезувальну та рухову компетентності.

У процесі дослідження визначено зміст і структуру професійно-педагогічної діяльності майбутніх учителів фізичної культури до роботи з фізичного виховання в школі: *організаційний* – полягає в умінні забезпечити різноманітні види самостійної роботи учнів, засвоєння умінь і навичок, розвиток фізичних якостей та виховання особистості в цілому; *комунікативний* – визначається умінням учителя будувати ділові відносини з учнями і колегами в процесі фізичного виховання; *гностичний* – пізнання змісту навчального предмету, закономірностей фізичного розвитку і психології учнів, постійне самовдосконалення; *руховий* – включає кваліфіковане володіння технікою фізичних вправ, прийомами допомоги, страховки учнів, уміння організувати переміщення дітей, вибрати правильне місце для показу і керування.

Отже, процес формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-педагогічної діяльності з фізичного виховання потребує вдосконалення, пошуку нових ефективних методик.

Список використаної літератури

1. Виленский М.Я. Профессиональная направленность физического воспитания студентов педагогических специальностей / М.Я. Виленский, Р.С. Сафин. – М.: Высшая школа, 1989. – 159 с.
2. Дубогай О.Д. Пріоритетні напрямки організації виховного процесу формування здорового способу життя молодших школярів засобами фізичної культури в системі “школа – сім’я”/ О.Д. Дубогай, Л.В.Щербань // Фізична культура, спорт та здоров'я нації: Збірн. наук. праць. – Ч.ІІ. – Київ-Вінниця, 1998. – С. 245-251.
3. Ємець О. Формування творчої особистості вчителя фізичної культури / О.Ємець //Фізичне виховання в школі. – 2000. – № 1. – С. 24-26.

4. Загвязинский В.И. Педагогическое предвидение / В.И.Загвязинский. – М.: Знание, 1987. – 80с.
5. Петунин О.В. Формирование профессионального мастерства учителя физической культуры / О.В. Петунин. – М: Просвещение, 1980. – 111 с.
6. Степанишин В.І. Професійне спрямування навчального процесу в педагогічному вузі / В.І.Степанишин. – К.: НМКВО, 1992. – 61 с.

Т.М. Жосан

викладач

(Бердянський державний
педагогічний університет)

СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИКОРИСТАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПРИКЛАДНИХ УМІНЬ І НАВИЧОК В ОБЛАСТІ ОЗДОРОВЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ ВЧИТЕЛІВ

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку освіти в Україні рівень здоров'я є однією з визначальних умов самореалізації людини у всіх сферах діяльності. На даний час особливої актуальності набуває формування сучасних знань про здоров'я і здоровий спосіб життя, тому що погіршення соціально-побутових, екологічних, гігієнічних, психологічних умов негативно відобразилося на здоров'я дорослого і дитячого населення країни [7]. В умовах сучасності вирішення цього питання не під силу спеціалістам у галузі класичної медицини, оскільки вони не знайомі з специфікою навчального процесу. Тому, шукати відповідь на вирішення проблеми яка існує слід у системі освіти. Оскільки вчителі спілкуються з дітьми безпосередньо протягом всього навчального дня, їм відведено головну роль у збереженні і зміцненні здоров'я школярів. Разом з тим, вчителі не можуть заохотити до здорового способу життя дітей, самі не знаючи його основ та не займаючись фізичними вправами. Таким чином, професія вчителя висуває високі вимоги до рівня його здоров'я, як першочергового завдання фізичної культури [1,4,5].

Таким чином, передбачається надбання студентами знань в області здорового способу життя і використання засобів фізичної культури у навчально-виховній роботі. Але все це не дозволяє готувати фахівця, здатного ефективно і грамотно піклуватися про своє здоров'я і попереджувати виникнення хвороб і функціональних порушень у школярів, викликаних нерационально організованим навчально-виховним процесом [6,8].

Звичайно виникає проблемна ситуація: з одного боку – проголошення сучасною системою освіти виховання всебічно і гармонійно розвиненої особистості, де найважливішим завданням є збереження і зміцнення здоров'я, а з іншого – слабе відображення системою фізкультурної освіти студентів педагогічних вищих навчальних закладів проблеми формування

професійно-прикладних знань, умінь, навичок в області оздоровчої діяльності і потреби майбутніх вчителів у здоровому способі життя.

Різні аспекти підготовки майбутніх учителів до професійної діяльності привертали увагу багатьох фахівців, зокрема: О.О. Абдуліної, Г.О.Арутюнової, Н.Д.Хміль, В.М.Гриньової, В.О. Сластьоніна, Г.В.Троцько, Л.В. Нечаєвої, В.В.Сагарди та ін.[8]. У своїх працях вони визначають мету, зміст, форми і методи професійно-педагогічної та загально-гуманітарної підготовки майбутнього вчителя.

Розв'язанням проблеми формування здорового способу життя засобами фізичного виховання займалися такі вчені: О.В.Зеленюк, Н.С.Шертобітова, Г.Л.Апанасенко та інші [2,6,9].

Їх дослідження свідчать, що фізичне виховання, по суті, єдина навчальна дисципліна, спрямована на гармонійний розвиток особистості, фізичне та психічне самовдосконалення студентів, розуміння ними пріоритету здоров'я серед інших людських цінностей. Саме валеологічна спрямованість фізичного виховання надає цій навчальній дисципліні особливий статус як такої, що вирішує найважливішу соціально-біологічну функцію – підготовку здорової, гармонійно розвиненої молоді до повноцінного творчого життя та ефективної професійної діяльності.

Нажаль, оздоровча функція фізичного виховання студентів залишається лише декларованим гаслом. До цього часу відсутня система підготовки фахівців – майбутніх вчителів, що мають професійно-прикладні уміння і навички в області оздоровчої діяльності.

Тому потреба у вивченні видів і змісту професійно-прикладних знань, умінь і навичок в області оздоровчої діяльності майбутніх вчителів, а також не розробленість цього питання зумовили вибір теми нашого дослідження.

Метою роботи є аналіз та визначення видів і змісту професійно-прикладних умінь і навичок в області оздоровчої діяльності майбутніх вчителів.

Методика дослідження. Аналіз науково-методичної літератури дозволив констатувати, що створена в Україні система охорони здоров'я школярів недостатньо враховує персональну роль вчителя у зміцненні здоров'я, профілактиці шкільних хвороб і функціональних порушень. Таким чином, формування у студентів професійно-прикладних знань, умінь та навичок необхідно не тільки у майбутній професійній діяльності, а також для профілактики захворювань під час навчання[3,9].

У зв'язку з цим, нами були проаналізовані та визначені види і зміст професійно-прикладних умінь і навичок у оздоровчій діяльності майбутніх вчителів у відповідності з функціональними компонентами діяльності педагога (гностичний, конструктивний, комунікативний, організаційний).

(схема 1).

Основні групи професійно-прикладних умінь і навичок в області оздоровчої діяльності
--

Уміння діагностувати, прогнозувати і коректувати свій стан і стан учнів (гностичний)	Уміння будувати сприятливі взаємовідносини у побуті та професійній діяльності (комунікатив-ний)	Уміння підбирати засоби для збереження і зміцнення власного здоров'я і здоров'я учнів (конструктивний)	Уміння організувати власну діяльність і діяльність учнів по збереженню і зміцненню здоров'я (організаторський)
--	---	--	--

Результати дослідження. Таким чином основні групи умінь і навичок поділяються на індивідуальну і професійну діяльність. Уміння і навички в індивідуальній діяльності – це заходи, спрямовані на збереження, зміцнення і підвищення рівня власного здоров'я, збереження фізичного і психічного благополуччя. Професіональні уміння і навички спрямовані на формування основ здорового способу життя у студентів за допомогою повідомлення їм знань про здоров'я, включенню оздоровчих заходів у режимі навчального дня, впровадженню педагогічних технологій, спрямованих на збереження здоров'я.

Центральним блоком у системі підготовки майбутніх вчителів є навчальний процес. Аналіз його показує, що формування фізкультурно-оздоровчих знань, умінь і навичок у студентів реалізується при вивченні окремих дисциплін, які складають загальнокультурний, медико-біологічний, психолого-педагогічний блоки підготовки.

У галузі вищої педагогічної освіти виявляється різний результат навчання дисциплінам, які мають валеологічний компонент. Більшість вимог до випускників педагогічних вищих навчальних закладів спрямовано на засвоєння знань, результат навчання лише деяких з них передбачає формування умінь і навичок реалізації принципів здорового способу життя у повсякденному житті і професійній діяльності.

Висновки. Теоретичний аналіз проблеми дослідження засвідчив, що не зважаючи на значну кількість науковців, які присвятили свої розробки формуванню професійно-прикладних умінь і навичок в області оздоровчої діяльності у майбутніх вчителів не дістало ґрунтового розкриття та потребує подальшого підкріплення знань. Тому підкріплення знань практичними умінями найбільш доцільне при вивченні дисципліни «Фізичне виховання», як інтегрального предмета, який вивчає основи і принципи здорового способу життя. У цих умовах є можливим вирішення проблеми паралельного формування фізкультурно-оздоровчих знань і умінь, використання їх як у самостійній, так і професійній діяльності.

Список використаної літератури

1. «Концептуальні засади розвитку педагогічної освіти в Україні та її інтеграції в європейський освітній простір» // Освіта : наук.-метод. журн. - Київ. - 2005. - №5. - С. 2-3.
2. Апанасенко Л.Г. Медична валеологія: навч. посіб. / Л.Г. Апанасенко, Л.А. Попова. – Київ: Здоров'я, 1998. – 248 с.
3. Виленский М.Я. Основы профессиональной направленности физического воспитания студентов педагогических институтов: учеб. пособие / М.Я.Виленский, Р.С. Сафин – Москва, 1980. - 105 с.
4. Дробноход М. Проблема валеології в освіті / М.Дробноход, Ф.Вольвач // «Освіта і управління»: наук.-метод. журн. – Київ. - 1999. – №3. - С. 172-180.
5. Закон України «Про вищу освіту» // Освіта: наук.-метод. журн. – Київ. - 2002. - № 12-13.
6. Зеленюк О.В. Валеологічна спрямованість фізичного виховання студентів як шлях його гуманізації / О.В. Зеленюк // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. пр. / за ред. С.С. Єрмакова. – Х.: ХДАДМ, 2001. - №23. – С.13-16.
7. Нагорна А.М. Сучасний стан здоров'я підлітків і молоді України та заходи щодо його збереження і покращення: навч.посіб / А.М. Нагорна, Т.С. Грузєва, Т.К. Кульчицька. – Львів. – 1998. - №7. – С. 177-181.
8. Троцько Г.В. Професійно-педагогічна підготовка студентів до виховної роботи в школі / Г.В. Троцько. – Х.: ХДПУ ім.Г.С. Сковороди, 1995. – 241с.
9. Шерстобитова Н.С. Концепция физического воспитания студентов педагогических училищ с валеологической направленностью / Н.С. Шерстобитова // Современные тенденции и проблемы подготовки студентов: материалы регион. научно-практич. конференции. – Кемерово.- 2000. – С. 123-126.

С.І. Книш

кандидат педагогічних
наук, доцент
(Бердянський державний
педагогічний університет)

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СУЧАСНОГО ВЧИТЕЛЯ

Актуальність теми. Останнім часом спостерігається тенденція до погіршення здоров'я суспільства в цілому і молоді зокрема. Тому дуже важливо прищепити людині ще з дитинства прагнення піклуватися про своє здоров'я та вести здоровий спосіб життя. Роль педагогів у цій справі важко переоцінити. Всебічний розвиток підростаючого покоління, формування свідомого ставлення до власного здоров'я, становлення духовного, психічного, фізичного здоров'я дітей, підлітків та молоді є основною метою навчально-виховного процесу в освітніх закладах усіх рівнів [2].

Мета роботи – розглянути і проаналізувати методичні підходи до валеологічної підготовки сучасного вчителя.

Методика дослідження – здійснення цілісного комплексного дослідження теоретичних та практичних аспектів формування валеологічної підготовки сучасного вчителя.

Результати дослідження. Проблеми валеологічної підготовки сучасного вчителя вивчали такі вчені: Н. Беседа, С. Симоненко, О. Степкіна та ін.

Як зазначає Н. Беседа, дослідження проблемних аспектів підвищення готовності педагогів до здійснення здоров'язбережувального педагогічного процесу дає підстави для виокремлення низки логічно пов'язаних етапів методичної підготовки педагогів у цьому напрямі, зокрема:

1. Здійснення діагностичних досліджень педагогічних кадрів із метою окреслення актуальних питань здоров'язбережувальної діяльності в школі.
2. Конструювання ціннісних установок та стійких мотивацій у членів педагогічного колективу до здоров'язбереження учнів.
3. Підвищення професійної компетентності вчителя завдяки опануванню ним теорії і практики здоров'язбережувальних технологій.
4. Розроблення методичного супроводу здоров'язбережувальної педагогічної діяльності: методичне й інформаційне забезпечення.
5. Упровадження здоров'язбережувальних технологій у педагогічний процес загальноосвітнього навчального закладу.
6. Вивчення, узагальнення і поширення найбільш результативного педагогічного досвіду із моделювання, проектування та практичного застосування здоров'язбережувальних технологій [1, с. 366-367].

С. Симоненко у своєму дисертаційному дослідженні вказує причини недостатньої валеологічної підготовки майбутніх вчителів: по-перше, у студентів не сформовано ставлення до свого здоров'я і здоров'я дітей як до однієї з головних цінностей людського життя. Доказом є той факт, що майбутні вчителі не лише не бережуть своє здоров'я, але і руйнують його (більше половини хлопців і дівчат страждає табакокурінням, вживає психотропні речовини), 72% майбутніх фахівців мають різні патологічні відхилення в стані здоров'я. Це залежить від ряду чинників, але, переважно – від ставлення до власного здоров'я самих студентів. Згодом такі фахівці так само відноситимуться і до здоров'я своїх учнів і сформуєть у них відповідні ціннісні орієнтації до нього. Таким чином, у майбутніх вчителів ще не досить добре сформована педагогічна свідомість.

По-друге, майбутні вчителі не володіють навичками і методикою оздоровлення і підвищення компенсаторних сил організму з метою захисту від стресів і інших шкідливих чинників, що мають місце в сучасній практиці життєдіяльності. По-третє, як показує педагогічна практика в школі, у студентів відсутній досвід педагогічної роботи з формування здорового способу життя у школярів, хоча після закінчення вузу їм доводиться займатися відповідною діяльністю в школі. Таким чином, постає питання

про професійну готовність педагога до здійснення педагогічної роботи по формуванню здорового способу життя і стереотипів безпечної поведінки у школярів. Ці недоліки є наслідком того, що у майбутніх вчителів не сформований мотиваційний компонент до ведення здорового способу життя і підвищення індивідуального здоров'я, а також і те, що у нашій країні з раннього дитячого віку не формується правильне ставлення до здоров'я і стереотипи безпечної поведінки. Всі перераховані негативні явища складаються на тлі повної відсутності або наявності слабких міжпредметних зв'язків між навчальними блоками.

О. Степкіна зазначає, що важливим аспектом професійної самосвідомості є валеологічна самосвідомість. Валеологічна самосвідомість орієнтована на ціннісно-смыслові основи здорового способу життя, формування внутрішньої валеологічної позиції в питаннях збереження і зміцнення здоров'я – свого, своїх учнів, своїх колег. Як вважає дослідниця, у структурі особистості майбутнього вчителя валеологічна самосвідомість виконує наступні функції: функцію орієнтування у своєму внутрішньому світі, що включає самопізнання і самооцінку; функцію цілепокладання, функцію саморегуляції, функцію самоудосконалення, прогностичну функцію.

Реалізувати перераховані вище функції дозволяють наступні компоненти, виявлені О. Степкіною в структурі валеологічної самосвідомості особи: когнітивно-ціннісний; мотиваційний; для рефлексивно-оцінний; поведінковий. Результати проведених досліджень дозволили виділити чотири рівні сформованості валеологічної самосвідомості майбутніх вчителів: дезадаптивний, рефлексивний, мотиваційний і поведінковий.

Процес формування валеологічної самосвідомості майбутніх вчителів на початковому етапі професійної підготовки включає три основні етапи: інформаційно-оцінний, практичний і прогностичний.

Формування валеологічної самосвідомості майбутніх вчителів доцільно починати з перших днів навчання у вузі, оскільки період ранньої юності, на думку більшості дослідників, є періодом вікової сензитивності для становлення даної особистої освіти. Таким чином, однією з пріоритетних цілей професійної підготовки майбутніх вчителів на початковому етапі вчення у вузі повинне стати формування їх валеологічної самосвідомості.

Дослідна робота показує, що здійснення поставленого завдання в умовах педагогічного університету можливо через предмети медико-біологічного циклу («Основи медичних знань», «Вікова анатомія, фізіологія і гігієна», «Анатомія людини», «Фізіологія людини»), а також включення інтегруючого спецкурсу «Основи індивідуального здоров'я», що підсилює міжпредметні зв'язки і виконує системоутворюючу роль.

Степкіна О. В. виділяє наступні умови педагогічного процесу з формування у майбутніх педагогів основ валеологічної самосвідомості: організацію навчальної діяльності на валеологічних принципах, у

сприятливій психологічній атмосфері; створення ситуацій успіху; орієнтація змісту, методів і форм викладання на валеологічний прогноз педагогічної діяльності, при цьому остання умова розглядається дослідником як системоутворююча.[5].

Висновки. Таким чином, у сучасній педагогіці існують різні підходи до валеологічної підготовки сучасного вчителя. С. Симоненко виділяє такі способи формування валеологічної культури вчителя: валеологізація основних курсів і дисциплін в педагогічному вузі з використанням міжпредметних зв'язків; введення на всіх факультетах спецкурсів, направлених на вироблення валеологічної свідомості; поєднання валеологізації предметних курсів із спецкурсами. О. Степкіна вивчає процес формування валеологічної самосвідомості майбутніх вчителів, його основні етапи – інформаційно-оцінний, практичний і прогностичний, дає рекомендації щодо змістової наповнюваності кожного з етапів. У валеологічній підготовці майбутніх вчителів викладач може скористатися цінними рекомендаціями кожного з цих дослідників.

Список використаної літератури

1. Беседа Н.А. Підвищення готовності вчителів загальноосвітньої школи до застосування здоров'язбережувальних технологій. / Н.А.Беседа // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. Науковий журнал №1(3). –Суми. Сум ДПУ ім.. А.С.Макаренка, 2010.-С.363-369.
2. Воскобойнікова Г.Л. Інноваційні освітні технології як засіб формування медико-валеологічної компетентності в системі професійної підготовки учителів початкової школи / Г.Л. Воскобойнікова [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/pspo/2011_33_1/Voskoboynikova.pdf
3. Степкина Е.В. Формирование валеологического самосознания будущего учителя на начальном этапе профессиональной подготовки: Автореф. дис.... канд. пед. наук (13.00.01) [Волгоградский гос. пед. ин-т] / Елена Владимировна Степкина. – Волгоград, 2001.-19 с.

Т.Г. Омельченко

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент
(Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ)

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ ТЕОРІЇ ЗДОРОВ'Я» В ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ФІТНЕС-ТРЕНЕРІВ

Актуальність теми. У сучасному суспільстві проблема збереження і

зміцнення здоров'я є надзвичайно актуальною і обумовлена негативними тенденціями стану здоров'я всіх груп населення в Україні [1,3,5].

Стан здоров'я сучасної людини визначається способом життя, залежить від власного ставлення до здоров'я, а також від зовнішніх умов. Багато соціальних чинників сьогодення не сприяють формуванню здорового способу життя у суспільстві. Велика кількість реклами горілчаних та тютюнових виробів, обмежені матеріальні можливості населення, нездоровий спосіб життя суспільства негативно впливають на формування у молоді норм і зразків поведінки, визначення ціннісних орієнтацій, інтересів в житті. Незначна кількість реклами фітнес-клубів, що з'явилася останнім часом більше спрямована на залучення нових клієнтів з метою збагачення власників клубів і меншою мірою передбачає формування індустрії здоров'я. Однією із проблем сучасних фітнес-клубів є відсутність висококваліфікованих кадрів, які можуть цілеспрямовано управляти здоров'ям людини.

Незважаючи на велику кількість досліджень професійної підготовки фахівців у сфері фізичного виховання та спорту вивченню здоров'я людини, здоров'язбережуваним технологіям у підготовці фітнес-тренерів приділяється незначна кількість уваги [3]. Недосконалість навчально-виховного процесу навчання здоров'ю, відсутність фахівців з управління здоров'я в Україні є однією із причин низького рівня стану здоров'я.

У зв'язку з цим, обґрунтованим є вивчення навчальної дисципліни “Основи теорії здоров'я” у професійній підготовці фітнес-тренерів (спеціалістів, які мають можливість управляти здоров'ям людини) [2,4].

Мета роботи: обґрунтувати доцільність вивчення навчальної дисципліни “Основи теорії здоров'я” у професійній підготовці фітнес-тренерів.

Методика дослідження: передбачається дослідження нормативних і регламентуючих документів, а саме – навчальних планів і програм дисциплін, що розглядають проблему здоров'я людини.

Результати дослідження. Аналіз стану здоров'я громадян України та традиційної системи освіти окреслює декілька взаємопов'язаних негативних тенденцій, які істотно впливають на якість та ефективність процесу навчання здоров'ю. Перша тенденція - відсутність інтересу та зацікавленості населення України у здоровому способі життя та навчанні здоров'ю. Друга - виражена дисгармонія фізичного та психічного розвитку значної частини населення України (наявність осіб із низьким рівнем фізичного здоров'я, зайвою масою тіла, шкідливими звичками, психоемоційними розладами та іншими стресовими станами, тощо). Третя – відсутність високкваліфікованих спеціалістів з управління здоров'ям людини, фітнес-тренерів, які мають знання і практичні навички та вміння впливати на стан здоров'я клієнта фітнес-клубу. Одним із раціональних підходів до вирішення даних проблем, на нашу думку, може стати

вивчення дисципліни “Основи теорії здоров’я” у професійній підготовці фітнес-тренерів.

Метою вивчення дисципліни є - оволодіння фітнес-тренерами теоретичними основами та практичними вміннями управління здоров’ям людини.

Основні завдання дисципліни “Основи теорії здоров’я” полягають у наступному:

1. ознайомити із сучасними підходами до оцінки стану здоров’я людини;
2. ознайомити з методами і критеріями прогнозування здоров’я людини;
3. навчити методичним підходам кількісної оцінки рівня здоров’я людини;
4. вивчити сучасні традиційні та нетрадиційні методики оздоровлення людини.

В результаті вивчення дисципліни майбутні фітнес-тренери повинні:

- знати етапи управління здоров’ям людини;
- уміти оцінити рівень фізичного здоров’я людини та зробити його прогноз;
- уміти скласти індивідуальну оздоровчу програму з використанням засобів фізичного оздоровлення, засобів психорегуляції, рекомендацій з харчування;
- уміти реалізувати програму оздоровлення;
- уміти оцінити ефективність реалізації оздоровчої програми.

Розроблену нами структуру та зміст навчальної дисципліни “Основи теорії здоров’я” представлено в табл.1

Навчання здоров’ю у розвинутих країнах світу є обов’язковим та першочерговим завданням освіти. Незважаючи на те, що Україна поки що відстає від провідних держав, проблема вивчення дисципліни “Основи теорії здоров’я” є актуальною у процесі підготовки фітнес-тренерів.

Таблиця 1

Структура навчальної дисципліни

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин													
	денна форма						Заочна форма							
	усього	у тому числі					усього	у тому числі						
л		п	лаб	інд	с.р.	л		п	лаб	інд	с.р.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Модуль 1														
Змістовий модуль 1. Теоретичні основи науки про здоров'я														
Тема 1. Сучасні стратегії досягнення здоров'я.	6	2	2			2	6	2					4	
Тема 2. Здоров'я та хвороба. "Третій стан". Механізми здоров'я.	8	2	2			4	6		2				4	
Разом за змістовим модулем 1	14	4	4			6	12	2	2				8	

Змістовий модуль 2. Діагностика індивідуального здоров'я. Оздоровлення, механізми управління здоров'ям людини.												
Тема3. Діагностика індивідуального здоров'я.	8	2	2			2	12	2	4			6
Тема 4. Прогнозування здоров'я людини	8	2	2			2	6		2			4
Тема 5. Здоров'я як об'єкт управління. Інтегративний підхід в оздоровленні.	8	2	2			4	6		2			4
Тема 6. Спосіб життя і здоров'я людини.	6	2	2			2	6		2			4
Тема 7. Рухова активність як провідний чинник оздоровлення .	8	2	2			4	8	2	2			4
Тема 8. Рациональне харчування. Методи визначення та корекції маси тіла.	8	2	2			4	8		2			6
Тема 9. Психічне здоров'я. Стрес як фактор розвитку психоматичних захворювань. Методики психічного оздоровлення людини.	6	2	2			2	8		2			6
Тема 10. Репродуктивне здоров'я: фактори формування та збереження.	6	2	2			4	6					6
Разом за змістовим модулем 2	58	16	16			24	58	4	16			40
Усього годин	72	20	20			32	72	6	18			48

Вивчення дисципліни майбутніми фітнес-тренерами передбачає формування у суспільстві нового ставлення до здоров'я, популяризацію здорового способу життя.

