

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ А.С. МАКАРЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОДА
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ ОДА
УПРАВЛІННЯ МОЛОДІ ТА СПОРТУ СУМСЬКОЇ ОДА



ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Матеріали III Всеукраїнської заочної
науково-практичної інтернет-конференції

журнал індексується у Google Scholar



21 грудня 2017 року

Суми
2017

УДК 796.011.1/3+613.71 (477)

П78

Друкується згідно з рішенням вченої ради
Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка
(протокол №8 від 26 лютого 2018 року)

Редакційна колегія:

- | | |
|--------------------------|---|
| Лянной Ю. О. | – доктор педагогічних наук, професор, ректор СумДПУ імені А. С. Макаренка; |
| Лянной М. О. | – кандидат педагогічних наук, доцент, директор Навчально-наукового інституту фізичної культури (науковий редактор); |
| Томенко О. А. | – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор; |
| Калиниченко І. О. | – доктор медичних наук, професор; |
| Лоза Т. О. | – кандидат педагогічних наук, професор; |
| Кравченко А. І. | – кандидат педагогічних наук, професор, |
| Звіряка О. М. | – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент; |
| Корж Ю. М. | – кандидат педагогічних наук, доцент; |
| Котелевський В.І. | – кандидат педагогічних наук, доцент; |
| Кукса Н. В. | – кандидат педагогічних наук, доцент; |
| Литвиненко В. А. | – кандидат педагогічних наук, доцент; |
| Копитіна Я. М. | – кандидат наук з фізичного виховання і спорту (відповідальний редактор); |
| Арешина Ю.Б. | – кандидат наук з фізичного виховання і спорту; |
| Дяченко Ю. Л. | – кандидат наук з фізичного виховання і спорту; |
| Скиба О.О. | – кандидат біологічних наук. |

Рецензенти:

- | | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| Міхеєнко О. І. | – доктор педагогічних наук, професор; |
| Дичко В. В. | – доктор біологічних наук, професор |

П78 Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії : матеріали III Всеукраїнської заочної науково-практичної інтернет-конференції / відповід. ред. Я. М. Копитіна ; наук. ред. М. О. Лянной. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. – 220 с.

Збірник складають наукові статті студентів, аспірантів, провідних учених з історичних, управлінських, соціально-економічних та теоретико-методологічних аспектів розвитку сфери здоров'я людини та фізичної реабілітації. Розкрито особливості фізичної реабілітації при різних захворюваннях.

Матеріали конференції будуть корисними для фахівців галузі фізичного виховання, лікарів, фізичних реабілітологів, усіх, хто цікавиться сучасними проблемами розвитку фізичної реабілітації, корекційної освіти, спорту і здоров'я людини, здорового способу життя.

УДК 796.011.1/3+613.71 (477)

© Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017
© Автори

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	7
Миська О.Г., Бас О.А., Рокошевська В.В. Роль міждисциплінарної команди у відновленні осіб після перенесеної черепно-мозкової травми.....	7
Пишна Ю.В., Копитіна Я.М., Арешина Ю.Б. Традиційні та нетрадиційні методи рухової активності при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта.....	11
Руденко А.М., Звіряка О.О. Аквааеробіка у процесі оздоровлення дітей дошкільного віку із порушеннями опорно-рухового апарату.....	15
Уривкова А. О., Звіряка О. М. Особливості фізичної терапії осіб із хребетно-спинномозковою травмою.....	17
РОЗДІЛ 2. РЕКРЕАЦІЙНІ ТА КУРОРТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я.....	20
Кузів Х. С. Фізична реабілітація хворих з хронічним пієлонефритом у післялікарняному періоді із застосуванням природних лікувальних чинників.....	20
РОЗДІЛ 3. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	26
Авраменко Н. Б., Беспалова О. О. Оцінка ефективності програми фізичної реабілітації дітей після апендектомії.....	26
Арешина Ю. Б., Карпенко Ю.М., Зюзько І. Ю. Програма фізичної реабілітації для осіб другого зрілого віку з хронічною серцево-судинною недостатністю I-II ступеня.....	28
Арешина Ю. Б., Карпенко Ю. М., Ісакіна А. Ю. Ерготерапія у системі фізичної реабілітації постінсультних хворих.....	32
Бабенко В.Г., Хапсаліс Г.Л., Янченко І.М., Євдокимова Л.Г. Спортивний психолог як реальний помічник тренера.....	35
Бардакова А.С., Корж З.О. Аеробні фітнес-технології у фізичній реабілітації дітей хворих на вегетативні дисфункції.....	37
Беспалова О. О. Фізична реабілітація дітей з плоско-вальгусною деформацією стоп.....	59
Беспалова О. О. Оцінка ефективності програми фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з ожирінням.....	41
Бугаєнко Т. В., Корж Ю. М. До проблеми визначення оптимального рівня фізичної активності осіб із вродженими вадами серця.....	44
Глива К. В., Копитіна Я.М., Максименко Л.М. Використання засобів фізичної реабілітації у профілактиці гострих респіраторно вірусних інфекцій в умовах дошкільних навчальних закладів.....	46
Грибок Н.М., Буцик О.М. Концепція бобат-терапії як методу фізичної реабілітації дітей з ДЦП.....	49
Грибок Н.М., Залога І.С. Засоби фізичної реабілітації пацієнтів з переломами кісток гомілки.....	51
Грибок Н.М., Качмар Р.О. Засоби фізичної реабілітації дітей з бронхіальною астмою.....	55
Дикун Н.Ю., Корж З.О. Йога-терапія як засіб фізичної терапії вагітних.....	59

Дьоміна А.О., Корж Ю.М. Використання сюжетних занять для дітей з розумовою відсталістю.....	61
Закаляк Н.Р., Волошин Х.Б. Аспекти фізичної реабілітації при дегенеративно-дистрофічних процесах у попереково-крижовому відділі хребта.....	65
Закаляк Н.Р., Спринська О.М. Роль лікувальної гімнастики у відновленні рухової функції верхньої кінцівки у хворих з післяінсультними геміпарезами.....	68
Звіряка О.М., Кравцов А.С., Твердохліб В. А. Сироїдіння як засіб фізичної реабілітації осіб з вертеброгенною патологією в стадії ремісії.....	72
Карпенко Ю.М., Данченко М.В. Особливості комплексної фізичної реабілітації дітей при хронічному пієлонефриті.....	75
Карпенко Ю.М., Руденко Ю.П. Ефективність застосування фізичної реабілітації для дітей хворих на амбліопію.....	77
Котелевський В. І., Заїченко Н. А., Історико-методичні аспекти шведської системи гімнастики та масажу у реабілітації вертебральної патології.....	80
Кукса Н.В., Приходько В.О. Гідрокінезотерапія в системі комплексної фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем.....	84
Литвиненко А.Є., Корж Ю.М. Методика масажу гуаша для профілактики передчасного старіння шкіри обличчя.....	88
Лукашенко О.О., Корж З.О. Раціональне харчування як фактор впливу на здоров'я студентів.....	91
Лянной Ю.О., Ковальова А. Ю. Оздоровчий потенціал системи вправ пілатеса для дітей хворих на ДЦП: теоретичний аспект.....	93
Нагорна Я.Ю., Корж З.О., Корж Ю.М. Особливості методики застосування латексного амортизатора в програмі комплексної фізичної терапії хворих на плече-лопатковий періартрит.....	95
Саражин В., Іванська О.В. Особливості фізичної реабілітації у боксерів після отримання спортивних травм.....	100
Торішна А.В., Корж З.О. Нетрадиційні засоби у фізичної реабілітації дітей хворих на хронічний пієлонефрит.....	102
Шкурко М.В., Звіряка О.М. Реабілітаційні засоби профілактики первинної інвалідності серед осіб із дефектами опорно-рухового апарату.....	105
РОЗДІЛ 4. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....	108
Бугаєва И.М., Корж Ю.Н., Корж З.О. Теоретические аспекты старения организма человека.....	108
Грибок Н.М., Рішко М.В. Цукровий діабет: види, причини виникнення, симптоми.....	111
Картавий С. М., Корж Ю.М. Сучасні методи боротьби з ожирінням.....	113
Корж Ю.М., Лук'янова Н. С. Фізична реабілітація дітей молодшого шкільного віку з захворюваннями органів дихання.....	116
Костюкович О.П., Мірошніченко О.Л. Оздоровче плавання як засіб реабілітації і відновлення дорослих людей, що мають окремі вади в стані здоров'я.....	119
Лахно А.А., Децюра С.И., Лысенко А.Г. Состояние здоровья старшеклассников юга Украины.....	123

Неведомська Є.О., Кадун К.О. Фізична реабілітація в розв'язанні проблеми наркозалежності молоді.....	126
Олійник І.С., Дорошенко Е.Ю. Залежність психологічного клімату спортивної команди від індивідуально-психологічних особливостей кваліфікованих волейболісток.....	128
Слюсарев В. Ф., Кисіль М. С. Удосконалення функціональних можливостей організму студентів засобами волейболу.....	133
Філенко Л.В., Церковна О.В. Аналіз функціональних показників стану здоров'я у студентів 20-22 років засобами інформаційних технологій.....	137
РОЗДІЛ 5. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВАЛЕОЛОГІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....	142
Грибок Н.М., Іляшевич В.В. Фізіологічні аспекти організації фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку з порушеннями постави.....	142
Дубяга О.Ю., Проскурняк О.І. Методи формування здорового способу життя в учнів з порушенням інтелекту.....	144
Миджга О. В. Актуальні проблеми адаптивного фізичного виховання молодших школярів з вадами зору.....	146
Прокопенко Л.І., Голосняк М. В., Олійник Ю. А. Дослідження проблеми адаптації дітей 3-4 року життя до умов дитячого навчального закладу.....	150
Христовая Т.Е., Безуглый А.А. Физические упражнения при разных нозологических формах детского церебрального паралича.....	152
РОЗДІЛ 6. ПИТАННЯ ОЗДОРОВЧО-ТРЕНУЮЧИХ ФІТНЕС ТЕХНОЛОГІЙ.....	157
Skinder N. TO BE OR NOT TO BE: SOCIOCULTURAL TRANSFORMATIONS IN MODERN FITNESS.....	157
Карпенко Ю.М., Бермудес В.П., Звіряка О.О. TRX в системі оздоровлення жінок 30–35 років	158
Кукса Н. В., Самодій Ю. О. Оздоровчо-рекреаційна програма для жінок із гіпокінезією.....	162
Німенко В.О., Іванська О.В. Вплив фітнес-аеробіки на розвиток координації рухів студентів.....	165
Пірогова К.І. Використання оздоровчого фітнесу в процесі фізичного виховання жінок першого зрілого віку.....	167
Саманчук А.П. Фітбол-аеробіка, як універсальний напрям оздоровчих технологій на уроках фізичної культури.....	170
Тимошенко О. М. Сучасний стан та інновації в оздоровчому фітнесі.....	173
Щапова А.Ю., Арєшина Ю.Б. Функціональний фітнес при порушеннях постави у дітей середнього шкільного віку.....	176
РОЗДІЛ 7. ПИТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ.....	180
Герасимчук А.В., Ульяницька Н. Я. Особливості застосування методів арт-терапії при роботі з дітьми дошкільного віку.....	180
Калашник И.К., Иванская Е.В. Гарденотерапия как один из методов эрготерапии для людей пожилого возраста.....	184
Кондрахіна Т.С., Іванська О.В. Використання арт-терапії у дітей з особливими потребами.....	186
Кукса Н.В., Карпенко Ю.М., Магомедова П. Р. Зміст професійної діяльності	189

ерготерапевтів в окремих галузях медицини.....	
Кукса Н.В., Мудрик О.В. Сучасні підходи до реабілітації постінсультних хворих.....	191
Литвиненко В.А., Алексенко А.В. Застосування арт-терапії в процесі реабілітації дітей з компресійними переломами хребта.....	195
Литвиненко В.А., Кривопишина Я.В. Професійна підготовка майбутніх фахівців в галузі здоров'я із застосуванням іноваційних технологій.....	199
Литвиненко В.А., Литвиненко А.Є. Особливості застосування лялькотерапії в роботі з дітьми молодшого шкільного віку із розумовою відсталістю.....	201
Литвиненко В. А., Логвин Я. О. Застосування арт-терапії в професійній підготовці майбутніх ерготерапевтів.....	203
Литвиненко В. А., Луценко І.О. Музикотерапія в оздоровчій роботі з дорослими.....	206
Литвиненко В. А., Миненко О. О. Теоретичне обґрунтування застосування арт-терапії в професійній освіті.....	208
Литвиненко В. А., Руденко Ю.П. Теоретичні засади застосування казкотерапії в корекційно-розвивальній роботі з дітьми молодшого шкільного віку.....	211
Литвиненко В.А., Сидоренко К. О. Застосування арт-терапевтичних технологій в оздоровчій роботі дітей старшого дошкільного віку.....	214
Пехарева С.В., Пехарева А.С. Особенности использования рисуночных методов для выявления особенностей гендерных взаимодействий частоболеющих детей.....	217

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Миська О.Г.,
магістрант спеціальності «Фізична терапія»,
Львівський державний університет фізичної культури

Бас О.А.,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Львівський державний університет фізичної культури

Рокошевська В.В.,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Львівський державний університет фізичної культури

РОЛЬ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ У ВІДНОВЛЕННІ ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

У статті розглядається один із способів побудови ефективної командної роботи з пацієнтом при черепно-мозковій травмі. Важливою складовою такої роботи є можливість спільно з фахівцями з різних сфер діяльності визначати цілі, планувати спільну програму занять і комплексно підходити до їх реалізації.

Ключові слова: фізична реабілітація, черепно-мозкова травма (ЧМТ), міждисциплінарна команда, шкала «когнітивного рівня функціонування Rancho».

Постановка проблеми. Міждисциплінарна команда – це група (команда) фахівців з різних галузей терапії, які спільно визначають вихідний рівень пацієнта (кожен у своїй сфері). Вони складають програму необхідних заходів для комплексного і спільного впливу на пошкоджену структуру чи функцію людини. Комунікація відбувається горизонтально, тобто всі члени команди спілкуються відрито і спільно напряму один з одним.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) – це механічне пошкодження м'яких тканин, кісток черепа і внутрішньочерепного вмісту: речовини мозку, мозкових оболонок, судин, синусів, черепних нервів [6].

Виділяють такі форми ЧМТ:

- струс головного мозку (ГМ);
- забій ГМ (легкого, середнього та важкого ступенів тяжкості);
- дифузне аксональне ушкодження мозку (ДАУ);
- стиснення ГМ.

У світовій практиці при ЧМТ вже давно проводиться фізична реабілітація, однак, найбільшого розвитку та поширення цей напрям набув у західно-європейських державах: Канаді та США. У цих державах напрямок фізичної реабілітації розвивається вже близько 50–60 років, існує багато розробок, які окремо базуються на стадіях відновлення когнітивних порушень у людей, програми відповідають важкості травм і різним клінічним ознакам, які можливі при травмі головного мозку тощо. Сучасна іноземна література представляє різні варіанти організації реабілітаційних команд з різними членами цих команд, однак усі вони мають спільні риси – міждисциплінарність [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Пошкодження мозку та тяжкість ушкоджень залежать як від сили удару, так і від біомеханіки травми. Однією з найпоширеніших причин ЧМТ є дорожньо-транспортні пригоди, травми на виробництві, падіння з висоти і останнім часом збільшилась кількість вогнепальних уражень. Внаслідок міно-вибухових та вогнепальних поранень, дуже гостро постало питання фізичної реабілітації [4].

Травматичні пошкодження черепа та головного мозку складають 30–40 % усіх травм. Вони займають перше місце за показниками летальності та інвалідизації серед осіб працездатного віку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно у світі отримують ЧМТ понад 10 млн. осіб, 250–300 тис. із цих випадків завершуються летально. Та кількість потерпілих з черепно-мозковою травмою кожен рік збільшується на 2 %. В Україні частота ЧМТ щорічно становить у різних регіонах від 2,3 до 6 випадків (в середньому 4–4,2) на 1000 населення (Є.Г.Педаченко, А.М. Морозов), від ЧМТ кожного року помирає 10–11 тис громадян (І.П. Шлапак та співавт.), тобто смертність становить 2,4 випадки на 10 тис населення [2] [8].

За даними авторів (Шевага В. М., Окамото Г.), найчастіше черепно-мозкова травма трапляється у соціально активного населення віком від 20 до 50 років, при цьому в 1,5 рази частіше у чоловіків ніж у жінок. Наслідки черепно-мозкової травми бувають різними, залежно від локалізації та

важкості ураження мозкової тканини. У клінічній картині черепно-мозкової травми можуть спостерігатись моторні, когнітивні та чутливі розлади [9].

Після травми пацієнту проводиться курс лікування, важливою складовою якого є фізична реабілітація. Більшість реабілітаційних послуг пацієнт може отримати у реабілітаційному відділенні при лікарнях чи у реабілітаційних центрах. Новим, прогресивним підходом у відновленні такої категорії пацієнтів є робота у реабілітаційних центрах міждисциплінарної команди, яка є важливою, оскільки враховує усі скарги, ускладнення та запити пацієнта з ЧМТ. Лікування і реабілітація людей з травмою є економічно збитковими для держави, адже потрібно велику суму коштів для утримання лікуючого персоналу, забезпечення матеріально-технічними засобами тощо. За останній час в Україні почали відкриватись все більше приватних реабілітаційних центрів в яких з пацієнтами після ЧМТ працюють за авторськими методиками.

Метою нашої роботи було, на прикладі реабілітаційного центру Rancho Los Amigos, проаналізувати роль та місце міждисциплінарної команди у реалізації реабілітаційної програми для осіб після перенесеної черепно-мозкової травми.

Методами нашого дослідження були аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури з подальшою систематизацією та описом результатів пошукової роботи.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація людей із вадами – це процес, що має на меті досягнення людиною її оптимального фізичного, емоційного, інтелектуального, психологічного та соціального функціональних рівнів. Реабілітація забезпечує людей із вадами методами то засобами, які необхідні для досягнення ними незалежності та самовизначення [5].

У нашому суспільстві сформувався стереотип стосовно того, що держава повинна виступати фінансовим спонсором для підтримки хворих і знедолених без спроби повернути їх до соціально активного життя. З іншого боку, пацієнт, який отримує державну дотацію у вигляді пенсії, допомоги тощо, поступово звикає до постійної допомоги і це зменшує його мотивацію до активного життя.

Сьогоднішній підхід до реабілітації, шляхом поділу її на реабілітацію соціальну, професійну, медичну і т. ін., не дозволяє визначити кінцеву мету вкладення державних коштів та не дає змоги простежити ефективність. Держава виділяє кошти, не отримуючи зворотного зв'язку й дієвого ефекту, також відсутня статистика щодо того, скільки відсотків пацієнтів одужали. Незважаючи на титанічні зусилля держави, постійно спостерігається тенденція до зростання кількості осіб з інвалідністю.

Одним з прикладів ефективної роботи міждисциплінарної команди, який варто взяти до уваги є реабілітаційний центр «Rancho Los Amigos» в Лос-Анджелесі, штат Каліфорнія, США [1].

У цьому закладі переважно працюють з пацієнтами, які отримали черепно-мозкову травму. Характерною ознакою при травмі головного мозку є порушення когнітивних функцій (увага, пізнання, мислення, пам'ять, орієнтація тощо).

Так, за прикладом реабілітаційного центру «Rancho Los Amigos» до міждисциплінарної групи фахівців при роботі з травмою голови входять такі фахівці:

1) лікар нейрохірург чи невролог. Його функція стабілізувати стан потерпілого медикаментозними препаратами, слідкувати за когнітивними процесами, за потреби давати різні стимулюючі препарати, або при надмірній агресивності чи неадекватній поведінці, прописати седативні препарати.

2) Фізичний терапевт. Його завданням є оцінити рухові можливості пацієнта та виявити слабкі компоненти щоб скласти індивідуальну програму фізичної реабілітації. Терапевт коригує заняття по тривалості, інтенсивності роботи, підбору вправ і кількості повторень за функціональними можливостями кожної людини.

3) Наступним спеціалістом команди є медсестра. Її щоденний майже цілодобовий нагляд і догляд за людиною має дуже велике значення. Вона слідкує за фізичним та психологічним станом, доглядання, харчування і виконання всіх необхідних елементарних щоденних справ лежить на ній.

4) Ерготерапевт. Сприяє відновленню або адаптації до володіння своїми руками для самообслуговування. До самообслуговування входить: харчування, проведення гігієнічних процедур, одягання, відновлення дрібної моторики. Також важливим є покращення(відновлення) функції письма, планування своїх справ і дотримання їх.