Висновки. 1. Аналіз даних літератури, матеріалів ВООЗ, документів МОЗ України свідчить про наявність низького рівня здоров'я в Україні і вказує на необхідність підготовки фахівців з управління здоров'ям людини. 2. Вивчення дисципліни “Основи теорії здоров'я” майбутніми фітнес-тренерами є необхідним, так як спрямоване на підготовку фахівців здатних вплинути на стан здоров'я населення в Україні.

Список використаної літератури

1. Амосов М.М. Здоров'я./ М.М. Амосов – К.: КП “Дім, сад, город”, 2011.- 148 с.
2. Апанасенко Г.Л. Санологія (медичні аспекти валеології): Підручник / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова, А.В. Магльований. – Львів, ПП “Кварт”, 2011. – 303 с.
3. Гетман, В. О. Методологічні та організаційні засади оздоровлення

людини : навч. посібник / В. О. Гетман, Ю. В. Новицький, О. П. Питомець. – К. : Основа, 2009. – 200 с.

4. Грибан В.Г. Валеологія: підручник/ В.Г. Грибан-2-ге вид.перероб. та доп. – К.: «Центр учбової літератури», 2014.-342 с.

5. World health statistics 2010 : WHO Library Cataloguing in Publication Data. – Geneva, 2011. – 98 p.

В.Л. Самойленко
аспірант,
(Бердянський державний
педагогічний університет)

ВИКОРИСТАННЯ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Актуальність теми. Одна з тенденцій розвитку сучасного суспільства – інформатизація загальної і професійної освіти, яка є обов'язковою умовою підготовки конкурентноздатних фахівців з фізичного виховання та спорту. Тільки володіючи достатнім рівнем технологічної підготовленості та «інформаційної культури», молодий фахівець здатний адекватно діяти в навколишньому світі, орієнтуватися в проблемних ситуаціях, знаходити раціональні способи їх вирішення

Аналізуючи науково-педагогічний аспект інформатизації освіти, учені відзначають, що застосування інформаційних технологій у підготовці кваліфікованих спеціалістів сприяє: 1) удосконаленню стратегії відбору змісту освітніх програм, методів та організаційних форм навчання відповідно до задач розвитку особистості в умовах інформаційного суспільства; 2) розширенню видів навчальної діяльності за умови реалізації сучасних технологій (комп'ютеризовані курси навчання, інформаційно-довідкові та експертні системи, мультимедійні технології, «віртуальна реальність»); 3) переходу від авторитарного, ілюстративно-пояснювального навчання до проблемного, творчого, що передбачає оволодіння студентами вмінням самостійно здобувати нові знання, використовуючи технології інформаційної взаємодії з імітаційними моделями об'єктів, процесів і явищ [1, 3, 6].

Мета роботи – розкрити значення використання мультимедійних навчальних засобів у процесі підготовки майбутніх учителів фізичної культури.

Результати дослідження. Однією з проблем освіти є інформаційна культура самих викладачів факультетів та інститутів фізичної культури, їх готовність до використання сучасних мультимедійних технологій в системі підготовки і підвищення кваліфікації спеціалістів з фізичної культури та спорту [5].

І якщо розглядати процес комп'ютеризації навчання як одну з

найсучасніших тенденцій методики викладання будь-яких спортивно-педагогічних дисциплін, то оволодіння методологією використання сучасних інформаційних технологій в навчальному процесі повинне стати невід'ємною якістю кожного викладача незалежно від спеціалізації.

Об'єктивною передумовою для цього є інформаційний зміст процесу навчання, в якому особливе місце належить інформаційному обміну різних форм між викладачем і студентом.

Мультимедіа (англ. Multimedia, від лат. multum – багато і medium – осередок засобів) – це комплекс апаратних і програмних засобів, які дозволяють працювати в діалоговому режимі з різнорідними даними (графікою, текстом, звуком, відео), які організовані у вигляді єдиного інформаційного середовища [4].

Традиційними наочними засобами навчання є фото, плакати, таблиці, схеми, анімаційні малюнки тощо. Мультимедійні технології дозволяють підібрати та систематизувати необхідні матеріали з Інтернету, з CD-дисків, банків даних, а також сканувати ілюстрації з паперових носіїв.

Найбільш поширеними та ефективними мультимедійними засобами на факультеті фізичного виховання є навчальні фільми, мультимедіа-презентації та відеодемонстрації, які транслюються під час аудиторних занять через мультимедійний проектор на великий екран. Більшість із них застосовують у процесі викладання спортивно-педагогічних дисциплін, які пов'язані з вивченням рухових дій (технічних елементів, тактичних дій, розвитком фізичних якостей тощо). Інформативна ємність наочного матеріалу істотно впливає на якість засвоєння не тільки теоретичних знань, а й практичних умінь і навичок. Навчальні фільми відображають основні теоретичні положення і методичні особливості викладання різних дисциплін у вигляді реальних спеціальних зйомок чи тривимірної комп'ютерної графіки.

Мультимедіа-презентації – це один із найбільш функціональних та ефективних засобів навчання, які використовуються під час проведення лекцій, наукових конференцій тощо. Лекції-презентації значно розширили можливість наочного супроводження лекційного матеріалу, що в свою чергу підвищило її інформативну ємність [2]. Відеодемонстрації технічних елементів чи тактичних дій надають викладачу їх прокоментувати, повторити запис, призупинити те чи інше зображення тощо.

Необхідно звернути увагу на те, що 50% годин більшості дисциплін становлять практичні заняття, які передбачають формування спеціальних умінь і навичок, розвиток фізичних якостей. Особливо під час навчання руховим діям необхідна присутність викладача, який оперативно здійснює корекцію навчального процесу і відповідає за техніку безпеки при виконанні фізичних вправ. Тому під час аудиторних занять мультимедійні системи можуть застосовуватись вибірково, переважно у процесі теоретичної підготовки.

Висновки. Отже, застосування мультимедійних навчальних засобів у процесі підготовки майбутніх учителів фізичної культури сприяє підвищенню інтересу до вивчення теоретичних і методичних аспектів фізичної культури, надає заняттям специфічну новизну, яка за своїм змістом і формою викладення має можливість відтворити за короткий час значний за обсягом матеріал, а також сформувати і деталізувати у студентів нечітко сформовані уявлення про той чи інший предмет вивчення, поглибити здобуті знання.

Список використаної літератури

1. Богданов В. М. Использование современных информационных технологий в теоретической и методико-практической подготовке студентов по физическому воспитанию / В. М. Богданов, В. С. Пономарёв, А. В. Соловов. // Материалы Всероссийской научн.-практ. конф. "Физическая культура и спорт на рубеже тысячелетий". - СПб.: СПб. гос. педаг. ун-т, 2000. – С. 23–24.
2. Клопов Р. В. Професійна підготовка майбутніх фахівців фізичного виховання і спорту із застосуванням інформаційних технологій / Р. В. Клопов // Теорія і практика : монографія / за ред. С. О. Сисоевої. – Запоріжжя : Вид-во Запоріз. нац. ун-ту, 2010. – 386 с.
3. Кузьмина Н. В. Профессионализм деятельности преподавателя производственного обучения профтехучилища / Н. В. Кузьмина. – М. : ВНИИ проф.-техн. образования, 1989. – 166 с.
4. Мультимедіа [Електронний ресурс] // Вікіпедія – Режим доступу до ресурсу: [//uk.wikipedia.org/w/index.php?title](http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title)
5. Панченко Л. Ф. Інформаційно-освітнє середовище сучасного університету : монографія / Л. Ф. Панченко. - ДЗ «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2010. – 280 с.
6. Петров П. К. Система подготовки будущих специалистов физической культуры в условиях информатизации образования : дис. д-ра пед. наук : 13.00.01, 13.00.04 / Петров Павел Карпович. – Ижевск, 2003. – С. 41.

Н.М. Самсутіна

кандидат педагогічних наук,
доцент
(Бердянський державний
педагогічний університет)

ОСНОВНІ СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ УЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Актуальність теми. Успішне вирішення соціально-педагогічних завдань, поставлених перед загальноосвітньою школою, залежить від професійної майстерності, педагогічної ерудиції і культури вчителя. Сучасний етап соціально-економічного розвитку України характеризується

зростанням вимог суспільства до професійної майстерності учителів загальноосвітніх навчальних закладів, зокрема учителів фізичної культури, здатних виконувати багатофункціональну професійну діяльність, а також сприяти формуванню традицій і культури здорового способу життя, престижу здоров'я, залученню учнів до активних занять фізичною культурою.

Мета роботи: визначити та охарактеризувати основні складові професійної майстерності учителя фізичної культури.

Методика дослідження. Для досягнення поставленої мети було використано теоретичні методи наукового пізнання: аналіз психолого-педагогічної і методичної літератури, синтез, узагальнення, конкретизація, класифікація та систематизація.

Результати дослідження. На думку Д.В. Пеньковець, “професійна майстерність як складова частина професійності в роботі учителя є сукупністю таких якостей фахівця, які відображають ступінь його кваліфікації, рівень знань та навичок у професійній діяльності. Майстерність вчителя доцільно розглядати як найвищий рівень педагогічної діяльності, як вияв творчої активності особистості майбутнього вчителя” [4].

В.А. Савченко зазначає, що “професійна майстерність вчителя фізичної культури прямо пов'язана з його творчістю, де велику роль відіграють інтуїція, натхнення, талант, учитель має можливість впливати особистим професійним переконанням, виразити свою педагогічну індивідуальність. Найважливішою умовою зростання професійної майстерності є творча, заснована на безперервному вдосконаленні педагогічна діяльність. Вирішальне значення майстерності має те найближче оточення, в яке потрапляє педагог: і мікроклімат колективу, ідеї, якими він живе, його традиції” [5].

На думку вчених, професійна майстерність учителя фізичної культури базується на чотирьох компонентах: педагогічній спрямованості, знаннях, уміннях, професійно важливих якостях, а також на інтегральній характеристиці цих компонентів – авторитеті.

Педагогічна спрямованість – це прагнення людини займатись педагогічною діяльністю. Педагогічна спрямованість учителя фізичної культури формується з двох основних мотивів – любові до дітей та інтересу до фізичної культури.

Знання та вміння учителя фізичної культури реалізуються під час виконання загальнопедагогічних та специфічних професійних функцій. Зокрема, виконання навчальної функції вчителя фізичної культури передбачає оволодіння методикою проведення уроку фізичної культури, визначення порядку побудови процесу навчання конкретній руховій дії, підбір і застосування ефективних методів навчання руховій дії відповідно до етапу навчання, використання різних засобів дозування та регулювання навантаження у процесі навчання руховій дії, попередження помилок у процесі навчання руховій дії та виявлення помилок у процесі її виконання,

оцінювання ступеня володіння руховою дією учнями загальноосвітніх навчальних закладів; виконання виховної функції вчителя фізичної культури передбачає застосовування загальнопедагогічних методів впливу на формування особистості учня з метою розвитку його фізичних здібностей; виконання організаційної функції вчителя фізичної культури передбачає організацію діяльності учнів на уроках фізичної культури, дотримання демократичного стилю керівництва навчально-виховним процесом на уроках фізичної культури, використання стандартного і нестандартного обладнання, тренажерних пристроїв, технічних засобів на уроках фізичної культури, організацію занять секцій з різних видів спорту, груп загальної фізичної підготовки, змагань та фізкультурно-оздоровчих заходів; виконання розвивальної функції вчителя фізичної культури передбачає застосовування методичних принципів побудови процесу фізичного виховання учнів, спрямованих на розвиток та зміцнення здоров'я школярів; виконання планувальної функції вчителя фізичної культури передбачає складання документації з планування (плану-графіку навчально-виховного процесу на рік, річного плану позаурочної роботи з фізичного виховання, планів-конспектів уроків фізичної культури, календаря та документації щодо проведення спортивно-масових заходів у школі та ін.); виконання контрольної функції вчителя фізичної культури передбачає застосовування різних форми контролю та оцінки на уроках фізичної культури, тестування для визначення фізичної підготовленості школярів, розподіл учнів на підгрупи відповідно до їх індивідуальних фізичних можливостей, контроль за параметрами навантажень учнів у процесі занять фізичним вправами, визначення критеріїв оцінювання результатів діяльності учнів відповідно до програмно-нормативних вимог; виконання комунікативної функції вчителя фізичної культури передбачає застосовування гімнастичної термінології, володіння командним голосом для подання команд під час стройових вправ, володіння технікою педагогічного мовлення, педагогічним тактом та культурою педагогічного спілкування на уроках фізичної культури; виконання дослідницької функції вчителя фізичної культури передбачає підбір методів педагогічного експерименту, володіння методикою проведення педагогічних спостережень, визначення динаміки показників функціонального стану організму школяра.

Наш власний досвід викладацької діяльності дозволив доповнити означені функції учителя фізичної культури кількома специфічними функціями: функцією допомоги і страхівки при виконанні учнями фізичних вправ, здоров'язбережувальною, профілактичною, суддівською функціями.

Виконання функції допомоги і страхівки при виконанні учнями фізичних вправ передбачає запобігання травматизму на уроках фізичної культури, володіння навичками страхування і їх застосовування під час виконання учнями фізичних вправ, надання першої медичної допомоги при різних видах травм; виконання здоров'язбережувальної функції вчителя фізичної культури передбачає застосовування сучасних

здоров'язберезувальних технологій у фізичному вихованні школярів; виконання профілактичної функції вчителя фізичної культури передбачає формування фізично здорової особистості учня зі стійкими переконаннями та системою знань про здоров'я і здоровий спосіб життя, виховання у школярів свідомого ставлення до власного здоров'я; виконання суддівської функції вчителя фізичної культури передбачає складання документації для проведення змагань серед учнів загальноосвітніх навчальних закладів, здійснення суддівства змагань з різних видів спорту.

На думку вчених, всі професійно важливі якості вчителя фізичної культури можна розділити на наступні групи: ідейно-політичні, етичні, комунікативні (включаючи педагогічний такт), волеві, інтелектуальні і психомоторні, включаючи перцептивні, атенційні (якості уваги), мнемічні (якості пам'яті) і рухові.

Ю.В. Голенкова вважає, що вчитель фізичної культури повинен володіти професійно важливими якостями педагога" [1, с. 6]. На думку автора, до них відносяться такі якості, як "цілеспрямованість, правдивість, самостійність, рішучість, ініціативність. Крім цього він повинен бути здібним до саморегуляції емоцій, гнучкості у поведінці, дисциплінованим, витриманим, готовим швидко змінювати засоби впливу на учнів" [1, с. 6]. Ю.В. Голенкова зазначає, що "формування професійних якостей повинно відбуватися у студентські роки, бо це є фундаментом успіху в цьому виді діяльності. Але в сучасній системі освіти, в тому числі у навчанні майбутніх вчителів, ще мало уваги приділяється формуванню особистісних якостей спеціаліста" [1, с. 6].

І.М. Шилова вказує, що результати спостережень за динамікою формування у студентів професійно значущих якостей і вмінь дозволяють припустити, що планування й організація навчального процесу на різних етапах навчання більшою мірою визначають загальний напрямок і зміст якостей, а їхній рівень досягнення в навчанні й засвоєнні професії значною мірою обумовлюються внутрішніми психологічними факторами [6, с. 62]. Автор вважає, що психологічні й психофізіологічні професійно значущі якості – це індивідуальні особливості людини, які визначають потенційні або реалізовані здатності до ефективного професійного навчання й подальшої конкретної професійної діяльності [6, с. 62]. На її думку, вимоги до професійно значущих якостей збільшуються в міру наростання ваги умов діяльності, під час якої потрібні стовідсоткова надійність і ефективність. Ступінь їхньої відповідності вимогам педагогічної діяльності обумовлює її продуктивність, успішність і безпеку [6, с. 62].

Ми погоджуємося з А.В. Заборою, який зазначає, що "професійно важливі якості вчителя фізичної культури реалізуються через тісно пов'язані між собою елементи-функції, які пред'являють до нього такі вимоги, як: швидко засвоювати, переробляти і представляти в зручній формі інформацію; уміти підбирати творчі завдання; уміти організовувати спортивно-масові і виховні заходи; уміти проводити

агітаційну роботу (лекції, показові виступи, оформлення агітаційних стендів тощо); аналізувати-синтезувати педагогічний процес; планувати, програмувати навчально-тренувальний процес” [2, с. 44].

В.В. Каплінський та І.О. Асаулюк визначили основні компоненти авторитету учителя фізичної культури, а саме: високий професійний рівень, ерудиція, загальний світогляд, належний рівень внутрішньої культури, максимальний прояв своєї індивідуальності та наявність власної позиції, прихильність та любов до дітей, наявність педагогічного такту. Іншими, не менш важливими, компонентами авторитету називались: уміння спілкуватись на паритетних засадах (при розумній дистанції), не підкреслюючи своєї вищості над учнями; неформальний підхід до виконання своїх обов’язків; почуття розумного та доречного гумору, підтримування своєї фізичної форми [3, с. 109].

Висновки.

Таким чином, проведений аналіз наукових джерел дозволив визначити та охарактеризувати основні складові професійної майстерності учителя фізичної культури, які полягають у педагогічній спрямованості, знаннях і уміннях, необхідних для виконання загальнопедагогічних та специфічних професійних функцій учителя фізичної культури, професійно важливих якостях та авторитеті.

Список використаної літератури

1. Голенкова Ю. В. Психологічний аналіз специфіки праці вчителя фізичної культури / Ю. В. Голенкова // Теорія та методика фізичного виховання. – 2008. – № 3. – С. 6–9.
2. Забора А. В. Формування знань і навичок майбутніх вчителів фізичної культури в процесі вивчення дисциплін “Теорія і методика фізичного виховання” і “Гімнастика з методикою викладання”: дис. ... канд. наук з фізичного виховання і спорту : 24.00.02 / Забора Андрій Володимирович. – Х., 2004. – 197 с.
3. Каплінський В.В. Складові педагогічного авторитету вчителя фізичної культури / В.В. Каплінський, І.О. Асаулюк // Фізичне виховання та спорт у контексті державної програми розвитку фізичної культури в Україні: досвід, проблеми, перспективи. – 2014. – С. 108–110.
4. Пеньковець Д.В. Етапи формування професійної майстерності у майбутніх учителів фізичної культури // <http://irbis-nbuv.gov.ua>
5. Савченко В.А. Формування професійної майстерності вчителів фізичної культури в системі післядипломної педагогічної освіти // <http://department.osvita-dnepr.com/metodichni-rekomendatsiji>
6. Шилова И. М. К вопросу формирования профессионально значимых качеств и умений у специалиста по безопасности жизнедеятельности в физкультурном вузе / И. М. Шилова // Теория и практика физической культуры. – 2002. – № 3. – С. 62–63.

С.М. Хатунцева

кандидат педагогічних наук,
доцент

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ПРОФЕСІЙНЕ САМОВДОСКОНАЛЕННЯ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА ОСНОВ ЗДОРОВ'Я

Актуальність теми. Загальні соціально-економічні зміни зумовили зрушення в системі освіти України. Підвищення якості професійної діяльності вчителів є одним з пріоритетних напрямів реформування вищої школи. Проблеми професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури та основ здоров'я залишаються вельми на часі, оскільки саме вони здатні запроваджувати сучасні валеологічні, здоров'язбережувальні технології, вирішувати еколого-біологічні проблеми формування здорового способу життя. Перспективи розвитку інновацій певною мірою залежать від готовності майбутнього вчителя до професійного самовдосконалення, що залишає цю тему серед актуальних.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Актуальність дослідження підтверджується багатьма вченими, роботи яких присвячено різним аспектам професійного самовдосконалення майбутнього вчителя: розвиток та саморозвиток особистості студента (І. Бех, А. Бистрюкова, Н. Битянова, Р. Вайнола, І. Зязюн, К. Кальницька, А. Линенко), самоосвітня діяльність майбутнього вчителя (О. Бурлука, І. Ганченко, А. Громцева, О. Кисельова, Б. Райський, Н. Чернігівська), самовиховання (О. Галус, Л. Зданевич, С. Даньшева, О. Кучерявий, В. Семиченко, І. Шиманович, Я. Чепіга). Феноменологія професійного самовдосконалення фахівця знайшла відображення в дослідженнях Н. Бібік, О. Ігнатюк, Л. Карамушки, І. Ковальчук, І. Склярєнко, В. Сластьоніна, Л. Сущенко, М. Ткалич, Г. Цветкової. Учені присвятили свої праці вивченню філософії освіти (у пошуках практико-орієнтованих освітніх концепцій) (Б. Гершунський), дослідженню психології в раціогуманістичній перспективі (Г. Балл), аналізу самовдосконалення особистості (І. Ковальчук, О. Пехота, В. Тертична, Д. Фельштейн, І. Якиманська). Проблеми підготовки майбутніх учителів фізичної культури та основ здоров'я вивчають Ю. Бойчук, Є. Врублевський, В. Гриньов, В. Осіпов, Л. Сущенко.

Метою даної роботи є дослідити становлення й розвиток феномену професійного самовдосконалення майбутнього вчителя у науковій літературі.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано такі методи: аналіз, порівняння, узагальнення.

Результати дослідження. Проблеми самовдосконалення особистості привертали увагу вчених у різні періоди: 1) часи Київської Русі, Галицько-

Волинського князівства, Великого князівства Литовського (IX – XVI ст.); 2) розвитку ідей самовдосконалення в епоху загальних реформаторських змін, слов'янського Відродження (1569 – початок XVII ст.); 3) розвитку проблем самовдосконалення в контексті українського бароко, козацької доби (XVII – XVIII ст.); 4) наукового та національного становлення проблем особистості вчителя і його самовдосконалення (XIX ст. – 1917 г.); 5) розвитку теорії та практики підготовки професійно-педагогічних кадрів, шляхів самовдосконалення вчителів радянської епохи (1917 – 1991 р.р.); 6) розвитку національної концепції самовдосконалення вчителя в контексті євроінтеграційних процесів (з 1991 року по теперішній час) [8, с. 73]. Кожному періоду притаманні особливості у вивченні феномену самовдосконалення, але спільними для всіх періодів є дослідження особистісного розвитку у зв'язку з якісними перебудовами індивіда, становленням процесів самості, реалізацією власного "Я".

І. Зязюн, Г. Цветкова та інші вчені пов'язують професійне самовдосконалення з вирішенням проблеми внутрішніх прагнень особистості [1, 8]. У монографії Г. Цветкової зазначено, що, на думку І. Зязюна, професійне самовдосконалення відзначається духовною елітарністю, інтелігентністю, продуктивною інтелектуальною діяльністю. І. Зязюном відзначено, що спрямованість на самовдосконалення здійснюється за допомогою внутрішнього прагнення до знань, краси в спілкуванні з людьми, підкреслено значимість особистості вчителя, педагогічної дії. Акцентовано увагу на необхідності перегляду ключових концептів професійної підготовки вчителя, орієнтації на пріоритет індивідуальності, саморозвитку, самонавчання особистості [8, с.96].

Самовдосконалення майбутнього вчителя розглядаємо у тісному зв'язку з розвитком та саморозвитком: об'єктивними процесами кількісних і якісних змін психічних процесів, станів, якостей, що виражається в закономірних перебудовах особистості; з фундаментальною здатністю людини бути суб'єктом свого професійного життя, перетворення індивідуального способу діяльності в предмет практичних змін з урахуванням особливостей, параметрів професійного освітнього середовища.

Крім того, вважаємо, що самовдосконалення майбутнього вчителя базується на професійному самовихованні. Нам імponує думка А. Кучерявого, який довів, що фахове самовиховання майбутнього педагога є усвідомленим процесом здійснення студентом сукупності творчих дій, заснований на єдності його свідомості та самосвідомості, і спрямований на оволодіння ним інтегральною готовністю до самовдосконалення після закінчення навчального закладу [3, с. 18]. На синтез особистісних смислів і професійних уподобань вказує В. Семиченко, яка розглядає фахове самовиховання як "цілісну систему дій з усвідомлення, визначення життєвих і професійних пріоритетів, її аналітичного розгляду, співвіднесення, критичної оцінки, постійної рефлексії власних дій і вчинків" [5, с. 6].

Оскільки цей процес усвідомлений, необхідно говорити про формування потреби у професійному самовихованні (як механізму самовдосконалення), що базується на особистісній активності майбутнього фахівця. В. Сластьонін [6] зазначає, що потреба вчителя в професійному самовдосконаленні базується на особистісній активності. Дослідник доводить, що професійне самовдосконалення – свідомо робота з розвитку себе як професіонала. Особистість характеризується як суб'єкт роботи, пізнання, професійного становлення і розвитку. При цьому, акцентується увага на цінності індивідуальних оригінальних особливостей у процесі розвитку соціально-моральних якостей особистості, оволодіння педагогічною майстерністю, професійною компетентністю [8, с. 93]. Отже, самовдосконалення майбутнього вчителя включає професійне самовиховання, як активний свідомий процес самозміни відповідно до професійних завдань, пов'язане з самодетермінованістю та вимагає самоосвітньої діяльності студента, його самоорганізації.