5) Рекреаційний терапевт. Так як суть рекреації – це відновлення, ці терапевти підбирають такий вид ігрової та спортивної діяльності, який людина зможе виконувати. Пацієнту на самперед, має бути цікаво займатись. Також заняття мають приносити загальне зміцнення організму, збільшити фізичну витривалість, покращити самопочуття і функціональний стан хворого.

6) Логопед. Дуже часто при пошкодженні мозку страждає моторика мовного апарату. Завдяки специфічним вправам і допоміжним засобам цей спеціаліст допомагає відновити мовну функцію.

7) Соціальний працівник – людина, яка володіє достатньою кількістю інформації з питань адаптації до навколишнього середовища, можливих пільг, допомагає виконати одну з найважливіших функцій людини в соціумі – повернутись до нього і відчувати себе повноцінною складовою суспільства.

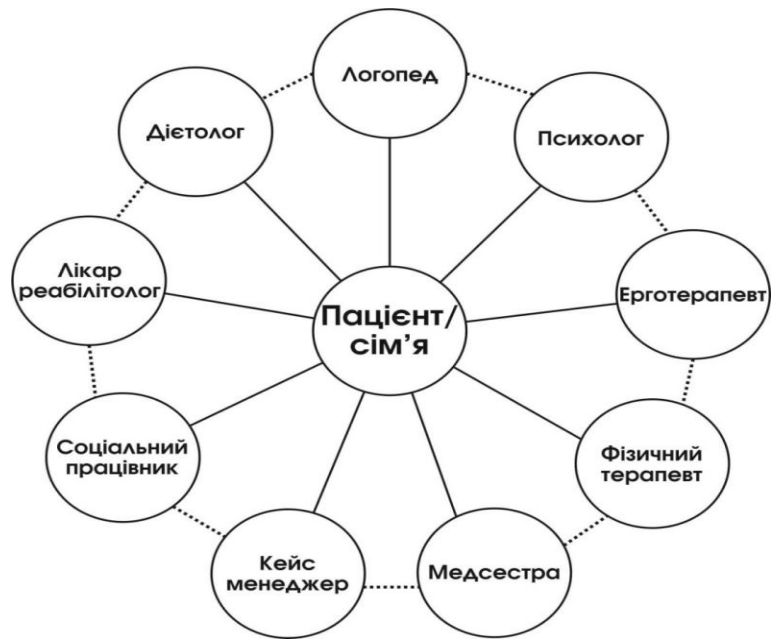


Рис. 1. Схема міждисциплінарної команди [3].

8) Психолог. Проводить різні тестування, зокрема когнітивного характеру. Допомогає слідкувати за психо-емоційним станом постраждалого. Він може допомогти рідним, оточуючим і самому потерпілому адекватно сприймати наявний стан і як з ним продовжувати життя.

9) Кейс менеджер – координує реалізацію плану лікування на кожен день, складає графіки занять і процедур, слідкує за часом і наданням послуги, також займається комунікацією між пацієнтом та страховими компаніями [3].

Лікарі та інші фахівці центру спостерігали за травмованими пацієнтами і етапами їхнього відновлення, впродовж багатьох років. За результатами спостереження встановлено певні симптоми, якими характеризуються люди з ЧМТ на різних етапах терапії. Так, при роботі з травмою головного мозку, важливо будувати програму занять з врахуванням ділянки мозку, яку було найбільше ушкоджено. Знаючи за що і за яку роботу відповідає кожна ділянка, які психологічні чи когнітивні характеристики їм відповідають, фізичний терапевт бере це до уваги, для розуміння наявного стану у свого пацієнта і ступеня порушення функціонування певної структури [7].

Для спільного розуміння, в якому стані знаходиться зараз конкретний пацієнт та ефективного спілкування між собою, фахівцями центру було розроблено 8-рівневу шкалу «Когнітивного рівня функціонування Rancho». Вона характеризує когнітивні (збудження, уваги і пізнання...) рівні та пропонує певні рекомендації по роботі з кожним рівнем. Кожен з цих рівнів має назву і характеризується рівнем збудження, уваги та пізнання. Також розроблені рекомендації по догляду та терапії на кожному з рівнів, які будуть корисними для кращого відновлення пацієнта.

Нижче наведена характеристика когнітивних рівнів функціонування шкали Rancho:

1) Рівень 1 – відповідь на подразники відсутня. Пацієнт лежить спокійно, наче спить. Відповіді відсутні на будь-які подразники, в тому числі на біль.

2) Рівень 2 – узагальненої відповіді. Починає реагувати на звуки, світло, дотик або рух. Відповідь на всі подразники однакова та повільна.

3) Рівень 3 – локалізована відповідь. З'являються вираженні пробудження і сон, більше рухів, відбувається впізнання рідних, виконує кілька простих інструкцій, реагує непослідовно на прості питання.

4) Рівень 4 – сплутано-схвильований. Не знає, що відбувається навколо чи що відчуває, наляканий і занадто гостро реагує на подразники. Пацієнт може бути неспокійним, розлюченим або ображеним, якщо потрібно стриманий, сильно зосереджений на основних потребах.

5) Рівень 5 – дезорієнтований і неадекватний. Може утримати увагу на кілька хвилин, не до кінця свідомий місця перебування, часу, тощо, не в змозі почати або завершити щоденні справи. Погана пам'ять про минулі події стає більш ясною, повторюється і потребує натяків для продовження.

6) Рівень 6 – дезорієнтований і адекватний. Трохи збентежений, може слідувати графіку за допомогою рідних, чи медичного персоналу, уважний до 30 хв., робить чи говорить швидко, не думаючи. Пацієнт пов'язує свої проблеми з перебуванням у лікарні, каже, що повернувшись додому все налагодиться.

7) Рівень Автоматично-адекватний. Дотримується встановленого розкладу. Якщо фізичний стан дозволяє, зможе виконати догляд за собою без допомоги. Можливі проблеми при виникненні

нових ситуацій чи завдань, які до цього часу не виконував. Проблеми з плануванням. Важко утримувати увагу в стресових ситуаціях.

8) Рівень – Цілеспрямований – доречний. Розуміє, що у нього є проблеми з мисленням і пам'яттю, починає все більше вирішувати свої проблеми, готовий до керування автомобілем, здатний вчитись, але потребує більше часу на опрацювання нової інформації і запам'ятовування. Починає і поетапно завершує знайомі особисті, побутові, суспільні і робочі завдання, а також рекреаційні завдання. Може мати проблеми з мисленням, які є непомітними. Демонструє недалекоглядність у нових ситуаціях і може потребувати допомоги. 8 рівень по шкалі, це людина практично здорова, яка самостійно здатна обслуговувати себе, приймати рішення і бути самостійною [1].

За результатами багаторічної роботи, фахівцями центру Rancho встановлено, що реабілітаційна команда побудована у міждисциплінарній формі, яка забезпечує командний, але водночас індивідуальний підхід до занять з кожним пацієнтом. Спільні обговорення членами команди, врахування всіх нюансів і деталей, дають можливість оперативно реагувати на всі зміни чи порушення у пацієнта та вирішувати їх по мірі виникнення. Відкритість у спілкуванні, знання того, як живе і виконує різні завдання пацієнт дають змогу спільно проговорити і вислухати професійні думки всіх фахівців. У разі необхідності, вносяться корективи у програму відновлення, акценти завдань можуть змінюватися залежно від фізичного, когнітивного чи медико-біологічного стану.

Використання спільних клінічних інструментів, зокрема рекомендацій, які пропонуються в описаній вище шкалі функціонування, дають змогу точно і однаково говорити про стан пацієнта, використовувати одні принципи побудови організації занять, розуміти потреби людини і створити максимально комфортний клімат організації занять. Адже, майже цілодобова комунікація одного з членів команди із хворим дозволяє, на спільних зборах, максимально повно донести потрібну інформацію про стан чи потреби пацієнта.

Останнім часом, у країнах де розвинута фізична реабілітація все частіше стараються побудувати роботу з пацієнтами у форматі міждисциплінарної команди. Адже результати спільного впливу на пацієнта видимі значно швидше і в більшій мірі. Група фахівців різної спеціалізації максимально всесторонньо впливають на стан пацієнта. Такий комплексний підхід до вирішення проблем пацієнта дозволяє якісно вплинути на покращення загального стану пацієнта і сприяти поверненню його до соціуму.

Висновок. Отже, ми проаналізували можливість побудови роботи з людьми після перенесеної ЧМТ у форматі міждисциплінарної команди. Встановлено, що така робота є ефективною, коли базується на основних цінностях, таких як: встановлення і досягнення спільних цілей, стратегії терапії, догляду, надання рекомендації рідним тощо.

Добрим прикладом комунікації та надання реабілітаційних послуг є використання міждисциплінарної команди. Адже, коли група людей збирається над вирішенням індивідуальної ситуації – відбувається спільна комунікація по горизонтальному типу спілкування, в наслідок якої, проговорюються різні деталі та важливі зауваження. І тоді спільним командним рішенням підбирається максимально ефективна, комплексно охоплена програма занять для максимально позитивного впливу на пацієнта і його оточуючих. Яскравим прикладом для використання цієї моделі організації реабілітаційної команди, є центр «Rancho Los Amigos», в якому також було розроблену уніфіковану шкалу «Когнітивного рівня функціонування Rancho» для спілкування на одному рівні розуміння усіх фахівців центру про стан їхніх пацієнтів.

Перспективою подальших досліджень є пошук способів та методів забезпечення максимально комплексного підходу у фізичній реабілітації. Тільки комплексно охоплюючи аналіз, діагностування, обстеження кожного пацієнта, можна врахувати всі особливості для надання якісних реабілітаційних послуг, а такий продукт може гарантувати лише міждисциплінарна команда.

Література:

1. The scale of the cognitive functioning of the Rancho. [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://ranchofoundation.org> (дата звернення: 01.11.2017).
2. Невирішені питання надання екстреної медичної допомоги постраждалим з тяжкою поєднаною травмою. Проблеми військової охорони здоров'я / Г. Г. Рошн, С. О. Гур'єв, Н. М. Барамія [та ін.] // Київ – 2012. – С. 48–56.
3. Behm J. Interdisciplinary Rehabilitation Team. Section 5 / Judi Behm, Nancy Gray // Medical Directory. – 2014. – pp 11–12.
4. Черепно – мозкова травма. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://poradum.com/zdorovya/golovna-bil/cherepno-mozkova-travma-prichini-vidi-simptomi-i-likuvannya.html> (дата звернення: 01.11.2017).
5. Mehanna R. Movement disorders in cerebrovascular disease / R. Mehanna, J. Jankovic // The Lancet Neurology. Ukranon edition. – 2014. – N 1(54). – P. 11–25.
6. Traumatic brain injury (TBI). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.traumaticbraininjury.com> (дата звернення: 02.11.2017).

7. Янчик Г. В. «Фізіологія вищої нервової діяльності» (курс лекцій). Сумський державний університет. Медичний інститут. Навчальний посібник для студентів 2-го курсу / Г.Є. Янчик // Медичний інститут. – 2009. – С. 1–57.

8. Педаченко Є. Г. Закрита черепно – мозкова травма. Сучасний погляд на проблему / Є.Г.Педаченко // ДУ «Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова АМН України». – 2010. – К. 1–56.

9. Крук Б. Р. Фізична реабілітація осіб із черепно – мозковою травмою / Б. Р. Крук, В.В.Рокошевська, О. Ю. Білянський // Спортивна наука України. – 2015. – №1 (65). – С. 60–69.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2017 р.

Пишна Ю.В.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Копитіна Я.М.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Арешина Ю.Б.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ТРАДИЦІЙНІ ТА НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У статті розглядається можливість застосування різних методик, систем рухової активності у системі комплексної фізичної терапії при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта. Увагу приділено як західним, традиційним методикам, так і нетрадиційній системі тибетської медицини «Око відродження».

Ключові слова: лікувальна гімнастика, «Око відродження», остеохондроз, попереково-крижовий відділ, рухова активність.

Постановка проблеми. Остеохондроз хребта є одним з найбільш широко розповсюджених захворювань, що ведуть до тимчасової втрати працездатності та зниження якості життя хворого. Можна стверджувати, що на сьогоднішній день це одна з найбільш значущих проблем у медицині та соціальному житті. У розвинених країнах поширеність болю в спині досягає 50–80%. У нашій країні також значно збільшилася кількість людей, які страждають на структурно-функціональні порушення хребта. За деякими даними до 60% дорослого населення України страждає на захворювання, що пов'язані з дегенеративно-дистрофічними змінами міжхребцевих дисків та супроводжуються деструктивними змінами тканини хребців. Деякі дослідники стверджують, що у віковій категорії 51–60 років остеохондроз зустрічається практично у 100 % населення [15; 17; 18].

Консервативне лікування остеохондрозу базується на використанні численних поєднань медикаментів для зовнішнього і внутрішнього застосування, що може супроводжуватися фізіотерапевтичними процедурами, витягненням та фізичними вправами традиційної лікувальної гімнастики, але воно не завжди забезпечує гарні результати, особливо у плані довготривалих результатів. Так, принципи загальноприйнятого лікування, що використовують в основному медикаментозну терапію, фактично зводяться до заліковування проявів хвороби. В той же час практично 57% пацієнтів стають «постійними клієнтами» неврологічних відділень і не менше двох разів на рік проходять курси стаціонарного лікування, спрямованого на боротьбу з різними проявами захворювання [2; 4; 7].

Таким чином, актуальним є перегляд програм ЛФК при даному захворюванні з точки зору можливостей поєднання різних методів, зокрема традиційних та нетрадиційних, що може сприяти підвищенню ефективності фізичної терапії даної категорії пацієнтів.

Мета дослідження з'ясувати особливості застосування традиційної методики ЛФК та нетрадиційних методів рухової активності, зокрема східної оздоровчої гімнастики «Око відродження», при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта.

Об'єкт дослідження: рухова активність при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта.

Предмет дослідження: особливості застосування традиційних та нетрадиційних методів рухової активності при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта.

Основним **методом дослідження** став аналіз спеціальної наукової та методичної літератури за проблемою остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта.

Результати дослідження. У комплексі методів кінезотерапії дегенеративних захворювань хребта одна з головних ролей належить фізичним вправам як методу активної функціональної терапії. Питанням кінезотерапії з використанням фізичних вправ присвячена ціла низка робіт [8; 10; 13; 20; 23; 25]. При цьому у деяких роботах [19; 20; 21; 26; 27; 28] акцентується увага на можливості ліквідації болю у попереку за допомогою фізичних вправ. Однак, є лише поодинокі роботи, у яких підбір вправ і тактичні підходи до лікування остеохондрозу хребта обґрунтовані з позиції біомеханіки – постійно діючих біомеханічних факторів на функцію, структуру хребетного стовпа, механізми розвитку патологічних синдромів [8; 21; 24].

Широкий діапазон дії лікувальної фізкультури (ЛФК) та її видів, зокрема лікувальної гімнастики (ЛГ), забезпечується багатогранністю механізмів впливу, що включають всі рівні центральної і вегетативної нервової системи, ендокринні та гуморальні фактори [22]. До позитивних характеристик методу відноситься також відсутність негативної побічної дії при правильному дозуванні і раціональному методичному оформленні занять фізичними вправами, а також, можливість тривалого застосування, яке переходить з лікувального у профілактичне та загальнооздоровче.

У методологічному плані фізичні вправи ЛГ являють собою єдиний комплекс, але з обов'язковим урахуванням індивідуальних особливостей перебігу і локалізації процесу, стадії захворювання, а також клінічних проявів кожного синдрому остеохондрозу [16].

Заходи з використанням лікувальних вправ спрямовані на: розтягнення контрагованих і спазмованих м'язових груп; нормалізацію функціонування синергістів і антагоністів, що беруть участь у постуральному балансі тулуба; зміцнення м'язового корсету тулуба, що виконує для хребта фіксує і стабілізує функцію [11; 16].

ЛГ при вертеброгенній патології покликана зміцнювати м'язовий корсет – розгиначі хребта і м'язи черевного пресу [24], – і поліпшити кровообіг в уражених м'язових, фіброзних і нервових елементах, зменшити набряк нервового корінця [20]. Найважливішою метою заходів є створення і зміцнення оптимальних рухових стереотипів. Зміцнюючи певні групи м'язів, ЛГ одночасно виступає засобом розслаблення інших м'язів і зменшення загальної напруженості.

Остеохондроз характеризується хронічним перебігом, із загостреннями і ремісіями. Загострення провокуються гострою травмою хребта, статико-динамічними навантаженнями, переохолодженнями, інфекцією.

У період гострого больового синдрому при поперековому остеохондрозі фізичні вправи не застосовуються.

У підгострому періоді починають застосування ЛФК. Завданнями ЛФК в даний період є: розвантаження хребта від статичного навантаження і його витягування; зміцнення м'язів спини; підвищення тону центральної нервової системи; нормалізація крово- і лімфообігу у ділянці патологічного вогнища; нормалізація трофіки в уражених міжхребцевих дисках; тренування серцево-судинної системи.

ЛГ застосовується у полегшених вихідних положеннях: лежачи на спині, на боці, на животі, стоячи на четвереньках. При розвантажувальному положенні на четвереньках зменшується напруження м'язів спини; хребет звільняється від статичного обтяження, що дозволяє більш вільно здійснювати рухи тулубом і нижніми кінцівками.

До занять включаються загальнозміцнювальні, дихальні, а також спеціальні вправи.

Спочатку виконуються елементарні вправи без зусиль, з обмеженою амплітудою. Поступово обсяг рухів, виконуваних ритмічно, у повільному, а згодом у середньому темпі, збільшується. При виникненні болю призначають вправи на розслаблення м'язів, тракцію, а також гімнастику в теплій воді. У міру зменшення болю та збільшення обсягу рухів до занять включають вправи з великим м'язовим зусиллям, опором, обтяженням і т. д., що сприяють зміцненню гіпотрофованої мускулатури.

Вправи для м'язів тулуба виконують м'яко, з обмеженою амплітудою, яка зростає поступово. Для збільшення навантаження на м'язи попереково-крижової ділянки використовують вправи у прокочуванні і метанні м'ячів і медичного болу. З метою зменшення больових проявів, спеціальні вправи чергують із загальнорозвивальними і дихальними. Для витягування хребта призначають вправи типу змішаних висів біля гімнастичної стінки. З даною метою використовуються і гімнастичні кільця. З їх допомогою виконують також бічні рухи тазом у різних напрямках з обов'язковою опорою ногами на підлогу. Тривалість занять ЛГ поступово збільшується від 30 до 40–45 хвилин.

У підгострому періоді заняття проводяться, як правило, індивідуальним методом: спочатку у палаті, а згодом у кабінеті ЛФК.

У періоді неповної та повної ремісії хворому призначається щадно-тренувальний та тренувальний рухові режими. Заняття проводяться груповим методом у залі лікувальної фізкультури.

У заняття включаються різноманітні загальнозміцнювальні та спеціальні вправи, у тому числі вправи з обтяженнями у різних вихідних положеннях, для м'язів тулуба з великою амплітудою.

Небажаними є різкі підскоки, різкі нахили тулуба, піднімання вантажів. Широко застосовуються також напіввиси, виси, вихідні положення лежачи і стоячи на четвереньках.

З метою зміцнення м'язів спини, живота і кінцівок широко застосовуються різні силові тренажери, але з обережним, поступовим збільшенням величини обтяження.

Тривалість заняття складає 40–45 хвилин і більше. Можуть використовуватися також циклічні навантаження: ходьба, веслування, ходьба на лижах та ін. [9; 11].

В останні роки з'явилася нова методика реабілітації при остеохондрозі яка дістала назву кінезітерапії. Її слід розглядати як інтенсивну фізичну реабілітацію, при якій здійснюється інтенсивний розвиток силової витривалості м'язів всього тіла на спеціальних тренажерах. До комплексної програми реабілітації входять так звана суглобова гімнастика (вправи на розтягування, розслаблення і силу м'язів), а також контрастні температурні впливи (лазня-сауна-холодна ванна) і масаж. Курс складається з 3 етапів по 12 занять у кожному і триває 3–4 місяці. Авторами вказується: для того щоб зберегти ефект реабілітації, хворі повинні продовжувати самостійне виконання рекомендованих фізичних вправ вдома або періодично проходити профілактичний курс у центрах реабілітації [3; 5].

Поряд із сучасними методиками офіційної західної системи реабілітації існують і східні системи. Їх відмінною рисою є приділення значної уваги внутрішній, так званій «енергетичній» складовій патогенезу остеохондрозу. На думку прихильників даних систем, 70% пацієнтів страждають функціональними розладами, які мають найчастіше енергетичний характер.

Організм, як правило, має можливість пригнічити і компенсувати дисгармонію, що виникла. Однак феномен компенсації неминуче запускає у дію механізм енерговитрат. Дані витрати можуть компенсуватися або ззовні, або шляхом перерозподілу енергії, або зсередини самого організму, тобто шляхом приведення його до гармонійного, збалансованого стану. Тибетські вправи вважаються одним із шляхів подібної гармонізації. Дослідження показали, що потоки енергії у людському тілі на рівні енергетичних центрів (чакр) потребують не тільки підживлення, але і гармонізації (врівноваженні духовного і фізичного рівнів). Саме це досягається завдяки виконанню тибетських вправ. Вправи доступні кожному, практично безпечні і забезпечують результат вже через 2–3 місяці щоденних занять [6; 12].

Вправи даної системи мають багато спільного із заняттями з класичної хатха-йоги. У даній системі під час виконання вправ чергуються нахили тулуба уперед та прогини назад, що сприяє поліпшенню рухливості хребта, збільшенню трофіки вертебральних та паравертебральних структур, нормалізації тону великих м'язових груп тіла. Іще одним важливим аспектом фізіологічного впливу даної системи є активізація основних залоз внутрішньої секреції, що поліпшує загальний стан організму і є особливо актуальним для людей похилого віку [1; 14].

Висновки. У ході аналізу даних спеціальної наукової та методичної літератури було встановлено, що для пацієнтів із остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта різні засоби рухової активності посідають чільне місце у комплексній системі реабілітації.

У традиційній західній системі медичної реабілітації методики гарно методично розробленою є загальноприйнята методика ЛФК, а також існують авторські системи, зокрема кінезітерапія за С.М. Бубновським.

Серед нетрадиційних методик можна виділити систему вправ «Око відродження», яка, на думку її дослідників, має практично необмежені можливості у загальному поліпшенні стану здоров'я. Проте наукових досліджень, що стосувалися б особливостей застосування традиційних методик рухової активності та системи «Око відродження» при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта, виявлено не було.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці, апробації та встановленні ефективності комплексної програми фізичної терапії для людей похилого віку із остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта, до складу якої буде включено традиційні та нетрадиційні методи рухової активності.

Література:

1. Арешина Ю. Особливості йогатерапії у фізичній реабілітації дітей, які страждають на рецидивний бронхіт. Молода спортивна наука України. 2010. Вип. 14. Т. 3. С. 11–16.
2. Бондарь И. Новый подход в физической реабилитации при остеохондрозе позвоночника. Тези міжнародної науково-методичної конференції: Фізична реабілітація як напрям підготовки спеціалістів. – Київ: НУФВСУ, 2003. – С. 23–24.
3. Бубновский С.М. Руководство по кинезитерапии. Лечение боли в спине и грыж позвоночника. Москва, 2004. 112 с.
4. Грабовская Е.Ю., Снапков П.В., Мамаева В.В. Эффективность комплексной реабилитации мужчин с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Серия «Биология, химия». Т. 1 (67). 2015. № 3. С. 3–13.

5. Егорова Н. С. Силовые упражнения на тренажерах специального типа в физической реабилитации больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника: автореф. дисс. ... канд. пед. наук. Москва, 2003. 25 с.
6. Келдер П. Око возрождения. Киев: София, 2016. 160 с.
7. Киреев И.В., Казаринова М.В., Жаботинская Н.В., Рябова О.А., Кашута В.Е. Методы реабилитации больных остеохондрозом позвоночника. Ліки – людині. Сучасні проблеми фармакотерапії і призначення лікарських засобів: Матеріали XXX Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Харків: НФаУ, 2013. – С. 226–233.
8. Консервативное лечение остеохондроза позвоночника / В.Я. Фищенко. Г.Ф. Мартыненко. В.С. Шаргородский, В.А. Швец. Киев: Здоров'я, 1989. 167 с.
9. Корж Ю.М., Звіряка О.М. Практикум з теорії і методики лікувальної фізичної культури. Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2007. 183 с.
10. Курлан Ю.И., Таламбум Е.А., Силин Л.Л. Движения против остеохондроза позвоночника. Москва: Физкультура и спорт, 1987. 32 с.
11. Лечебная физическая культура: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. Под ред. С.Н.Попова. Москва: Издательский центр «Академия», 2004. 416 с.
12. Набойченко В.Н., Данилов И.М. Мануальная терапия от А до Я. Киев: Атика, 2004. 304 с.
13. Панов А.Г., Чурилов Ю.К., Крикливая Д.И. Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк: Изд-во Новокузнецк. ГИДУВ, 1973. С. 162–172.
14. Сафронов А. Г. Йога: физиология, психосоматика, биоэнергетика. Харьков: Ритм-Плюс, 2008. 256 с.
15. Торчинов И.А., Торчинова З.А. Динамика поясничных болей у лиц с остеохондрозом позвоночника. Современные проблемы науки и образования. 2008. № 1. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=2451> (дата звернення: 8.12.2017).
16. Фищенко В.Я., Лазарев И.А., Рой И.В. Кинезотерапия поясничного остеохондроза. Киев: Медкнига, 2007. 96 с.
17. Черкасов А.Д. Пути предотвращения остеохондроза позвоночника. Часть 1. Локализация дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике // Фундаментальные исследования. 2008. № 7. С. 41–45.
18. Чухрова М.Г., Джулай Л.В. Психоэмоциональные и личностные характеристики при хронических болях в спине. Мир науки, культуры, образования. 2010. № 1 (20). URL: http://www.spinabezboli.ru/psihoeemocionalnie_lichnostnie_harakteristiki (дата звернення: 8.12.2017).
19. Bernsen H., Lindgjarde F., Manthorpe R. The effect of dynamic strength back exercise and/or a home training program in 57-year-old women with chronic low back pain. Results of a perspective randomised study with a 3-year follow-up period. Spine. 1997. № 22 (13). P. 1494–500.
20. Carpenter D.M., Nelson B.W. Low back strengthening for the prevention and treatment of low back pain. Medicine & Science in Sports & Exercise. 1999. № 31. P. 18–24.
21. Hayden J.A., van Tulder M.W., Tomlinson G. Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. Systematic review. Annals of Internal Medicine. 2005. № 142 (9). P. 776–785.
22. Hodges P.W., Richardson C.A. Neuromotor dysfunction of toe trunk musculature in low back pain patients. Proceedings of the World Confederation of Physical Therapists Congress. Washington, 1995. P. 344–345.
23. Kankaanpaa M., Taimela S., Hanninen O., Airaksinen O. Efficacy of active physical rehabilitation in chronic low back pain. Effect on pain intensity, self-experienced disability, and lumbar fatigability. Spine. 1999. № 24 (10). P. 1034–1042.
24. Liebenson C. Rehabilitation of the spine. Baltimore: Williams & Wilkins, 2006. 972 p.
25. Long A., Donelson R., Fung T. Does it matter which exercise? Spine. 2004. № 29. P. 2593–2602.
26. Moffett J.K., Torgerson D., Bell-Syer S., Jackson D., Uewlyn-Phlftipe H., Farrin A., Barber J. Randomized controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs and preferences. British Medical Journal. 1999. Vol. 319 (7205). P. 279–283.
27. O'Sullivan P.B., Phyt G.D., Twomey L.T., Allison G.T. Evaluation of specific exercise in the treatment of chronic low back pain with radiological diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis. Spine. 1997. № 22 (24). P. 2959–2967.
28. Shiple B., DiNubile N.A. Relieving low-back pain with exercise // The Physician and sportsmedicine. 1997. Vol. 25., № 8. P. 67–68.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2017 р.

Руденко А.М.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Звіряка О.О.

студентка 4-го курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

АКВААЕРОБІКА У ПРОЦЕСІ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

У статті проаналізовано оздоровчий вплив аквааеробіки для дітей дошкільного віку із порушеннями опорно-рухового апарату. Розглянуто особливості її проведення у процесі оздоровчих занять з дітьми.

Ключові слова: аквааеробіка, опорно-руховий апарат, діти дошкільного віку.

Постановка проблеми. Останнім часом все частіше спостерігається збільшення чисельності дітей із порушеннями розвитку опорно-рухового апарату (ОРА). Статистика свідчить, що захворювання ОРА посідають третє місце після серцево-судинних та онкологічних захворювань [4]. Найбільш поширеними з них залишаються: сколіоз, дисплазія кульшових суглобів, вальгусна та варусна деформація нижніх кінцівок, плоскостопість, кривошия та інші.

Навіть незначні зміни у процесі формування ОРА дитини можуть призвести до незворотних наслідків та погіршити їх якість життя. Особливому впливу підлягають діти дошкільного віку, тому що саме в цей період відбувається перше скелетне витягання, яке супроводжується змінами у кістково-м'язовій системі [6]. Більшість науковців стверджують, що стан ОРА є критерієм показника здоров'я в цілому, що впливає на гармонійне функціонування органів і систем всього організму.

Отже, все вищезазначене зумовлює необхідність пошуку ефективних новітніх засобів реабілітації та профілактики захворювань опорно-рухового апарату починаючи ще з дошкільного віку.

Мета дослідження – узагальнити досвід застосування аквааеробіки для дітей дошкільного віку із порушеннями опорно-рухового апарату.

Об'єкт дослідження – аквааеробіка дітей дошкільного віку із порушеннями ОРА.

Предмет дослідження – методика аквааеробіки для покращення функціонального стану ОРА дітей дошкільного віку.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз сучасних літературних джерел показав, що більшість фахівців займаються дослідженням та пошуком новітніх ефективних засобів фізичної терапії та фізичного виховання дітей з порушенням розвитку ОРА, які розглядаються в роботах Є. А. Яних (2003), В. А. Захаркіна (2007), Н. Ж. Бугакова (2010) [9].

За даними наукових досліджень Л. С. Арзамасцева та М. Г. Семенчука аквааеробіка є найефективнішою та доступною формою фізичної активності, яка сприяє зміцненню та злагодженому функціонуванню всіх систем організму.

Вчені М. В. Рибак, Т. А. Мініна (2009) наголошують на тому, що заняття у водному середовищі покращують розвиток суглобово-зв'язкового апарату та зміцнюють нервову систему дитячого організму. Також пропонують до аквааеробіки включати частину занять з навчання плаванню [8].

На думку І. А. Большакової (2005) виконання вправ у воді сприяють правильному формуванню фізіологічних вигинів хребта та постави, а також розвитку таких фізичних якостей, як гнучкість, сила та витривалість [1].

Виклад основного матеріалу. Фахівці в галузі ортопедії вважають, що показником гармонійного розвитку фізичних і моральних сил є правильне формування опорно-рухового апарату. Тому, однією з умов щодо профілактики та відновлення порушень ОРА є заняття аквааеробікою.

Аквааеробіка – це вид фітнесу, комплекс фізичних вправ у воді під музичний супровід з елементами плавання та гімнастики. Вона стимулює діяльність серцево-судинної, дихальної та нервової систем організму, збільшує силу м'язів, задіює в роботу малі м'язові групи, підвищує витривалість, покращує гнучкість і координаційні здібності [7; 9].

Дитина перебуваючи у водному середовищі знаходиться у стані невагомості, за рахунок цього полегшується виконання фізичних вправ. У той же час вода створює опір для отримання необхідного навантаження на всі м'язові групи. Під час занять у воді м'язи кінцівок напружуються і розслаблюються ритмічно. Виконання статичних вправ у водному середовищі сприяє самовитягненню хребта, його природному розвантаженню при одночасному зміцненні всіх м'язових груп і як результат формуванню правильної постави.

Аквааеробіка, крім вищезазначеного сприяє зменшенню ваги тіла, так як зайва вага дитини теж є причиною розвитку дегенеративно-дистрофічних змін ОРА.

В основу комплексів аквааеробіки покладені прості, і в той же час різноманітні рухи (загальні, імітаційні, танцювальні та ін.), які дозволяють виразити емоційні стани, сюжети та образи. Для активізації рухів у водному середовищі і забезпечення емоційного підйому на заняттях з аквааеробіки використовують нестандартні обладнання, а саме султанчики, квіти, нудли та елементи костюмів (шапочки «рибок», «жабок», нарукавники та ін.) [1; 2].

Заняття аквааеробікою направлені на вирішення таких завдань:

1. Оздоровчих:

- ✓ зміцнення здоров'я дітей і залучення їх до здорового способу життя;
- ✓ організація спільної рухової діяльності тренера-фізичного терапевта з дітьми так, щоб вона підкріплювалася позитивними емоціями;
- ✓ приділяють увагу формуванню правильної постави, профілактиці порушення постави, усуненню деформацій нижніх кінцівок та плоскостопості.

2. Освітніх:

- ✓ навчання дітей узгоджувати рухи з музикою, розвивати почуття ритму;
- ✓ навчання виконувати руху красиво і правильно;
- ✓ навчання різноманітним руховим умінням і навичкам.

3. Виховних:

- ✓ виховують потребу до здорового способу життя;
- ✓ сприяють розвитку музичальності, ритмічності та рухової розкутості;
- ✓ забезпечують розвиток і тренування всіх систем і функцій організму;
- ✓ виховують прагнення до активної діяльності та творчості.

Під час проведення занять з аквааеробіки використовують спеціальний інвентар: плавальні дошки, надувні дитячі кола, гімнастичні палиці, нудли, м'ячі та обручі. Це сприяє підвищенню інтересу дітей до занять і формує мотивацію до здорового способу життя [3; 8].

Також у ході проведення занять важливо дотримуватися температурного режиму води в басейні, який повинен бути не нижче 18° С. Перед виконанням комплексу аквааеробіки рекомендується поплавати, щоб адаптуватися до водного середовища, розігріти м'язи та налаштуватися на заняття.

Заняття аквааеробікою з дітьми дошкільного віку умовно розділяють на 3 етапи. На першому етапі навчання діти повторюють вправи за інструктором, освоюючи різноманітні види рухів і поступово починають їх застосовувати в самостійній діяльності. На другому етапі навчання аквааеробіки діти набувають певний досвід, а саме розвивають вміння самостійно виконувати вивчені раніше вправи і комплекси в цілому. На цьому етапі навчання можна застосовувати такі прийоми, як словесна підказка, показ дитиною, показ інструктора жестами та мімікою. На третьому етапі навчання діти здатні до самовираження рухів у воді під музичний супровід та формуються вміння самостійного підбору вправ [1; 5; 8].

Заняття з аквааеробіки завжди розпочинаються з розминки. Вона потрібна для того, щоб підготувати організм до основного навантаження. Далі після розминки переходить до вправ на розігрівання та розтягування. Потім виконують вправи основного тренувального комплексу, після цього переходять до вправ, спрямованих на зміцнення серцево-судинної системи, м'язової сили та витривалості. У цій частині заняття можна використовувати гантелі, манжети, пінопластові дошки та рухливі ігри. Завершуються заняття серією відновних вправ, які можна використовувати для розминки в розтягуванні м'язів. Цієї структури при складанні комплексів вправ дотримується значна кількість фахівців [5].

Тривалість заняття аквааеробіки з дітьми дошкільного віку становить 20–25 хв. Суттєву роль під час занять відіграє музичний супровід, який позитивно впливає на психоемоційний стан дитини, покращує настрій та розвиває почуття ритму, що сприяє чіткому виконанню вправ.

Під час проведення занять з аквааеробіки необхідно дотримуватися наступних рекомендацій:

1. Заняття проводити необхідно маленькими підгрупами.
2. При навчанні доцільно використовувати фронтальний метод.
3. Дітей розміщують в шеренгу.
4. Вправи вивчають спочатку на місці, а потім – в русі.
5. На занятті руховий режим дітей повинен бути раціональним, з урахуванням їх вікових особливостей та фізичної підготовленості [8].

Заняття аквааеробікою сприяють профілактиці порушень постави та опорно-рухового апарату у дітей дошкільного віку. Покращують координацію рухів, збільшують силу м'язів, забезпечують гармонійний розвиток дитячого організму та поліпшують фізичне здоров'я, а також сприяють нормалізації нервово-психічних процесів.

За рахунок виконання вправ у водному середовищі підвищується рівень опірності організму до застудних захворювань, тим самим створюючи загартовуючий ефект.

Висновки. Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури засвідчили, що аквааеробіка є новітнім, ефективним засобом фізичної терапії спрямованим на профілактику та усунення порушень опорно-рухового апарату у дітей дошкільного віку, а також його гармонійного розвитку.

Заняття аквааеробікою з дошкільниками сприяють зміцненню суглобово-зв'язкового апарату, нормалізації м'язового тону, усуненню деформацій нижніх кінцівок, покращенню діяльності серцево-судинної, нервової та дихальної систем, за рахунок виконання вправ у водному середовищі. Крім цього, аквааеробіка покращує психоемоційний стан дитини, розвиває та вдосконалює рухові та фізичні якості, а також формує стійкі мотивації до оздоровчо-фізкультурних занять та здорового способу життя.

Література

1. Большакова І. А. «Маленький дельфін». Нетрадиційна методика навчання плаванню дітей дошкільного віку : посібник для інструкторів з плавання, педагогів дошкільних установ / І.А.Большакова. – М. : АРКТИ, 2005. – 24 с.
2. Воронова Е. К. Програма навчання дітей плаванню в дитячому садку / Е. К. Воронова. – СПб. : Дитинство – прес, 2010. – 80 с.
3. Єремєєва Л. Ф. Навчіть дитину плавати. Програма навчання плаванню дітей дошкільного та молодшого шкільного віку / Л. Ф. Єремєєва. – Дитинство – Прес, 2005. – 112 с.
4. Жилка Н. Я. Здоров'я дітей в Україні / Н. Я. Жилка // Матеріали Всеукраїнського форуму «Здоров'я дітей – майбутнє України». – К. : Основи здоров'я та фізична культура, 2007. – С. 4–22.
5. Микляева Н. В. Обучение плаванию и аквааэробике в группах оздоровительной направленности ДОУ / под ред. Н. В. Микляевой. – М. : АРКТИ, 2011. – 104 с.
6. Осокіна Т. І. Навчання плаванню в дитячому садку: книга для вихователів дитячого садка та батьків / Т. І. Осокіна, Е. А. Тимофєєва, Т. Л. Богіна. – М. : Просвещение, 1991. – 158 с.
7. Профит Э. Аквааэробика. 120 упражнений / Э. Профит, П. Лопез. – Ростов – н / Д : Феникс, 2006. – 128 с.
8. Рибак М. В. Заняття в басейні з дошкільнятами / М. В. Рибак. – М. : ТЦ Сфера, 2012. – 96 с.
9. Яних Е. А. Аквааеробіка / Е. А. Яних, В. А. Захаркін. – М. : АСТ; Донецьк : Сталкер, 2006. – 127 с.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2017 р.

Уривкова А. О.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»

Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Звіряка О. М.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

У статті приведена статистика випадків спинномозкової травми та розглянуто особливості застосування засобів фізичної терапії осіб із ураженнями спинного мозку.

Ключові слова: фізична терапія, ерготерапія, хребетно-спинномозкова травма, рухова терапія, нейрореабілітація.

Постановка проблеми. Актуальність реабілітації травматичної хвороби спинного мозку обумовлена тенденцією збільшення в останнє десятиліття кількості хворих, постраждалих в результаті промислового або транспортного травматизму, а також від вогнепальних поранень та необачного поводження на воді. За частотою серед усіх видів травм хребетно-спинномозкова травма (ХСМТ) займає третє місце [4].

Розвиток медицини, швидкість надання кваліфікованої першої допомоги постраждалим, сучасна протишокова терапія дозволили значно скоротити відсоток летальних результатів від шоку, який розвивається в перші години після травми. Що, в свою чергу, призводить до збільшення кількості хворих на травматичну хворобу спинного мозку, які потребують реабілітації.

Реабілітація пацієнтів з наслідками травм спинного мозку залишається одним з найбільш складних і пріоритетних напрямів медико-соціальної реабілітації, які вимагають тривалого і систематичного впливу [1]. Головним завданням відновної медицини є соціально-побутова самостійність даного контингенту, і по можливості повернення до активної діяльності [2].

Актуальність тематики вимагає від реабілітологів перспективних шляхів вирішення досліджуваної проблеми та активного пошуку нових методів нейрореабілітації.

Мета дослідження полягає в тому, щоб на основі теоретичного аналізу різних підходів до нейрореабілітації осіб із ХСМТ визначити особливості проведення рухової терапії.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні дані про етіопатогенез ХСМТ.
2. Визначити специфіку рухової терапії для осіб із ХСМТ.