Учені пов'язують самовдосконалення з самоактуалізацією, самореалізацією та індивідуалізацією. Плеяда дослідників вважають, що самоактуалізація тісно пов'язана з процесами особистісного самовдосконалення та включає в себе захисні механізми, подолання особистістю комплексу неповноцінності, прагнення до переходу на більш високий рівень розвитку, підкреслюючи унікальність і цілісність особистості, яка прагне до самовдосконалення [2, с. 15]. При цьому, особистість розвивається, зберігаючи свою цілісність. У теорії К. Хорні [7] концепція "реального власного" Я "описується як набір властивих людині вроджених потенцій, таких як темперамент, здібності, нахили, що вимагають сприятливих умов для розвитку. Автор вважає, що самоактуалізація пов'язана з реалізацією особистісного потенціалу й становить шлях від несвідомого "ідеального образу" до "реального власного" Я". Науковець вказує на проблему подолання внутрішнього конфлікту за допомогою усвідомлення власних потреб, суперечливих факторів свого існування, що і є, на думку К. Хорні, основою самореалізації. Вивчаючи напрацювання вчених, Л. Карамушка, М. Ткалич відзначають, що К. Юнг бачить кінцеву життєву мету особистості за допомогою реалізації "Я", становлення цілісного індивіда. При цьому, розвиток кожної людини відбувається постійно, воно унікальне. Цей процес визначено як індивідуалізацію, підсумком якої К. Юнг вказав самореалізацію. За К. Юнгом, індивідуалізація й "повна реалізація Я" складають самоактуалізацію особистості, що передбачає становлення єдиного, неповторного та цілісного індивіда, свідому реалізацію людиною своєї унікальної психічної реальності [2, с. 17 – 18]. Отже, самоактуалізація майбутнього вчителя, по-перше, вимагає розвитку та реалізації його особистісних потенцій через усвідомлення власних потреб; по-друге, є основою індивідуалізації фахівця та підґрунтям його самореалізації.

Узаємовплив людини та середовища доведено В. Кузьмінім та іншими

дослідниками. У зв'язку з цим необхідно звернути увагу на роль освітнього середовища у формуванні готовності майбутнього учителя до професійного самовдосконалення. Аналіз наукових джерел показав, що "освітнє середовище" є відкритим для змін і їх зміст залежить від вимог, що диктуються часом. Цінними є ідеї А. Адлера, який переконує, що основною тенденцією розвитку особистості є самоактуалізація, прагнення до вдосконалення. Самоактуалізацію він визначив як конструктивне прагнення до досконалості, рух від центрування на собі та цілей особистісної переваги до завдань соціально корисного розвитку [4]. Таким чином, самоактуалізація залежить від ціннісних орієнтацій особистості та має соціальне забарвлення.

Висновки. Отже, процес самовдосконалення педагога вчені пов'язують з: 1) самодетермінованістю професійного вдосконалення на основі здатності вчителя усвідомлювати самого себе, своє власне "Я", 2) самоосвітою, самоорганізацією, саморозвитком, самовихованням, професійним ростом учителя; 3) становленням процесів самості, індивідуалізацією, самоактуалізацією; 4) професійною самореалізацією.

Проблему готовності майбутніх учителів фізичної культури та основ здоров'я до професійного самовдосконалення необхідно розглядати з позицій динамічних кількісних та якісних перетворень особистості шляхом самоосвіти, саморозвитку та самовиховання. Перспективи подальших досліджень цієї теми бачимо в розробці ефективної педагогічної моделі та технології формування готовності майбутніх учителів фізичної культури та основ здоров'я до самовдосконалення в процесі індивідуалізації професійної підготовки.

Список використаної літератури

1. Зязюн І. А. Філософія педагогічної дії: Монографія / І. А. Зязюн. – Черкаси : Вид. від ЧНУ імені Богдана Хмельницького, 2008. – 608 с.
2. Карамушка Л. М., Ткалич М. Г. Самоактуалізація менежерів у професійно-управлінській діяльності (на матеріалі діяльності комерційних організацій) : Монографія. – Київ – Запоріжжя : "Просвіта", 2009. – 260 с.
3. Кучерявий А. Г. Профессиональное самовоспитание будущих педагогов в процессе их целостной подготовки : монография / Кучерявий Александр Георгиевич. – К. : Вища шк., 1999. – 224 с.
4. Мосак Г. Адлерианская психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. - № 4. – С. 24–39.
5. Семиченко В. А., Галус О. М., Зданевич Л. В. Теоретичні та методичні основи професійного самовиховання студентів вузу / В. А. Семиченко, О. М. Галус, Л. В. Зданевич. – Хмельницький: ХГПІ, 2001. – 253 с.
6. Слостенин В. А. Введение в педагогическую аксиологию / В. А. Слостенин, Г. И. Чижакова. – М. : Академия, 2003. – 192 с.
7. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. – СПб. : БСК, 1997 – 317 с. (Horni K. Nevroz i lichnostnyi rost. Bor'ba za samorealizaciyu. – SPb. : BSK, 1997 – 317 p.)
8. Цветкова Г. Г. Професійне самовдосконалення викладачів гуманітарних

А.В. Хатько

кандидат педагогічних наук,
ст. викладач

(Бердянський державний
педагогічний університет)

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ВЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДО ВИКЛАДАННЯ ВАРІАТИВНОГО МОДУЛЯ “ХОРТИНГ” В ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Актуальність теми. Суттєві зміни в політичному, соціально-економічному житті нашої країни, зростаючі вимоги суспільства до якісної освіти все виразніше спонукають як до радикальних реформ в українській освіті, так і до поступових кроків для її системного вдосконалення в галузі оздоровлення школярів.

Законом України "Про загальну середню освіту" (651-14) акцентується увага на вихованні громадянина - патріота своєї Батьківщини, готового до подальшої освіти, трудової діяльності та захисту Вітчизни, з вільними політичними і світоглядними переконаннями. У відповідності до цього закону укладена і широко впроваджується навчальна програма розвитку українського національного виду спорту хортинг у систему загальної середньої освіти [5]. Потреба в якісній підготовці вчителів фізичного виховання до викладання модуля “Хортинг” в загальноосвітніх навчальних закладах зумовлює актуальність обраної теми дослідження.

Мета роботи — проаналізувати навчальну програму варіативного модуля “Хортинг” для загальноосвітніх навчальних закладів та розробити методичні рекомендації з його викладання для майбутніх вчителів фізичного виховання.

Методика дослідження - аналіз нормативних документів, навчальних програм, навчально-методичної літератури та практичних розробок з хортингу.

Результати дослідження. Оскільки, навчальна програма з фізичної культури для учнів загальноосвітніх навчальних закладів побудована за модульною системою і складається з двох інваріантних модулів (теоретико-методичні знання і загальна фізична підготовка) та варіативних модулів [4], то, практично, кожен вид спорту, в тому числі й хортинг, представлений у вигляді варіативного модуля.

Навчальна програма з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів (варіативний модуль “Хортинг”) підготовлена за досвідом роботи викладацьких колективів загальноосвітніх і спеціальних навчально-виховних закладів та працівників органів освіти, обговорена і ухвалена на засіданні комісії з фізичної культури Науково-методичної Ради

Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України (протокол № 2 від 23.06.2001 року) [2].

Розробка даної Програми зумовлена потребою удосконалення навчально-виховного процесу у зв'язку із зростанням вимог до розумової та фізичної підготовки учнів. При розробці Програми врахований досвід роботи кращих секцій та гуртків хортингу загальноосвітніх навчальних закладів України [2].

Хортинг - український національний вид спорту, повноконтактний комплексний вид бойового мистецтва, народжений в Україні, заснований на бойових і культурних традиціях українського народу, який базується на принципах спортивної підготовки як багаторічний, цілорічний, спеціально організований навчально-тренувальний процес всебічного розвитку, навчання та морально-етичного виховання спортсменів, розроблений, як освітня та виховна складова на виконання Державної програми "Інформаційні та комунікаційні технології в освіті і науці" у 2008 році та Державної цільової програми роботи з обдарованою молоддю на 2007-2010 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2007 року № 1016. Хортинг є визнаним видом спорту в Україні Наказом № 3000 Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 21 серпня 2009 року до Дня незалежності України. Робочі програми навчально-тренувальних занять з хортингу, фізкультурно-оздоровчих занять з хортингу для дітей затверджені Рішенням експертної комісії з програмно-методичного забезпечення фізкультурно-оздоровчої і спортивної діяльності Національного університету фізичного виховання і спорту України від 18 червня 2009 року [3].

Варіативний модуль "Хортинг" [1] для загальноосвітніх навчальних закладів для включення у програму з навчальної дисципліни "Фізична культура" є предметом, який включає в себе оздоровчі, загальнофізичні, технічні і тактичні елементи, а також виховні аспекти українського національного виду спорту хортинг, розроблений відповідно до вимог Державного стандарту базової та повної загальної середньої освіти, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 24 від 14 січня 2004 р.

Основною метою впровадження варіативного модуля "Хортинг" у середній загальноосвітній школі є: зміцнення здоров'я та всебічна фізична підготовка учнів, виховання морально-етичних якостей особистості та патріотичне виховання учнів на оздоровчих та культурних традиціях українського народу, формування постави, розвиток якостей швидкості, спритності й координації рухів, вивчення спеціальних підготовчих вправ хортингу, вивчення основних стійок і технік, методів переміщення в стійках і виконання початкових форм (комплексів) хортингу, вивчення правил поведінки в спортивному залі, "Правил спортивного етикету" відповідно до вимог Української Федерації Хортингу, вивчення дихальних вправ, вправ оздоровчого характеру, освоєння правил особистої гігієни [1].

Модуль "Хортинг" проводить відповідно підготовлений вчитель, який має фахову підготовку.

Підготовка майбутніх вчителів фізичного виховання до викладання хортингу передбачає оволодіння студентами технікою виконання стройових, загальнорозвиваючих спеціальних вправ хортингіста, базовою технікою ударів руками, ногами, боротьби в партері, розвиток фізичних якостей: сили, гнучкості, витривалості, швидкості, спритності; а також методичну підготовку щодо навчання учнів вищезазначених технік та проведення відповідної виховної роботи.

Навчальний процес студентів формується за допомогою теоретичних, методичних, практичних занять і навчальної практики, а також самостійного вивчення окремих тем [3].

На **теоретичних заняттях** студентам викладається основний зміст програми з історії хортингу, ідеології, задач та засобів загальнофізичної та спеціальної підготовки, термінології хортингу. Лекційний курс розкриває питання сутності різноманітних видів фізичних занять і засобів хортингу, їх виникнення та розвитку, відмінностей і переваг, що дозволяє використовувати елементи хортингу у підготовці спортсменів як основні та допоміжні засоби тренувального процесу [3].

Методичні заняття сприяють поглибленню знань, одержаних на теоретичних заняттях та спрямовані на вивчення методичних особливостей викладання хортингу в школі. Тут слід зазначити, що навчально-виховний процес хортингу у загальноосвітніх навчальних закладах базується на формуванні фізично та духовно розвиненої творчої особистості учня, його свідомого ставлення до обов'язків, вихованні поваги до національних цінностей нашого народу, прищепленні навичок здорового способу життя [5]. Під час проведення уроків з хортингу вчитель повинен застосовувати особисто-орієнтовний та диференційований підходи до учнів [1].

Стосовно змісту навчання школярів, варіативний модуль «Хортинг» для загальноосвітніх навчальних закладів складається з двох розділів: зміст навчального матеріалу та державні вимоги до рівня загальноосвітньої підготовки учнів. При цьому навчальний матеріал модуля адаптований до занять з учнями різної підготовленості, передбачає загальноосвітню, а не спортивну спрямованість і містить найпростіші елементи техніки хортингу, які подані у вигляді оздоровчих формальних комплексів, теоретичні відомості, а також вправи з елементами хортингу для розвитку фізичних якостей. До розділу «Зміст навчального матеріалу» внесені теоретичні відомості, загальна та спеціальна фізична підготовка, техніко-тактична підготовка, орієнтовні навчальні нормативи та перелік обладнання і індивідуального спорядження, яке необхідне для вивчення модуля. Розділ «Державні вимоги до рівня загальноосвітньої підготовки учнів» зорієнтований на якісне засвоєння знань, умінь та навичок поданого матеріалу [1].

При навчанні технічних прийомів хортингу, необхідно на кожному уроці використовувати вправи загальної та спеціальної фізичної підготовки, такі як: прискорення з різних вихідних положень, біг зі зміною швидкості та напрямку за сигналом, багаторазові повторення оздоровчої базової техніки рухів хортингу по повітрю в стійці та у переміщеннях, виконання оздоровчих навчальних форм хортингу - формальних комплексів, вистрибування із присіду вгору, підйоми з присіду у стійку з махами прямими ногами тощо, а також дотримуватися методики послідовності вивчення підготовчих та оздоровчих прийомів базової техніки хортингу, використовуючи підвідні вправи [1].

Слід зазначити, що під час вивчення елементів техніки хортингу учні не займаються в парах, а у них формуються певні рухові навички за допомогою оздоровчих формальних комплексів та ефективних дихальних вправ [1].

З метою профілактики травматизму на кожному уроці необхідно перевіряти місця проведення занять, дотримуватися вимог методики навчання спеціальних оздоровчих вправ хортингу, застосовуючи спеціально-розвивальні вправи для елементів базової техніки, при вивченні підготовчих елементів техніки хортингу різними способами слід звертати увагу на правильне переміщення учнів по хорту (тренувальному майданчику) [2].

У процесі навчання хортингу в 5-9 класах застосовуються такі групи методів [1]:

- наочні (показ вправ, демонстрація вправ на схемі, макеті, екрані тощо);
- словесні (розповідь, пояснення, вказівка, зауваження, переконання, бесіда тощо);
- практичні (метод вправ та його варіанти - початкове вивчення технічних дій у цілому або частинами), метод багаторазового повторення (перемінний, інтервальний, ігровий, змагальний тощо).

У продовж всього навчально-оздоровчого процесу вчитель має постійно проводити виховні заходи, бесіди з учнями, у яких необхідно постійно звертати увагу на те, що хортинг народжений в Україні на культурних традиціях українського народу [2].

Після вивчення модуля у кожному навчальному році учні складають випробування (навчальні нормативи) для контролю якості засвоєння спеціальних вправ та елементів оздоровчої техніки хортингу [1].

В межах рівня виставляється середній або вищий бал [1].

Під час виконання даних навчальних нормативів оцінюється виконання технічного елемента кожною дитиною окремо.

Практичні заняття майбутніх вчителів проводяться з використанням різноманітних засобів навчання, спрямованих на вивчення і удосконалення техніки хортингу, з метою розвитку фізичних якостей і технічних і тактичних навичок необхідних для виконання III спортивного розряду. Практичні заняття спрямовані на закріплення теоретичного матеріалу та

ознайомлюють студентів з загальними навичками виду спорту хортинг [3], а також удосконалюють їх методичні вміння і навички.

Навчальна практика проводиться протягом всього періоду навчання. Студенти формують навички проведення стройових, загальнорозвиваючих вправ, прийомів страхування, акробатики та окремих технічних елементів хортингу [3].

Під час **самостійної роботи** студенти вивчають програмний матеріал за підручниками, додатковими літературними джерелами, виконують домашні завдання, беруть участь в організації і суддівстві змагань [3].

Облік успішності знань студентів рекомендується проводити у формі диференційованих поточних оцінок за питаннями теорії і методики хортингу, виконання залікових вправ фізичної підготовки, проведення учбової практики, виконання спортивних розрядів та, відповідно, кваліфікаційного ступеня 7-8 ранку хортингу [3].

Висновки. В роботі проаналізовано навчальну програму варіативного модуля “Хортинг” для загальноосвітніх навчальних закладів та подано методичні рекомендації до теоретичних, методичних, практичних занять, навчальної практики та самостійної роботи майбутніх вчителів фізичного виховання для підготовки їх до викладання хортингу в школі.

Список використаної літератури

1. Єрмоменко Е. А. Навчальна програма з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів 5-9 класи. Варіативний модуль “Хортинг” / Е. А. Єрмоменко. – К. : Паливода А. В., 2012 р. – 20 с.

2. Єрмоменко Е. А. Хортинг – національний вид спорту України: метод. посібник / Е. А. Єрмоменко. – К. : Паливода А. В., 2014. – 1064 с.

3. Викладання хортингу у вищих навчальних закладах України // Електронний фонд бази даних Української федерації хортингу [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://horting.org.ua/node/40493>

4. Лист МОН України № 1/9-343 від 01.07.2014 “Про організацію навчально-виховного процесу у загальноосвітніх навчальних закладів і вивчення базових дисциплін в основній школі” [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.schoollife.org.ua/lyst-mon-ukrajiny-19-343-vid-01-07-2014-pro-orhanizatsiyu-navchalno-vyhovnoho-protsesu-u-zahalnoosvitnih-navchalnyh-zakladiv-i-vyvchennya-bazovyh-dystsyplin-v-osnovnij-shkoli/>

5. Хортинг у загальноосвітніх навчальних закладах України // Електронний фонд бази даних Української федерації хортингу [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://horting.org.ua/node/40244>

СУЧАСНІ ВАЛЕОЛОГІЧНІ, РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

К.А. Бугаевский

кандидат медицинских

наук, доцент

(Запорожский

государственный

медицинский университет)

АКТУАЛЬНОСТЬ И ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАССАЖА, МАССАЖА ПРОМЕЖНОСТИ И МИОФАСЦИАЛЬНОЙ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, КАК СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ И АКУШЕРСТВЕ

Актуальность темы. Эпиграфом к данной публикации мне считаю уместным применить мудрое высказывание «отца медицины» Гиппократ: «Не следует краснеть, чтобы заимствовать у народа средства, служащие к его излечению». С древних времён известно, что чем физиологичнее и естественнее действует на организм лечебный фактор, тем он более эффективен. Это имеет непосредственное значение к рассматриваемой в данной публикации проблеме!

На сегодняшний день проблема профилактики, лечения и реабилитации пациенток в гинекологии и акушерстве является весьма актуальной. Высокий процент гинекологической заболеваемости, переход её в хронический процесс, потеря репродуктивного здоровья, антенатальные и перинатальные потери, родовой травматизм, рост бесплодия – это далеко не полный перечень тех проблем, которые бросают вызов современному состоянию дел в акушерстве и гинекологии. И если консервативное и оперативное лечение и реабилитация постоянно прогрессируют и совершенствуются, то этого нельзя сказать о реабилитации, в т.ч и физической реабилитации.

Ограниченный, традиционный объём её методов и средств не позволяет в полной мере и в достаточном объёме проводить полноценное и качественное восстановление репродуктивной функции у женщин. Всё это требует неустанного поиска новых и усовершенствования классических методик физической, немедикаментозной реабилитации акушерско-гинекологической группы пациенток, более широкое использование в практике реабилитационных действий природных, физических преформированных факторов реабилитации потерянного репродуктивного здоровья. Тем более, что речь идёт о его реабилитации у пациенток самого важного, репродуктивного возраста!

Цель работы. Провести обзор современных методов специальных акушерско-гинекологических видов массажа и мануальных техник по

данным доступных отечественных и зарубежных источников информации.

Анализ доступной отечественной и зарубежной литературы позволил выбрать для рассмотрения, обзора и анализа три важных и, по нашему мнению, актуальных но, к сожалению, не до конца востребованных и применяемых в широкой лечебной и реабилитационной практике методов. Речь идёт о практическом применении гинекологического массажа, миофасциальной трансвагинальной терапии и массаже промежности, применяемом в антенатальном периоде и во II периоде родов [1-16].

Гинекологический массаж – это физиологический метод воздействия, который оказывает стимулирующее воздействие на больной орган и на весь организм женщины. К старым испытанным способам лечения можно отнести гинекологический массаж, предложенный более 100 лет назад и в последние десятилетия незаслуженно забытый.

Гинекологический массаж — один из наиболее естественных безоперационных способов лечения женских гинекологических заболеваний. Гинекологический массаж является физиологическим методом воздействия, оказывает исключительно сильное действие не только на пораженный орган, но и на организм больной женщины в целом. Гинекологический массаж можно с успехом применять в комбинации с физиотерапевтическими методами лечения: водолечением, которое пациентки могут выполнять в домашних условиях, диетотерапией [1,5,6].

По мнению многих авторов (Груздев, 1922; Мажбиц, 1947; Бодяжина, Жмакин, 1977), гинекологический массаж является ценным вкладом в гинекологическую практику. И в сочетании с физиотерапией, курортным, водо- и грязелечением он дает очень хорошие результаты. Главное достоинство метода в том, что он действует на организм физиологически и является сильным раздражителем тканей. Массаж — «это научно обоснованный и практически проверенный метод рефлекторного и механического воздействия на внутреннюю среду, на ткани организма в целях развития, укрепления и восстановления их структур, функций и взаимосвязей» (Крамаренко, 1953) [1,5,6].

В начале массажа повышается раздражение концевых аппаратов периферической нервной системы, затем следует снижение ее возбудимости, что рефлекторно передается на всю нервную систему. Клинически это проявляется в уменьшении или полном исчезновении болевого синдрома (Дзnelадзе, 1948; Крамаренко, 1953) [1,5,6]. Любая другая форма терапии, усиливающая кровенаполнение во внутренних органах (индуктотермия, грязевые аппликации или тампоны, грелка или другие тепловые процедуры), вызывает, как правило, пассивную гиперемия, и только массаж может вызвать в высшей степени активный кровоток в массируемой области, что принципиально иначе влияет на обменный процесс в тканях по сравнению с застойной гиперемией [1,3,4].

При массаже улучшается артериальное кровообращение, что ведет к уменьшению венозного застоя и повышению обмена веществ. Еще в 1911 г.

М. Проскурякова, ссылаясь на экспериментальные исследования, писала, что под влиянием массажа происходит ускорение кровообращения, возбуждение деятельности клеток, усиление распада белковых веществ, улучшение всасывания жира, повышение диуреза и общего обмена. На большое лечебное значение активной гиперемии, возникающей при гинекологическом массаже, указывали также целый ряд авторов (Ремизов, 1891; Снегирев, 1900; Дзnelадзе, 1948; и др.) [1,5,6].

Гинекологический массаж, усиливая кровообращение в тканях, одновременно ускоряет ток лимфы, что приводит к быстрому всасыванию экссудативной жидкости, скапливающейся в органах и тканях малого таза, при этом воспалительные инфильтраты становятся мягче, образования, особенно плотные сращения, уменьшаются и рассасываются. Учитывая значение лимфотока в ликвидации остаточных явлений воспаления, проводится массаж от периферии к центру, по направлению тока лимфы по лимфатическим путям к лимфоузлам. Следовательно, ускорение лимфо- и кровообращения в зоне действия массажа, а вместе с этим во всей сосудистой системе, является важным лечебным фактором при инфантилизме, застойных явлениях, неправильных положениях органа и воспалениях [1-3,6].

Несомненно, что ускорение крово и лимфотока не только способствует рассасыванию продуктов воспаления и ликвидации застоя, но и значительно улучшает тканевой обмен, повышает фагоцитарные свойства крови. Значительное действие оказывает массаж на мускулатуру тазовых органов и на весь связочный аппарат. При сокращении мускулатуры происходит взаимозависимое влияние на кровообращение и мышцу - возникает активная гиперемия органов, а в связи с этим повышается жизнедеятельность тканей [1,2,4,6].

Гинекологический массаж действует на маточную мускулатуру не только прямо, но и опосредованно. Во время массажа матки осуществляется одновременно и брюшной массаж, вследствие чего укрепляется поперечнополосатая мускулатура брюшной стенки, тонизируется кишечная мускулатура и усиливается перистальтика кишечника, что рефлекторно вызывает тоническое сокращение маточной мускулатуры и кишечника, это особенно важно, так как у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, для лечения которых показан массаж, имеются, как правило, нарушения функции кишечника. Под влиянием массажа происходит укрепление связочно-мышечного аппарата матки, мышц тазового дна [1,2,4,6].

Нормальное приложение силы при массаже двумя руками будет оказывать тонизирующее действие на связочный аппарат, а чрезмерное силовое воздействие или массаж рывками - парализующее действие. Кроме того, следует учитывать, что массаж путем поглаживания, легкого разминания размягчает и снижает тонус тканей, а толчкообразные удары вызывают сокращение и напряжение их [1,4,6]. Поэтому при массаже матки

и ее связочного аппарата, когда имеются гипотония тканей, инфантилизм, застойные явления, неправильные положения органа, не вызванные воспалением, следует обязательно учитывать возможность получения различной реакции в зависимости от силы действующих рук. Если массаж производится при наличии воспалительных спаек и сращений, обусловивших аномалию положения органа, то массажист должен ориентироваться на реакцию женщины. В этих случаях допускается применение гораздо большей физической силы, необходимой для растяжения соединительнотканых, рубцовых сращений, тяжей, спаек, перепонки между органами и стенками таза, оставшихся после воспалительных процессов в клетчатке и брюшине [1,4,6].

При растяжении спаек происходит восстановление нормального положения матки и ее подвижности, улучшается кровоснабжение тканей. Гинекологический массаж опосредованно, через улучшение кровообращения и усиление обмена веществ, оказывает положительное влияние на функциональное состояние яичников, на менструальную и секреторную функцию матки [1-4,6].