Об'єкт дослідження – нейрореабілітації осіб із ХСМТ.

Предмет дослідження – технологія використання засобів рухової терапії для осіб із ХСМТ.

Методи дослідження: аналіз, синтез та узагальнення даних науково-методичної літератури.

Викладення основного матеріалу. Спинномозкова травма обґрунтовано належить до категорії найбільш тяжких травматичних ушкоджень, що обумовлено не тільки високим рівнем летальності при ускладненій травмі хребта, але й важкістю медичних, економічних і соціальних наслідків травматичного ушкодження спинного мозку, як для пацієнтів і їхніх родичів, так і для суспільства в цілому [1].

В структурі травматизму ХСМТ займає третє місце після травми трубчастих кісток, черепно-мозкової травми і складає до 2–3% від усієї травми. При переломах хребта – кожний третій із пошкодженням спинного мозку (СМ). Щорічно в різних географічних поясах частота ХСМТ коливається від 29–60 осіб на 1 млн. жителів. Найбільший відсоток постраждалих – працездатний контингент 20–39 років (45%), 40–59 років – 24%, 18–20 років – 20%, старше 60 – 11% [3]. Чоловіча частина населення в 2,5 – 4 рази травмується частіше. Отримання травми спинного мозку в результаті ДТП становить 39%, фізичного насильства (бійки, падіння, нирці) – 24%, спортивних травм – 17% [4]. Найчастіше пошкоджується один хребець на різних рівнях: шийний відділ – 10% (С₄–С₇), грудний відділ – 40% (D₁₂), поперековий відділ – 50% (L₁) [1].

Розрізняють такі основні форми травматичних уражень спинного мозку: струс, забій, крововилив, стиснення. Спинний мозок страждає переважно у разі переломів хребців (компресійних, осколкових), що призводять до його стиснення, внаслідок чого нижче місця ушкодження виникають рухові, чутливі, трофічні, тазові розлади. Тяжкість і стійкість їх залежить від рівня травми, ступеня порушення цілісності і поширення патологічного процесу у попереку та по довжині спинного мозку. Найчастіше ушкодження локалізуються на рівні С₁–С₆ і Th₂–L₁ хребців. Чим вищий рівень пошкодження хребта, тим частіше пошкоджується спинний мозок. Як правило, на хірургічне лікування надходять хворі з тривалим анамнезом захворювання, з вираженим і довготривалим больовим синдромом, наявністю неврологічних порушень. Безумовно, це ускладнює проведення реабілітації в післяопераційному періоді. Причому, ряд авторів вважають, що відновне лікування слід починати якомога раніше [2].

Комплексна відновна терапія травм спинного мозку забезпечується поєднанням різних засобів консервативного і оперативного лікування. Вони диференціюються залежно від механізму травми, характеру пошкодження, рівня пошкодження, тяжкості і періоду захворювання спинного мозку, а також ступеня компенсації порушених функцій організму [1; 6].

Хворим з травмами хребта і спинного мозку найбільш доцільно проводити реабілітацію в умовах спеціалізованого лікувального закладу за обов'язковою участю фізичного- та ерго- терапевта. Завданням фізичного терапевта є відновлення фізичних якостей, забезпечення функціонування опорно-рухового апарату. Фізичний терапевт, обстежуючи пацієнта, визначає, які саме рухові розлади потребують корекції чи відновлення, встановлює засоби, методи та форми реабілітації, планує та проводить індивідуальні чи групові заняття. Ерготерапевт повинен визначати рівень володіння руховими навичками та пріоритетність у навчанні того чи іншого руху, навчати травмованих осіб навичок самообслуговування та переміщення [6]. Фахівцям необхідно диференціювати специфіку реабілітації залежно від періодів. У гострому і ранньому періодах виявлено біль, зниження фізичного, соціально-рольового функціонування, підвищення рівня тривожності, соціальна та рухова дезадаптація. У пізньому періоді спостерігається відновлення фізичного функціонування, неврологічного статусу, зниження інтенсивності больового синдрому. Значення параметрів якості життя взаємопов'язані з виразністю больового синдрому, ступенем неврологічного дефіциту і психологічного статусу.

Перші розробники рухової терапії (Мошкова В. Н., Угрюмов В. 1946) акцентували увагу на: фізичній підготовці; тренуванні утримання вертикальної пози; навчанні елементарним прийомам техніки ходьби. Згідно методики В.А. Качесова (2002), пацієнти діляться на 3 групи: з повним відновленням провідності СМ; з частковим відновленням; без відновлення. У відповідності з цим були сформульовані задачі реабілітаційного лікування: 1) відновлення втрачених рухових функцій; 2) компенсація втрачених функцій за рахунок збережених; 3) підтримання функціонального стану пацієнта на стабільному рівні, попередження атрофії і вторинних ускладнень. При спастичних парепарезах навчання ходьби проводилось в фіксуючих апаратах з корсетом і іммобілізацією кульшових, колінних і гомілковостопних суглобів. По мірі нарощування сили м'язів спини, черева (утворення «м'язового корсета») і ніг механічні корсети змінювали на «напівкорсети» і поступово

усували пристосування, що фіксували суглоби. Довільні рухи ніг, що збереглися, підсилювали тренуванням, а саме ходьбою і вправами силового спрямування. Паралельно навчанню і тренуванню ходьби для таких пацієнтів використовували вправи, що знижують спастичний синдром і створюють навичку «управління статикою». Для пацієнтів з в'ялими паралічами або парезами на початку навчання також використовували апарати і жорсткі корсети, що забезпечують опороздатність нижніх кінцівок. Подальший розвиток методик навчання ходьбі пов'язаний з роботами Т.Н. Транквілітати (1976). Особливістю методики був ранній початок реабілітаційного лікування – гімнастичні заняття призначались з першого тижня після операції. Окрім інтенсивних гімнастичних вправ, що забезпечують зміцнення м'язового корсету, застосовували спеціальні вправи – поперемінне підтягування ніг за рахунок довільного скорочення м'язів черева, спини, плечового та тазового поясу, тобто м'язів, що інервуються сегментами СМ вище зони ураження. У подальшому ці вправи ставали основними і повторювалися комплексами по декілька разів в день. Після зміцнення основних груп м'язів за рахунок інтенсивних фізичних вправ приступали до навчання техніці ходьби, в декілька етапів: засвоєння початкових елементів ходьби на брусах (перекладини брусів забезпечували жорстку опору для рук); тренування ходьби в рухливих манежах, з милицями або «ходунками» з чотирма опорними ніжками; ходьба з опорою на «канадські палиці» або інвалідний ціпок по рівній поверхні; ходьба з додатковою опорою по сходах.

Науковці А.А. Сметанкін і О.В. Богданов (1990) розробили і впровадили методику регуляції різних фізіологічних функцій за допомогою приборів з біологічним зворотним зв'язком (БЗЗ). Метод побудований на реєстрації і представленні у вигляді слухового і візуального сигналу дефектної функції. На основі БЗЗ створені відеоігри, які дозволяють тренувати функціонально важливі або ослаблені м'язові групи. Заняття за методикою БЗЗ проводяться стаціонарно або амбулаторно 2–5 разів на тиждень по 15–40 хв, тривалість курсу 15–25 занять.

Висновки. Аналіз літературних джерел свідчить, про тенденцію збільшення кількості хворих із наслідками травм спинного мозку, реабілітація яких залишається одним з найбільш складних і пріоритетних напрямків. Застосування рухової терапії сприяє покращанню адаптивних можливостей, поліпшенню навичок самообслуговування, що дає змогу людям зі спинальною травмою бути більш самостійними і незалежними від сторонньої допомоги.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці комплексної програми фізичної терапії для осіб із хребетно-спинномозковою травмою з урахуванням клінічних проявів і рухової активності хворих.

Література:

1. Качесов В. А. Основи інтенсивної реабілітації. Травма хребта та спинного мозку. книга 1., Київ: Слово, 2002. 188 с.
2. Полищук Н., Корж Н., Фищенко В. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Киев: Книга плюс, 2001. 388 с.
3. Бабиченко Е. Клинико-морфологическая классификация поврежденной позвоночника, спинного мозга и конского хвоста в остром периоде травмы. Методические рекомендации. Саратов: Лидер. 1992. 9 с.
4. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» // Укр. нейрохірургічний журнал. 2008. №3. – С. 224.
5. Кобелев С. Ю. Фізична реабілітація осіб з травмою грудного та поперекового відділів хребта і спинного мозку. Львів. ПП Сорока, 2008 – 90 с.
6. Климов В. С., Шулев Ю. А., Степаненко В.В. Сравнительная оценка результатов, лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой. Уфа. Луч. 2009. – С. 125.
7. Минасов Б. Ш., Сахабутдинова А. Р., Ханин М. Ю. Изучение результатов оперативного лечения больных, получивших позвоночно-спинномозговую травму. Научно- исследовательский журнал «Травматология и ортопедия» 2010, №2. – С. 64–67.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2017 р.

РОЗДІЛ 2. РЕКРЕАЦІЙНІ ТА КУРОРТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я

Кузів Х. С.

студентка II курсу магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ У ПІСЛЯЛІКАРНЬОМУ ПЕРІОДІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРИРОДНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЧИННИКІВ

У статті розроблено і експериментально обґрунтовано комплексну програму фізичної реабілітації хворих з хронічним пієлонефритом у післялікарняному періоді із застосуванням природних лікувальних чинників, яка передбачає поєднання різноманітних підходів для вирішення завдань односпрямованого впливу на відновлення втрачених функцій хворих.

Методика ґрунтується на включенні в програму дієтотерапії, природних лікувальних факторів, лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, гідро-, термотерапії, а також фізіотерапевтичних чинників.

Ключові слова: пієлонефрит, лейкоцитурія, «Нафтуса», масаж.

Постановка проблеми. Хронічне запалення нирок (хронічний пієлонефрит) займає чільне місце серед найбільш розповсюджених запальних захворювань людського організму. Воно діагностується у 52–56% від усієї ниркової патології. В Україні цей показник становить близько 55% [10, 11, 18]. Удосконалення діагностики хронічного запалення нирок, сучасні погляди на лікування захворювання обґрунтовують необхідність знаходити нові схеми фізичної реабілітації хворих даною патологією.

Фізична реабілітація урологічних захворювань допомагає покращити загальний стан хворого, різко зменшити ступінь захворювання. Важливим періодом фізичної реабілітації хворих хронічним пієлонефритом є санаторно-курортний етап реабілітації [2, 5, 14].

Застосування природних лікувальних чинників курорту Трускавець дозволяє ефективніше проводити фізичну реабілітацію хворих даною патологією. Удосконалення методів фізичної реабілітації покращуватиме загальний стан хворих. З огляду на це, фізична реабілітація хворих з хронічним запаленням нирок потребує істотного перегляду [17].

Схема реабілітації хронічного запалення нирок повинна мати індивідуальний та комплексний підхід до кожного пацієнта, з обов'язковим врахуванням функціонального стану хворого. Це підвищить ефективність фізичної реабілітації. Удосконалення проведення фізичної реабілітації на санаторно-курортному етапі визначає важливість даної проблеми.

Мета роботи: дослідити вплив засобів фізичної реабілітації на удосконалення схеми проведення фізичної реабілітації у хворих з хронічним запаленням нирок на курорті Трускавець з урахуванням індивідуального та комплексного підходів.

Об'єкт дослідження – хворі з хронічним пієлонефритом, що проходять фізичну реабілітацію в умовах курорту Трускавець.

Предмет дослідження – вплив засобів фізичної реабілітації на хворих з хронічним запаленням нирок в поєднанні із природними лікувальними чинниками.

Методи дослідження: теоретичні: огляд наукової літератури за темою статті; вивчення даних медичних карток; клініко-лабораторні методи дослідження: частота дихання, пульсометрія, артеріальна тонометрія, спірометрія, функціональні проби, лікарсько-педагогічні спостереження; методи математичної статистики.

Пієлонефрит – неспецифічне бактеріальне запалення інтерстиціальної тканини ниркових мисок, чашок та каналців нирок [6, 8, 19].

Причиною пієлонефриту являється інфекція: кишкова паличка, стафілокок, стрептокок, протей, ентерокок, синьогнійна паличка та ін. При хронічному пієлонефриті частіше спостерігається кокова флора, а також поєднання мікробної, мікоплазмової та вірусної інфекції. Описані лептоспірози і грибкові форми пієлонефриту [3, 18].

Для систематизації клінічних проявів хронічного пієлонефриту запропонований ряд класифікацій. Так, у 1975 р. запропонована класифікація на основі клінічних проявів захворювання. В практичному відношенні найбільш доцільне виділення п'яти форм хронічного первинного пієлонефриту – латентної, рецидивуючої, гіпертензивної, анемічної та азотемічної. Ця систематизація заснована на переважаючому синдромі, а також характері його прояву [4, 20, 21].

Симптоматика хронічного пієлонефриту залежить від форми і стадії захворювання, особливостей його протікання. Діагностика ґрунтується на даних анамнезу і показниках лабораторного, рентгенологічного, радіоізотопного, морфологічного досліджень [13, 22].

Кількісне дослідження сечового осаду, дозволяє виявити лейкоцитурію, що є найтипівішою ознакою пієлонефриту.

У розпізнаванні хронічного пієлонефриту величезну роль виконує рентгенологічне дослідження, особливо з використанням сучасних методик і рентгеноконтрастних речовин [3].

З метою максимального відновлення сечовидільної системи у хворих з хронічним пієлонефритом, вагомим покращенням функціонального стану нирок на санаторно-курортному етапі реабілітації доцільно використовувати наступні засоби фізичної реабілітації: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні чинники, фітотерапія.

Важливими чинниками в проведенні фізичної реабілітації є дієтичне харчування та нетрадиційні методи. Основним лікувальним чинником є застосування природного лікувального фактору – слабомінералізованої води «Нафтуса», що знаходиться на курорті Трускавець. Нафтуса володіє сечогінною, болезаспокійливою та протизапальною дією [2, 7, 15].

Більшість авторів не вбачають необхідності у дотримуванні строгої дієти для хворих з хронічним пієлонефритом. Дієта має бути різноманітною, з врахуванням можливих протипоказів внаслідок супутніх захворювань і порушень.

Дієтичне харчування хворих включає дієту № 15 (загальний стіл), яка за своїми характеристиками відповідає нормам для здорової людини, але відрізняється підвищеним рівнем вітамінів і виключенням шкідливих жирів та гострих страв. У період загострення хронічного пієлонефриту хворому призначають дієту №5. При цій дієті обмежують кількість білків, їжу готують без кухонної солі, але дозволяють додавання її в готову їжу у кількості від 3 до 6 г. Після зняття загострення хворого переводять на загальний стіл [15, 19].

Режим харчування при захворюванні пієлонефритом чотириразовий, а в проміжках і натще дається додаткове пиття, частіше – мінеральні води або вітамінні соки. Серед низки мінеральних вод курорту Трускавець, які показані для лікування хронічного пієлонефриту – слабомінералізована гідрокарбонатна кальцієво-магнієва вода «Нафтуса» посідає найголовніше місце. Вона має слаболужну, майже нейтральну реакцію (рН = 7,2) із загальною мінералізацією

0,35–0,7 г/л, є основним природним лікувальним фактором курорту і, на відміну від звичайних мінеральних вод, дієвим фактором яких є набір мінеральних солей, «Нафтуса» діє на сечовидільну систему [14]. Вона має протизапальну, болезаспокійливу та діуретичну дію на органи сечовидільної системи, що викликає значний ефект [10, 16, 17].

Як показали спостереження, оптимальним дозуванням «Нафтусі» стало 15–20 мл/кг при відсутності протипоказів з боку серцево-судинної та інших систем організму.

Малі дозування (8–12 мл/кг) застосовують для хворих з пієлонефритом із однією ниркою, при каменях, які порушують функцію і відтік сечі, при двосторонніх каменях нирок, при підвищеному кров'яному тиску, наявності набряків, виражених болях, а також в осіб старшого віку, враховуючи стан серцево-судинної системи.

Середні дозування (13–18 мл/кг) призначають хворим з хронічним пієлонефритом без значних порушень сечовидільної системи, у стадії ремісії захворювання. Більшість хворих на хронічний пієлонефрит користуються саме середніми дозами [3, 5, 14].

Сучасні погляди на лікування захворювань сечовидільної системи включають комплексний підхід для використання різноманітних засобів впливу на патогенетичні механізми, які зумовлюють виникнення та розвиток захворювання. Серед численних засобів лікування і профілактики сечовидільної системи, лікувальна фізкультура посідає особливе місце. Її універсальна дія на організм як здорової, так і хворої людини пов'язана з біологічною потребою всього живого до руху.

Фізіологічний вплив рухів має настільки широкий спектр дії на організм, що ніякі сучасні медикаментозні засоби не можуть замінити дію фізичних вправ. Разом із тим, фізичні вправи, правильно дозовані, структурно підібрані та методично компетентно застосовані, зумовлюють такий вплив на організм, що з ним не можуть конкурувати найсучасніші медичні препарати.

Наукові дослідження останнього десятиріччя дали змогу чітко визначити головні фізіологічні механізми дії фізичних вправ на організм людини, як у стані відносного спокою, так і при дозованих фізичних навантаженнях, що має велике значення на етапі реабілітації хворих з хронічним пієлонефритом. Було показано, що під впливом фізичних навантажень відбуваються фізіологічні процеси, які охоплюють органи сечовидільної системи. Ступінь проявів цих процесів залежить від рівня резервних можливостей організму, його здатності адекватно реагувати на задане фізичне навантаження. Вважається, що саме рівень резервних можливостей функціональних систем організму забезпечує ступінь адаптації людини до умов довкілля. І чим вищий рівень резервних можливостей, тим більший діапазон адаптації людини до соціальних та біологічних умов існування.

Якщо стисло охарактеризувати клініко-фізіологічні зміни, які забезпечують лікувально-профілактичну дію фізичних вправ у хворих з хронічним пієлонефритом, то їх можна звести до наступних чотирьох фізіологічних механізмів, що проходять в сечовидільній системі хворого:

- ◆ тонізуючого впливу на систему;
- ◆ дії на трофічні процеси в системі;
- ◆ формування компенсаційних механізмів у системі;
- ◆ нормалізація функції та відновлення фізіологічної дієздатності.

Перш за все слід зазначити, що виникнення і розвиток хронічного піелонефриту пов'язані з дією багатьох факторів екзогенної та ендогенної природи, серед яких спосіб життя людини відіграє чи не найбільшу роль. У зв'язку з цим, включення до комплексної терапії фізичних вправ тонізуючої дії сприяє підвищенню рівня рухової активності хворого і тим самим призводить до активізації обмінних процесів в організмі. Це, у свою чергу, сприяє поліпшенню діяльності сечовидільної систем, підвищує загальний тонус організму [12, 19].

Щодо застосування фізичних вправ з метою нормалізації функцій та відновлення фізичної дієздатності хворого з хронічним піелонефритом на етапі санаторно-курортного лікування, то можна стверджувати, що без достатньої рухової активності важко розраховувати на досягнення значної ефективності у лікуванні та реабілітації таких хворих.

Методику лікувальної гімнастики ми проводили з урахуванням трьох режимів рухової активності. Ці режими склалися за принципом поступової адаптації хворого до зростаючого фізичного навантаження – від слабкої, щадної дії, до більш вираженої, тренувальної дії. Лікувальна дія гімнастики включає в себе комплекси спеціальних фізичних вправ різної інтенсивності, покращення кровообігу, лімфообігу і перистальтики в сечовидільній системі. Відповідно до припустимого фізичного навантаження на організм хворого з хронічним піелонефритом, на курорті Трускавець застосовували три рухові режими з поступовим збільшенням фізичного навантаження:

- режим руху №1 – тренувальний (вираженої фізичної дії).
- режим руху №2 – щадно-тренувальний (помірної фізичної дії);
- режим руху №3 – щадний (слабкої фізичної дії) [17].

При призначенні рухових режимів (РР-1, РР-2, РР-3) ми виходили із загального стану хворого з хронічним піелонефритом, а саме: стану сечовидільної системи, проявів больового синдрому, наявності супутніх захворювань, стану серцево-судинної системи, віку та його фізичної тренуваності. Можна констатувати, що лікувальна гімнастика має й інші позитивні впливи на організм хворого з хронічним піелонефритом на етапі санаторно-курортного лікування, а саме:

1. Сприятливий вплив на психо-емоційний стан хворого.
2. Покращення обміну речовин і посилення окислювальних процесів в організмі.
3. Покращення кровообігу і лімфообігу в сечовидільній системі.
4. Збільшення діурезу і покращення уродинаміки верхніх сечових шляхів.