В начальной стадии опущения матки и влагалища применение гинекологического массажа обязательно, в этом случае он является не только средством, направленным на ликвидацию патологии, но и профилактикой и лечением [1,2,4,6].

Показанием к лечению гинекологическим массажем является врожденное недоразвитие матки. В. С. Груздев (1922) считал массаж показанным при атрофии матки, сопровождающейся аменореей. И. Л. Брауде (1957) рекомендовал массаж при гиперинволюции матки, возникшей вследствие длительного кормления ребенка грудью. А. Г. Дзnelадзе (1948) также считал целесообразным применять массаж при глубоком недоразвитии матки, когда отсутствует менструация. Массаж использовался при неполном обратном развитии ее после родов и абортов (Груздев, 1922; Микеладзе, 1947; Дзnelадзе, 1948) [1,4,6].

Предлагался гинекологический массаж и при функциональных расстройствах матки и яичников, когда наблюдаются застойные явления в тазовых органах, при кровотечениях из вялой, атоничной матки у истощенных анемичных женщин, при конституциональных болезнях (Какушкин, 1929) [1,4,6].

Успех лечебного действия гинекологического массажа зависит в большой степени от правильного определения показаний к его применению. Гинекологический массаж применяется при таких гинекологических заболеваниях и патологических состояниях, как вторичное трубно-перитонеальное бесплодие у женщин, обусловленное спайками, спаечными сращениями и образованиями в малом тазу, с вовлечением в спаечные образования одной или двух маточных труб и/или яичников; неправильные положения матки (ретрофлексия) и/или её опущение; при начальных стадиях опущения стенок влагалища и в сочетании с явлениями опущения

матки, уретроцеле и/или ректоцеле; при привычном невынашивании беременности и после перенесённых самопроизвольных и искусственных абортов, произведённых на ранних сроках, в особенности методом кюретажа и вакуум аспирации плода; при хронических воспалительных процессах органов малого таза; при инфантилизме и гиперинволюции матки; при нарушениях менструального цикла (альгодисменорея, аменорея) [1,4,6].

Гинекологический массаж можно применять при хронических воспалительных процессах внутренних половых органов, когда нет опухолевых образований. Наличие инфильтратов и спаек, ограничивающих нормальную подвижность матки и ее придатков, а также болей, которые обычно беспокоят больных и зачастую являются следствием сдавливания нервно-рецепторных зон, не служит противопоказанием к применению гинекологического массажа, то же относится и к хроническому воспалению придатков матки [1,4,6].

Неправильные положения матки и ее смещения, фиксированные и свободные, по мнению большинства авторов, являются показаниями к лечению гинекологическим массажем. Однако и здесь имеются разные точки зрения. Но если применение гинекологического массажа при неправильных положениях матки, ее перегибах и смещениях в сторону обычно не вызывает спора, то о применении его при опущениях и выпадениях матки и влагалища высказываются различные мнения [1,2,6].

В свое время Т. Брандт широко применял при опущениях и выпадениях матки гинекологический массаж, считая его методом выбора. Однако многие авторы отрицательно относились к применению гинекологического массажа в этих случаях, считали, что он может только на короткий срок приостановить выпадение матки [1,2,4,6].

Показанием к лечению гинекологическим массажем является врожденное недоразвитие матки, при гиперинволюции матки, возникшей вследствие длительного кормления ребенка грудью, при глубоком недоразвитии матки, когда отсутствует менструация. Массаж использовался при неполном обратном развитии ее после родов и абортов. Предлагался гинекологический массаж и при функциональных расстройствах матки и яичников, когда наблюдаются застойные явления в тазовых органах, при кровотечениях из вялой, атоничной матки у истощенных анемичных женщин, при конституциональных болезнях [1,6].

Приступая к гинекологическому массажу, врач должен четко представлять характер болезненного процесса, при этом недопустима неопределенность в диагностике. При назначении гинекологического массажа врачу следует обязательно убедиться в отсутствии противопоказаний к его применению. Врач должен знать все технические приемы массажа. Гинекологический массаж лучше проводить в специальном или в процедурном кабинете на обычном гинекологическом кресле. Женщина должна явиться на сеанс массажа не ранее, чем через два

часа после приема пищи; кишечник следует опорожнить за несколько часов, а мочевого пузыря - непосредственно перед массажем [1,6].

Гинекологический массаж всегда должен проводиться одновременно с психотерапевтическим воздействием на больную, чтобы он не был неприятным. Однако болезненность при его проведении не может быть исключена и даже необходима как показатель определенного действия этой процедуры, к чему женщину надо специально готовить. Простое легкое поглаживание органов малого таза и брюшной стенки не может считаться массажем [1,3,6].

Продолжительность каждого сеанса гинекологического массажа обычно колеблется от 3 до 10 мин, хотя возможно продлить его до 15 и даже 20 минут. Первые сеансы массажа должны быть менее продолжительны (3-5 мин), а последующие можно делать дольше. Общее количество сеансов на курс лечения зависит от показаний и условий, в которых осуществляется гинекологический массаж, и колеблется в среднем от 30 до 60. В одних случаях он проводится без перерыва, ежедневно или через день на протяжении 1-3 месяцев; в других – парциально, по 10 сеансов в межменструальный период течение 3-4 месяцев в зависимости от показаний [1,5,6].

При недоразвитии матки и гипофункции яичников врожденного и приобретенного характера, а также при менструальных нарушениях, проявляющихся скудными менструациями аменореей, целесообразнее проводить лечение гинекологическим массажем без перерыва, не менее 40-60 сеансов на протяжении 2-3 месяцев. В ряде случаев гинекологический массаж можно комбинировать с физическими и бальнеологическими методами лечения [1,5,6]. Таким образом, гинекологический массаж состоит в основном из поглаживания, давления, растяжения мягких тканей. При этом сила воздействия на ткани дозируется строго индивидуально с учетом показаний и органа, который подвергается массажу [1,5,6].

Следовательно, каждый сеанс массажа включает в себе и подготовительные действия и чисто массажные. В гинекологическом массаже обычно участвуют обе руки массажиста. Одна из них вводится во влагалище и называется "внутренней", а вторая действует со стороны брюшной стенки и обозначается как "наружная". Пальцы внутренней руки выполняют конкретные, целенаправленные движения. В большинстве случаев они, проникая в задний или передний свод, приподнимают и фиксируют матку [1,5,6].

В целом массаж повышает тонус всех тканей тазовой и брюшной полости. Кроме того, улучшается общее состояние больной, повышается работоспособность, уменьшается раздражительность, исчезают боли, улучшается аппетит, нормализуются сон, функции кишечника и мочевого пузыря [1,5,6].

В англоязычной доступной литературе и других источниках информации термин «гинекологический массаж» не употребляется. Вместо

него, в профессиональной медицинской литературе применяют термин «миофасциальная трансвагинальная терапия» [8,10-13,15].

Этим термином обозначают комбинацию практического применения массажа и мануальных приёмов, для профилактики и лечения, в первую очередь синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) [10,12,13]. Этот метод широко используется в США и Великобритании для лечения синдрома слабости тазового дна (ССТД), который, в большинстве случаев, возникает после затяжных и травматичных родов [8,10-13,15]. Особыми показаниями к применению данного вида мануальной техники являются ранние стадии опущения и выпадения тазовых органов, явления ректоцеле и уретроцеле, выраженный болевой синдром при явлениях спазма тазовых мышц [8,10-13,15].

Само название «миофасциальная трансвагинальная терапия» говорит само за себя. Это терапевтическая процедура, осуществляемая трансвагинально, с активным воздействием рук массажиста или мануального терапевта, с активным, дозированным по силе и времени воздействием на мышечные и фасциальные структуры тазового дна и промежности [8,10-13,15].

Именно индивидуально дозированное, «ручное», мануальное воздействие, с применением массажных приёмов и мануальных техник, позволяет специалисту провести лечебное, реабилитационное воздействие на патологически изменённые участки и ткани, снять спастическое напряжение мышц, убрать застойные явления, улучшить крово- и лимфообращение не только в области тазового дна, но и, что немаловажно, внутренних тазовых органов [8,10,11,15].

Практическое применение такого вида профилактического активного воздействия на мышцы, соединительнотканые образования и фасции тазового дна и промежности, как массаж промежности (perineal massage), активно применяется в зарубежных клиниках с 80-х – 90-х годов прошлого столетия [8,9,14]. Это широко разрекламированный метод профилактики повреждений промежности и влагалища в родах. Изучению данного метода и его практическому применению за рубежом посвящено достаточно большое количество работ (Avery M. D. & Van Arsdale L. (1987); Mynaugh P. A. (1991); Labrecque M., Eason E., Marcoux S., et al. (1999); Davidson K., Jacoby S. & Brown M. S. (2000); Gomme C., Sheridan M. & Bewley S. (2004); Eogan M., Daly L. & O’Herlihy C. (2006)).

В доступной русскоязычной специальной литературе этому вопросу активно уделяет внимание известный врач акушер-гинеколог Шнейдерман М.Г. Им выпущена в 2014 году чудесная работа, под названием «Акушерско-гинекологический массаж». В этой работе М.Г. Шнейдерман досконально описывает технику выполнения этого особого вида акушерского профилактического массажа, который автор много лет выполняет практически [5].

Практическому применению массажа промежности, как средству профилактики возможных травм в родах, беременных учат с 34-36 недель беременности, акушерки или врачи, во время патронажа беременных. Метод получил название «антенатальный массаж промежности» (antenatally perineal massage) [8,9,14]. Имея начало подготовки промежности в предродовый период, и выполняемый в домашних условиях как самой беременной, так и с участием мужа, а также активно применяемый акушерками во II периоде родов, метод позволяет, по данным ряда зарубежных авторов, снизить процент травм влагалища и /или промежности на 55-70% (Eogan M., Daly L. & O'Herlihy C., 2006; Johanson R., 200; Stamp G, Kruzins G, Crowther C., 2001). Массаж промежности повторяют несколько раз в неделю, один сеанс должен длиться 5-10 минут. Массаж промежности, выполняется в течение, по меньшей мере, месяца до рождения, что значительно снижает риск травмы промежности у нерожавших женщин [8,9,14].

Выводы.

1. Все предложенные методы акушерско-гинекологического массажа и миофасциальная трансвагинальная терапия, проводимые как средство профилактики, лечения и реабилитации у гинекологических пациенток, беременных и рожениц, должны быть дополнительно изучены и внедрены в практику лечения и реабилитации, как на амбулаторном, так и на санаторно-курортном этапах реабилитации.

2. Гинекологический массаж, массаж промежности, миофасциальная трансвагинальная терапия – не самостоятельные средства лечения от бесплодия или гинекологической патологии. Они не способны устранить влияние всех негативных факторов. Однако этот вспомогательный оздоровительный метод может способствовать улучшению состояния женских половых органов, повысить шансы наступления беременности и подарить возможность.

3. Данные средства, несмотря на всю их действенность и пользу, являются не 100% альтернативой традиционным методам лечения и реабилитации пациенток в акушерстве и гинекологии, а бесценным дополнением и неотъемлемой частью в комплексном лечении и реабилитации большой группы пациенток репродуктивного возраста.

Список использованной литературы

1. Бенедиктов И. И. Гинекологический массаж и гимнастика. – М.: Медицинская книга. – Издательство НГМА. – 1998. – 123 с.

2. Бугаевский К.А. Особенности физической реабилитации пациенток репродуктивного возраста с опущением стенок влагалища / К.А. Бугаевский Материалы // Материалы II Международной научно-практической конференции «Современные проблемы спорта, физической культуры и физической реабилитации». – Донецк, 24 марта 2015 года. Раздел IV «Медико-биологические аспекты физической реабилитации спортсменов и различных групп населения». – С. 112–118.

3. Зайед Ахмад Махмуд Клиническое использование микроэлектрофореза лидазы и гинекологического массажа в комплексном лечении больных трубным бесплодием воспалительного генеза / Ахмад Махмуд Зайед, А.Ф. Жаркин, С.И.Фофанов) // Нелекарственная терапия патологии репродуктивной системы человека: Матер. 3 межобл. научно-практ. конф., - Волгоград. – 1997. – С. 100–103.

4. Мирович Е. Д., Митюков В. А., Чурилов А. В. и др., Клинико-анатомические обоснования применения методов физической реабилитации и гинекологического массажа при неправильных положениях и опущениях матки / Е.Д. Мирович, В.А. Митюков, А.В. Чурилов и соавт. // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – № 5. – 2009. – С. 168–174.

5. Шнейдерман М.Г. Акушерско-гинекологический массаж. / М.Г. Шнейдерман, И.А. Клепикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – 80 с.

6. Шнейдерман М.Г. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. М.: РИТМ. – 2011. – 80 с.

7. Eogan M., Daly L. & O’Herlihy C. (2006) The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 19 (4), 225–229.

8. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14:269.

9. Johanson R. Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *Lancet*. 2000;355:250–251.

10. Montenegro MLLDS, Mateus-Vasconcelos EC, Candido dos Reis FJ, et al. Thiele massage as a therapeutic option for women with chronic pelvic pain caused by tenderness of pelvic floor muscles. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(5):981-2. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20590980>. Accessed January 4, 2012.

11. Neumann P, Gill V. Pelvic floor and abdominal muscle interaction: EMG activity and intra-abdominal pressure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13:125.

12. Pauls J, Shelly E. Applying the Guide to Physical Therapist Practice to women's health physical therapy. *Journal of the Section on Women's Health*. 1999;23(3):8-12.

13. Rhonda K Kotarinos. Pelvic floor physical therapy for management of myofascial pelvic pain syndrome in women. *J Urol* 2013; 5: 126-128.

14. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001 May 26; 322(7297): 1277–1280.

15. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol* 2001; 166:2226.

К.А. Бугаевский
кандидат медицинских
наук, доцент
(Запорожский
государственный
медицинский университет)

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА

Актуальность темы. Важным показателем репродуктивного здоровья населения является невынашивание беременности, которое не имеет тенденции к снижению во всём мире [2,4,6]. Несмотря на определённые успехи, достигнутые в лечении и реабилитации, проблема невынашивания беременности, в особенности на ранних сроках гестации, попрежнему остается актуальной [3,5,8]. Немаловажным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения, являются репродуктивные потери вследствие невынашивания беременности. Частота самопроизвольных аборт остается стабильной и достаточно высокой. Так, по данным разных авторов, она составляет от 2 до 55%, достигая в первом триместре до 80% [2,4,6]. По статистике каждая пятая беременность (ежегодно 170 тысяч) прерывается самопроизвольным выкидышем (Кулаков В.И. с соавт., 1998; Сидельникова В.М., 2000; Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., 2007).

Частота неразвивающейся беременности остается стабильно высокой и составляет 45-88,6% случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках [2,4,6]. Кроме того, каждый эпизод самопроизвольного аборта усугубляет имеющиеся нарушения репродуктивного здоровья женщины [2,4,6].

Одной из характеристик современной демографической ситуации, сложившейся в России, является высокая частота самопроизвольных аборт: около 180 тысяч ежегодно регистрируемых, что составляет 15-20% желанных беременностей [2,4]. Прямые репродуктивные потери от невынашивания беременности на Украине ежегодно насчитывают 36–40 тысяч нерождённых желанных детей [2,4,6]. Установлено, что состояние репродуктивного здоровья, в большей степени зависит от давности перенесенного невынашивания беременности и качества проведенного комплекса реабилитационных мероприятий.

В настоящее время невынашивание беременности рассматривается, как универсальный интегрированный ответ женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии системы «мать-плацента-плод», связанное с перенесенными инфекциями, эндокринной и генетической патологией, воздействием неблагоприятных факторов среды [2,4,6].

При наступлении беременности, в течение первых 6 месяцев, после предыдущего невынашивания беременности, отмечено большое число повторных потерь беременности [2,4,6]. Возможность потери беременности после одного выкидыша составляет 13–17%, после двух – 36–38%, при привычном невынашивании – до 45% [2,4,6]. Потеря беременности — это огромный стресс для женщины, особенно при первой и/или желанной беременности, при привычном невынашивании и бесплодии [2,4,6].

Сложность решения проблемы привычного невынашивания беременности обусловлена многочисленностью причин, несовершенством методов диагностики и лечения, так как обследование и лечение в большинстве случаев приходится осуществлять во время беременности, что не позволяет выявить и устранить имеющиеся патологические состояния [2,4,6]. Следует учитывать, что повторные самопроизвольные аборты опасны поражением базального слоя эндометрия, развитием воспалительных процессов внутренних половых органов, нарушений менструального цикла и дальнейшим ухудшением репродуктивной функции женщин (Сидельникова В.М., 1999; Fedele L., Bianchi S., 1995).

У большинства женщин с потерей беременности в ранние сроки выявляются морфологические признаки хронического эндометрита (62,0%), восходящего инфекционного поражения плодного яйца (56,0%), гравидарной гипоплазии эндометрия (21,0%) [2].

После самопроизвольного аборта необходима реабилитация репродуктивного здоровья женщины, независимо от количества самопроизвольных выкидышей, с учётом всех причин и условий, способствующих реализации самопроизвольного прерывания беременности [3,5,8]. Принципы построения индивидуальной программы реабилитации состояния репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольного выкидыша, включают в себя максимально раннее; начало лечебно-восстановительных мероприятий, принцип индивидуального подхода к проведению реабилитационных мероприятий у каждой пациентки [3,5,8]. Также важным моментом является применение комплексных оздоровительных технологий, с использованием арсенала немедикаментозных средств (методы и средства физической реабилитации, фитотерапия, природные и преформированные физические факторы, здоровое питание) [3,5,8].

При применении методов и средств физической реабилитации важен принцип динамического контроля за эффективностью проводимых реабилитационно-оздоровительных мероприятий, принцип преемственной деятельности стационарного, амбулаторного и санаторно-курортного звеньев реабилитационных мероприятий, индивидуальный подход к каждой пациентке [3,5,7,8]. Учитывая тенденцию к увеличению количества случаев самопроизвольных абортов и невынашивания беременности на ранних сроках гестации, актуальным является вопрос разработки и внедрения в практику здравоохранения комплекса программ физической реабилитации,

которые будут являться логическим продолжением лечебно-профилактических мероприятий а, в ряде случаев являться альтернативой по отношению традиционных методов восстановления репродуктивной функции.

После проведенного анализа доступных источников информации, можно утверждать, что в настоящее время недостаточно разработаны способы ранней реабилитации женщин после самопроизвольного прерывания беременности, направленных на профилактику инфекционных осложнений, нарушений менструальной функции и восстановление фертильности, с применением комплекса методов и средств физической реабилитации.

Цель работы. Изучение воздействия предложенного комплекса методов и средств физической реабилитации на состояние репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольных выкидышей на ранних сроках гестации.

Задачи исследования. Выявление особенностей влияния комплексной физической реабилитации на организм пациенток, после проведенных у них реабилитационных мероприятий. Также важной задачей является разработка и внедрение в практическое здравоохранение, на амбулаторно-поликлиническом и санаторно-курортном этапах реабилитации, комплексной программы физической реабилитации женщин после самопроизвольных выкидышей, состоявшихся на ранних сроках гестации.

Объект исследования. Комплекс методов и средств физической реабилитации, предложенный к практическому применению у пациенток репродуктивного возраста после самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках гестации и эффективность его применения.

Организация исследования. Организация и проведение исследования заключалась в разработке и внедрении комплекса реабилитационных мероприятий, индивидуально направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин, после перенесенного самопроизвольного аборта. Реабилитационные мероприятия проводились на базе женской консультации и гинекологического отделения санатория.

Для проведения исследования была отобрана группа из 38 пациенток ($n=38$), с достоверно одинаковой гинекологической патологией. Группа пациенток была практически однородна по возрасту. Средний возраст пациенток в исследуемой группе достоверно не отличался между собой ($p>0,05$) и составлял $31,4\pm 2,3$ года. Была разработана комплексная программа физической реабилитации женщин, после их стационарного лечения самопроизвольного аборта на ранних сроках гестации (от 10 до 16 недель). С информированного согласия женщин и согласно этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией, нами было проведено анкетирование и обследование 38 женщин репродуктивного возраста, добровольно изъявивших желание принять

участие в исследовании по применению к ним, согласно имеющейся у них патологии, комплекса реабилитационных мероприятий.

В состав предложенной нами комплексной программы физической реабилитации, были включены такие методы и средства физической реабилитации, как вумбилдинг, ЛФК, вибрационный и гинекологический массаж, лечебная гимнастика по методике Васильевой В.Е., специальные упражнения Кегеля, фитбол, рефлексотерапия биологически-активных точек (БАТ) половой и эндокринной систем на стопах, фитбол [1,3,5,9,10].

Дополнительно, в условиях санаторно-курортного этапа реабилитации, все пациентки принимали по 15 сеансов ароматерапии с применением ароматических масел с седативным эффектом, водолечение в виде душа Шарко, циркулярного душа, хвойных ванн [3,5].

Методика исследования. Методы, которые использовались для проведения исследования, включали в себя предварительное ознакомление медицинской документацией пациенток, их осмотр, опрос, анкетирование, врачебно-педагогическое наблюдение. Все они прошли клинический и расширенный гинекологический осмотр, УЗИ. При сборе анамнеза фиксировался возраст больной, её профессия, отмечался профессиональный аспект (стаж работы, наличие у пациенток профессиональных вредностей). Соматический статус больной оценивался по анкетированию и изучению медицинской документации. Подробно изучалась менструальная и репродуктивная функция, а также гинекологическая заболеваемость. Для определения качества жизни и субъективной оценки состояния женщин, перенесших самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках гестации, было проведено их анкетирование, во время их стационарного и амбулаторного лечения и через 6 месяцев после него, на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Функция яичников изучалась по параметрам и анализированию результатов тестов функциональной диагностики БТ (базальной термометрии) [2,4,6], уровню гонадотропных гормонов переднего отдела гипофиза (ПРЛ, ФСГ, ЛГ) и стероидных гормонов яичника (эстрадиола Е2 и прогестерона) [2,4,6].

Также все пациентки прошли анкетирование и обследование у клинического психолога. Кроме этого отмечалось наличие психо-эмоциональных и физических нагрузок, вредные привычки. Эффективность реабилитационных мероприятий оценивали сразу после применения и в динамике: через 1-12 месяцев. В процессе проведения реабилитационных мероприятий все пациентки неоднократно были осмотрены врачами гинекологом, эндокринологом, физиотерапевтом. Полученные в процессе их осмотра результаты учитывались при проведении реабилитационных мероприятий. Также на всех этапах реабилитации пациенткам проводилось УЗИ, лабораторные исследования, функциональные гинекологические пробы. Также, все пациентки в процессе своей реабилитации, прошли анкетирование состояния уровня репродуктивного здоровья и

анкетирование для определения уровня тревожности (по Айзенку и Спилбергу), коррекцию психологического статуса у психолога [8].

После завершения исследования обработку полученного материала производили на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 5.0. Статистически значимыми считались результаты с $p < 0,05$.

Согласно данным анамнеза, все женщины ($n=38$) были подразделены нами на три подгруппы, в зависимости от срока беременности: I подгруппа – до 10 недель, II подгруппа – 10-12 недель гестации, третья группа – 12-16 недель гестации.

Результаты исследования. Осложнения беременности в сроки до 10 недель при исследовании свидетельствуют о том, что ведущим осложнением в основной группе была угроза прерывания беременности ($45, 71 \pm 8,42\%$), ($p < 0,05$). У пациенток чаще регистрировались признаки хронического эндометрита (52% , 17% и 31% ; $p < 0,001$), восходящее инфицирование плодного яйца (36% , 22% и 42% ; $p = 0,049$), в т.ч. с преобладанием серозно-гнойных форм (47% , 30% и 23% ; $p < 0,001$).

Также нами, пациенткам всех трёх подгрупп, в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, проходили по 15-20 сеансов гинекологического массажа по Бенедиктову И.И, в модификации Шнейдермана М.Г. (по 15-20 сеансов на курс реабилитации) [10]. Эти виды массажа использовались нами как средство, улучшающее гемодинамику, для профилактики и немедикаментозной терапии образования спаек и застойных явлений в малом тазу. [1,10]. При его проведении определялись имеющиеся индивидуальные патологические изменения (положение матки, придатков и связочного аппарата в полости малого таза, изменение их размеров, консистенции), наличие болевых ощущений, спаечных образований, инфильтратов, флюктуации [10].

В группе, у пациенток с перенесённым самопроизвольным абортom, помимо применения основных моментов гинекологического массажа, внимание уделялось дополнительному использованию массажа зоны промежности, внутренней поверхности бёдер, пояснично-крестцовой зоны, низа живота. С интервалом через день, применялся вибрационный массаж на низ живота (15-20 сеансов) [8,10]. Процедуры проводились с использованием аппаратного и ручного вибромассажа, на область низа живота, с целью усиления регионарного крово- и лимфообращения, трофики органов и тканей в области малого таза [1,10].

На амбулаторно-поликлиническом и санаторно-курортном этапе, с целью укрепления мышц тазового дна, улучшения крово- и лимфообращения, трофики органов и тканей в малом тазу, а также профилактики спайкообразования, 3-4 раза в неделю мы применяли упражнения на фитболе в зале ЛФК и лечебной гимнастики [1,8].

В группе пациенток, проходящих физическую реабилитацию после выкидыша на ранних сроках гестации, были добавлены сеансы специальных

упражнений по методике Кегеля, для укрепления мышц тазового дна, по классической методике [1,9,10]. Помимо этого, в реабилитационном комплексе, нами использовалась ЛФК по методике Васильевой В.Е., которая помогает укрепить мышцы тазового дна, пояснично-крестцовой области, промежности и живота [1]. Особенно высока эффективность применения ЛФК в начальной стадии заболевания, на амбулаторном этапе реабилитации [1,8]. Сочетание этих трёх компонентов лечения, привело к повышению тонуса влагалищных мышц, укреплению мышечного слоя брюшной стенки, пояснично-крестцового отдела и тазового дна [1,9,10].

При использовании в восстановительной терапии пациенток, после самопроизвольного прерывания беременности, мы учитывали психологический фактор, связанный с потерей беременности. В лечении мы использовали 15 сеансов ароматерапии [6,8]. Нами применялись следующие ароматические масла, которые обладают седативным, расслабляющим и адаптогенным эффектом (лаванда, апельсин, мандарин, герань, валериана, душица, шалфей мускатный, мелисса, пихта, сосна, кедр, мята [3,5,8].

Также пациентки в процессе восстановления получали водолечение с использованием душа Шарко и циркулярного душа (через день) № 10, хвойные и йодо-бромные ванны (через день) № 10 [7,8].

Из физиотерапевтического лечения нами применялись процедура с использованием аппарата «Электросон-5» (ЭС 10-05). [7]. Процедура электросна способствует нормализации высшей нервной деятельности, улучшает кровоснабжение головного мозга, оказывает седативное и усыпляющее воздействие [7].

При анкетировании через 3-6 месяцев после самопроизвольного прерывания беременности, 63,2% пациенток исследуемой группы, физическая реабилитация которых включала ЛФК в виде комплекса специальных упражнений, укрепляющих мышцы живота и тазового дна (по методике Васильевой В.Е.) [1] отмечали нормализацию менструальной функции. Для активизации менструальной и эндокринной функций яичников мы применяли, как альтернативный медикаментозному лечению, метод рефлексотерапии стоп, с воздействием на БАТ, отвечающих за репродуктивную функцию [5,8]. При оценке функции яичников в послеоперационном периоде с помощью измерения базальной температуры в исследуемой группе, в первые 2-3 месяца, овуляторные циклы восстановились у 12 женщин (31,6%), на 3-4 месяце после реабилитации овуляции определялись ещё у 15 женщин (39,5%), на 5-6 месяце ещё у 6 женщин (15,8%). Овуляторные менструальные циклы, с использованием термографического метода определения значений БТ (базальной температуры), через 6 месяцев не зафиксированы у 3 (7,89%) женщин в группе.

В последующие 6 месяцев после потери беременности у 14 (36,8%) пациенток исследуемой группы, после применения предложенного комплекса физической реабилитации, наступила беременность. У 12 (31,6%)

пациенток была зафиксирована прогрессирующая беременность, у 2 (5,26%) женщин произошел самопроизвольный выкидыш на 6-8 неделе их беременностей. Так, после применения предложенного нами реабилитационного восстановительного лечения, через 9-12 месяцев, у 41,67% женщин исследуемой группы репродуктивная функция была восстановлена, 18 (47,4%) женщин группы в дальнейшем забеременели и родили.

Индивидуальный мониторинг качества жизни проводился нами до начала лечения, в процессе лечения, а также на этапах ранней и поздней реабилитации с использованием анкеты-опросника «Качества жизни женщин», с оценкой 5 параметров (физическое и психическое состояние, социальное и ролевое функционирование, общее субъективное восприятие состояния своего здоровья). Оценка качества жизни пациенток, позволяла нам осуществлять постоянное наблюдение за ходом реабилитации и, при необходимости, проводить её коррекцию [5,8].

В периоде реабилитации, после перенесенного восстановительного лечения у 65,0% женщин имеет место благоприятная психологическая адаптация, у 35,0% – патологическая психологическая адаптация. Применение психологической поддержки женщин в периоде реабилитации способствовало более быстрой нормализации менструальной (53,8%) и фертильной (30,8%) функции пациенток.

Выводы.

1. Разработанный комплекс физической реабилитации, являясь методически простым и не требующим больших материальных затрат, может быть активно использован в широкой сети лечебно-профилактических учреждений, как стационарно (в гинекологических отделениях), так и амбулаторно – в женской консультации, на ФАПе.

2. Включение в практику восстановительного лечения у гинекологических пациенток предложенного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, на амбулаторном и санаторно-курортном этапах, может значительно уменьшить частоту и риск рецидивов самопроизвольного прерывания беременности у пациенток репродуктивного возраста.

3. Применение методов и средств физической реабилитации позволяет утверждать, что в большинстве случаев комплексная физическая реабилитация является адекватным индивидуальным альтернативным методом восстановления репродуктивной (менструальной, эндокринной) функции у пациенток, после перенесённого самопроизвольного прерывания беременности.

Список использованной литературы

1. Васильева В.Е. Лечебная физкультура при гинекологических заболеваниях. – М.: Медицина. – 2007. – 48 с.

2. Воропаева Е. Е. Самопроизвольный аборт: патоморфоз, этиология, патогенез, клинко-морфологическая характеристика. реабилитация.

Автореф. дис. доктора медицинских наук / Екатерина Евгеньевна Воропаева. – Челябинск. – 2011. – 23 с.

3. Доброхотова Ю.Э. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе /Ю.Э. Доброхотова, Т.А. Чернышенко, А.А. Аушева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – Т. LV, вып. 1. – С. 91–94.

4. Катасонова З.А. Социально-биологические факторы спонтанного аборта / Т.А. Катасонова, Л.И. Осташкова и др. // Актуальные проблемы современного практического здравоохранения: сб.науч.трудов посвящ. XVII Межрегиональной научно-практической конференций памяти академика Н.Н. Бурденко. – Пенза. – 2010. – С. 150–151.

5. Коробкова Е.С. Реабилитация репродуктивной функции с коррекцией адаптивных программ у женщин, перенесших неразвивающуюся беременность: Дисс... канд. мед. наук. – Рязань. – 2002. – 132 с.

6. Особенности репродуктивной функции у женщин, перенесших неразвивающуюся беременность / Т.А. Меньшенина // Юбилейный сборник МБУ ЦГКБ №24. – Екатеринбург. – 2012. – С. 27–29.

7. Пономаренко Г.Н. Физиотерапия в репродуктивной гинекологии / Г.Н. Пономаренко Е.С. Силантьева, Е.Ф. Кондрина / ред. Э.К. Айламазян, В.Н. Серов. – СПб.: ИИЦВМА. – 2008. – 192 с.

8. Шатунова Е. П., Калиматова Д. М. Комплексный подход к реабилитации пациенток после прерывания беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – №6. – С. 95–98.

9. Шнейдерман М.Г. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. – М.: РИТМ. – 2011. – 89 с.

10. Perry J.D., Hullet L.T. The role of home trainers in Kegel's Exercise Program for the treatment of incontinence. Wound Management, 1990; 30: 51.

В.І. Пономаренко

доктор медичних наук,
професор, Заслужений лікар
України, начальник відділу
охорони здоров'я
виконкому Бердянської
міської ради

К.М. Милиця

кандидат медичних наук,
асистент кафедри хірургії та
проктології ДЗ «ЗМАПО»
МОЗ України

УДОСКОНАЛЕННЯ СКЛАДОВОЇ ОЗДОРОВЧОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Актуальність теми. Організація відпочинку в рекреаціях України

потребує аналітичної систематизації закладів відпочинку та методик оздоровлення, наукового пошуку і удосконалення комплексного підходу та критеріїв ефективності з наступним впровадженням інноваційних технологій.

Концепція державної цільової програми «Медична реабілітація на 2011 – 2015 роки» передбачає комплекс ефективного застосування методик рекреаційного оздоровлення науково-обґрунтованого потенціалу пацієнта, як основи для формування індивідуальної реабілітаційної програми (фізичної, психологічної, фізіологічної, курортної, соціальної та ін.).

Відпочинок та оздоровлення в рекреації, які в основному базуються на застосуванні природних лікувальних факторів, харчування розглядається як особисто важлива складова, яка може виконувати роль не пасивного джерела підтримки життєводіяльності організму, а активно сприяти естетичній насолоді та санаторно-курортному лікуванню.

Харчування є ведучим фактором в збереженні здоров'я людини. Підраховано, що при ліквідації хвороб серцево-судинної системи збільшується тривалість життя на 10 – 12 років, онкологічних захворювань на 7 – 12 років та адекватне харчування збільшить її на 50 – 79 років.

Результати дослідження. Нами проведено дослідження стану харчування мешканців південно-сходу України та відмічено, що загальною причиною захворювання є зайва вага у жінок на 25%, у чоловіків на 15% від норми.

Дослідженням відмічається, що можливості достатнього харчування українців не обмежені, тільки 6% населення від 18 до 50 років економлять на харчуванні. Рейтинг України (44 місто з 56 країн) по якості харчування підтверджує відносно благополучний індекс впевненості у їжі (фізична, соціальна та економічна доступність, витрати сім'ї по відношенню до інших витрат).

Однак існують негативні зміни структури споживання продуктів харчування: збільшення до 176% добового споживання рослинного масла, картоплі до 148%, хліба та хлібобулочних продуктів до 123%, цукру до 130,5%, зменшення споживання м'яса на 37%, молока на 34%, риби на 80%.

Збільшення потреби білків рослинного походження приводить до захворювання остеопорозом, жирового компоненту на 40 – 60% збільшенню холестерину в 2,5 рази до зростання серцево-судинних захворювань, а дефіцит вітамінів антиоксидантного ряду А, Е, С, фолієвої кислоти приводить до значного зросту інших захворювань неінфекційного походження.

Окрім наукового підходу в організації харчування важливим є соціальний аспект. По інформації Міністерства соціальної політики України споживчий кошик не переглядався 13 років, а по даним ООН за межею бідності живуть 3 із 4 українців.

На теперішній час відсутні публікації про організацію досліджень стану харчування населення в Україні в зв'язку з ринковими змінами структури зайнятості.

Тому, дуже актуальним є дослідження харчування в купі з фізичним навантаженням в курортному регіоні для порівняння отриманих даних відповідно до вимог раціонального харчування.

Базовою задачею оптимального харчування туристів в рекреації є його якість, різноманітність, відповідність фізіологічним потребам з урахуванням стану та алгоритму організму, забезпечення збалансованого надходження поживних речовин у відповідності з його енерговитратами при відпочинку та оздоровленні, досягнення здоров'я, збереження адекватної життєдіяльності.

В цілому, при оздоровленні природними лікувальними факторами, важливим є підхід з урахуванням дієтотерапії, яка орієнтується на стан відпочиваючого в даний момент, його звичок, низький рівень знань про принципи раціонального харчування.

Протягом двадцяти років нами проводиться науково-практичний моніторинг та системний аналіз харчування у рекреаціях Запорізької області, його зв'язок зі здоров'ям на популяційному та індивідуальному рівні, розробка методик з успішним впровадженням їх у практику, що підтверджується високою динамікою оздоровлення та відсутністю скарг.

У зв'язку з цим удосконалюються вимоги рекреаційного харчування, які базуються на клінічних, імунологічних, біохімічних, фізіологічних аспектах проблеми, контрольно-нормативних, згідно з номенклатурою нутрієнтів і фінансово-технічних можливостей установи відпочинку.

Головним напрямком роботи з'явилися оброблені і перераховані норми харчування на підставі енерговитрат з урахуванням дії курортних факторів в оздоровчих закладах відпочинку, при зміні асортименту продуктів харчування, способу їх зберігання і приготування, антропометричних змін туристичного контингенту.

В цілому, проведеними роботами (235 друкованих робіт і 18 монографій) вирішені питання, пов'язані з науковими передумовами створення алгоритмів оздоровчого та реабілітаційного харчування, єдиної базисної уніфікованої структури меню, яке включає його кінцеву ланку - середньодобовий продуктовий набір, зразкові семиденні меню і механізми корекції його хімічного складу, застосування спеціальних функціональних харчових продуктів або біологічно активних добавок, які забезпечують потенціювання лікувально-профілактичних особливостей ортодоксальних аліментарних заходів.

Підсумком багаторічної дослідницької роботи став випуск методичного посібника "Орієнтовні стандарти організації харчування в санаторно-курортних закладах", погодженого Міністерством охорони здоров'я України і спрямованого в усі санаторно-курортні рекреації для практичного використання.

Складені технологічні карти з хімічним складом по кожному продукту окремо і в цілому по стравам, що відображено в меню-замовлення з урахуванням витрат на кулінарну обробку.

На кожне блюдо є дані по енергоцінності, технології приготування, характеристики приготованого блюда. Уніфіковані рецептури згідно з закладкою продуктів і виходом їжі, диференційовані по нутрієнтам, що дає можливість включити одне і те ж блюдо в різні дієтичні раціони.

На нові види сировини і продуктів харчування норми закладки страви встановлювалися шляхом контрольних проробок кожної партії сировини, яка приходила. У відокремлених випадках допускалися збільшення або зменшення компонентів.

При видачі кулінарних мучних виробів, готових страв допускаються відхилення від зазначених в стандарті норм у межах $\pm 3\%$.

На підставі правової, нормативно-технологічної документації розроблені функції персоналу згідно з оптимізованим штатним розкладом.

Запропонований стандарт за структурою містить розділи безпосередніх функцій персоналу з організації харчування в закладі відпочинку, картотеки приготування страв, опосередкованих рекомендацій з методології вивчення та організації харчування на базі багаторічної плідної роботи з оздоровлення природними лікувальними і преформованими факторами спільно з правильно організованим харчуванням.

Висновки. Вперше у курортній системі України нами сформульована концепція харчування на підставі висновків про перебування відпочиваючих у рекреації в стані підвищеної рухової активності та реабілітації природними лікувальними і преформованими факторами, отримати послідовні результати динаміки оздоровлення та покращити організацію харчування.

Було враховано за результатами вивчення мотивації і самооцінки організації харчування відпочиваючих в домашніх умовах, що переважна кількість серед них харчуються без оцінки адекватності енергоцінності та аналізу складу продуктів, що вживаються.

Вивчено соматотропічні показники сучасних відпочиваючих, що дуже значно при розрахунку ідеальної маси тіла і споживання нутрієнтів на кілограм ваги, згідно рекомендацій запропоновано розподіл за віковими показниками і типами конституції.

Завдяки побудованій та збереженій системи харчування на протязі багатьох років, в ринкових умовах залишається постійною структура собівартості обслуговування, де харчування займає одне з головних місць, як у фінансуванні послуги, так і динаміки оздоровлення курортними факторами.

Ефективність оздоровлення дієтотерапією у комплексі послуги значна, особливо органів травлення, що підтверджує її необхідність рекомендувати всім категоріям туристів.

Значною віхою для системного вивчення харчування окремих

контингентів на етапі відпочинку та оздоровлення стала запропонована нами парадигма гігієнічних основ харчування, коефіцієнти підрахунку адекватно-профілактичних рівнів споживання продуктових складових і біологічно активних добавок, показники розрахованих енерговитрат і середньозважені дані добового бюджету часу з чотирьох режимів оздоровлення.

В ході досліджень харчового статусу встановлено, що напружений стан білкового обміну, наявність гіполіпопротеїнемії, полігіповітоміноз в поєднанні з полігіпомікроелементозом.

Аналіз закономірностей фактичного харчування показав, що їх енергоцінність становить 4023 Ккал, що перевищує рекомендовані значення в 1,6 рази, білків в 1,5 рази вище норми, жирів в 2,3 рази, вуглеводів - 1,2 рази. Перевищує вміст білка тваринного походження з дефіцитом ПНЖК w3, w6 при надлишку (у 5 - 9 разів) цукру (60%) холестерину, недолік (14...80%) практично всіх вітамінів, а також цинку і йоду.

За результатами проведеного оздоровлення з підвищеною масою тіла визначаються зміни вмісту ліпідів крові (холестерину - 20%, тригліциридів - у 54%, глюкози крові - у 16%). Загальна антиоксидантна активність знижена у 45,4% відпочиваючих.

Однак після оздоровлення нормалізуються альбуміни, глобуліни, концентрація в крові ХС ЛПВП, аскорбінової кислоти, тіаміну, рибофлавіну і пиридоксальфосфату, рівень вітаміну А1, каротиноїдів, вітаміну Е, вітаміну В12, Fe і пов'язаного з білками йоду.

Список використаної літератури

1. Глобальна стратегія ВОЗ в області раціону харчування, фізичної активності і здоров'я. Затверджена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я, резолюція 37, 17 від 22.05.2004р.

2. Менеджмент закладів оздоровлення та відпочинку в рекреації // Навчально-методичний посібник для студентів і фахівців. За ред. Пономаренко В.І. – К.: «Денеб», 2005 – 416с.

3. Методичні рекомендації для лікарів загальної практики сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 16 від 14.01.2013р.

4. Особливості харчування в санаторно-курортних закладах. // Основи курортології: Посібник для студентів та лікарів. За ред. Лободи М.В., Колесника Е.О. – К.: Видавець Купріянова О.О., 2003 – 98 – 116с.

5. Рекомендації щодо організації дієтичного харчування в санаторно-курортних закладах: Відомча інструкція // Карпенко П.О., Фісенко Л.І., Коломієць О.А., Пономаренко В.І. – Київ, 2001 – 16с

В.І. Пономаренко

доктор медичних наук,
професор, Заслужений лікар
України, начальник відділу
охорони здоров'я
виконкому Бердянської
міської ради

К.М. Милиця

кандидат медичних наук,
асистент кафедри хірургії та
проктології ДЗ «ЗМАПО»
МОЗ України

АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІЄТИЧНИМ ХАРЧУВАННЯМ ТА ХІРУРГІЧНИМ ЛІКУВАННЯМ ПРИ НЕРАЦІОНАЛЬНОМУ ХАРЧУВАННІ

Актуальність теми. Доведено, що природні лікувально-мінеральні фактори курорту «Бердянськ» мають антиоксидантну дію, а у поєднанні з відкоригованою дієтотерапією досягається нормалізація показників глюкози крові, позитивна динаміка усіх фракцій ліпідів, особливо значимим є зменшення триглицеридів, зниження загальної оксидантної та підвищення загальної антиоксидантної активності плазми крові.

Отримані показники дають можливість вивчати фізіологічні функції, метаболічні процеси не тільки у загальному, а також і в системному організмі та найбільш точно оцінювати його стан, резервні можливості, вибрати направлення та об'єм координуючих заходів.

Результати дослідження. Відмінною особливістю розроблених нами дієт, середньодобового набору продуктів та примірних семиденних меню для відпочиваючих по профілю оздоровлення є розрізнення пов'язані патогенезом захворювання та енергетичних трат при лікуванні істинними та преформованими курортними факторами.

Рецептура уніфікована по закладці продуктів та виходу блюд, диференційована за змістом нутриєнтів, що дозволяє включити їх до різних дієтологічних раціонів.

Перш за все, диференційовано допрацьовано загальні принципи побудови дієти для здорової людини в залежності від результатів аналізу стану харчування людини, полу, віку, антропометричних даних, показників загального обміну, характеру виробничої діяльності.

Безумовно, раціон повинен бути з фізіологічним змістом білків, жирів та вуглеводів, збагачений вітамінами, мікроелементами, мінеральними речовинами, рослинною клітковиною.

Вважається оптимальним співвідношенням харчових речовин, коли 14% калорійності раціону компенсовано білками, 30% - жирами, 56% - вуглеводами.

До раціону необхідно включати продукти, які мають харчові рослинні волокна, вітаміни, мікроелементи та інші біологічно активні речовини, такі як: сири, фрукти, ягоди, овочі, зелень, зернові (особливо пшеничні висівки) та інші.

Питний режим складає 1,5 – 2 літри води на добу.

Рекомендовано 4-х разове харчування. При 5 – 6 разовому – невеликі перекуси із фруктів, овочів, некалорійних продуктів.

Енергоцінність раціону 2300 – 2600 Ккал з розподілом по режиму прийому їжі: сніданок – 30%, обід – 40%, вечеря – 20-25%, на ніч – 5-10% (молочно-кислі продукти).

Бажано розподілити співвідношення змісту продуктів в раціоні наступним чином, злаки та вироби – 40%, овочі та фрукти – 35%, молоко та молочні продукти, м'ясо, риба, морепродукти – 20%, жири та цукор, які швидко засвоюються – 5%.

Рекомендовано обмеження солоних закусок, жирів та смажених блюд, комбінованих жирів промислового виробництва (комбіжир, маргарин, масла), алкоголь, газовані напої, здоба, кондитерські вироби, різні солодощі і блюда з вмістом цукру.

Тільки в загальній дієті допускається приготування на грилі або живому вогнищі, смажені блюда (ковбаси, сосиски, сардельки) в обмеженій кількості.

Також можна вживати із субпродуктів (язик, печінка). Рідше блюда з помірно жирних сортів риби (горбуша, кета, тунець, окунь морський), інші морепродукти, які мають харчову та лікувально-профілактичну цінність, але необхідно враховувати кількість сої та консервантів.

Рекомендації при захворюванні опорно-рухового апарату

1. Захворювання опорно-рухового апарату за етіологією можна розділити на три групи: дегенеративно-дистрофічні, запальні, посттравматичні.

При остеоартрозі відбувається порушення метаболічної функції хондроцитів, зниження резистентності хондроцитів до впливання ферментів, які визивають дегенерацію суглобового хряща, а також появленню реактивного синовіту. Разом з тим, при травмі відмічаються процеси регенерації кісткової тканини.

Лікувальне дієтичне харчування повинно сприяти прискоренню процесів заживлення, зросту кісткової тканини та відновленню функцій.

Дієта передбачає збільшену норму білка, кальцію, фосфору та обмеження повареної солі до 7 грамів на добу.

Білок 130 – 140 гр. > Са, Р < солі до 7 гр.	Джерело
	М'ясо
	Риба
	Молочні продукти

Рекомендації при захворюванні серцево-судинної патології

2. При захворюваннях серцево-судинної системи патоморфологічної особливості ішемічної хвороби серця та периферичних судин є атеросклероз, який починає формування з дитячого віку і клінічно проявляється до середини дорослого життя.

Основою патогенезу атеросклерозу являються положення (тромбогенної теорії» і теорії розвитку запального процесу з наступною жирової та белкової дегенерації артеріальної стінки. Важно при цьому дотримуватися головного принципу дієтотерапії по корекції обмінних порушень (перш за все), коагуляційних особливостей крові, створення умов для репаративного процесу в міокарді. Оновлення функціональної здатності серцевого м'язу, метаболізму стінок суглобів, а також нормалізації моторної функції кишечника.

< жирів < вуглеводів > білків	позитивний настрій режим харчування продукти збагачені клітковиною
---	---

Рекомендації при захворюванні органів травлення

3. В патогенезі більшості захворювань органів травлення базовими є порушення секреторної, видільної, рухової функції гепатобіліарної, шлунково-дуоденальної системи, підшлункової залози, кишечника, розвиток запальних, структурних, імунних та трофічних порушень центральної, вегетативної нервової та ендокринної системи і пригнічення неспецифічної резистентності організму, розлад функції головних травних залоз.

Лікувальне харчування діє як місцево, так і опосередковано.

< твердої їжі < об'єму їжі	принцип щадіння з поступальної навантаженням оптимізуючий зигзаг для компенсаторних механізмів
---	---

Рекомендації при захворюванні нервової системи

4. В основі патогенезу больового синдрому при багатьох захворюваннях нервової системи наявна провокація больових рецепторів різними факторами, а також порушення васкуляризації нервових закінчень, внаслідок розвитку м'язового спазму, атеросклерозу судин. При деяких станах може виникнути «дієтична депресія», яка потребує особливої організації харчування з диференціацією факторів виникнення (первинно або вдруге). В таких випадках абсолютно обґрунтовано вплив за допомогою лікувального харчування не тільки на вражений орган, а в першу чергу на вищі відділи нервової регуляції.

< жирів < вуглеводів > білків	позитивний настрій режим харчування продукти збагачені клітковиною
---	---

Рекомендації при захворюванні органів дихання

5. Загальним в патогенезі розвиток захворювання органів дихання є запалення, враження бронхів, виділення секрету, бронхоспазму, порушення функцій легенів.

> білків > вітамінів < рідина	різного спектру анти антиоксидантів прийом їжі маленькими порціями стимуляція апетиту
---	--

Збалансоване по нутрієнтам харчування дозволяє підтримувати необхідну масу тіла.

Підвищення енергоцінності необхідно для усунення м'язового дефіциту і кисневого голодування.

Рекомендації при онкологічній патології

6. Організація лікувального харчування хворим з онкопатологією в санаторно-курортній реабілітації є одним з нових напрямлень. При цьому раціональна дієтотерапія та дієто профілактика здатна впливати на зворотній розвиток патологічного процесу і значно покращити якість життя. В раціон додаються продукти харчування, які гальмують зростання пухлини та перешкоджають надходженню канцерогенів.