Використання лікувальної гімнастики дало можливість покращити безпосередні результати санаторно-курортного лікування хворих з хронічним піелонефритом [16].

Масаж – сукупність спеціальних прийомів механічного дозованого впливу на тіло людини, які здійснюються руками або спеціальними апаратами з лікувальною або профілактичною метою. Як найбільш адекватний і фізіологічний для організму людини оздоровчий засіб, масаж добре поєднується із фізичними вправами, бальнео-, фізіо-, рефлексо- та мануальною терапією. Сьогодні масаж як ефективний метод функціональної терапії набуває широкого застосування у різних сферах клінічної медицини. Його використовують на всіх етапах медичної реабілітації хворих, у комплексному лікуванні захворювань у підгострій та хронічній стадіях [1].

На бальнеологічному курорті Трускавець у комплексній терапії хворих з хронічним піелонефритом використовується зовнішнє застосування мінеральних вод у формі мінеральних ванн. Специфічна дія мінеральних ванн визначається їх хімічним і газовим складом. Для їх приготування використовують природні води з мінералізацією не менше як 2 г/л, із вмістом різних мікроелементів, газів та біологічно активних речовин.

Мінеральні ванни рекомендовані у першу чергу хворим на хронічний піелонефрит із супутнім вмістом піску в сечі, періодичним відходженням конкрементів, а також каменями сечовивідних шляхів, здатними до просування або відходження [9]. Найбільш поширеними є хлоридні натрієві ванни, також йодобромні, газові, вуглекислі та перлинні або повітряно-газові ванни [6, 10].

Також, для покращення стану нирок широко використовують теплотікувальні чинники: грязі (пелоїди) та торф, глину, пісок, парафін, озокерити. Вони мають високу теплоємність, погану теплопровідність і велику теплоутримуючу здатність, тому їх вплив на організм зумовлений, насамперед, дією тепла, а також механічними і хімічними подразниками.

Грязелікування впливає на організм за рахунок дії температурних, механічних та хімічних подразників. Завдяки фізичним властивостям грязей можна застосовувати аплікації відносно високої температури (42–44°C), яка довго утримується при незначному її зниженні [12].

Вони змінюють терморегуляцію, розширюють периферичні судини, активізують процеси обміну речовин, мають адсорбційну і трофічну функції, підсилюють дихання і діяльність серцево-судинної системи, гальмівні процеси у корі головного мозку. Процедури мають бактеріостатичну, протизапальну і розсмоктуючу дії, стимулюють регенерацію тканин.

Дія озокериту багатогранна: крім теплової, він спричиняє хімічну і біологічну дію. Його частинки, що містять біологічно активні речовини, всмоктуються через шкіру і позитивно впливають на

різні патологічні процеси в органах і тканинах: покращують кровообіг у нирках і органах тазу, зменшують активність запального процесу в нирках і сечостатевої шляхах, знімають біль і спазми, полегшують відходження сечового піску. Під впливом озокериту покращуються основні функції нирок і сечовидільних органів, збільшується добове виділення сечі, знижується її концентрація, зменшується утворення сечового піску, а також знижується кислотність сечі. Знеболювальна дія озокериту настільки виражена, що усуває больовий синдром, який можуть відчувати хворі з хронічним пієлонефритом протягом тривалого часу [15].

Фізіотерапевтичні чинники, як фізичні фактори зовнішнього середовища та штучно створені – обов'язково застосовуються для лікування та реабілітації хворих і ля профілактики хронічних захворювань нирок [11].

Променеві, температурні, електричні, механічні, хімічні та інші види енергії діють на організм через шкіру, слизові оболонки, подразнюючи у них рецептори. Увібрана клітинами енергія подразника змінює їх фізико-хімічний склад, внутрішньоклітинний обмін, енергопотенціал і проникність клітинних та внутрішньоклітинних структур і дає початок взаємопов'язаним нервово-рефлекторному і гуморальному механізмам дії на організм. Ця дія існує не тільки під час безпосереднього впливу фізичного чинника, а й після його закінчення протягом кількох хвилин, годин, доби, а інколи ще довше [5].

Фізичні лікувальні чинники впливають на кровообіг та лімфообіг, тонус судин, процеси мікроциркуляції, ферментативну активність і обмін речовин, імунітет, діяльність ЦНС. Деякі фізичні чинники стимулюють процеси терморегуляції сечовидільної системи, діють антиспастично, безболісно, протизапально. Вони підвищують захисні сили організму, покращують його стійкість до несприятливих чинників зовнішнього середовища, знімають втому, прискорюють відновлення тканини нирок, можуть діяти на організм як заспокійливо, так і збудливо. Це позитивно впливає на психологічний стан хворого з хронічним пієлонефритом, зміцнює у нього впевненість в одужанні [11].

Фізичні лікувальні чинники сприяють розсмоктуванню набряків, інфільтратів, рубців, спайок, стимулюють репаративні процеси в сечовидільній системі. Суттєвою властивістю фізичних чинників є здатність безболісного проникнення через шкіру чи слизові оболонки ліків, хімічних компонентів, води, пелюїдів, озокериту та інших чинників.

Таким чином, фізичні лікувальні чинники викликають місцеву і загальну реакцію організму, подібну за наслідками до дії інших засобів фізичної реабілітації. Механізмом розвитку цих реакцій є не сам фізичний чинник, як такий, а продукти його взаємодії з тканиною сечовидільної системи. Доведено, що кожен з фізичних чинників має не тільки притаманну йому специфічну вибірку дію на тканину, що визначається його фізичними властивостями, а й здатність клітинних структур поглинати той чи інший вид енергії. При хронічному пієлонефриті на етапі санаторно-курортної реабілітації фізичні чинники застосовують зовнішньо.

Серед значного числа методик апаратної фізіотерапії при пієлонефриті найбільш широко використовуються загальні світлові ванни, солюкс, діатермія, УВЧ, індуктотермія, ультразвук, іонофорез та інші. Вибір тієї чи іншої фізіотерапевтичної процедури залежить від форми пієлонефриту, функції нирок і сечовивідних шляхів [9].

Протизапальні методи: УВЧ-терапія, медикаментозний електрофорез уроантисептиками.

Імуномодулюючі методи: УФ-випромінювання в суберитемних дозах, геліотерапія.

Імуносупресивні методи: трансцеребральна УВЧ-терапія, високочастотна магнітотерапія.

Репаративно-регенеративні методи: інфрачервона лазеротерапія, ультразвукова терапія, медикаментозний електрофорез із 0,5% розчином аскорбінової кислоти, інфрачервоне випромінювання.

Сечогінні методи: ампліпульстерапія, високочастотна магнітотерапія, медикаментозний електрофорез із застосуванням спазмолітиків – 2% розчин еуфіліну, 2% розчин баралгіну, 0,1–0,5% розчин папаверину, 0,1% розчин платифіліну.

Гіпокоагулюючі методи: низькочастотна магнітотерапія, медикаментозний електрофорез із застосуванням антикоагулянтів і дезагрегантів [5, 11].

Під нашим спостереженням в умовах КП «Трускавецька міська лікарня» курорту Трускавець знаходилась група хворих з хронічним пієлонефритом у кількості 33 чол. Вік хворих становить 40 – 45 років. У групі 15 чоловіків та 18 жінок. Критеріями дослідження були: больовий та набряковий синдроми, діурез, питома вага сечі, лейкоцитурія, мікрогематурія, протеїнурія, кристалурія, бактеріурія. Результати спостережень наведено в таблицях 1–3.

Таблиця 1

Функціональні показники серцево-легеневої системи

№ з/п	Симптоми, синдроми, обстеження	Чоловіки n=15		Жінки n=18	
		До ФР	Після ФР	До ФР	Після ФР

1	Загальний стан	Задов.	Задов.	Задов.	Задов.
2	Пульс	76	84	78	86
3	АТ	140/90 – 135/85	125/85 – 125/85	145/90 – 140/85	130/85 – 130/80
4	Частота дих.	18	22	18	23

В усіх пацієнтів відмічається стабілізація нормальних показників серцево-судинної та дихальної систем після проведення фізичної реабілітації.

У таблиці 2 відображена динаміка показників загального аналізу сечі, больового та набрякового синдромів.

Таблиця 2

Клінічні показники сечі

№ з/п	Симптоми, синдроми, обстеження	Чоловіки n=15		Жінки n=18		Результат
		До ФР	Після ФР	До ФР	Після ФР	
1	Больовий синдром	+	-	+	-	покращ.
2	Набряковий синдром	+	-	+	-	покращ.
3	Діурез	Незн. дизурія	N	Незн. дизурія	N	покращ.
4	Питома вага сечі	1023	1015	1026	1016	покращ.
5	Лейкоцитурія	3 – 4 п.з	0 – 2 п.з	16 – 17 п.з	5 – 8 п.з	покращ.
6	Мікрогематурія	0 – 2 п.з	0 п.з	6 – 7 п.з	1 – 3 п.з	покращ.
7	Протеїнурія	0,038	-	0,036	-	покращ.
8	Кристалурія	++	+	+++	+	покращ.
9	Бактеріурія	+	-	+	-	покращ.

Клініко-лабораторні дослідження проводились у ТзОВ «Медичному центрі «ОРА» м. Дрогобича.

Таблиця 3

Біохімічні показники крові

Показники	чоловіки		жінки	
	до лік.	після лік.	до лік.	після лік.
Загальний білок сироватки крові, г/л	65,7	68,1	65,5	72,1
Альбуміни сироватки крові, г/л	38,2	40,5	40,6	41,1
Сечовина сироватки крові, ммоль/л	9,5	7,2	13,8	9,1
Креатинін сироватки крові, мкмоль/л	88,9	82,1	317,1	230,2
Протеїнурія, г/добу	1,84	1,07	2,76	1,93

Динаміка даних досліджень показників підтверджує покращення функціонального стану сечовидільної системи (стабілізація діурезу, зменшення набрякового синдрому), покращення лабораторних і біохімічних показників крові та сечі, що засвідчує покращення загального стану пацієнтів після проведеного курсу фізичної реабілітації.

Оцінку достовірності отриманих результатів визначали за тестом Ст'юдента за формулою:

$$P = \frac{X - Y}{\sqrt{m_x^2 + m_y^2}}$$

Рівень достовірності лабораторної діагностики встановлювали при $P = 0,05$, який є оптимальним показником лабораторних досліджень [9].

На основі опрацьованої медичної літератури, даних спостережень, можна зробити наступні висновки:

При хронічному пієлонефриті на поліклінічному етапі лікування застосовуються: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальне плавання, дозована ходьба, прогулянки, теренкур, малий туризм.

Санаторно-курортний етап фізичної реабілітації хворих з хронічним пієлонефритом є необхідною складовою у схемі лікування хронічного пієлонефриту.

Лікувальний масаж, фізіотерапія, дієтотерапія, бальнеотерапія є обов'язковою ланкою фізичної реабілітації при лікуванні хворих на хронічний пієлонефрит. Комплексність відновного лікування забезпечує різноманітність дії на різні механізми регуляції функцій систем організму і дозволяє добитися як найкращого лікувального ефекту.

Фізична реабілітація відіграє важливу роль у покращенні загального фізичного стану хворих при хронічному пієлонефриті, а ефективність її застосування підвищується в результаті індивідуального та комплексного підходу до пацієнтів з хронічним пієлонефритом.

Література:

1. Алексеев О. І. Массаж. Навчальний посібник / О. І. Алексеев. – Вимір. – Дрогобич: 2004. – 492 с.
2. Гришко В. Г. Оцінка ефективності етапної медичної реабілітації хворих на хронічний гломеруло- та пієлонефрит з використанням у терапії диференційованих рухових режимів і дозованих комплексів ЛФК / В. Г. Гришко, І. В. Багдасарова // ПАГ, 1997. – №5. – С. 24–27.
3. Дубровский В. И. Практическое пособие по массажу / В. И. Дубровский, Н. М. Дубровская. – М.: Шаг, 1993. – 137 с.
4. Епіфанова В. А. Лікувальна культура і лікарський контроль: Посібник / Під редакцією В. А. Епіфанова. – М.: Медицина, 1990. – 368 с.
5. Карпенко В. С. Амбулаторная урология / В. С. Карпенко, Ю. А. Абрамов, Н.Ф.Кривошей. – Издательство: «Здоров'я». – К.: 1980. – 352 с.
6. Карапата А. П. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / А. П. Карапата. – Киев.: «Вища школа», 1984. – 456 с.
7. Карпухин В. Т. Особенности специфического действия физических методов лечения на функциональное состояние почек у больных хроническим пиелонефритом / В. Т. Карпухин // Вопр. экспер. и клин, курортол. и физиотер. Тр. ЦНИИКиФ. – М., 1977. – Т. 35. – С. 62–64.
8. Карпухин В. Т. Физические факторы в комплексном лечении больных хроническим пиелонефритом / В. Т. Карпухин // Вопр. курортол., физиотер., ЛФК. – 1980. – № 2. – С. 67–71.
9. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Губенко, П. Н. Бабич. – Киев «МОРИОН». – 2000. – 320 с.
10. Левинсон И. А. Нефрит, пиелит, пиелонефрит / И. А. Левинсон. – М.: Медицина, 1987. – 159 с.
11. Майданник В. Г. Якість життя хворих з хронічною нирковою недостатністю / В. Г. Майданник, М. В. Хайтович, І. В. Троїцька, Ю. Ю. Кампі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 3. – С. 15–17.
12. Матрошилін О. Г. Загальна фізіотерапія і курортологія / О. Г. Матрошилін, О. Р. Завялова, Ю. Л. Роголя. – Дрогобич, 2006. – 295 с.
13. Мамчур Ф. І. Довідник з фітотерапії / Ф. І. Мамчур. – Київ: «Здоров'я», 1986. – 124 с.
14. Мойсеєнко В.О. Вплив фізичних методів лікування на клінічні прояви уражень езофагогастродуоденальної зони в хворих на хронічний гломерулонефрит // Актуальні проблеми нефрології (вип. 4) / За ред. Т. Д. Никули. – К.: Задруга, 2000. – С. 121–129.
15. Мурза В. П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник / В. П. Мурза. – Київ: «Олан», 2004. – 559 с.
16. Методологія застосування преформованих та природних факторів на курорті Трускавець. «Методичні рекомендації. ЗАТ Трускавецькурорт». Трускавець, 1999. – 123 с.
17. Мінеральні води та курорти Львівщини / За ред. Матолича Б. М. – Львів.: Видавництво «Палітра Друку», 2003. – 96 с.
18. Никула Т. Д. Хронічна ниркова недостатність / Т. Д. Никула. – К.: Задруга, 2001. – 516 с.
19. Пиріг Л. А. Сучасні принципи лікування хронічної ниркової недостатності / Л. А. Пиріг, О. І. Таран // Журнал практичного лікаря. – 2001. – №6. – С. 15–21.
20. Питель А. Я. Руководство по урологии / А. Я. Питель. – М.: «Медицина», 1990. – 426 с.
21. Семидоцкая Ж. Д. О проблеме хронической почечной недостаточности / Ж. Д. Семидоцкая, Т. С. Оспанова, О. С. Бильченко, И. А. Чернякова, О. И. Мисюра, О. И. Ромаданова // Врачебная практика. – 2002. – № 2. – С. 17–22.
22. Шабад А. Л. Учебное пособие по урологии. 3-е изд., перераб. и доп. / А. Л. Шабад. – М.: Медицина, 1990. – 286 с.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2017 р.

РОЗДІЛ 3.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Авраменко Н. Б.,
викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Беспалова О. О.
викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ПІСЛЯ АПЕНДЕКТОМІЇ

В статті розглянуто проблему відновлення функціонального стану організму дітей після апендектомії засобами фізичної реабілітації.

Ключові слова: гострий апендицит, апендектомія, лікувальний масаж, лікувальна фізична культура, релаксаційні процедури.

Гострий апендицит – одне з найбільш поширених гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини.

В Україні захворюваність на гострий апендицит становить 20,7 на 10 тис. населення з коливанням від 13,8 до 31,1 на 10 тис. населення у різних регіонах. Захворюваність дещо більша у чоловіків (вірогідність виникнення ГА у чоловіків складає 8,6%, у жінок – 6,7%), найбільше залежить від віку і складає у дітей до 1 року 3,48 на 10 тис. населення, у дітей від 1 до 14 років – 11,4, від 15 до 59 років – 114,9, від 60 до 69 – 29,7, а з 70 та старше – 15,8 на 10 тис. населення [6].

Тривалість відновлення здоров'я хворих залежить від компенсаторної організації всіх органів і систем, особливо функціональних, таких як дихальна та система кровообігу. Природно, що ця перебудова не може бути досягнута тільки медикаментозною терапією. Застосування відповідних засобів фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, фізіотерапія, трудотерапія, дієтотерапія й ін.) сприяє відновленню функцій життєво важливих систем організму та загальної працездатності, попереджає розвиток післяопераційних ускладнень з боку органів дихання, травлення, серцево-судинної й інших систем [3–4].

До основних порушень, які можуть розвинути після хірургічного лікування, відносяться: тромбоз вен нижніх кінцівок; гнійне запалення в області операційної рани; абсцес, флегмона черевної порожнини, перитоніт; грижа після апендициту; спайки; дихальна та серцево-судинна недостатність та ін. [1–2, 4].

Тому впровадження засобів фізичної реабілітації для хворих після оперативних втручань на органах черевної порожнини є актуальним.

Мета дослідження – дослідити ефективність комплексної програми фізичної реабілітації дітей середнього шкільного віку після апендектомії.

Результати дослідження та їх обговорення.

Нами була розроблена програма фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку після апендектомії, яка включала ЛФК, масаж, дієтотерапію, фізіотерапію [2 -5].

Головними завданнями програми фізичної реабілітації дітей після апендектомії є: ліквідація залишкових явищ після операцій і нормалізація функції органів травлення; адаптація серцево-судинної і дихальної систем до помірно зростаючого фізичного навантаження; покращенню загального функціонального стану; підготовка хворого до навантажень побутового характеру.

Для оцінки ефективності застосування програми реабілітації були застосовані такі методи дослідження: тест САН, вимірювання АТ, ЧСС і проба Реф'є, дихальні проби.

Первинне дослідження хворих після апендектомії обох груп проводилося в 1-й день після оперативного втручання коли хворі знаходилися у ліжковому руховому режимі. Практично всі хворі пред'являли скарги на біль та дискомфорт в ділянці післяопераційного рубця та погане самопочуття.

Перед початком дослідження було оцінено адаптаційний потенціал серцево-судинної системи хворих після апендектомії.

Оцінка адаптаційних можливостей має важливе значення для розробки системи заходів, спрямованих на збереження й оптимізацію загального функціонального стану і рівня здоров'я організму дітей, що дало змогу розробити найбільш ефективну комплексну реабілітаційну програму для хворих після апендектомії на післяопераційному етапі (у лікарняний період реабілітації).

Аналізуючи анкетування дітей за методом САН, було визначено, що на перший день після операції діти обох експериментальних груп відчували себе розбитими, знесиленими, млявими та незадоволеними, що позначалося на їх поведінці та бажанні займатися за програмою фізичної реабілітації. Таким чином було визначено що в середньому на початку дослідження самопочуття в ОГ дорівнювало 1 балу, активність і настрої – 2 балам. Відповідно в ГП ці показники склали: самопочуття – 1 бал; активність і настрої – 2 бали.

Після впровадження запропонованої програми фізичної реабілітації і перевірки самопочуття, активності та настрою за методом САН, було визначено значний приріст показників, що в ОГ склали: самопочуття – 6 балів, активність – 7 балів, настрої – 7 балів. Відповідно у ГП ці показники склали: 5 балів, 4 бали, 4 бали. Покращення показників самопочуття, активності та настрою відбулося за допомогою впровадження в реабілітаційну програму лікувальної фізичної культури з елементами йогівської дихальної гімнастики та масажу з перших годин після виходу із наркозу.

Порівняльний аналіз показників первинного дослідження функціонального стану організму післяопераційних хворих дозволив виявити значне почастищення ЧСС і ЧД, зниження АТ, значні зниження тривалості затримки дихання на під час дихальних актів, що свідчило про погіршення функціонального стану кардіореспіраторної системи.

Ці післяопераційні порушення функціонального стану кардіореспіраторної системи, на думку різних авторів, пояснюються складністю і тривалістю операції, характером загального наркозу і лікарської терапії під час операції, а також вимушеним горизонтальним положенням хворого після операції, поверхневим диханням із-за болів в післяопераційній рані і характером супутніх захворювань.