< червоного м'яса < холестерина < цукру	> білків > вітамінів < рідина
---	---

Існує синдром поліморбідності із спільною патогенетичною основою клінічних проявів або захворювань, що характеризуються інсулінорезистентністю (ІР), артеріальною гіпертензією (АГ), збільшенням маси вісцерального жиру. Кожен з цих факторів, як у сукупності, так і поодиноці, збільшують ризик розвитку серцево-судинних захворювань та діабету. Тобто це комплекс взаємнообтяжуючих факторів, які реалізуються у специфічну клінічну картину, значно скорочують тривалість життя та його якість.

Так, за даними ВООЗ, число хворих з інсулінорезистентним синдромом в Європі коливається в межах 40 – 60 мільйонів чоловік. У індустріальних країнах поширеність метаболічного синдрому серед осіб старше 30 років складає 10 – 20%. Проте найбільш сумним є факт стійкого зростання МС серед осіб молодого віку і дітей.

Враховуючи поширеність МС та його негативні наслідки у вигляді розвитку атеросклерозу, діабета, інфаркта міокарда, інсультів, які довготривало посідають перше місце у структурі захворюваності, що не тільки порушує якість життя, збільшує витрати на лікування як у індивідуумів так і в суспільстві в цілому, веде до інвалідизації та смертності, багато вчених вважають за необхідне визнати захворюваність МС

епідемією, з усіма витікаючи ми з цього наслідками, у вигляді розробки багатoproфільних заходів профілактики, лікування, реабілітації.

Існуючі методи лікування, такі як модифікація способу життя та харчових звичок, фармакотерапія, не вирішують проблеми, не дають стійких та комплаєнтних для пацієнта результатів. Тому розвиток багаторічної хірургії протягом останніх років прийняв повсюдний характер та темпи його продовжують збільшуватися, адже визнано, що хірургічне лікування для досягнення довгострокових результатів лікування є найбільш ефективним методом. Безумовно, хірургічні втручання здійснюють тільки при неефективності інших методів лікування, але обійтись без них на даний час неможливо.

Тому актуальним є поліпшення результатів оперативного лікування хворих з метаболічним синдромом та ожирінням шляхом розробки диференційованого алгоритму вибору методу хірургічного втручання.

Існує певний алгоритм загального методу хірургічного втручання при метаболічному синдромі:

1. Вивчити наявність основних компонентів метаболічного синдрому у хворих на хірургічну патологію з ожирінням.

2. Виявити кореляцію антропометричних показників (вираженість надлишкової маси тіла, специфіку її локалізації) з метаболічними змінами в організмі (порушеннями ліпідного і вуглеводного обміну).

3. Визначити морфологічну структуру великого сальника, його ендокринну функцію.

4. Вивчити метаболічний ефект оментоктомії при метаболічному синдромі.

5. Оцінити ефективність операції лапароскопічної гастроплікації у корекції метаболічних порушень.

6. Дати оцінку можливості і ефективності використання симультанної гастроплікації в профілактиці і лікуванні поліморбідності у пацієнтів з метаболічними змінами.

7. Розробити алгоритм післяопераційної реабілітації у пацієнтів з метаболічним синдромом і ожирінням.

8. Оцінити ефективність різних видів оперативних втручань в лікуванні метаболічного синдрому.

Висновки:

1. Робота, яку ми проводимо по оптимізації організації харчування на основі енерговитрат дозволяє отримати відповідь по нутриєнтному складу та продуктовому наборі раціону харчування при прийомі різних процедур.

2. Напрацьований досвід організації харчування дозволяє рекомендувати наші стандарти лікування санаторно-курортної дієтотерапії повсюдно, як базові.

3. Подовжити поглиблене вивчення харчового статусу населення в т.ч. на лікуванні, оздоровленні, зайнятих в різних сферах діяльності та усіх

видах туристичного відпочинку. При цьому необхідно звернути істотно увагу на питний режим, кількість солі та прянощів, відсутність алкоголю.

4. Режим харчування, алгоритм складання блюд, професійна медична пропаганда здорового харчування виключає загострення хронічних захворювань під час відпочинку та лікування, послужить школою гігієнічних навиків здорового образу життя.

5. Проведені дослідження щодо метаболічного ефекту оментектомії та лапароскопічної гастроплікації дадуть можливість оцінити доцільність проведення симультанних операцій для корекції метаболічних порушень.

6. Розробка диференційованого алгоритму вибору методів хірургічного втручання та післяопераційної реабілітації у пацієнтів з метаболічним синдромом і ожирінням дозволять поліпшити якість лікування хворих з МС та ожирінням, підвищити комплаєнтність лікування та зменшити кількість ускладнень та неефективних результатів.

Список використаної літератури

1. Актуальні проблеми санаторно-курортної дієтотерапії: Збірник наукових праць / за ред.. В.В. Ванханена, В.І. Пономаренка, В.В. Абрамова - Запоріжжя: видавець, 1997 – 129с.

2. Біологічно активні добавки в санаторно-курортній терапії хворих ішемічною хворобою серця. / Пономаренко В.І., Дзяк Г.В., Абрамов В.В., Ванханен В.В. – Київ: Тамед, 1998 – 160с.

3. Дієтотерапія на курорті Бердянськ // Посібник за ред.. В.І. Пономаренка – К.: Денеб, 2012. 432с.

4. Орієнтовані стандарти в організації харчування у санаторно-курортних закладах. / Посібник за ред.. Пономаренка В.І. – К.: Денеб, 2010 – 544с.

5. Основні гігієнічні вимоги до побудови харчового раціону людини // Ванханен В.В., Ципріян В.І. – Гігієна харчування з основами нутриціології. Навчальний посібник. – К: Здоров'я, 1999.- 568с.

6. Санітарно-гігієнічні вимоги та контроль за організацією харчування постінфарктних хворих у сучасних спеціалізованих санаторно-курортних закладах (відділеннях) / Ванханен В.В., Пономаренко В.І., Полянчиков В.А. та др.. Методичні рекомендації – Дніпропетровськ – Бердянськ, 1996 – 30с.

Т.Г. Шаповалова

кандидат педагогічних

наук. доцент

(Бердянський державний

педагогічний університет)

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Актуальність теми. Виховання здорової дитини, охорона її здоров'я – основні проблеми всіх часів. Одне з головних завдань сучасного

суспільства – створення такої освітньої системи, яка б не тільки виховувала освічену культурну людину, але й зберігала б та розвивала її здоров'я.

Становлення еколого-валеологічної основи створення здоров'язбережувального освітнього середовища висвітлені в наукових працях Л. Архипової, Л. Білик, Ю. Бойчук, О. Бондаренко. Вчені В. Бобрицька, Д. Воронін, О. Жорнова, І. Конельська, В. Нестеренко розглядають валеологічну (здоров'язбережувальну) компетентність як складову загальної професійної компетентності майбутнього фахівця.

Ю. Бойчук зауважує, що сучасна педагогіка має бути націлена на використання виховного принципу у вигляді вироблення цільової мотивації такої «неруйнівної поведінки», яка б дозволяла зберегти цілісність людини, природного і суспільного устрою при максимальному розкритті властивостей особистості [4, с. 29].

О. Бондаренко розглядає здоров'язбережувальну (валеологічну) компетентність як інтегральне утворення особистості, що є частиною професійної компетентності фахівця, яка формується на основі позитивного ставлення особистості до ведення здорового способу життя [5, с. 35].

Група дослідників (С. Балаханова, Т. Латишева, Г. Манжелєєв, Б. Попов, М. Тарапата) констатують, що екологічна і валеологічна компетентність формуються на основі стійкого професійного самовизначення, мотивації навчання, прагнення належати до групи професіоналів [9].

Аналіз психолого-педагогічної та спеціальної літератури щодо проблеми подолання наслідків навчальних факторів ризику підтверджує відсутність у навчальних закладах комплексу практичних заходів для збереження та зміцнення здоров'я дітей, недостатню підготовку педагогів для розв'язання зазначеної проблеми. Як зазначає Т. Крєкотіна, ризик виникає і як результат неадекватної оцінки педагогом власних професійних можливостей, а також використання технологій, що погіршують стан здоров'я школярів [8, с. 310 – 316].

Як уважає Т. Резер, численні інновації (завдяки правильному вибору стратегій навчання та виховання, відбору навчальних програм, індивідуальному стилю професійної діяльності) сприяють запобіганню негативного впливу на стан здоров'я дітей [13, с. 219].

Сучасна освіта характеризується широким впровадженням технологічного підходу. Поняття «технологія» в педагогіку прийшло з виробництва, де визначається як сукупність різних елементів, зокрема прийомів, операцій, дій, процесів та їхню послідовність.

За визначенням В. Серикова, технології влюбій сфері – це діяльність, яка в максимальній мірі відображає об'єктивні закони даної предметної сфери, побудована у відповідності з логікою розвитку цієї сфери і тому забезпечує найбільшу відповідність результату діяльності поставленим цілям [14].

У кінці 70-их років минулого століття збільшується увага до

педагогічної технології і на Україні. У науковій літературі зустрічається понад 300 тлумачень цього поняття. Їх об'єднує те, що всі автори єдині у визначенні мети педагогічної технології: – це підвищення ефективності навчально-виховного процесу і гарантування досягнення учнями запланованих результатів навчання.

За визначенням ЮНЕСКО, педагогічна технологія – це системний метод створення, застосування і визначення всього процесу викладання і засвоєння знань із урахуванням технічних і людських ресурсів та їх взаємодії, якою є оптимізація форм освіти.

Мета роботи. Розглянути та проаналізувати формування здоров'язбережувальної компетентності через здоров'язбережувальні освітні технології.

Результати дослідження. Особливості впровадження здоров'язбережувальних технологій у шкільні навчальні дисципліни розглядає Л. Горяна [6, с. 7]. Вона вважає, що в традиціях вітчизняної педагогіки повинен лежати здоровий спосіб життя. Турбота про здоров'я дітей завжди була в центрі уваги дослідників. У працях П. Блонського, В. Кащенко, П. Лесгафта, В. Сухомлинського, К. Ушинського охарактеризована роль школи у створенні умов для виховання в дитині бадьорості духу та формування здорового способу життя.

Проблему здоров'язбереження через освітні технології досить детально вивчали російські вчені М. Смирнов, О. Петров, В. Сериков, В. Сонькін та ін.

Здоров'яформуючі освітні технології, за визначенням М. Смирнова [16], – це всі ті психолого-педагогічні технології, програми, методи, які направлені на виховання в учнів культури здоров'я, особистісних якостей, які сприяють збереженню, зміцненню, формуванню уявлення здоров'я як цінності, мотивацію на ведення здорового способу життя. Розроблена М. Смирновим класифікація здоров'язбережувальних технологій представлена на рис. 1.

Здоров'язбережувальна технологія, на думку В. Сонькіна [17], – це:

- умови навчання дитини у школі (відсутність стресу, адекватність вимог, адекватність методик навчання та виховання);
- раціональна організація навчального процесу (у відповідності з віковими, статевими, індивідуальними особливостями та гігієнічними вимогами);
- відповідність навчального та фізичного навантаження віковим можливостям дитини;
- необхідний, достатньо і раціонально організований руховий режим.

Під здоров'язбережувальною освітньою технологією О. Петров [12] розуміє систему, яка створює максимально можливі умови для збереження, зміцнення і розвитку духовного, емоціонального, інтелектуального, особистісного та фізичного здоров'я всіх суб'єктів навчання (учнів, педагогів та ін.). У цю систему входить:

- використання даних моніторингу стану здоров'я учнів, який проводиться медичними працівниками, та особистісними спостереженнями у процесі реалізації освітньої технології, її корекції у відповідності з наявними даними;
- облік особливостей вікового розвитку учнів і розробка освітньої стратегії, яка б відповідала особливостям пам'яті, мисленню, працездатності, активності учнів певної вікової групи;
- створення сприятливого емоціонально-психологічного клімату в процесі реалізації технології;
- використання різноманітних видів здоров'язбережувальної діяльності учнів, які направлені на збереження та підвищення резервів здоров'я та працездатності.

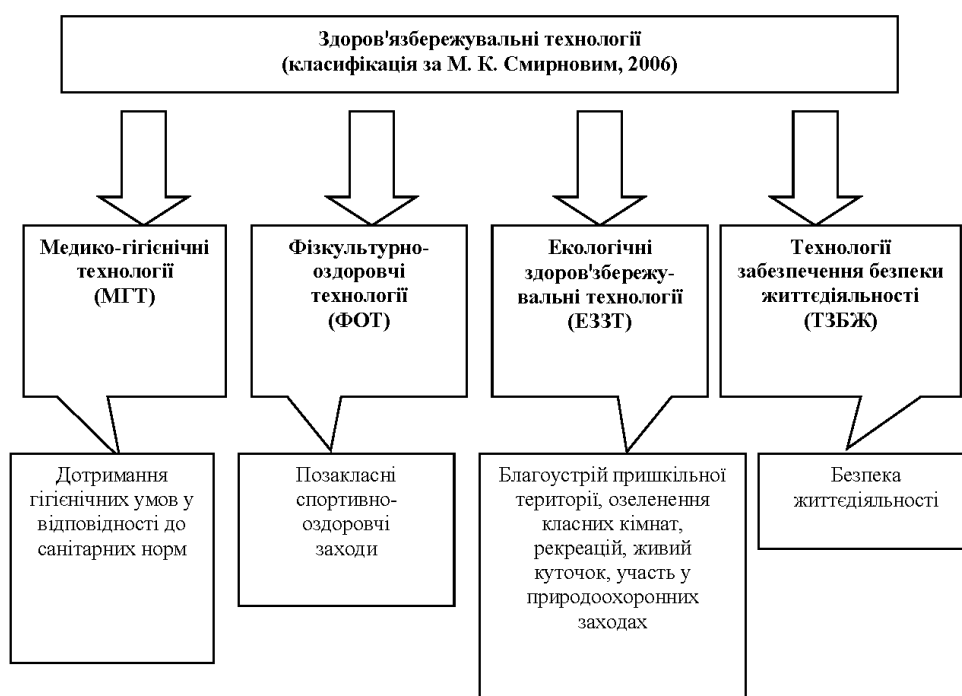


Рис. 1. Класифікація здоров'язбережувальних технологій (за М. Смирновим)

Здоров'язбережувальні педагогічні технології, за В. Сериковим [14], повинні забезпечувати розвиток природних здібностей дитини: його розуму, моральних та естетичних почуттів, потребу в діяльності, оволодінні першочерговим досвідом спілкування з людьми, природою, мистецтвом.

Як було з'ясовано Н. Недоспасовою [11], основними компонентами здоров'язбережувальної технології виступають: аксіологічний, гносеологічний, здоров'язбережувальний, емоційно-вольовий, екологічний, фізкультурно-оздоровчий.

Здоров'язбережувальна технологія виконує ряд функцій: формуючу, інформативно-комунікативну, діагностичну, адаптивну, рефлексивну, інтегративну.

Учені виділяють такі типи технологій здоров'язбереження:

- здоров'язбережувальні (профілактичні щеплення, забезпечення рухової активності, вітамінізація, організація здорового харчування);
- оздоровчі (фізична підготовка, фізіотерапія, аромотерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, арт-терапія);
- технології навчання здоров'ю (включення відповідних тем до предметів загальноосвітнього циклу);
- виховання культури здоров'я (факультативні заняття пов'язані з розвитком особистості учня, позакласні та позашкільні заходи, фестивалі, конкурси тощо).

Під здоров'язбережувальними технологіями вчені розуміють:

- сприятливі умови навчання дитини в школі (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання);
- оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм);
- повноцінний та раціонально організований руховий режим.

Т. Бойченко відмічає, що сутність здоров'язбережувальних технологій полягає в проведенні відповідних коригуючих, психолого-педагогічних, реабілітаційних заходів з метою поліпшення якості життя особистості: формування більш високого рівня її здоров'я, навичок здорового способу життя, забезпечення професійної діяльності та її мінімальної фізіологічної «вартості» [3, с. 2].

На думку Н. Белікової, здоров'язбережувальні технології – це систематичне і послідовне втілення в практику форм, методів та заходів заздалегідь спроектованого оздоровчо-реабілітаційного процесу, який включає системний аналіз, наукове обґрунтування, відбір, використання і контроль медико-біологічних, психологічних та соціальних механізмів апробованих і нових систем оздоровчої фізичної культури [2].

До комплексних здоров'язбережувальних технологій відносять: технології комплексної профілактики захворювань, корекції та реабілітації здоров'я (фізкультурно-оздоровчі і валеологічні); педагогічні технології, що сприяють здоров'ю; технології, що формують здоровий спосіб життя (Є. Мітіна) [10, с. 58].

Спираючись на дослідження Л. Безкоровайної [1, с. 20], вважаємо, що в основу формування і оцінювання ефективності застосування здоров'язбережувальних технологій повинні бути покладені особистісні якості та характеристики вихованців: здібності, від яких залежить якість засвоєних знань й умінь; навчання, показниками якого є рівні результативності навчальної діяльності; мотиви, що стимулюють внутрішні механізми індивідуального розвитку й зростання вихованця; рефлексія – усвідомлення вихованцем того, яким він є насправді, яким він сприймає інших, яким його бачать інші вихованці та керівник гуртка по спілкуванню, сумісній діяльності, що є особливо актуальним в умовах позашкільного навчального закладу.

Таким чином, поняття «здоров'язбережувальні технології» об'єднує в

собі всі напрями діяльності педагога, у нашому випадку, керівника гуртка щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів (вихованців).

Здоров'язбережувальна компетентність вихованців є не просто результатом вивчення предметів, а інтегрованим загальнокультурним показником, результатом багатогранної навчально-виховної роботи ПНЗ. Розглядаючи зміст здоров'язбережувальної компетентності, серед багатьох робіт, виокремлюємо підхід О. Дзятківської [7]. На її думку, ця компетентність включає в себе здатність:

формувати у вихованців мотивацію здорового способу життя і цінності здоров'я, довголіття, творчої самореалізації в трудовій діяльності, сімейному житті й соціальній активності;

регулювати функціональний стан (керівника гуртка і вихованців) засобами, які не шкодять здоров'ю з метою підтримки оптимальної працездатності;

визначати та застосовувати індивідуально раціональні для людини прийоми навчальної (професійної) діяльності; складати індивідуальну здоров'язберігаючу траєкторію освіти (професійної діяльності);

будувати індивідуальну здоров'язбережувальну траєкторію освіти (професійну діяльність);

забезпечувати еколого-психологічну безпеку педагогічного середовища (з урахування міжособистісних відношень, навчання з урахуванням стану здоров'я вихованця, екологічної ситуації, дотримання санітарно-гігієнічних вимог до організації навчально-виховного процесу).

О. Дзятківська пов'язує здоров'язбережувальну компетентність, відносно освітнього простору, зі здатністю учнів самостійно переносити і комплексно застосовувати загальноосвітні вміння та предметні знання для проектування і організації еколого-валеологічної діяльності (дії, поведінки) в навчальних (модельних) соціально проблемних екологічних ситуаціях в інтересах здоров'я людини та безпеки життя. Таке розуміння здоров'язбережувальної компетентності акцентує увагу на важливість розвитку в учнів не тільки вміння застосовувати готові сформовані в різних освітніх галузях, загально навчальні вміння і предметні знання, але й уміння самостійно модифікувати їх, комбінувати, використовувати в різних поєднаннях.

Складність прямих і зворотних зв'язків у системі «людина – навколишнє середовище», яке швидко змінюється, вимагає залучення різноманітних сфер науки для їх вирішення. У розв'язанні цієї проблеми вирішальна роль відводиться потенціалу освіти як важливого стратегічного компонента. Вищевказані фактори сприяли появі багатьох наукових робіт дослідників, які обґрунтовували різні підходи відносно збереження рівноваги, взаємовпливу людини і природи на тлі забезпечення зростаючих вимог до умов її життя.

Іншими чинниками ризику, що негативно відбиваються на здоров'ї дітей, є: нерациональна організація навчального процесу; невідповідність

навчального навантаження психофізіологічним, віковим можливостям учнів; низький рівень володіння педагогічними працівниками комплексом практичних заходів для створення системи заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я учнів під час навчально-виховного процесу. Отже, для подолання таких негативних факторів у навчально-виховному процесі необхідно впроваджувати системи, що враховували б найважливіші характеристики освітнього середовища та умови життя дитини, тобто, здоров'язбережувальні технології.

Аналіз освітнього соціуму «позашкільний навчальний заклад», проведений С. Сисоевою, показав, що зазначені технології, маючи певні переваги над традиційними формами освіти, забезпечують психолого-педагогічні умови розвитку особистості, оптимізують соціальну адаптацію та пропонують високий рівень підготовки. Це накладає певний відбиток на навчально-виховний процес, що характеризується не тільки інтенсифікацією освіти, а й високими виховними можливостями [15].

Зі всього різноманіття класифікацій здоров'язбережувальних освітніх технологій найбільш актуальними для освітнього соціуму «позашкільний навчальний заклад» є соціально-педагогічні технології, що, на думку Т. Крекотіної, є спеціальною програмою діяльності педагога, його співпраці з вихованцями. За такої умови збереження здоров'я реалізується через оптимізацію змісту та цілеспрямовану організацію навчального заняття, створення здоров'язбережувального простору як можливої альтернативи впливу на свідомість підростаючого покоління, формування ієрархії цінностей, творчого, конструктивного ставлення до оточуючого середовища [8].

Для реалізації цих завдань педагоги використовують здоров'язбережувальні технології, які подано в таблиці 1.

Таблиця 1.

Здоров'язбережувальні освітні технології

№	Назва	Зміст	Форми роботи
1.	Медико-гігієнічна	Контроль і допомога у забезпеченні гігієнічних умов	- консультативна, невідкладна допомога; - санітарно-гігієнічна освіта; - моніторинг динаміки здоров'я учнів; - профілактичні заходи.
2.	Фізкультурно-оздоровча	Фізичний розвиток учнів	- спортивні дитячі/юнацькі об'єднання; - заняття в тренажерному залі; - дні здоров'я; - спортивні змагання; - туризм
3.	Забезпечення безпеки життєдіяльності	Збереження життя	- інструктажі з техніки безпеки

4.	Здоров'язбережувальні освітні технології: а) організаційно-педагогічні б) психолого-педагогічні в) навчально-виховні	визначають структуру навчального заняття; сприяють запобіганню дезадаптаційним станам; безпосередня робота педагога на занятті щодо формування культури здоров'я вихованців	- фізкультпаузи; - психолого-педагогічний супровід; - індивідуальні програми розвитку та корекції; - використання нестандартних форм роботи; - рівнева диференціація; - кінолекції; - участь в районних заходах із зазначеної тематики.
----	--	---	---

Термін «здоров'язбережувальні освітні технології» ми розглядаємо як якісну характеристику будь-якої освітньої технології, її «сертифікат безпеки для здоров'я», і як сукупність тих принципів, прийомів, методів педагогічної роботи, які доповнюють традиційні технології навчання та виховання, наділяючи їх ознакою здоров'язбереження.

Висновки. Будь яка педагогічна технологія має відповідати основним критеріям технологічності: концептуальності, системності, керованості, ефективності, відтворюваності.

Однак, нова якість освіти може бути досягнута лише при створенні певних умов організації навчально-виховного процесу, який би не зашкодив здоров'ю дітей та молоді і був би спрямований на збереження, зміцнення і формування їх здоров'я.

Ми з'ясували, що здоров'язбережувальна компетентність формується через здоров'язбережувальні освітні технології, метою яких є забезпечення умов фізичного, психічного, соціального та духовного комфорту, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я суб'єктів навчально-виховного процесу, їх продуктивній навчально-пізнавальній та практичній діяльності, яка базується на науковій організації праці та культурі здорового способу життя особистості.

Список використаної літератури

1. Безкоровайна Л. В. Впровадження технологій навчання у процесі професійної підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту як педагогічна проблема / Л. В. Безкоровайна // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 6. – С. 17 – 20.
2. Белікова Н. О. Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутнього фахівця з фізичної реабілітації, Н. О. Белікова // Педагогіка, психологія і медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту.- 2009. - № 6. – С. 7 – 10.
3. Бойченко Т. Валеологія – мистецтво бути здоровим / Т.Бойченко // Здоров'я та фізична культура. – 2005. – № 2. – С. 1 – 4.