На початку дослідження у хворих дітей після апендектомії спостерігалось зниження артеріального тиску, як у основній групі (90/60 мм рт.ст. у середньому) так і у групі порівняння.

Під час проведення дослідження після переходу хворих дітей із палатного на вільний руховий режим нормалізація АТ відмічалась у 4-х (40%) хворих (110/75 мм рт.ст.) основної групи, у групі порівняння покращень АТ не відмічалось.

В середині перебування хворих у стаціонарі в післяопераційний період в основній групі відмічались показники АТ 110/80 мм рт.ст. – 7 хворих, 100/70 мм рт.ст. – 2 хворих, 90/60 мм рт.ст. – 1 хворої дитини, що свідчить про позитивні зміни у цей період дослідження. В групі порівняння покращення АТ спостерігалось у 4 хворих дітей (100–110/70–80 мм рт.ст. у середньому).

Останнє дослідження АТ проводилось перед від'їздом із стаціонару на 10 день. Показники АТ основної групи були кращі за показники АТ групи порівняння, що свідчить про ефективність обраної методики комплексної програми фізичної реабілітації. У перші дні після оперативного втручання у хворих дітей після апендектомії були виявлені значні почастищення ЧСС, що свідчило про погіршення функціонального стану серцево-судинної системи (післяопераційний стрес).

На початку дослідження у хворих після апендектомії спостерігалось збільшення ЧСС 100 ± 10 уд/хв. в обох групах.

В період переходу від палатного до вільного рухового режиму в основній групі відмічались нормалізація показників ЧСС у 1-ї хворої дитини – 85 уд/хв., та покращення 90 уд/хв. теж у 1-ї хворої дитини, що свідчить про позитивні зміни у цей період дослідження. В групі порівняння покращення ЧСС спостерігалось у 1-ї хворої дитини (90 уд/хв.).

На останньому дослідженні в основній групі відмічалась 100% нормалізація ЧСС, а в групі порівняння тільки на 40%.

Нормалізація ЧСС, імовірно, пов'язана з покращенням стану кардіореспіраторної системи та відновленням всього організму.

Аналіз показників дихальних проб (проб Штанге) засвідчив, що на початку дослідження, як в основній групі, так і в групі порівняння, досліджувані показники були значно знижені, при розрахунку середнього показника встановлено – в основній групі він складає 31 секунда при нормі 40–50 секунд, у групі порівняння 32 секунди, що є меншим від нижнього показника норми. Після проходження курсу фізичної реабілітації за розробленою програмою показники збільшилися у хворих дітей основної групи до 40 секунд і склали (96%) проти показників групи порівняння 34 секунди (86%) (рис. 1).

Дослідження проби Генчі засвідчило, що в обох експериментальних групах на початку дослідження та по закінченню проба відповідала віковим нормам 18 секунд у середньому.

Як зазначалося у другому розділі, перед випискою зі стаціонару нами було проведено пробу Руф'є для визначення відновлення функціонального стану ССС у дітей порівняно з нормою для вікової категорії 8–10 років (4,5–11 балів). У хворих основної групи виявлено позитивні і задовільні показники проби Руф'є – 6 балів у 8 дітей та 9,5 балів у 2 дітей, що свідчить про повне відновлення працездатності серця, тоді як у хворих групи порівняння цей показник склав лише – 14,5 балів у середньому.

Аналіз показників функціонального стану кардіореспіраторної системи хворих основної групи свідчить про уповільнення ЧСС, підвищення АТ, позитивні зміни показників проби Руф'є. Це вказує на підвищення функціональних можливостей серцево-судинної і дихальної системи під впливом курсу

реабілітації. Ця позитивна динаміка свідчить про сприятливий вплив запропонованої нами програми фізичної реабілітації.

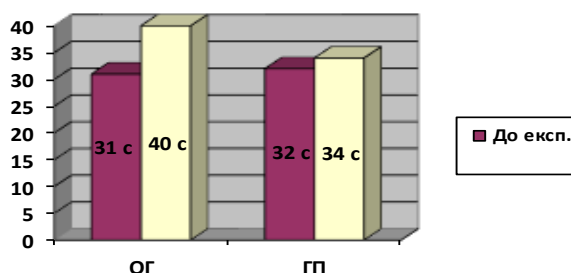


Рис. 1. Динаміка показників проби Штанге в експериментальних групах

Слід підкреслити, що терміни відновлення порушених функцій організму у хворих основної групи були достовірно коротші, ніж у хворих групи порівняння.

Як загальноприйнята, так і запропонована нами програма фізичної реабілітації хворих дітей 8–10 років групи порівняння і основної групи на лікарняному етапі роблять позитивний вплив на порушений функціональний стан кардіореспіраторної системи, проте швидше відновлення цих порушених функцій організму і позитивні зрушення виявлені у хворих основної групи.

Висновки. Під час дослідження розроблено і впроваджено в практику комплексну програму фізичної реабілітації для хворих дітей після апендектомії на післяопераційному етапі. Програма включала: лікувальний масаж, засоби ЛФК, що передбачало впровадження лікувальної гімнастики та дихальної йогівської гімнастики; фізіотерапію.

Результати дослідження вказують на значні позитивні зміни в кардіореспіраторній системі, що свідчить про економнішу роботу серцево-судинної системи і поліпшення функції зовнішнього дихання у післяопераційних хворих дітей основної групи. Слід підкреслити, що терміни відновлення порушених функцій організму у хворих основної групи були достовірно коротші, ніж у хворих групи порівняння.

Перелік використаної літератури.

1. Пархотік І.І. Фізична реабілітація при захворюваннях органів черевної порожнини / І.І. Пархотік. – К. : Олімпійська література, 2003. – 169 с.
2. Клячкин Л. М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: [руководство для врачей] / Л. М. Клячкин, А. М. Щегольков. – М. : Наука, 2000. – С. 336–362.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підручник для студентів] / В. М. Мухін. – Київ: Олімпійська література, 2005. – 471с.
4. Рошаль Л. М., Карасева О. В. К вопросу о классификации острого аппендицита и его осложнений // Российский педиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 34–38.
5. Ясногородський В.Т. Довідник по фізіотерапії / В.Т. Ясногородський. – М.: Медицина, 2003.
6. <http://www.moz.gov.ua>

Стаття надійшла до редакції 03.12.2017 р.

Арєшина Ю. Б.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Карпенко Ю.М.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Зюзько І. Ю.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
реабілітації та ерготерапії
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ОСІБ ДРУГОГО ЗРІЛОГО ВІКУ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І–ІІ СТУПЕНЯ

У статті розглядаються актуальні засоби фізичної реабілітації для осіб другого періоду зрілості з хронічною серцево-судинною недостатністю І–ІІ ступеня.

Ключові слова: *хронічна серцево-судинна недостатність, фізична реабілітація, лікувальна гімнастика, захворювання.*

Останнім часом основною причиною смерті в індустріально розвинених країнах є атеросклероз коронарних артерій і його ускладнення. За оцінками ВООЗ, щорічно в світі від серцево-судинних захворювань помирає понад 17 млн осіб, з них від ішемічної хвороби серця (ІХС) – більше 7 млн. Очікується, що до 2020 р. ІХС стане щорічною причиною смерті близько 25 млн осіб [3].

В Україні провідною причиною смертності є серцево-судинні захворювання (ССЗ), на частку яких припадає 64 % смертей від усіх причин (щорічно помирає майже 700 тис осіб). При цьому лідируючі позиції займають ІХС і цереброваскулярні захворювання, які становлять 85 % всіх випадків смерті від ССЗ [4].

Враховуючи зростаючу поширеність хронічної серцевої недостатності (ХСН) як одного з найбільш небезпечних ускладнень ІХС, крайню тяжкість і злоякісність течії цього синдрому, а також приймаючи до уваги величезні витрати на її лікування, необхідно констатувати, що ця проблема стала однією з найважливіших у вітчизняній охороні здоров'я.

За даними великих епідеміологічних досліджень, ХСН залишається одним з найбільш поширених, прогресуючих і прогностично несприятливих захворювань серцево-судинної системи. Поширення ХСН серед населення складає 1,5–2% , проте серед пацієнтів старше 65 років вона набагато вища – 6–10%. Результати Фремінгемського дослідження показали, що з віком частота ХСН стрімко зростає з 1 % серед пацієнтів віком 50–59 років до 10% у групі хворих 80–89 років [3].

Незважаючи на значні досягнення останніх років у лікуванні ССЗ, відзначається зростання ХСН, що певною мірою пов'язане із збільшенням тривалості життя і старінням населення розвинених країн. У найближчі 20–30 років очікується зростання поширеності цієї патології на 40–60 %. Слід зазначити, що щорічно 20–30 % хворих з ХСН потребують госпіталізації, а третина з них протягом 6–12 наступних місяців – на повторному стаціонарному лікуванні. Смертність протягом 5 років становить 50–60%, а серед хворих, що знаходяться на лікуванні в стаціонарі, вона досягає 10–20 % при середніх проявах і 40–60 % – у пацієнтів з важким перебігом ХСН.

Надії на докорінну зміну цієї негативної ситуації пов'язані з розробкою і впровадженням нових методик фізичної реабілітації, які включають поєднання найефективніших природних та преформованих факторів у процесі лікування та оздоровлення осіб з ХСН.

На сьогоднішній день при хронічній серцево-судинній недостатності приділяють увагу різноманітним оздоровчим заходам, але, щоб досягти вагомих результатів у поліпшенні серцево-судинної системи, потрібні принципово нові підходи до форм та засобів фізичної реабілітації [5].

Реабілітація при даній патології розглядається як засіб комплексного відновлення фізичного здоров'я пацієнтів. Теоретико-методологічна основа базується на працях вітчизняних і зарубіжних вчених, які висвітили різні погляди щодо розвитку реабілітаційних заходів та їх поєднань при даному захворюванні. Дослідженню проблеми серцево-судинної патології присвячені праці багатьох учених. Суттєвий внесок у вдосконалення напрямів реабілітації здійснили, зокрема, К. М. Амосова 1999; Л. Г. Воронков 2000; В. І. Волков 1993; М. Д. Стражеска 2004; В. Х. Василенка, В. А. Візір 1999; В. М. Коваленко 1996; О. В. Коркушко 2006; М. І. Лутай, В. З. Нетяженко, О. М. Пархоменко 2008; В. К. Тащук 1998; В. Й. Целуйко та ін.

Лікування хворих на ХСН пов'язано з великими витратами, однак результати не завжди задовільні. Однією з причин цього явища є те, що використання лише сучасної медикаментозної терапії не здатне впливати на всі патогенетичні ланки розвитку та прогресування хронічної серцево-судинної недостатності [].

Тому, поширеність даної хвороби та тяжкий її перебіг ставлять задачі, пов'язані не лише з впровадженням сучасних програм лікування (використання стандартних лікувальних програм та медикаментозної терапії), але й з реалізацією та впровадженням, як у лікувальних так і в профілактичних цілях фізреабілітаційних заходів.

Мета дослідження – обґрунтувати застосування засобів фізичної реабілітації при хронічній серцево-судинній недостатності I–II ступеня у осіб другого періоду зрілості.

У результаті аналізу й узагальнення наукової літератури була розроблена комплексна оздоровчо-реабілітаційна програма для осіб із ХСН I–II ступеня кардіологічного відділення Недригайлівської центральної районної лікарні.

Головними завданнями розробленої комплексної реабілітаційної програми було: стимуляція периферичного й екстракардіальних чинників кровообігу; зменшення гіпоксії; зміцнення серцевого м'яза й активізація обмінних процесів у ньому; покращити рівень розвитку аеробних можливостей; нормалізувати процеси збудження і гальмування в ЦНС; адаптувати серцево-судинну, дихальну, м'язову та інші системи до збільшення інтенсивності фізичного навантаження.

Експериментальна програма комплексної фізичної реабілітації передбачає проведення: лікувальної фізичної культури (ранкова гігієнічна гімнастика та лікувальна гімнастика); лікувального масажу (точковий масаж); методів корекції депресивного стану (музикотерапія, ребефінг).

За терміном виконання програма індивідуально розрахована на 2 місяці, виконується трьома курсами, забезпечуючи поступову адаптацію пацієнтів до запропонованого реабілітаційного комплексу. Щоденний розклад реабілітаційних занять розрахований приблизно на 2–3 год.

Щоденний комплекс реабілітації починається із виконання ранкової гігієнічної гімнастики (РГГ). Саме під впливом гімнастичних вправ організм звільняється від стану загальмованості фізіологічних процесів, що буває під час сну.

У результаті проведення РГГ швидко підвищується загальний тонус організму, покращується діяльність серцево-судинної системи, внаслідок чого ліквідуються вогнища застійної, депонованої крові, зокрема, у легеневій та черевній порожнині. Посилюється функція дихання: збільшується його глибина, поліпшується легенева вентиляція. Також покращується діяльність шлунково-кишкового тракту, нирок, поліпшуються процеси обміну речовин тощо.

Основними завданнями РГГ: сприяти швидкому переходу від сну до пробудження; стимулювати роботу м'язів, що забезпечують правильну поставу; підвищити розумову працездатність та створити готовність до буденної інтелектуальної праці.

Загальний принцип побудови комплексу полягає у тому, щоб забезпечити участь основних м'язових груп під час руху, що в свою чергу активно впливає на роботу внутрішніх органів. Ранкова гігієнічна гімнастика включала 8–10 загальнорозвиваючих вправ для різних м'язових груп і суглобів, продовж 10–15 хв.

Лікувальна гімнастику застосовують відповідно до стадії ХСН, відповідними є і її завдання. Для хворих з I ступенем ХСН лікувальна гімнастика спрямована на вирішення таких головних завдань: адаптацію серцево-судинної системи і всього організму до поступового збільшення фізичного навантаження, відновлення і підвищення фізичної працездатності.

Методичні рекомендації: у заняття включають вправи для середніх і великих м'язових груп, вправи з предметами (гімнастичними палицями, м'ячами), невеликими обтяженнями (гантелі, набивні м'ячі 1–1,5 кг) та опором, малорухливі ігри, ігрові завдання, різна ходьба, нетривалий біг по залу; тривалість лікувальної гімнастики коливається від 45 до 60 хвилин; рухи, складні по координації, виконуються з повною амплітудою; кількість повторень вправ 8–12 разів; вправи для великих м'язових груп і суглобів чергують з вправами для дрібних м'язових груп верхніх та нижніх кінцівок та дихальними; застосовуються всі основні початкові положення: стоячи, сидячи, лежачи [1].

Для хворих II ступеня ХСН основними завданнями були: запобігання ускладнень (пневмонія, тромбоемболія, порушення перистальтики кишечника), покращання периферичного крово- та лімфообігу, боротьба із застійними явищами, активізація екстракардіальних чинників і коронарного кровообігу, зміцнення міокарда, зменшення гіпоксії, поступове підвищення фізичної працездатності хворих.

Методичні рекомендації: об'єм фізичних вправ значно менший, застосовувалися вихідні положення лежачи, чергуючи активні і пасивні рухи з дихальними вправами; значно зменшилася кількість повторень рухів в дрібних та середніх м'язових групах та суглобах (до 8–10 разів); дихальні вправи виконувалися з подовженим і невеликим посиленням видиху для поліпшення венозного відтоку і периферичного кровообігу; для м'язів тулуба починали застосовуватися вправи з неповною амплітудою з кількістю повторень 3–4 рази. Початкові положення лежачи та сидячи; тривалість лікувальної гімнастики таким хворим становить 30–45 хв.

Лікувальна фізкультура при ХСН складається з трьох частин. Мета ЛФК на ввідному етапі – адаптація організму до зростаючих об'ємів фізичного навантаження. Основна частина зайняття: стимуляція функції зовнішнього дихання, периферичного кровообігу, тренування вестибулярного апарату, поліпшення функцій ЦНС, підвищення реактивності судинної системи, тренування дихальної, опорно-рухової і серцево-судинної системи, стимуляція обміну речовин, створення позитивного емоційного фону. Метою завершального етапу є зниження психоемоційного і фізичного навантаження.

Фізична реабілітація для хворих на ХСН I–II стадії включає три режими рухової активності: щадний (7–10 днів); щадно-тренувальний (2 тижні); тренувальний (4 тижні).

Заняття ЛГ на щадному режимі проводяться у групі, в.п. – лежачи, сидячи і стоячи, використовуються загальнорозвиваючі вправи для великих і середніх м'язових груп. Їх виконують у повільному і середньому темпі, з повною амплітудою, без затримки дихання і надмірного напруження. Ці вправи чергуються із вправами на релаксацію (динамічними, статичними) та дихальними вправами (динамічними, статичними). Співвідношення загальнорозвивальних вправ до дихальних – 2:1, число повторень 4–6 разів. Тривалість заняття становить 20–25 хв. РГГ проводиться протягом усього періоду занять і включає 10–14 вправ. Також включають лікувальну ходьбу, починаючи з 1–1,5 км у повільному темпі (60–80 кр./хв.). Її тривалість становить 20–30 хв.

На щадно-тренувальному режимі заняття ЛГ проводяться переважно у в.п. – сидячи і стоячи, із залученням усіх м'язових груп, темп виконання вправ повільний і середній, кількість повторень – 6–8 разів. Тривалість заняття становить – 30–40 хв. Співвідношення загальнорозвиваючих вправ до дихальних – 3:1. Самостійні заняття включають: лікувальну ходьбу до 3 км, біг підтюпцем, починаючи з 30–50 м, поєднуючи з ходьбою [2].

На тренувальному режимі використовуються різні в. п., збільшується амплітуда рухів, темп виконання – середній, кількість повторень вправ – 8–10 разів, співвідношення загальнорозвиваючих вправ до дихальних – 4:1. Тривалість заняття – 40–60 хв. Самостійні заняття включають: спортивно-прикладні вправи (їзду на велосипеді, ходьбу на лижах), рухливі та спортивні ігри з полегшеними правилами (волейбол, баскетбол, теніс, бадмінтон), лікувальну ходьбу до 7 км, темп – середній (90–110 кр./хв.)

Лікувальний масаж здійснюється одразу після виконання хворими комплексів лікувальної гімнастики.

Завдання лікувального масажу при серцево-судинній недостатності зводиться до наступного: загальне зміцнення організму; стимуляція центральної нервової системи та обміну речовин; тренування серцево-судинної системи; активізація окислювально-відновних процесів; поліпшення функції допоміжних екстракардіальних факторів кровообігу; ліквідація застійних явищ і набряків у тканинах; активізація периферичного крово- і лімфообігу, коронарної гемодинаміки і трофічних процесів у міокарді; зняття втоми після фізичних навантажень.

Пацієнтам з першою стадією хронічної серцево-судинної недостатності застосовують загальний масаж. При проведенні загального масажу використовують масажні прийоми середньої інтенсивності. Загальний масаж починається зі спини. Особлива увага приділяється паравентрибральним зонам нижньошийних спинномозкових сегментів (С3–С7) і верхньогрудних (D1–D8). Це забезпечує приплив крові на периферію, що в значній мірі полегшує роботу серця.

Точковий масаж використовується в якості головного засобу програми фізичної реабілітації і спрямовується на вирішення таких основних завдань: нормалізація функціонального стану нервової, судинної та симпатико-адреналової системи, поліпшення кровообігу в малому та великому колі кровообігу, активізувати обмін та трофічні процеси в тканинах, підвищити тонус серцевого м'язу і його скоротливу функцію [6].

Методичні рекомендації:

1. Точки акупунктури підбираються винятково за симптомами і скаргами хворих: головокружіння, сонливість, артеріальна гіпертензія, серцебиття, недостатність периферичного кровообігу та застій в нижніх кінцівках, головна біль, задишка.

2. Точковий масаж виконується кінцевими фалангами 2-го і 3-го або 1-ми пальцями правої і лівої руки, шляхом кругових обертальних рухів з поступовим посиленням тиску на точку до появи інтенсивних передбачених відчуттів й отримання гіперемії шкіри над точкою.

3. Тривалість масажу однієї точки від 2-х до 5-ти хвилин. Симетричні точки масажуються одночасно. Така техніка масажу відповідає седативному, заспокійливому методу.

Дієтотерапія. Кожному з хворих надаються загальні методичні рекомендації (в електронному варіанті або роздрукованому вигляді) щодо дієтотерапії при ХСН, а також розроблені за призначенням лікарів (кардіолога, дієтолога) із врахуванням індивідуальних особливостей хворого спеціальні дієти, розвантажувальні дні.

Загальні рекомендації: енергетична цінність дієти повинна відповідати енерговитратам, особливо при ожирінні та деяких обмеженнях при розвитку атеросклерозу: знизити кількість жирів (тваринних) – при наявності ожиріння включити в раціон продукти, багаті на ліпотропні речовини (сир, бобові, тріска); кількість білка в нормі (1,2–1,5 г на 1 кг маси тіла на добу); кількість вуглеводів не обмежувати, але зменшити вживання легкозасвоюваних вуглеводів (цукор, мед, варення, кондитерські вироби) і збільшити вживання продуктів, багатих на рослинну клітковину (не солодкі сорти фруктів, ягід, овочів); обмежити вживання солі до 4–6 г на добу – при тяжкій формі ХСН, ускладненій недостатністю кровообігу, рекомендується на деякий час повне виключення із раціону кухонної солі, а також продуктів, що містять багато солі (оселедці, мариновані та солені продукти); однак повне виключення солі на тривалий період не рекомендують, так як гіпохлоремія може сприяти накопиченню азотистих шлаків в крові; обмежити вживання жирів (65–75г), головним чином за рахунок багатих на насичені жирні кислоти та холестерин тваринних жирів; кількість прийому рідини не обмежується; вітамінізувати раціон (вітаміни А – 2 мг, В1 – 4 мг, В2 – 4 мг, РР – 30 мг, С – 100 мг) [3]; збагачувати їжу калієм (овочі, фрукти, сухофрукти, ягоди, порошок какао, баранина), кальцієм (сир, молоко), магнієм (квасоля, горох, соя, зелений горошок, ізюм, інжир, шипшина, пшениця, кукурудза, сушені абрикоси), фосфором (риба, м'ясо), йодом (морська капуста, креветки, кальмари, мідії, краби); обмежити продукти, що мають коагулюючу дію (сметана, вершки, масло); харчування повинно бути частим – 4–5 разів на добу, з останнім прийомом їжі не пізніше ніж за 2–3 год. до сну.

На фоні основної дієти рекомендовано спеціальні дієти, особливо при відсутності ефекту від дієтотерапії. В якості спеціальних дієт при ХСН можуть бути використані фруктово-овочева, магнієва, гіпонатрієва, калієва, рисово-компотна та ін. Однак ці дієти є неповноцінними й однобічними, у зв'язку з чим застосовуються лише у вигляді коротких циклів (протягом 7–10 днів) або у вигляді розвантажувальних днів за призначенням лікаря. Періодично (1–2 рази на 7–10 днів) рекомендовано проводити розвантажувальні дні (рисово-компотний, салатний, гарбузовий, огірковий та ін.), особливо при ожирінні та недостатності кровообігу [2].

Висновки. Ефективність реабілітації хворих на ХСН забезпечується комплексним підходом, що передбачає комплексне застосування методів, засобів фізичної реабілітації, серед яких особливе значення мають ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапія, дієтотерапія тощо.

Експериментальна програма фізичної реабілітації хворих на ХСН I–II стадії передбачає реалізацію таких засобів: лікувальний масаж, ЛФК, точковий масаж і дієтотерапію. Точковий масаж використовувався в якості основного засобу і передбачає стимуляцію лікувальних (хворобливих) точок проєкційних зон відповідності серця, стимуляцію точок меридіанів перекарду, сечового міхура, нирок, селезінки та підшлункової залози.

В подальшому планується експериментально перевірити ефективність програми фізичної реабілітації з використанням лікувальної гімнастики, точкового масажу, лікувальної гімнастики та дієтотерапії для хворих на ХСН I–II стадії в умовах Недригайлівської центральної районної лікарні.

Список використаної літератури:

1. Корж Ю.М. Практикум з теорії і методики лікувальної фізичної культури / Ю.М. Корж, О.М. Звіряка. – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2007. – 184 с.
2. Мухін В. М. Фізична реабілітація: [підручник] / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2010. – С. 214–217.
3. Основи курортології: [посібник] / за ред. М. В. Лободи, Е. О. Колесника. – К.: Купріянова О. О., 2003. – С.118–121.
4. Фізична реабілітація при захворюваннях серцево-судинної системи: анот. бібліогр. покажч. трьома мовами [Електронний ресурс] / уклад. Ірина Свістельник. –Л., 2015. –111с.
5. Шевцова А. Оцінка функціонального стану серцево-судинної системи пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою / Анна Шевцова, Ірина Жарова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2011. –№ 3. –С. 103–105.
6. John J.V. McMurray ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the Task Force for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the heart failure Association (HFA) of the ESC / John J.V. McMurray, Stamatis Adamopoulos, Stefan D. Anker et al. // Eur. Heart. J. – 2012. – №33. – P. 1787–1847.

Стаття надійшла до редакції 07.12.2017 р.

Арєшина Ю. Б.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Карпенко Ю. М.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Ісакіна А. Ю.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ЕРГОТЕРАПІЯ У СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ

У статті розглядається програма ерготерапії у поєднанні з засобами фізичної реабілітації для хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу..

Ключові слова: інсульт, ерготерапія, лікувальна гімнастика, трудотерапія, лікування положенням.

Сьогодні в Україні, як і в інших країнах світу, існує тенденція до зростання неврологічних захворювань. У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими залишаються судинні захворювання головного мозку, серед яких провідне місце посідають, гострі порушення мозкового кровообігу – мозкові інсульти.

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на кожні 100 тис. населення. В Україні щороку близько 110 – 125 тис. жителів переносять мозковий інсульт, який є однією з найчастіших причин інвалідності та смертності населення країни. Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн

і має тенденцію до подальшого зростання. Слід зазначити, що 35,5% мозкових інсультів зустрічаються в осіб працездатного віку [1].

Доведено, що застосування засобів фізичної реабілітації в гострому періоді захворювання зменшує ризик виникнення різних ускладнень, сприяє відновленню порушених рухових функцій, готує пацієнтів до вертикалізації та набуття елементарних навичок самообслуговування.

Більшість вітчизняних досліджень, щодо застосування засобів фізичної реабілітації стосуються судинних захворювань головного мозку, проте недостатньо висвітлені проблеми та особливості ерготерапії, як одного із засобів лікування хворих з різними видами мозкового інсульту, зокрема після перенесеного мозкового крововиливку.

Відомі на сьогодні програми фізичної реабілітації з використанням ерготерапії, які спрямовані на відновлення порушених рухових функцій, що дуже важливо при поверненні до самостійного життя: самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку. Однак вони не передбачають визначення вихідного рівня рухової, функціональної та психоемоційної сфери [3]. Значні порушення функцій нервово-м'язового апарату, ускладнюють можливість самостійного переміщення, самообслуговування, що призводить до повної втрати працездатності. Причиною зниження і втрати працездатності хворих являються не тільки тяжкість пошкодження і захворювання, але й несвоєчасне та нерегулярне проведення відновного лікування, а також невикористання всього комплексу засобів, направлених на відновлення і розвиток тимчасово втрачених функцій рухового апарату [4].

Таким чином, розробка і впровадження нової методики ерготерапії для пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту є актуальними.

Мета роботи – науково обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити програму ерготерапії у поєднанні з засобами фізичної реабілітації для постінсультних хворих.

Дослідження проводиться на базі неврологічного відділення Прилуцької центральної районної лікарні. Програма ерготерапії у поєднанні з засобами фізичної реабілітації розроблена для 16 хворих осіб з різними функціональними порушеннями, які перенесли мозковий інсульт. Середній вік досліджуваних – 66 років. У досліджуваних обох сформованих груп відмічалися різні функціональні розлади рухової сфери. Для хворих основної групи (ОГ) – запропоновано програму ерготерапії у комплексі із засобами фізичної реабілітації, а хворим групи порівняння (ГП) – тільки основну частину програми, яка включала ЛФК, масаж, лікування положенням.

Хворі після інсульту не завжди можуть повернутися до колишньої трудової діяльності, їм необхідно переучуватися й опанувати посильну роботу. Головним завданням ерготерапії є поступова адаптація хворого до відновлення побутових навичок й елементів самообслуговування.

Під час занять з ерготерапії чергується робота з відпочинком, використовуючи вправи на розслаблення, здійснюється постійний контроль за реакцією хворого на навантаження. Заняття проводиться щоденно, протягом однієї години, після масажу і ЛФК (табл. 1.). Лікування положенням проводиться зранку до застосування масажу, ЛФК і ерготерапії, та після основних процедур.

Таблиця 1.

Розклад відвідування процедур фізичної реабілітації та ерготерапії

Група	Масаж	ЛФК	Ерготерапія
ОГ	9.30 – 10.00	10.15 – 11.00	11.15 – 12.30
ГП	11.00 – 11.30	11.45 – 12.30	Не проводилася

Для урізноманітнення видів праці за методикою ерготерапії їх розділено на категорії:

I категорія – підсобні роботи. Сюди входять побутові роботи, аналогічні господарській роботі по системі самообслуговування в рамках необхідності відділення (виглядання підлоги, миття підлоги, підмітання підлоги, застілання ліжок та ін.).

II категорія – ручна праця з елементами різних операцій або із застосуванням ускладнених механізмів: складати кубики, знімати й надягати кільця пірамідки, закривати і розкривати коробочки, застібати ґудзики, зав'язувати стрічки, шнурувати пояс, застібання ґудзиків і зав'язування стрічок на собі, стискання, підкидання м'яча ураженою рукою, кидання м'яча об підлогу здоровою рукою й ловлення ураженою рукою.

III категорія – відновлення побутових навичок у хворих після інсульту з використанням спроб самостійного одягання, взування, приймання їжі, чищення зубів, причісування, гоління, макіяжу, особиста гігієна та ін.

IV категорія – творчі види праці. Для цього хворим надаються різноманітні художньо-оформувальні засоби за допомогою, яких вони розвивали свою уяву та координаційно-маніпуляційні функції рук. Художньо-оформувальними засобами виступають – папір та фарби, олівці, пластилін, різноманітні види насіння, сірники та багато іншого. Хворим доводиться разом із методистом малювати, ліпити, складати, маніпулювати дрібними предметами. Інколи заняття по категорії IV проходять у вигляді гри. Для цього, наприклад, всі хворі отримують завдання намалювати дім, або ліс, зліпити сонце або тваринку, викласти певну фігуру із дрібних предметів. В кінці заняття визначаються кращі роботи, для стимуляції активного втручання хворих у реабілітаційний процес.

Загалом заняття із ерготерапії повинні проходити у спокійній та витриманій атмосфері. Хворі повинні намагатися не тільки виконувати завдання самостійно, але і допомагати іншим. На кожному занятті із ерготерапії використовуються певні елементи з різних категорій. Наприклад, витирання пилу, застібання ґудзиків, зав'язування стрічок, елементи самообслуговування і в кінці творча праця – малювання або ліплення.

Лікувальна фізична культура. Завдання: загальнотонізуючий вплив, поліпшення трофіки тканин паретичних кінцівок, зниження гіпертонусу м'язів, протидія синкінезіям, профілактика контрактур, туго рухливості, м'язової атрофії, тренування активних рухів у паретичних кінцівках. Відновлення навичок ходьби. Розвиток побутових і трудових навичок.

Вихідне положення: лежачи, сидючи, стоячи з опорою, стоячи.

Застосовуються: активні вправи для здорових і паретичних кінцівок, дихальна гімнастика, навчання м'язового розслаблення, синхронне виконання вправ для здорових і паретичних кінцівок, вправи із предметами, з обтяженням, ходьба з опорою, за допомогою, пригнічення синкінезій вольовим зусиллям, механотерапія.

Темп середній, амплітуда – від малої до повної. Тривалість заняття 30 – 45 хв (за можливості 2 рази на день).

Масаж. У програму ерготерапії у поєднанні з засобами фізичної реабілітації включений масаж верхніх кінцівок.

Методичні рекомендації: масаж виконується перед заняттям із ерготерапії; кожен прийом повторюють 3 – 4 рази; під час перших 3-х процедур масажують тільки дистальні відділи верхніх кінцівок, а вже на 4 – 5 процедурі включають верхні відділи рук та деяких грудних м'язів; при масажі кисті, утримують III – V пальці в положенні розгинання, а I палець в положенні відведення; до масажу включають пасивні вправи на розтягування спастичних м'язів хворої кінцівки.

Лікування положенням. Для уникнення розвитку патологічних поз, які є характерні після інсульту, а особливо основній патологічній позі, ураженим кінцівкам надають положення, яке є протилежне позі Верніке-Манна. Проводиться укладання уражених кінцівок в положенні лежачи на спині і здоровому боці. Кожні дві години змінюють розгинальне положення кінцівок на згинальне і навпаки. Лікування положеннями не використовують під час масажу, занять ЛФК і ерготерапії.

Основні лікувальні положення в які вкладають хворих:

а) укладання на здоровому боці – виконують з наданням кінцівкам згинального положення. Руку згинають в плечовому та ліктьовому суглобі та кладуть на подушку, ногу згинають в кульшовому, колінному і гомілковостопному суглобах та під уражену ногу підкладають подушку;

б) укладання на положення на хворому боці – голову кладуть в зручне положення для пацієнта, тулуб трохи повернутий і підтримується валиком зі сторони спини та ноги. Розташування руки зі сторони геміплегії: рука відведена від тулуба на 90° та ротована назовні, в ліктьовому та променево-зап'ястковому суглобах – максимальне розгинання і пальці розігнуті. Положення ноги зі сторони ураження: стегно розігнуте, невелике згинання в колінному суглобі. Положення здорової руки: лежить на тулубі чи подушці. Положення здорової ноги: лежить на подушці, ледь зігнута в колінному та кульшовому суглобах, в положенні кроку;

в) укладання в положенні на спині: голову розташовують на подушці, ший не згинають, плечі мають лежати на подушці. Уражена рука лежить рівна вздовж тулуба на подушці, пальці вирівняні. Стегно ураженої ноги вирівняне, також під колінний суглоб можна підкладати невеликий валик.

Висновки. Аналіз літературних джерел дозволив встановити основні наслідки та ускладнення, які виникають після інсульту і стають на перешкоді проведенню ефективного реабілітаційного втручання. Зокрема, такі наслідки і ускладнення: паралічі та парези кінцівок, зміни тону м'язів паретичних кінцівок, постінсультні трофічні порушення, порушення чутливості, центральний больовий синдром, мовні порушення, порушення вищих психічних функцій та зорові порушення [2].

У обстежених постінсультних хворих в процесі формуючого експерименту виявлено різні функціональні розлади та значне зниження навичок самообслуговування. За результатами дослідження вихідних даних фізичного стану хворих після перенесеного інсульту встановлено, що процес відновлення втрачених функцій після перенесеного інсульту в абсолютній більшості хворих даної групи незадовільний.

Отже, згідно з результатами проведеного дослідження, застосування ерготерапії у поєднанні із засобами фізичної реабілітації є одним із найкращих факторів в плані відновлення постінсультних хворих. Проведення ерготерапії сприятливо впливає як на ступінь відновлення тих чи інших функцій постінсультних хворих, так і на рівень їх незалежності при виконанні усіх основних видів побутової діяльності.

Раціональне використання ерготерапії прискорює відновлення м'язової сили, нормального об'єму рухів в суглобах, координації рухів, тобто працездатності рухового органу [4]. В процесі проведення занять перевіряється функціональна здатність хворого, здатність його до певної праці, вирішується питання про повернення до попередньої трудової діяльності та ін. Відновні види ерготерапії показані при всіх видах контрактур, обмеження рухливості в суглобах, а також для їх профілактики при постінсультних ускладненнях. Задача відновлення рухової функції досягає за

допомогою розвитку тимчасово утрачених хворим рухових можливостей абор шляхом пристосування (адаптації) його до праці.

Розроблена програма фізичної реабілітації постінсультних хворих передбачає реалізацію таких засобів – ерготерапія у поєднанні з масажем, ЛФК, лікуванням положенням. Особливістю ерготерапії є використання різних видів праці, яка включає підсобні роботи, просту ручну одноманітну працю, творчі види праці.

В подальшому планується експериментально перевірити ефективність даної програми ерготерапії у поєднанні з засобами фізичної реабілітації для даного контингенту хворих на базі неврологічного відділення Прилуцької центральної районної лікарні.

Список використаної літератури.

1. Мальцева М.Н., Шмонин А.А. Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации. Непрерывное образование взрослых. // Материалы международного форума. Под ред. В.В.Беличенко, С.В.Кривых. СПб: ИННОВА, 2015. С. 331–9.

2. Трудотерапия и психосоциальная реабилитация (для медиков, медицинских ассистентов, психологов, социальных ассистентов и менеджеров медицинских и социальных услуг): пособие. Кишенев, 2008. 193 с.

3. Bureck W, Illgner U. Handergotherapy for rheumatic diseases and the special importance of hand surgery. Z Rheumatol Rev 2014. 73.

4. M.N.Maltseva M.N., Shmonin A.A., Melnikova E.V., Ivanova G.E. Occupational therapy for rehabilitation of neurological patients. Consilium Medicum. 2016; 18.

Стаття надійшла до редакції 07.12.2017 р.

Бабенко В.Г.,

кандидат педагогічних наук,
доцент, провідний науковий співробітник НДЛ ПЗ
Державного науково-дослідного інституту
МВС України

Хапсаліс Г.Л.,

старший викладач кафедри фізичної культури
Київського національного торговельно-економічного університету

Янченко І.М.,

старший викладач кафедри фізичної культури
Київського національного торговельно-економічного університету

Євдокимова Л.Г.,

старший викладач кафедри спорту та фітнесу
Київського університету імені Б.Д. Грінченка

СПОРТИВНИЙ ПСИХОЛОГ ЯК РЕАЛЬНИЙ ПОМІЧНИК ТРЕНЕРА

У статті розглядаються деякі аспекти професійної діяльності спортивного психолога як реального помічника тренера незалежно від виду спорту, індивідуально-командної спрямованості підготовки й участі у змаганнях.

Ключові слова: спортивний психолог, фізкультурно-спортивна діяльність, тренер, спортсмен, психологічні стани.

Останнім часом дуже часто доводиться спостерігати випадки, коли, на перший погляд, відмінно фізично й технічно підготовлені спортсмени не показують очікуваних результатів або ж лише періодично демонструють їх викликаючи велике незадоволення тренерів, вболівальників чи просто звичайних глядачів.

Причин для цього може бути дуже багато як теоретичного, так і практичного характеру. Але, у більшості випадків, основною з них є недостатність або повна відсутність саме індивідуальної та колективної психологічної підготовки. Недооцінка чи переоцінка своїх сил, суперника, несформована мотивація, різного характеру індивідуально-особистісні проблеми, недостатній стан забезпечення або підготовки місць проведення змагань, погодні умови та багато іншого негативу реально мають величезний вплив на якість прогнозованих та отриманих фінальних результатів [1; 4; 7].

Однак, не дивлячись на популярність цієї тематики у фізкультурно-спортивному середовищі, більшість наукових праць і досліджень, їх апробація та впровадження у виступи наших спортсменів на змаганнях різного ґатунку не завжди приносять очікуваних призових та чемпіонських місць. На те є свої причини.

Умовно їх можна розділити на дві категорії: зовнішні (матеріалізовані) – які можна побачити й виявити відкрито перебуваючи в оточенні спортсмена чи команди, та внутрішні (приховані) – які доволі рідко проявляються у відкритій формі (наприклад агресія тощо) й переважно мають прихований характер [4; 6].

З'ясовано, що постійно перебуваючи в максимальних тренувально-екстремальних умовах та різних стресових станах на певних етапах підготовки й виступів на змаганнях різного ґатунку, психіка багатьох спортсменів має дуже високу чутливість [1; 4]. Водночас, у кожного тренера є завдання, вирішення яких дуже часто потребує або, навіть, вимагає застосування потужного авторитарного тиску як на окремого спортсмена, так і на всю команду наряду з дотриманням суворої спортивної та індивідуальної дисципліни, які знаходяться майже на межі з аскетизмом [2; 4]. При цьому слід зазначити, що в умовах жорсткої конкурентної боротьби, спортивне життя примушує спортсменів проявляти й прикладати максимум зусиль, що періодично перетворюються у спортивну чи неспортивну злість, контрольовану і неконтрольовану агресію, а також можуть переходити у інші негативні психологічні стани (апатія, афект, втома, депресія, невдоволення, пригніченість, страх, стрес, тривога, фрустрація тощо) [1; 3; 6].

За потреби існування умов недопущення й позитивного вирішення подібних моментів саме спортивний психолог повинен бути відповідним амортизаційним демпфером між ситуацією, що склалася, поставленими завданнями, тренером і спортсменом, допомагаючи останньому якнайдовше утриматися на вершині набраної ним форми підготовленості й готовності щодо максимальної реалізації виконуваних завдань, а також зменшити вплив на нього обов'язкового й різнострокового детренувального періоду.