4. Бойчук Ю. Д. Принцип природододільності як еколого-валеологічна основа створення здоров'язберігаючого освітнього середовища сучасної школи / Ю. Д. Бойчук // V Міжнародна науково-практична конференція. "Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку": Матеріали конференції. – Т. I. – Харків, 2007. – С. 25 – 31.
5. Бондаренко О. М. Суть, функції і структурні компоненти валеологічної компетентності студента університету / О. М. Бондаренко // V Міжнародна науково-практична конференція "Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку": Матеріали конференції. – Т. I. – Харків, 2007. – С. 31 – 37.
6. Горяня Л. Особливості впровадження здоров'язбережувальних технологій у шкільні навчальні дисципліни / Л. Горяня // Формування здорового способу життя учнів загальноосвітніх навчальних закладів на основі розвитку життєвих навичок. Всеукр. наук.-практ. конф. за участі представників міжнародних організацій : зб. резюме доповідей / укладач Т. Є. Бойченко. – К., 2010. – С. 7.
7. Дзятковская Е. Н. Здоровьесберегающие образовательные технологии: новые акценты / Е. И. Дзятковская // Психология здоровья и личностного роста [электронный ресурс]. – 2010. – № 1. – URL: http://www.health-musicpsy.ru/index.php?page=psychologiya_zdorovya&issue (29.09.11).
8. Кречотіна Т. М. Сучасні аспекти реалізації здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховному процесі позашкільних навчальних закладів / Т. М. Кречотіна // Позашкільна освіта: стратегія, інновації, практика : зб. статей міжнар. наук.-практ. конф. – Суми, 2009. – С. 310 – 316.
9. Латишева Т. Культура здоров'я старшокласника (ліцеїста-медика) / Т. Латишева, Г. Манжелєєв, М. Тарапата, Б. Попов, С. Балахонова. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // [http // ukrlif.org/main/cxid/liceist2.doc](http://ukrlif.org/main/cxid/liceist2.doc).
10. Митина Е. П. Здоровьесберегающие технологии сегодня и завтра / Е. П. Митина // Начальная школа. – 2006. – № 6. – С. 56 – 59.
11. Недоспасова Н. П. Использование здоровьесберегающих подходов при создании муниципальной образовательной сети предпрофильного образования / Н. П. Недоспасова // Валеология : научно-практический журнал. – 2004. – № 4. – С. 43 – 44.
12. Петров К. Л. Здоровьесберегающая деятельность в школе / К. Л. Петров // Воспитание школьников. – 2005. – № 2. – С. 19 – 22.
13. Резер Т. М. Здоровьесохраняющие технологии в образовательных учреждениях / Т. М. Резер // Школьные технологии. – 2003. – № 5. – С. 219.
14. Сериков В. В. Образование и личность. Теория и практика проектирования педагогических систем. / В. В. Сериков. – М. : Издательская корпорация «Логос», 1999. – 272 с.
15. Сисоєва С. О. Основи педагогічної творчості : підручник. – К. : Міленіум, 2006. – 346 с.

16. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. – М. : АПК и ПРО, 2002. – 121 с. – С. 62.
17. Сонькин В. Д. Здоровьесберегающие технологии в образовательной школе: методология, формы, методы, опыт применения : метод. рекомендации // под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. – М. : «триада-фарм», 2004. – 117 с.

ЕКОЛОГО-БІОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

В.В. Гнатюк

кандидат біологічних наук,
ст. викладач
(Бердянський державний
педагогічний університет)

ЕКОРОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ ШЛЯХОМ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ, ЯК ЗАПОРУКА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Актуальність теми.Сьогодні наша планета переживає екологічну кризу. Людство не зуміло виробити стратегію і тактику співіснування з природою. Основною причиною цього є відсутність екологічних знань і переконань. Адже, тільки зберігаючи мир і природу, людина може зберегти саму себе. Так, видатний німецький філософ І. Гердер вважав, що сама природа заклала в людині гуманістичні основи її розуму і культури [2], а науковець І. Кант вбачав головне призначення природи по відношенню до культури у підготовці людей до свободи [3].

Ступінь досліджуваності проблеми. Німецький філософ І. Кант говорив, що цивілізація починається зі встановленням людиною правил людського життя й людської поведінки, тобто цивілізована людина, зі встановленими загально обов'язковими правилами, це людина, яка не зробить шкоди іншій людині, вона ввічлива, тактовна, люб'язна, привітна, поважає людину в іншій людині [4]. Видатні радянські науковці, такі як В. І. Вернадський та О. Л. Чижевський, у своїх наукових звершеннях розглядали проблеми єдності природи і культури. На багатьох сторінках наукових праць В.І. Вернадський пояснював виникнення культури проблемами самої природи і космосу [4], а О. Чижевський підкреслював нерозривний зв'язок соціокультурних процесів на Землі з фізичними явищами, які відбуваються на Сонці – сонячною активністю. Саме вони заклали основи біосферної концепції культури [5]. Сьогодні, основне завдання людства полягає у досягненні необхідної рівноваги між природними та цивілізаційними чинниками для продовження життя на планеті.

Мета роботи. Для поліпшення екологічного становища, певного регіону, країни і світу в цілому, потрібний правильний та гармонійний розвиток особистості. Саме тому екологічний розвиток людства – важливе завдання сьогодення, шляхом впровадження екологічної освіти, тобто

розвитку здорового способу життя, екологічного виховання, екомислення та екокультури особистості, шляхом безперервної екологічної освіти.

Результати дослідження. Від рівня екологічного виховання та екологічної культури залежить питання виживання людства. Тому в умовах сучасної екологічної ситуації важлива екологізація всієї системи освіти і виховання підростаючого покоління.

Зміст безперервної екологічної освіти та виховання повинен включати в себе дві ланки – формальну і неформальну. До першої ланки відносяться загальна система освіти, яка існує в Україні на таких рівнях: дошкільна, шкільна, позашкільна, вища та післядипломна освіта. Друга ланка системи екологічної освіти та виховання має просвітній характер, формує екологічну свідомість і культуру населення (засоби масової інформації, релігійні заклади, громадські екологічні та просвітні об'єднання, партії та ін.).

Так, в 1980-х рр. почали говорити про екорозвиток, розвиток без руйнування, необхідність стійкого розвитку екосистем. «Всесвітня стратегія охорони природи» (ВСОП), прийнята в 1980 р. за ініціативою ЮНЕП, Міжнародного союзу охорони природи (МСОП) і Всесвітнього фонду дикої природи вперше в міжнародному документі містила згадку стійкого розвитку. «Турбота про планету Земля — Стратегія стійкого життя» було другим виданням ВСОП і датується жовтнем 1991 р.

У 2010-2012 році відбувся перший етап «Освіта для стійкого розвитку в дії». А у березні 2013 року розпочато другий етап проекту «Освіта для стійкого розвитку в дії», розрахований на 2013-2015 роки.

В процесі розробки перспективної міської програми «Екологічної безпеки жителів Запоріжжя на 1994-2000 роки», «народилася» нова громадська екологічна організація – Запорізька асоціація «Екологічна освіта» (АсЕкО), що діє і досі, та проводить багато екологічних заходів.

Саме завдяки таким програмам неперервна екологічна освіта, що передбачає організацію виховання і навчального процесу від дитинства до глибокої старості, є тим стратегічним потенціалом розвитку здорового способу життя студентської молоді. Але цей шлях включає в себе декілька стадій навчання, такі як дошкільна екологічна освіта, загальна середня екологічна освіта, вища екологічна освіта, післядипломна екологічна освіта, тощо.

Висновки. Отже, проведений аналіз показав, що екологічна освіта за останні роки досягла свого максимуму. Завдяки дошкільній освіті екоосвіта є продовженням виховання в сім'ї. Тобто у дошкільних закладах, дитину навчають елементарним основам, таким як, не руйнувати та не шкодити природі. У курсі шкільної освіти додається предмет «Сталий розвиток», завдяки якому діти навчаються використовувати ресурси не завдаючи шкоди навколишньому середовищу, та майбутньому поколінню. Вища освіта передбачає поглиблене вивчення екології. Пристосування до умов життя, які нерозривно нас пов'язують з навколишнім середовищем та пропаганда здорового способу життя. Завдання післядипломної освіти

полягає у тому, щоб люди почали осмислено ставитись до навколишнього середовища, раціонально використовувати природні ресурси, берегти та примножувати природні надбання. Тобто екологічний розвиток особистості, шляхом екологічної освіти має бути спрямований на те, щоб людина та людство в цілому почали піклуватися не лише про себе, а й про навколишній світ.

Список використаної літератури

1. Алексеенко И. Р. Последняя цивилизация / И. Р. Алексеенко, Л. В. Кейсевич. — К.: Научная мысль, 1997. — 416 с.
2. Гердер И. Г. Идеи к философии истории человечества. / И. Г. Гердер. — М.: Наука, 1977. — 703 с.
3. Вернадский В. И. Научная мысль, как планетарное явление / В. И. Вернадский. — М.: Наука, 1991. — 271 с.
4. Крисаченко В. С. Екологічна культура: теорія і практика: Навч. посібник. — К.: Заповіт, 1996. — 352 с.
5. Чижевский О. Л. Космический пульс жизни / О. Л. Чижевский. — М.: Мысль, 1995. — 768 с.

О.П. Мягченко

кандидат хімічних наук,
академік екології МАНЕБ
Бердянський державний
педагогічний університет)

АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОГО СТАНУ УКРАЇНИ, ЇЇ РЕГІОНІВ ЯК ІНДИКАТОРА ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ

Актуальність теми полягає у дослідженні факторів які впливають на демографічний стан України, її регіонів, в тому числі показників здоров'я, захворюваності, смертності населення у різних вікових групах та пов'язані з цим проблеми – соціальні, еколого-економічні.

Мета роботи – дослідити екологічний стан територій, їх ранги демографічного благополуччя та індекси людського розвитку, його впливи на стан ринку праці, матеріальний добробут, умови життя та рівень освіти, стан охорони здоров'я населення, виявлення кількісних характеристик та взаємозв'язків, які впливають на складові демографічного стану в Україні, її регіонах.

Методика дослідження - аналіз статистичних, картографічних матеріалів по Україні та власні спостереження. Аналіз результатів публікацій з проблем демографічного стану в Україні та її регіонів вказує на актуальність дослідження його складових, зокрема стану здоров'я, динаміки смертності і народжуваності в залежності від екологічного стану урбанізованої території є важливим показником продуктивних сил будь-якого регіону, держави [1, с. 11-15].

Результати дослідження. Показники здоров'я населення, захворюваності, смертності і народжуваності, відображають рівень розвитку, благополуччя будь-якої держави, її регіонів, характеризують соціальні, політичні, еколого-економічні проблеми [3]. Здоров'я, за висновками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, на 52% визначається якістю середовища мешкання, тобто його екологічними характеристиками, на 20–22% від спадкових хвороб, на 18–20% від економічних умов і тільки на 7–12% від якості служби охорони здоров'я. Мета даного дослідження – виявити кількісні характеристики та взаємозв'язки між складовими демографічного стану в Україні, її регіонах. Для цього проаналізована динаміка демографічних, соціоекологічних змін у Північному Приазов'ї, його основних джерелах забруднень – Маріуполі, Бердянську. Актуальним є з'ясування причин негативних тенденцій за основними демографічними показниками. Об'єкт дослідження – демографічні характеристики населення України, Північного Приазов'я, аналіз факторів і закономірностей демографічних показників.

Здоров'я - це сумарний показник екологічного благополуччя на визначеній території, в тому числі в містах Бердянську, Маріуполі. На якість здоров'я впливає ступінь забруднення (Z) навколишнього середовища, яке визначає формула: $Z = \Sigma(C_{\max} - C_{\min})/N$, де $C_{\max}$ та $C_{\min}$ – концентраційні показники забруднень, N – чисельність населення на досліджуваній території. Використовуючи стандартну шкалу оцінки екологічного стану території можна виділити наступні її ранги: припустиме забруднення ($Z < 16$), помірне забруднення ($16 < Z < 32$), небезпечне ($32 < Z < 128$) і надзвичайно небезпечне ($Z > 128$). Величина обернена значенню (Z) визначає індекс забруднення (I) за яким можна визначити індекс якості навколишнього середовища (I): $I = 1/(1-t)$ і показник здоров'я (H): $H = (X_1 - X_2)/X_1$, де t – тривалість спостережень, X_1 і X_2 – чисельність хворих відповідно на початку і в кінці часу спостереження (t). Важливим показником демографічного благополуччя є індекс людського розвитку, який є комплексним і складається з показників: стан ринку праці, матеріальний добробут, умови життя населення, стан охорони здоров'я, рівень освіти населення. За цими показниками регіони України розвинені надзвичайно нерівномірно. За станом на 2015 рік перше місце за всіма показниками посів Київ, на другому – Львівська область, третє місце – Харківська область, хоча за рівнем тривалості життя вона на 15 місці. Запорізька область займає 11 місце за індексом людського розвитку, хоча за індексом тривалості життя та рівнем освіти займає двадцяті місця, за рейтингом індексу валового промислового продукту посідає п'яте місце в Україні. Спостереження за цими показниками вказали на антибатні залежності між індексом людського розвитку та іншими показниками. Постає проблема пошуку причин антибатних зв'язків між медичними та екологічними показниками. Останні місця за цим важливим показником займають Кіровоградська, Херсонська та Луганська області. Вони

потребують фінансової допомоги від центральних державних органів, спрямованої на спорудження очисних пристроїв, заміну застарілого екологічно небезпечного виробничого обладнання, або закриття підприємств. Використовуючи вказані методи оцінки зв'язків між якістю середовища проживання, ступенем його забруднення та показником здоров'я (Н) можна провести аналіз стану здоров'я людей на будь-якій території. Це особливо важливо для великих хіміко-металургійних комплексів Кривого Рогу, Маріуполя, Запоріжжя, Донецька, Лисичанська, Сіверськодонецька.

На більшості промислових підприємств цих міст відсутнє сучасне ефективне устаткування для очищення викидів і скидів. Це проблема всіх промислових територій України, яка сприяє погіршенню її демографічного стану – чисельність населення на час останнього перепису (2001 рік) у порівнянні з передостаннім (1989) скоротилося на 3 млн. – з 51,45 млн. до 48,42, а на початок 2010 року становило 45,25 млн. людей. За прогнозами до 2016 року чисельність може ще скоротитися ще на 3 млн. До 2050 року, при таких темпах, населення може зменшитися до 36 млн. людей. Вже тепер частка населення віком 60 років і більше зросла з 20,5 до 26,7%, кількість дітей зменшилася з 17,9 до 16,1%. Небезпечною для України є кількість суїцидів на 100 тис. населення – в середньому 29 людей за рік. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, якщо цей показник складає 20, то країна знаходиться в небезпечній зоні самоілімінації, тобто зникнення, виродження. Значне, майже в 2 рази, переважання смертності над народжуваністю в Україні фіксується з 1994-1996 років до сучасності. В результаті – зменшення чисельності населення: у Маріуполі з 529,2 тис. (1981 р.) до 501,5 тис. людей (2007 р.); у Бердянську – з 135,5 тис. (1985 р.) до 120,1 тис. (2010 р.) і до 116,4 тис. у 2015 році.

Аналіз демографічної ситуації [4] показав, що по всій території України смертність зростає, а народжуваність знижується не дивлячись на окремі позитивні відхилення, пов'язані з грошовим стимулюванням народження дитини. Але бурхливого зростання не відбувається, перед усім через незадовільний екологічний стан, особливо у великих містах, де зосереджено більше 60% населення України. В західному регіоні України смертність на тисячу чоловік складає від 16,4 і менше. На всій території України смертність висока і вище середньої, у Криму вона нижче середньої. Приріст населення в Україні в 1960-1970 роках складав 5,2 млн, у 1970-1979 – 2,6 млн, 1979-1985 роках – 1,1 млн. Перший “чорний” рік – 1991, коли в Україні смертність перевищила народжуваність - померло на 39 тис. більше, ніж народилося. У 1992 році цей показник склав 100 тис., у 1994 – 244, з 1996 році він тримається на рівні 300–360 тис. У 2006-2008 роках смертність в Україні перевищила народжуваність у 2,5-2,9 рази. Слід зазначити високу смертність серед працездатного населення у віці 35-60 років, яка складає основний трудовий ресурс. Аналогічні закономірності виявляються в Північному Приазов'ї (населення близько 1,2 млн.), у великих населених

пунктах – Маріуполі, Бердянську. Тут, через значні кількості викидів і скидів шкідливих речовин зі стічними водами, ведучими є хвороби “екологічного” характеру – захворювання дихальних шляхів і онкологічні [1, с. 515-517]. Виходячи з аналізу динаміки викидів шкідливих речовин в атмосферу Бердянська вони зменшилися майже в 6 разів – з 11,7 тис. т. у 1990 році, до 1,9 у 2010 році, скиди в акваторію Бердянської затоки зменшилися майже в 2 рази – з 14,5 млн. куб. м у 1990 до 8,9 у 2008 році. Однак захворюваність і смертність збільшилися відповідно більше ніж у 3 і 5 разів. Народжуваність за цей період знизилася з 12,5 до 7,1.

Важливим є сумарний індикатор екологічного благополуччя – показник народжуваності, смертності, захворюваності та індекс людського розвитку. У Бердянську народжуваність складає 6,9 (у 2003 році дорівнювала 7,3), смертність – 14,3 на тисячу населення (у 2003 році смертність складала 13,7). В Маріуполі за останні 15 років тривалість життя скоротилася на 7 років – 47% чоловіків і 36% жінок не доживають до пенсійного віку. Рівень онкологічних захворювань тут в 7 разів вищий, чим в Україні, що пов’язано з високим рівнем забруднення довкілля через низьку ефективність роботи очисних споруд (щорічні викиди шкідливих речовин складають біля 405 тис. т – майже 800 кг на людину).

За багаторічними спостереженнями за структурою захворюваності у місті Маріуполі перше місце посідають хвороби кровообігу (25,5%), друге – органів дихання (24,9%), третє – хвороби нервової системи (9,7%), четверте – органів травлення (7,6%) та п’яте місце – травми та отруєння (6,0%). Структура захворюваності корелює зі структурою смертності: перше місце – хвороби кровообігу (65%), друге – злоякісні новоутворення (14,9%), третє місце – нещасні випадки, травми, отруєння (9,3%), четверте – хвороби органів травлення (2,8%) і п’яте місце – хвороби органів дихання (2,8%).

У структурі захворюваності в Бердянську теж переважають хвороби органів дихання, що вказує на неблагополуччя в стані приземного шару атмосферного повітря (велика кількість автомобілів у місцях скупчення людей), системи крові, органів травлення, онкологічні захворювання. Характерним показником є здоров’я дітей. За статистикою чисельність умовно здорових дітей складає біля 15%, для багатьох з них характерні патології центральної нервової системи. Особливо необхідно виділити екологічно залежні патології, які характеризують загальну і дитячу смертності: хронічний бронхіт і пневмонії, обумовлені якістю навколишнього середовища, яке визначається не тільки речовинним навантаженням шкідливих речовин, але і фізичним, зокрема електромагнітним випромінюванням від антен мобільного зв’язку, теле-, радіоантен і локаторів спостереження за повітряними і водними транспортними засобами. Поблизу потужних джерел електромагнітного випромінювання, в тому числі високовольтних ліній електромереж – від 330 до 750 кВ, фіксується підвищена захворюваність очей на катаракту, підвищений рівень онкологічних захворювань, зниження репродуктивної

функції, особливо чоловіків. Однією з найважливіших причин вважається хімізація продуктів харчування за допомогою різних модифікаторів – антиокислювачів, барвників, консервантів, емульгаторів, синтетичних гормонів, повсякденне застосування яких небезпечно для здоров'я. Друга причина – використання харчових продуктів, основу яких можуть складати генетично модифіковані. Такі продукти давно відомі в країнах Західної Європи, США, Росії, але в цих країнах діють закони, які вимагають певних захисних заходів при їх використанні. Третя – хімічне забруднення повітря вихлопними газами автомобілів, димом багать і особливо палаючих смітників, зелених насаджень, при горінні яких утворюється величезна кількість діоксинів (ГДК 10^{-9} – 10^{-12} мг/м³). Так, при загоранні звалища промислово-побутових відходів Бердянська в атмосферу виділяються десятки кг цих речовин, які поширюються при побіжному вітрі на 20-30 км. Велику небезпеку являють смітники промислових і побутових відходів міста Маріуполя, площа яких складає близько 450 га, де зберігається більше 30 млн. т відходів, з них більше 100 тис. т першого класу, які потрапляють в Азовське море, а звідти – через трофічні зв'язки в організм людини. Забрудненню піддається не тільки море, але і поверхневі стоки – ріки, води яких не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам для питної води. П'ята причина – низька екологічна, правова, санітарно-медична грамотність населення і особливо молоді зокрема студентської.

Висновки. Таким чином: 1) смертність, народжуваність і захворюваності населення та екологічні характеристики – найбільш чутливі демографічні показники, на які активно впливають характеристики середовища на здоров'я людини і визначаються в основному екологічними факторами, надійністю й ефективністю контролю за станом навколишнього природного середовища; 2) без активного державного тиску на забруднювачів проблему народжуваності вирішити неможливо, бо в екологічно хворому довкіллі не можуть народжуватися і жити здорові люди; 3) досліджені фактори вказують на небезпеку існування українського народу, держави через вимирання.

Список використаної літератури

1. Гудзь М.В. Соціальний ресурс розвитку курортних територій / М.В. Гудзь // Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конфер. "Еколого-економічні проблеми Північного Приазов'я: економіка, екологія, освіта". – Бердянськ. – 2006. – С. 11 – 15.
2. Мягченко А.П. Социально-экологические проблемы Северного Приазовья / А.П. Мягченко // Сборник научн. трудов 11-й (ежегодной) междунаrodn. научно-практич. конфер. «Экология и здоровье человека. Охрана водного и воздушного бассейнов. Утилизация отходов», т. 3. – Бердянск, 9-13 июня 2003 г. – С. 510 – 517.
3. Мягченко О.П. Екологічні проблеми Північного Приазов'я: навч. посібн. / О.П. Мягченко. – Бердянськ: Будинок техніки. – 2004. – 354 с.
4. Медико-демографічні проблеми. Мапа // Всеукраїнська екологічна ліга.- Київ: Військова картографічна фабрика. – 2002.

О.П. Мягченко

кандидат хімічних наук,
академік екології МАНЕБ
(Бердянський державний
педагогічний університет)

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ, ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА ОЦІНКИ КУРОРТНО-РЕКРЕАЦІЙНОГО, ТУРИСТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПІВНІЧНОГО ПРИАЗОВ'Я УКРАЇНИ, МІСТА БЕРДЯНСЬКА

Актуальність теми пов'язана з питанням про ефективне використання наявного туристсько-рекреаційного потенціалу (ТРП), що стоїть досить гостро, особливо у теперішій час різкого погіршення стану здоров'я населення в Україні, у тому числі у Північному Приазов'ї, м. Бердянську. Проблемою є недостатність такого матеріалу, необхідного зокрема для його використання у підготовці кадрів, зокрема у сфері фізичного виховання, фізичної реабілітації, туризму та рекреації, розробки планів розвитку курортно-рекреаційної, туристичної діяльності у Північному Приазов'ї України, м. Бердянську.

Аналіз останніх досліджень і публікацій вказав на недостатній об'єм інформації про сучасний стан курортно-рекреаційного, туристичного потенціалу Північного Приазов'я України, м. Бердянська. Більшість відомих праць присвячені стану загальних біологічних, еколого-економічних, геологічних проблем регіону, зокрема рослинам, тваринам, розробці корисних копалин. Існують розрізнені дані про: еколого-економічні передумови створення та розвитку вільної економічної зони на основі рекреаційних ресурсів Бердянського курортного регіону /Котляревський М.Б., Костерев, Мягченко О.П., 1995 р./, еколого-морфологічний стан узбережжя Північного Приазов'я та проблеми розвитку рекреаційно-туристичних маршрутів /Мягченко О.П., Котляревський М.Б., 1995 р./, еколого-рекреаційні проблеми Приазов'я /Фінагін В.В., Брайнін Л.М., 1994р./.

Мета роботи – проаналізувати сучасний стан курортно-рекреаційного, туристичного потенціалу Північного Приазов'я, міста Бердянська, надати оцінку перспективам його можливого розвитку та використання результатів дослідження у педагогічному процесі навчання студентів за напрямками «Фізичне виховання» та «Здоров'я людини».

Методика дослідження – власні спостереження геоекологічного стану північного узбережжя Азовського моря у межах України та аналіз наявної інформації про стан історико-культурних об'єктів старовини – пам'яток античного часу – курганів та сучасності – культові, архітектурні споруди, у тому числі техногенні та біоекологічне різноманіття рослинного і тваринного світу, які є основою для розвитку туризму, рекреації.

Результати дослідження. Для Північного Приазов'я, м. Бердянська характерні відносно сприятливі погодно-кліматичні умови, різноманітні ландшафти – природні: гірські, рівнинні, лісові, водні та антропогенні: сільськогосподарські – села, малі міста та промислові – великі міста, в тому числі Маріуполь, Бердянськ. Природні характеристики – лікувальні води, пелоїди, пляжі на узбережжях річок і моря, озер-лиманів. Завдяки цьому багато територій Приазов'я та його міст мають значні перспективи для формування високорозвиненого рекреаційно-курортного і туристичного господарства. Але вказана територія недостатньо досліджена в геоекологічному, історичному, культурному аспектах [1].

Північне Приазов'я України займає майже 15 тис. кв. км в межах трьох областей – Донецької, Запорізької та Херсонської – від м. Новоазовська Донецької області до Генічеська Херсонської області. Найбільшу частину території складають південні райони Запорізької області – Бердянський, Приморський, Приазовський, Мелітопольський та Якимівський, які з давнього часу були заселені різноманітними народами, які залишили багато історично-культурних, археологічних пам'яток, що мають велике значення для розвитку різноманітних видів туризму – спортивного, історичного, екологічного.

Туризм - явище багатобічне, але при всьому різноманітті його форм, виокремлюють дві великі складові частини – внутрішній, який сприяє збільшенню фінансових надходжень до державного бюджету та зовнішній, який сприяє вивозу української валюти, зменшуючи бюджет. Туризм – багатогранне явище: екологічний, зелений, сільський (користуються великим попитом), історичний, спортивно-оздоровчий та інші види. Останній вид туризму слід розглядати як комбінований, який є комплексним і складається з екстремального, суто екскурсійного або пізнавального, історичного, лікувального, екологічного напрямів. Рухаючись уздовж берега Азовського моря зі сходу на захід найбільш цікавими є об'єкти Північного Приазов'я у межах Донецької та Запорізької областей.

Туристичні дослідження Північного Приазов'я слід розпочати від річки Грузький Єланчик, розташованої на сході Донецької області. Звідси маршрут пролягає уздовж берега моря з то крутими та урвистими, то покатими узвишщами, які місцями переходять у чисті піщані пляжі. На шляху розташовані села Обрив, Холодне, Стрілка, які знаходяться майже на узбережжі - на відстані за 3-4 кілометрів від автотраси. Тут, біля моря розташувалися численні пансіонати, оздоровчі дитячі табори.

Західніше від них, біля підніжжя Кривої коси знаходиться селище міського типу Седово, в якому мешкає біля 2000 людей. Тут працює меморіальний музей відомого полярного дослідника Г.Я. Седова, уродженця села, а у селі Хомутове – музей флори та фауни, який належить до Українського заповідника Хомутовський степ. Цікава сама Крива коса з чистими пляжами та численними оздоровчими установами, яка вдається у

море на 3 кілометри. Звідси 9 км до райцентра Новоазовськ та 58 км до Маріуполя.

Біля Новоазовська море дуже мілке, при сильному північному вітрі вода тут може відійти від моря на сотню метрів. У місті цікавий краєзнавчий музей, є кілька готелів. За 4 кілометри на захід від Новоазовська розташувалося селище Самсоново, а на відстані 22 км - селище Широкино, далі села Бердянське, Сопіно та Виноградне - майже передмістя Маріуполя - найбільше місто всього Приазов'я з населенням більше 500 тис. На всьому шляху багато пансионатів, місць відпочинку неорганізованих відпочиваючих. Маріуполь - один з найбільших металургійних центрів України, крупний промисловий центр її півдня та оздоровниця Донбаса. Маріуполь велике портове місто - центр Азовського морського пароплавства. Тут працюють бюро подорожей та екскурсій, туристський готель «Турист», великий краєзнавчий музей, музей художника А.І. Куїнджі, обласний російський драматичний театр. В місті багато пам'ятних місць та дозвілля, є великий парк атракціонів. З Маріуполя досить легко дістатися до відомого заповідника Кам'яні могили та Володарського лісу.

За 23 кілометри на захід від Маріуполя знаходиться село Мелекіно, в якому мешкають рибаки та хлібороби, працюють десятки пансионатів, дитячих таборів. За 12 км на захід розташована Білосарайська коса, довжина якої 14 кілометрів. Вона вся охайно забудована. Це коса-парк у морі. Біля її підніжжя розташувалося селище міського типу Ялта (Азовська) - великий оздоровчий центр Донецької області з численними оздоровчими закладами, які розташувалися на пляжі довжиною майже 8 кілометрів. Тут мешкають біля 5 тис. мешканців, функціонують біля 70 пансионатів. За 6 км звідси на захід знаходиться село Юр'ївка з чудовим сосновим лісом, пляжем та морем, що тут чисте та мілке. Ще через 6 км на захід - село Гурзуф, в якому особливий мікроклімат, бо високі азовські береги захищають від холодних північних вітрів (щось на зразок кримської Ялти або Гурзуфу в мініатюрі). Хоча це і є азовський Гурзуф, бо його засновники звідти, з Криму - кримські греки. Гурзуф - останній населений пункт Донецької області на узбережжі моря. За 4 кілометри на захід звідси розташовані приморські села Запорізької області - Куликівське і за 18 км - Новопетрівка Бердянського району.

Село Новопетрівка розташоване на місці, де колись на високому березі ріки Берда стояла, побудована у 1770 році Петрівська фортеця Дніпровської укріпленої лінії. Тепер від неї лишилися тільки земляні вали. Поряд, на відстані півкілометра розташоване село Старопетрівка, в якому ще в ті далекі часи мешкали військові цієї фортеці. Звідси до Бердянська 10 кілометрів на південь, до великого села Осипенко (стара назва Новоспасівка), за яким проходить траса Ростов - Рені, 6 кілометрів. В селі є музей де експонуються стародавні речі часів скіфів, речі відомої льотчиці - Героя Радянського Союзу П.Д. Осипенко.

Бердянськ, або як його називають перлина Приазов'я - великий

курортний, туристичний, промисловий та науковий центр півдня України. Звідси можна потрапити у мальовничі місця на річці Берда, зокрема в історико-ботанічний заповідник «Захар'ївська фортеця». Як і у Новопетрівці тут була фортеця - друга на Дніпровській лінії і від якої теж залишилися тільки земляні вали та багато незайманої з тих часів рослинності. Знаходиться цей об'єкт за півтора кілометра від села Калайтанівка, до якого можна потрапити автобусом з Бердянська. Неподалік звідси, в долині Берди, знаходиться «Косолапова балка», в якій співпрацівники Бердянського краєзнавчого музею дослідили стоянку людей кам'яного віку (неоліту), які мешкали тут 6-8 тисяч років тому. Далі - грандіозне урочище «Грецька балка» і вже за півгодини пішки знаходиться пам'ятка природи «Висока скеля» - мала Швейцарія, як називають її туристи. Це місце у Приазов'ї, де росте сон-трава - рідкісна червонокнижна рослина. Неподалік звідси, у балці Солоненькій, колись була знайдена велика кількість грецьких амфор, що свідчить про існування тут, на Берді, античного торжища. Приблизно за кілометр звідси знаходиться пам'ятка природи - скеля «Віслюкові вуха». У комплекс із природними об'єктами доцільно об'єднати туристичні маршрути історико-археологічного прямування. Останніми можуть бути: «Шлях Геродота у Північному Приазов'ї», «До легендарних амазонок», «Давньогрецькі поселення на Азовському морі», «Подорож по Скіфії» та інші. Для цього необхідно побудувати упорядковані пункти перепочинку, привалів. Найбільш перспективними для організації такого виду відпочинку є Бердянська, Приморська, Ялтинська та Генічеська курортні зони. Береги тут стабільні і витрати на їх зміцнення, реконструкцію будуть мінімальні, а наявність прісної води, лікувальних пелоїдів створюють умови, необхідні для розвитку великих центрів відпочинку та туризму.

Для території довжиною майже 20 км між селами Єлізаветівка, Долинське на річці Чокрак, Шевченкове на річці Обитічній та Єлісеївка Приморського району Запорізької області характерні виходи на денну поверхню докембрійських порід, віком близько 2 млрд. років - гранитів, діоритів, гнейсів уздовж річок Чокрак та Обитічної. Біля села Єлісеївка розташований непрацюючий тепер кар'єр з видобутку пегматитів - це геологічний музей під відкритим небом, який вражає своєю первісною красою. На іншій ділянці довжиною 24 км - від селища Андріївка до сіл Успенівка, Софієвка, де народився всесвітньовідомий художник Бродський, розташовані цікаві геологічні, ландшафтні об'єкти - виходи пегматитів, гнейсів зеленого кольору. Біля села Софієвка на річці Кильтичія дуже мальовничі місця. Річка тут ніби затиснута скелястими, високими урвищами, на яких можна навіть проводити змагання із скельозалання.

Найцікавіша та мальовнича ділянка між селами К. Маркса, Миколаївка, Родионівка, яка насичена геологічними об'єктами та пам'ятками природи. Між селами К. Маркса та Миколаївкою знаходиться горна гряда з кам'янистими розсипами зі скелями «Сова», «Кристал», «Кварцитова». Ці місця екологічно чисті і вони потребують охорони,

створення національного парку «Приазовські річки» у комплексі з національним парком «Азовські коси». Це значно покращило б екологічний стан Північного Приазов'я і разом з тим сприяло б розвитку сучасних і популярних засобів інтелектуального відпочинку - геоекологічного туризму. Рухаючись від Бердянська уздовж моря на захід можна спостерігати низку балок - Мерлікову, Ногайську, яка відокремлювала територію між річками Молочною, Токмачкою та Бердою, де у давнину мешкали ногайські татари. Їх столицею було місто Ногайськ - тепер Приморськ, розташоване за 30 км на захід від Бердянська. Неподалік від Бердянська у море впадає маленька річка Куца Бердинка, на правому березі якої у 1950 році археологи Московського університету та Бердянського краєзнавчого музею дослідили велике поселення часів зрубної культури - перше тисячоліття до нашої ери. Далі розташовані балки: Крута, Кобил-балка та Петрова, до якої від Бердянська 10 кілометрів. В межах цих балок, на узбережжі моря, у зсувах можна знаходити скам'янілі рештки древніх тварин. Петрова балка цікава знахідками решток античного керамічного посуду. Від цього урочища до міста Приморська 18 кілометрів, які влітку «заселені» неорганізованими відпочиваючими, бо місця уздовж узбережжя дуже мальовничі.

Приморськ (стара назва - Ногайськ) з населенням близько 12 тис. - непромислове невелике місто з розвиненим курортно-рекреаційним комплексом – близько 200 пансіонатів, будинків відпочинку, дитячих оздоровчих таборів. Тут функціонують турбази «Приморська», «Горіховий гай». В місті є краєзнавчий музей, на східній околиці міста розташована пам'ятка архітектури - Троїцька церква першої половини 19 століття. Рухаючись на захід до Молочного лимана, розташовані села - Орлівка, Райнівка, Строганівка, Ботьєво, Дмитрівка, Приморський Посад, Новоконстантинівка, Степанівка Перша. За 9 кілометрів від Приморська на захід знаходиться село Преслав, розташоване у трьох кілометрах від автотраси. Засновано воно у 1861 році болгарськими переселенцями. Далі цікавим є село Ботієво, де видобувають цілющу мінеральну воду і тут же є виходи природного газу. Село Степанівка Перша знаходиться ніби в куті - між узбережжям моря та Молочним лиманом і якщо перейти через 12 кілометрову пересип між ними, відкривається відома Кирилівка - курортне селище міського типу, яке знаходиться між узбережжям моря, Молочим лиманом та затокою Утлюцького лимана. Звідси можна прямувати на Арабатську стрілку у Крим, або переправившись через затоку Утлюцького лимана прямувати через село Атманай далі, на захід, через село Новий Азов Херсонської області до Генічеська. Але можна пішки рухатися уздовж східного берега Утлюцького лимана на північ у напрямку до села Давидівка, поблизу якого виявлено залишки поселення ранньоскіфських часів, що датується від 7 до 5 століття до нашої ери. Прямуючи звідси на північ до автотраси Москва-Сімферополь, побачимо біля сіл Андріївка та Вовчанське рештки поселень скіфо-сарматського часу - 4-2 століття до нашої ери. За

шість кілометрів на північний схід від Давидівки розташоване село Шелюги, на околицях якого виявлено неолітичне поселення та кургани доби бронзи (з 4 до 3-1 тисячоліть до нашої ери). Рештки поселення скіфосарматських часів (2-1 ст. до н. е.) збереглись в західній частині цього села та за три кілометри біля села Мала Тернівка.

У нинішній час ще не розкриті можливості узбережжя поблизу Бердянська, Приморська, як унікальних Європейських дитячих курортів, що можуть успішно конкурувати із курортами Анапи, а у Західній Європі такі курорти відсутні. Бердянський рекреаційний район входить до складу Азово-Чорноморського рекреаційного регіону в межах Донецької, Запорізької та Херсонської областей та 12 мильної зони акваторії.

Одним з приваблюючих символів будь-якого курорту є так званий Синій прапор Європи. Це знак екологічної чистоти пляжів, морської води, наявності сучасного сервісу, заповідних територій, сучасних парків, архітектурних споруд. Присудження такого знаку - це реклама місцевості в масштабі Європи і втрата його завжди пов'язана з економічними збитками - зменшується кількість відпочиваючих. Синій прапор отримали деякі курорти Південного берегу Криму. Північне Приазов'я може бути не менш привабливим, бо для цього є всі природні умови, але не вистачає сучасного сервісу, недостатня площа заповідних територій. Найбільш близький до цього курортний Бердянськ, але за умови збереження екологічної чистоти, розвитку курортного будівництва, туризму. Для отримання такого знаку необхідно ліквідувати територіальну роздрібленість в межах України, через яку на узбережжі Азовського моря, лише в межах Північного Приазов'я нараховується майже 300 неупорядкованих сезонних баз відпочинку, що перешкоджають ефективному використанню рекреаційних можливостей регіону та завдають великої шкоди природному середовищу. Це наслідок недосконалості господарського механізму, низького рівня екологічної культури, що є педагогічною проблемою навчання та виховання і як результат - деградація природи. Однією з важливих проблем є відсутність висококваліфікованих менеджерів у туристично-екологічному бізнесі. Екоменеджери повинні сприяти розвитку курортно-рекреаційного, туристичної справи, бути його організаторами на наукових засадах, володючи науковою інформацією про об'єкти туризму.

Показниками рекреаційного виду навантажень на територію можуть бути: кількість туристів, які знаходяться в її межах; кількість мешканців, вирушаючих з населених пунктів на відпочинок, а також щільність частини дорог, що обслуговують в основному туристів та відпочиваючих.

Важливим етапом розвитку рекреаційно-туристичної зони може бути надання їй статусу спеціальної рекреаційно-туристичної зони згідно з Концепцією Кабінету Міністрів України про вільні економічні зони [3]. Для цього необхідно розробити пакет документів, з урахуванням існуючих реалій, який міг би затверджуватися на рівні адміністрації Південно-Східного регіону (у рамках його повноважень згідно з указом Президента).

Це сприяло б створенню умов для отримання інвестицій із відповідними податковими, візовими, митними пільгами. На користь розвитку курортно-рекреаційної, туристичної діяльності у Північному Приазов'ї, і зокрема у Бердянському регіоні, свідчить те, що промислові підприємства міста виробили продукції на суму 5,079 млн. гривень, курортно-рекреаційний комплекс надав платних послуг на суму 4,85 млн. гривень, хоча через економічне, політичне безладдя в країні обсяг таких послуг знижується. Однак ці порівнянні цифри вже показують в якому напрямку повинен розвиватися регіон – Північне Приазов'я в цілому і місто Бердянськ зокрема.

На теперішній час проблемою для всього Північного Приазов'я є наявність екологічно чистих рекреаційних територій, їх дефіцит при потужному господарському комплексі. Тут основними напрямками удосконалення територіальної організації рекреаційного розвитку необхідно вважати наступне: раціональне, без екологічного виснаження, використання наявних та потенційних ресурсів на основі підвищення стійкості природних екосистем, збереження спеціалізованих рекреаційних територій за рахунок покращання якості оточуючого природного середовища, підвищення ефективності діючих очисних споруд і створення нових екологічно високоефективних, створення агломераційних територій відпочинку, створення парків, штучних ландшафтів близьких за структурою до національних парків, що забезпечує здійснення різноманітної рекреаційної діяльності, створення системи централізованого управління рекреаційним господарством з метою координації та кооперації діяльності підприємств різноманітних відомств для раціонального використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів, ефективно вирішувати питання збереження природних геоекосистем як основи туризму.

Всі ці об'єкти туризму можуть бути як внутрішніми, так і зовнішніми. Зовнішній туризм або візний у порівнянні з внутрішнім економічно більш вигідний. У 1991 році Україну відвідали приблизно 120 тис. іноземних туристів, у 1998 році - 6,2 млн туристів з 216 країн світу, у 2008 році – майже 20 млн. За прогнозами Світової організації туризму [3] до 2012 року очікується один млрд. рекреантів у світі, до 2020 року 1,5 млрд. людей і обсяг доходів може скласти близько 2 трлн. доларів. Для 83% країн миру туризм є одним з п'яти основних джерел доходу (Єгипет, Греція, Турція), а для 38% країн світу він є головним у формуванні бюджету. Це може бути вагомим і для України, зокрема для Бердянська, який має значні КРП і ТРП та які використовуються незадовільно, що веде до їх зменшення, або навіть повного знищення.

Територія Північного Приазов'я України освоєна тільки внутрішнім контингентом в одному напрямі – оздоровчо-лікувальному і зовсім не освоєна зовнішнім – іноземцями. На наш погляд це результат низького рівня реклами досліджуваної території через відсутність спеціалістів, фахівців в галузі перед усім зовнішнього туризму. Сучасний менеджер в галузі цього напрямку діяльності повинен володіти знаннями з історії, екології,

рослинного і тваринного світу регіону, мати етнографічні, загальнокультурні знання про об'єкти туризму. Аналіз сучасного використання природно-лікувальних ресурсів може бути проведений на підставі кількісної оцінки природно-рекреаційного потенціалу (ПРП). Показником ПРП виступає чисельність людей, яким надаються лікування, відпочинок і туристичні послуги, виходячи із запасів природних рекреаційних ресурсів регіону за певний період часу. Цей показник для бердянських пляжів може складати 187500 осіб/рік, ПРП мінеральних вод при щорічному видобутку 12300 куб. м, становить: 341667 осіб/рік при питному лікуванні та 49200 осіб/рік при використанні ванн. Згідно розрахунків, ПРП лікувальних пелоїдів складає 1572 особи на добу або $1572 \cdot 125 = 196500$ осіб за рік, що є максимальним.

Проблему функціонування курортно-туристичного комплексу Бердянська, як і більшості міст України такого спрямування, складають низький рівень та необ'єктивність реклами, відсутність еколого-економічного моніторингу середовища, територій, їх ресурсів. Через це не враховують швидкість змін природного середовища, стан технічних компонентів – будівель, транспортної інфраструктури і передусім залізничодорожньої, стан якої у Бердянську знаходиться на рівні початка ХХ століття (неелектрифікована одноколія), відсутність сучасного сполучення – авіатранспортного, що обмежує чисельність рекреантів, при зростанні їх вимог до якості обслуговування і впливає на розвиток рекреаційних послуг, зокрема туризму [4].

Згідно “Земельного кодексу України” землі оздоровчого призначення (курортні території) та рекреаційні землі складають 12,8% площі території держави. Але згідно “Земельного кадастру України” такі території складають лише 0,23% площі України. Це свідчить про значні можливості розвитку цієї галузі економіки, зокрема і на узбережжі Азовського моря, у містах Бердянську, Приморську, Маріуполі, що можна розрахувати за формулою: $P = \Delta\P \cdot S \cdot k$, де P – дохід від використання курортно-рекреаційної території; $\Delta\P$ – додатковий прибуток через понаднормативне навантаження на територію (грн/кв.км), S – площа курортно-рекреаційної території (кв. км), k – удорожчуючий коефіцієнт території – для узбережжя Азовського моря, згідно зі ст.7 Закону України “Про плату за землю”, складає 1,5 [2].

Аналіз сучасного стану природно-лікувальних ресурсів, їх використання може бути проведений на підставі кількісної оцінки природно-рекреаційного потенціалу (ПРП), показником якого виступає кількість людей, яким потрібне лікування, відпочинок і туристичні послуги, виходячи із запасів природних рекреаційних ресурсів регіону за певний період часу. Цей показник дозволяє не тільки кількісно порівняти рекреаційні ресурси, але і прогнозувати можливості рекреаційного використання їх видів і стану.

Негативним прикладом руйнування основ санаторно-курортного лікування Бердянського регіону є лікувальне озеро Червоне, яке фактично

втратило лікувальні властивості через безконтрольне використання пелоїдів, винищення рослинного покриву на його узбережжі, руйнування берегової лінії автомобілями неорганізованих відпочиваючих та вивозом риби вантажівками. Його пелоїди надмірно запісочені, що не дозволяє використовувати їх за призначенням, а вода забруднена сполуками важких металів, хлороорганічними речовинами. Великою проблемою пляжів Бердянська, більшості території Північного Приазов'я є наявність у їх пісках радіоактивних сполук природного походження, зокрема урану, торію, радону. Вони утворюють на пляжах Бердянської коси розсипи чорного та червоного кольорів. Це монацитові піски, які викидаються на узбережжя при штормах і є джерелами альфа та бета випромінювання. Їх необхідно, згідно законодавства України, знешкоджувати шляхом їх збору і захоронення, що не виконується, а отже складає загрозу для здоров'я рекреантів, особливо дітей. Рівень випромінювання коливається від 200 до 700 мкР/год (при нормі не більше 50 мкР/год). Ця проблема була досліджена у 2004 році вченими Московського університету ім. Ломоносова та Бердянського педагогічного університету. Результати дослідження були опубліковані в матеріалах Третьої міжнародної науково-практичної конференції, яка відбулася у м. Маріуполі [5].

Виходячи з результатів дослідження еколого-економічної оцінки стану курортно-рекреаційного потенціалу України, її регіонів та міста Бердянська, можна зробити **висновки**:

1. Природно-рекреаційний потенціал України, її регіонів, міста Бердянська треба оцінювати не тільки за інтенсивністю освоєння природних ресурсів, а й потєційних, які складають основу подальшого розвитку цієї сфери економіки.
2. Рекреаційний потенціал пляжів Бердянська не використовується у повному обсязі. Низька якість пляжів пов'язана передусім з нераціональною забудовою узбережжя, його механічним перевантаженням будівлями, що спричиняє інтенсивній руйнації - розмивам.
3. Через погіршення якості ПРП Бердянська він поступово втрачає привабливість як курортно-рекреаційний та туристичний об'єкт, перетворюючись на об'єкт короткоденного відпочинку, що різко зменшує його економічні можливості, кількість відпочиваючих (рекреантів) щорічно зменшується на 10-15%.
4. Забезпечити постійний моніторинг за станом природного середовища, зокрема за знешкодження радіоактивних пісків на пляжах Бердянської коси, Північного Приазов'я.
5. Здійснити заходи з відновлення безпеки для природних об'єктів – відновлення рослинного покриву на узбережжі моря, лиманів, річок, заборонивши діяльність несумісну з курортно-рекреаційною діяльністю – в'їзд автотранспорту у зони масового відпочинку, природно-заповідні території, які є основою існування і розвитку цього виду діяльності.
6. Збільшити площі заповідних територій та їх спрямування, зокрема

геологічних, історичних, водно-болотних угідь, які є місцем гніздування птахів і мають велике значення для розвитку курортно-рекреаційних територій, їх потенціалу.

Виходячи з отриманих результатів робота потребує подальшого дослідження змін в еколого-економічному, культурно-освітньому, природно-антропогенному напрямках.

Список використаної літератури

1. Єлагіна В.О. Соціоекологічна ситуація центральної частини Північного Приазов'я / В.О. Єлагіна, О.П. Мягченко // «Питання соціоекології». – Львів. – 1996 р., с. 195-196.
2. Галушкіна Т.П. Екологічний менеджмент та аудит рекреаційних територій (концептуальні засади та організаційний механізм) / Т.П. Галушкіна. – Одеса. – 2006. – 182 с. 5.
3. Котляревский М.Б. Эколого-экономические предпосылки создания и развития свободной экономической зоны на основе рекреационных ресурсов Бердянского курортного региона / М.Б. Котляревский, Костерев, О.П. Мягченко // Сб.: Донбасс. Прошлое, настоящее, будущее. – Донецк. – 1995, с. 64-66.
4. Мягченко А.П. Рекреаційне будівництво в Північному Приазов'ї як фактор сталого розвитку / А.П. Мягченко, В.А. Єлагіна // Матер. другої міжнар. наук.-практ. конфер. Проблеми розвитку та техногенні небезпеки регіонів. – Дніпропетровськ. – 2003. – С. 169-170.
5. Рязанцев Г.Б. Радиоэкологические исследования на побережье Азовского моря / Г.Б. Рязанцев и др. // Довкілля. Мариупольская экологическая газета, №7.- 2008, с.7.

Наукове видання

МАТЕРІАЛИ

II Всеукраїнської науково-практичної конференції

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВПЛИВУ ДОВКІЛЛЯ, ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ
МОЛОДІ»**

18 - 19 вересня 2015 року



Головний редактор

Кушнірюк Сергій Георгійович, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, декан факультету фізичного виховання Бердянського державного педагогічного університету

Відповідальний секретар

Самсутіна Наталя Михайлівна, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання, заступник декана факультету фізичного виховання з наукової роботи.

Відповідальність за зміст та літературне редагування матеріалів конференції та доповідей несуть автори.

Підписано до друку __.0_.2015 р.

Гарнітура «Times New Roman». Формат 60x84/16. Папір офсетний.

Друк – цифровий. Ум. - друк. арк.13,4. Обл. - вид. арк. 13,5

Наклад 100 прим. Зам. №147/1

Видавництво та друк ФО-П Ткачук О.В.

71100, Запорізька обл., м. Бердянськ, вул. Кірова, 52/49, 53

Тел. (097) 918-66-41, (066) 106-29-93; e-mail: Tizdat@gmail.com

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру

суб'єкта видавничої справи

ДК № 3377 від 29.01.2009 р.