На сьогодні особливо актуальною є наявність, присутність і діяльність спортивного психолога у командах чи збірних перед якими стоять завдання досягнення високих результатів як індивідуального, так і колективного характеру. На превеликий жаль, теперішні фінансові можливості й існуюча недовіра багатьох, навіть досвідчених, тренерів щодо успішності дії реальних можливостей фізкультурно-спортивної психології, як конкретного інструментарію, напевне була викликана їх попереднім досвідом невдалих спроб взаємодії з психологами в своїй діяльності в доволі непростій системі «тренер-психолог-спортсмен-команда-результат» [1; 4; 5].

Водночас, аналізуючи у доступних спортивних засобах масової інформації, наприклад, обов'язкові виступи головних тренерів команд чи їх уповноважених представників на післяматчевих прес-конференціях, чітко видно, що майже кожен виступаючий окреслює ті або інші наявні проблеми, які мали суто психологічний характер: «не настроїлися на суперника...», «належно не підготувалися...», «не оцінили можливості...», «не вистачило сил і бажання...», «суперник сильніше за нас хотів перемогти...», або подолали їх: «проявили характер...», «знайшли сили та мотивацію...», а підсумовуючи свої виступи за футбольну збірну Англії її легендарний экс-гравець Філ Невілл просто сказав: «...ми бились один за одного до кінця...»

Отже, суто професійним простором спортивного психолога має бути безпосередньо сама його діяльність, специфіка якої полягає в орієнтації на вивчення, упередження, недопущення та подальше ефективно вирішення психологічних проблем не тільки як у реальних життєвих ситуаціях звичайної людини, а й при виникненні реальних проблем у «людини – як діючого спортсмена чи команди в цілому». За таких умов діяльність спортивного психолога повинна базуватись не тільки на невід'ємному й тісному зв'язку теорії з практикою, а й на його відчутті ситуації, творчості, власному, попередньому або чинному фізкультурно-спортивному досвіді тощо.

У праці [1] дуже вдало наведено порівняння психолога з хірургом: «психолог не може за одну мить видалити існуючу проблему». Хоча в обох випадках це повинен бути та є чітко означений, регульований, регламентований і контрольований процес.

Зазвичай, добровільно приходячи до і йдучи від психолога, звичайна людина майже завжди прагне старанно виконувати всі його поради й рекомендації щодо застосування призначених їй психотехнік. Але у спорті іноді буває і так: психолога запрошують для того, щоб за допомогою сучасних існуючих в психології технологій та тренінгів усунути проблеми, наприклад, фізичної чи тактичної підготовленості. В результаті цього, специфіка й психотехніки, які були притаманні й успішно діяли для однієї людини чи одного виду спорту можуть виявитися зовсім безсилими для іншої людини чи іншого виду спорту. Саме ось у таких випадках і повинна проявлятися не банальна шаблонність дій, а психолого-педагогічна майстерність спортивного психолога, спрямована на виконання завдання з елементами терапії чи реабілітації, звісно, якщо в цьому є або може виникнути нагальна потреба.

На підставі зазначеного можна зробити певні висновки про те, що ефективність сукупної підготовленості й готовності окремого спортсмена чи команди в цілому виражається загальним результатом їх виступу у змаганнях, що є яскравим показником спільної роботи всіх складових компонентів системи «тренер-психолог-спортсмен-команда-результат».

Подальші наші дослідження будуть спрямовані на пошук, розробку, апробацію й удосконалення нових психотехнік, форм та методів підготовки, тактики і концептуальної стратегії зміцнення здоров'я засобами фізичної культури та спорту.

Література:

1. Акімова Л.Н. Психологія спорту / Л.Н. Акімова. – Одеса: Студія Неогоціант, 2004. – 127 с.
2. Башавець Н.А. Культура здоров'язбереження у питаннях і відповідях: навч. посіб. / Н.А. Башавець. – Одеса: вид. Букаєв В.В., 2010. – 272 с.
3. Карамушка Л.М. Психологія управління / Л.М. Карамушка. – К.: Миллениум, 2003. – 342 с.
4. Костюкевич В.М. Теорія і методика тренування спортсменів високої кваліфікації: навч. посіб. / В.М. Костюкевич. – К.: Освіта України, 2009. – 279 с.
5. Ложкин Г.В. Психолог спорту в изменении профессиональной подготовки // Практична психологія та соціальна робота. – № 5. – 2003. – С. 1–3.
6. Психологічна та фізична готовність особистості до дій в екстремальних ситуаціях: практ. посіб. / В.П. Остапович, В.Г. Бабенко, Л.А. Кириєнко; за ред. д.ю.н., проф. В.О. Криволапчука. – К.: ДНДІ МВС України, 2016. – 84 с.
7. Финогенов Ю.С. Фізичне виховання, спеціальна ФП та спорт: підручник / Ю.С. Финогенов, О.Л. Благій, С.І. Глазунов та ін. – К.: НУОУ, 2014. – 468 с.

Стаття надійшла до редакції 05.12.2017 р.

Бардакова А.С.,

студентка спеціальності «здоров'я людини»

Навчально-наукового інституту фізичної культури

Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж З.О.

старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії

Навчально-наукового інституту фізичної культури

Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

АЕРОБНІ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ВЕГЕТАТИВНІ ДИСФУНКЦІЇ

У статті розглянуто аеробні фітнес-технології з можливістю застосування в комплексній програмі фізичної реабілітації дітей хворих на вегетативні дисфункції.

Ключові слова: вегетативні дисфункції, аеробні фітнес-технології, фізична реабілітація, діти шкільного віку.

Постановка проблеми. На думку більшості дослідників, несприятливі умови сучасного життя є наслідком значного зростання ряду гострих і хронічних захворювань, зокрема, серцево-судинної системи.

Вегетативні дисфункції – це одна з найбільш частих патологій дитячого віку. Вона має місце у 20 % загальної популяції дитячого населення [6].

Вегетативна дисфункція (ВД) – це захворювання, що проявляється порушенням вегетативної регуляції внутрішніх органів і систем, пов'язаних з поломкою над сегментарних і сегментарних структур центральної і вегетативної нервових кісет [1].

Різноманіття клінічних проявів, різний рівень вегетативних порушень і численність етіологічних факторів, що викликають захворювання, вимагають виділення окремих класифікаційних груп в даній патології. У зв'язку з цим в залежності від клінічних особливостей і провідних патогенетичних механізмів запропоновано класифікацію, яка затверджена на 10-му з'їзді педіатрів України (1999), згідно з якою розрізняють такі клініко-патогенетичні форми: нейроциркуляторна дисфункція (НЦД); вегетативно-судинна дисфункція (ВСД); вегетативно-вісцеральна дисфункція (ВВД); пароксизмальна вегетативна недостатність (ПВН) [6].

Профілактика і лікування вегетативної дисфункції повинні починатися в дитинстві. Стан, який виникає в дитячому або підлітковому віці (вегетативна дисфункція), є несприятливим фоном і чинником багатьох захворювань.

Досить серйозна увага до цієї проблеми не випадкова, так як вегетативна дисфункція у дітей розвивається під дією різних факторів, таких як: емоційні стреси; в періоди гормональної перебудови організму (статеве дозрівання); при зміні кліматичних зон; при фізичних або розумових перевантаженнях; при загостренні неврологічних, ендокринних, соматичних захворювань; при невротичних розладах; при спадковій схильності.

Розробка відповідних реабілітаційних програм, спрямованих на оптимізацію функціонального стану і рівня здоров'я дітей хворих на ВД є однією з найбільш актуальних проблем в даний час. Важливо відзначити при цьому, що застосування сучасних засобів реабілітації має ґрунтуватися на використанні найбільш доступних і, в той же час, ефективних видів фізичних вправ.

На нашу думку, досить перспективним в даному напрямку є використання систематичних занять "оздоровчого фітнесу", а саме аеробних фітнес-технологій, що сприятиме підвищенню аеробної продуктивності організму і оптимізації серцево-судинної системи до фізичних навантажень.

Тому **метою дослідження є** теоретичне обґрунтування застосування аеробних фітнес-технологій в комплексній програмі фізичної реабілітації дітей хворих на ВД.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація хворих дітей на ВД.

Предмет дослідження: аеробні фітнес-технології в фізичній реабілітації.

Методи дослідження: проаналізувати науково-методичну літературу та теоретично обґрунтувати застосування аеробних фітнес-технологій при ВД у дітей.

Результати дослідження та їх обговорення: Фізична реабілітація хворих дітей з вегетативними дисфункціями має бути індивідуальною, комплексною, тривалою і спрямованою на всі ланки патогенезу. Успіх залежить від своєчасності й адекватності застосування засобів реабілітації.

Одним з безперечних досягнень сучасності є усвідомлення і наукове обґрунтування вирішальної ролі рухової активності в арсеналі реабілітаційних заходів.

Оздоровчий фітнес, спрямований на досягнення і підтримання фізичного благополуччя, а також зниження ризику розвитку захворювань (серцево-судинної, дихальної, травної систем обміну речовин та ін.) [8].

М.М. Булатова, Ю. Усачов стверджують, що класифікація фітнес-програм базується: на одному виді рухової активності (аеробіка, оздоровчий біг, плавання тощо); на поєднанні декількох видів рухової активності (аеробіка та бодібілдинг, аеробіка та стретчинг, оздоровче плавання); на поєднанні одного або декількох видів рухової активності й різних факторів здорового способу життя (аеробіка і загартування, оздоровче плавання і комплекс водолікувальних процедур) [5].

У свою чергу, фітнес-програми, що базуються на одному виді рухової активності можуть бути розділені на програми, в основу яких покладені: види рухової активності аеробної спрямованості; оздоровчі види гімнастики; види рухової активності силової спрямованості; види рухової активності у воді; рекреативні види рухової активності; засоби психоемоційної регуляції.

Крім цього, В.Ю. Давидов виділяє інтегративні та з'єднані програми, які орієнтовані на окремі групи населення: для дітей; людей похилого віку; жінок до і після пологів; програми корекції маси тіла [2].

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

На сьогодні розрізняють три види аеробіки: оздоровчу, прикладну та спортивну. Оздоровча аеробіка є одним з видів масової фізичної культури з регламентованим навантаженням. Характерною рисою оздоровчої аеробіки є наявність аеробної частини заняття, під час якої надають оптимальне навантаження на кардіо-респіраторну та м'язову системи.

Заняття аеробікою знижують ризик серцево-судинних захворювань. Дитина, яка займається аеробними вправами тренує серцевий м'яз. Серце, приймаючи участь у забезпеченні киснем усіх органів та тканин організму, працює злагоджено і більш економічно. Важливе значення має вплив тренувального процесу і на м'язи. Також під час аеробної роботи покращується венозний кровообіг, що позитивно впливає на діяльність органів черевної порожнини, особливо печінки [5].

При складанні оздоровчих фітнес-програм слід враховувати: характер і період захворювання; рівень фізичного навантаження; техніку виконання вправ; систематичність занять; тривалість занять; регламентацію засобів аеробної хореографії; музичний супровід тощо [2].

Дослідження Дорошенко В.В., Богдановської Н.В., свідчать про те, що застосування в системі комплексної реабілітації школярів і школярок старшого віку систематичних занять аеробікою сприяє збільшенню темпів оптимізації функціонального стану організму і загальних адаптаційних здібностей. [5].

Науковці стверджують, що перед початком проведення занять з аеробіки, необхідно визначити фізичні можливості дитини, інтенсивність, щільність фізичного навантаження, в процесі заняття необхідно проводити педагогічні спостереження та здійснювати контроль ефективності занять [2,3].

Висновок: Проаналізувавши науково-методичну літературу, визначили що заняття фітнесом аеробного напрямку сприятимуть: адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень; підвищенню загальної працездатності; покращенню функціонального стану, поліпшенню здоров'я та нормалізації психовегетативних розладів у дітей.

Перспективи подальших досліджень. Фітнес програми аеробного напрямку будуть застосовані в КПФР для дітей хворих на ВД на стаціонарному етапі лікування в Сумській обласній клінічній лікарні, з можливістю подальшого впровадження в медичні заклади області.

Список використаної літератури

1. Волосовець О.П., Савво В.М., Кривоустов С.П. Вибрані питання дитячої кардіоревматології / О.П.Волосовця, М.В. Савво, С.П. Кривоустова – Київ; Харків – 2006. – 246 с.
2. Давыдов В. Ю. Методика преподавания оздоровительной аэробики: учеб. пособие / В. Ю. Давыдов, Т. К. Коваленко, Г. О. Краснова. – Волгоград : Изд-во Волгоградского государственного университета – 2004. – 124 с.

3. Дорошенко В.В., Богдановская Н.В., Маликов Н.В. Особенности изменения адаптивных возможностей школьников старшего ВСД под влиянием реабилитационных мероприятий с применением занятий степ-аэробикой // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта – 2008. – №8

4. Иваночко В, Грибовська І. //Фітнес-технології у фізичному вихованні дітей із кардіореспіраторними захворюваннями – Спортивна наука України 2014 №5 (63). Р. 36–40 с.

5. Кузьменко О. Єфанова А. Вплив аеробіки на організм студента // Сучасні фітнес-технології у фізичному вихованні студентів: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих учених. / За ред. В.В. Білецької. – Т. I. – К.: НАУ, 2015. – 82 с.

6. Майданник В.Г. Педиатрия/ В.Г.Майданник – К.: АСК, 1999. – С. 255–279.

7. Усатова І. А., Цаподой С. В. Сучасні фітнес-технології, як засіб виконання завдань з фізичного виховання для студентів з порушенням у стані здоров'я / І. А. Усатова. С. В. Цаподой // навч.-метод. посіб. – ЧНУ імені Богдана Хмельницького – 2014. – 88 с.

8. Хоули Э.Т., Френкс Д.Б. Руководство инструктора оздоровительного фитнеса / Э.Т. Хоули – Олимпийская литература – 2004. – 359 с.

Стаття надійшла до редакції 06.12.2017 р.

Беспалова О. О.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ СТОП

У статті теоретично обґрунтована комплексна програма фізичної реабілітації для дітей з вальгусною деформацією нижніх кінцівок на основі лікувальної фізичної культури, дієтотерапії та лікувального масажу.

Ключові слова: вальгусна деформація, лікувальний масаж, лікувальна фізична культура.

Плоско-вальгусна деформація стоп є досить складною комплексною проблемою, яка не має однозначного рішення. Дегенеративні зміни тканин в області внутрішнього зводу викликають дисфункцію цій галузі шляхом опущення позаднього склепіння, тим самим порушуючи всю архітектоніку стопи. Це, в свою чергу, викликає виражені біомеханічні зміни, що призводять до порушення всіх трьох основних функцій – ресорної, балансування і поштовхової.

Плоско-вальгусна деформація стоп може носити вроджений характер, а також бути придбаною в результаті будь-яких пошкоджень. Придбана плоскостопість може бути пов'язана з посиленням натягом m. triceps surae, будь-якою дисфункцією m. tibialis posterior, слабкістю зв'язкового апарата і абдукції в середньому відділі, надмірною ротацією заднього відділу стопи, підвигиху таранної кістки, травматичними деформаціями, пошкодженням підошвенного апоневроза, нейромускулярним дисбалансом, викликаним різноманітними захворюваннями [1].

Найбільш часто ця патологія зустрічається у дітей молодшого віку – до 81,2% від загального числа обстежених, займаючи по частоті 3-є місце серед вроджених і 2-є місце серед статичних порушень опорно-рухової системи

На сьогоднішній день в Україні понад 11% дітей дошкільного віку мають вальгусні деформації нижніх кінцівок; плоскостопість [2].

Несвоєчасна діагностика та неадекватна реабілітація можуть призвести до незворотних наслідків. На сьогодні, одним із основних засобів профілактики та фізичної реабілітації, які застосовуються у програмах, є лікувальна фізична культура (ЛФК), але враховуючи сучасні тенденції розвитку реабілітаційної теорії та практики, виникає нагальна потреба у впровадженні інших, новітніх засобів фізичної реабілітації. Важливо розпочати лікування вчасно, саме тоді можна буде запобігти небажаним наслідкам, які можуть розвиватися при відсутності вчасної реабілітації.

Мета дослідження: розробити та науково обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації дітей дошкільного віку із плоско-вальгусною деформацією стоп.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами була розроблена програма фізичної реабілітації дітей молодшого дошкільного віку із плоско-вальгусною деформацією стоп, яка включала ЛФК, лікувальний масаж, технічні засоби корекції.

Завдання розробленої комплексної програми ФР дітей із плоско-вальгусною деформацією стоп були наступними: зняття больового синдрому, покращення крово- і лімфо обігу, зміцнення м'язів нижніх кінцівок, підвищення силової витривалості нижніх кінцівок і стоп, зміцнити весь організм.

У результаті аналізу даних наукової та методичної літератури було встановлено, що у рамках програми ФР дітей із плоско-вальгусною деформацією стоп можуть бути використані такі засоби ФР, як лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія та технічні засоби

корекції. Отже, дані засоби було вирішено включити до авторської програми ФР, призначеної для даного контингенту дітей.

Завдання розробленої комплексної програми ФР для дітей із плоско-вальгусною деформацією стоп були наступними: зняття больового синдрому, покращення крово- і лімфо обігу, зміцнення м'язів нижніх кінцівок, підвищення силової витривалості нижніх кінцівок і стоп, зміцнити весь організм.

Проведення заходів ФР базувалося на загальнометодичних принципах, які використовуються організації будь-яких програм ФР, а саме:

- принцип «від простого до складного»;
- принцип поступовості, або поетапного підвищення вимог;
- принцип індивідуального підходу до кожної дитини;
- принцип доступності, посильності;
- принцип поєднання загального та спеціального впливів;
- принцип чергування, або розсіяного фізичного навантаження;
- принцип свідомої та активної участі пацієнта у процесі ФР.

Лікувальна фізична культура.

ЛФК рекомендується проводити із полегшених вихідних положень (лежачи, сидячи на підлозі та на стільці), а також у вертикальному положенні на вібромасажній «біговій доріжці».

Завдання ЛФК: покращити кровообіг, відновити тонус м'язів нижніх кінцівок: зміцнити ослаблені і розтягнуті м'язи, розслабити надмірно напружені; сформувати правильну поставу, покращити психоемоційний стан.

Методика ЛФК. ЛФК проводиться 5 разів на тиждень, тривалістю 25 хвилин [1–4].

Комплекс ЛФК при плоско-вальгусній деформації стопи для дітей молодшого дошкільного віку.

1. В. П. – лежачи на спині. Виконувати ковзання зовнішнім краєм стопи однієї ноги по гомілці іншої ноги. Потім ноги поміняти. Повторити кожною ногою по 6–8 разів.

2. В. П. – те ж саме. Виконувати рухи ногами, що імітують їзду на велосипеді, при цьому відтягуючи носок вперед при русі ноги від себе, а потім, при русі ноги назад – носок на себе. Повторити 10–15 разів.

3. В. П. – сидячи на стільці. Виконувати пересування стоп за допомогою пальців вперед і назад – вправа «Гусениця». Повторити в обидві сторони по 6–8 разів.

4. В. П. – те ж саме. Перші пальці обох стоп розташувати один на одному. Виконувати приведення пальців стопи з опором. При цьому стежити за тим, щоб п'яти не відривалися від підлоги. Повторити 6–8 разів.

5. В. П. – сидячи на стільці на перших пальцях обох стоп гумовий бинт, який стягує їх разом. Виконувати розтягування гумового бинта першими пальцями (п'яти від підлоги не відривати). Повторити 8–10 разів.

6. В. П. – сидячи на стільці, права стопа на лівому коліні. Лівою рукою фіксувати праву стопу, в той же час правою рукою зрушувати пальці стопи. При цьому пальці стоп намагатися не згинати (особливо при молоткообразной деформації другого пальця). Те ж саме повторити з лівої стопою. Повторити кожною стопою 6–8 разів.

7. В. П. – сидячи на стільці. Права стопа розташовується на лівому коліні. Виконувати лівою рукою приведення першого пальця стопи всередину, одночасно натискаючи долонею на «кісточку» першої плеснової кістки. Зафіксувати це положення на 3–5 секунд. Потім те ж саме зробити з лівою стопою. Повторити кожною стопою 8–10 разів. Цю вправу бажано виконувати після теплової ванни для стоп.

8. В. П. – сидячи на стільці, підшви стикаються. Виконувати згинання та розгинання в гомілковостопному суглобі, одночасно ковзаючи стопами по підлозі. Повторити 8–10 разів.

9. В. П. – сидячи на стільці. Виконувати катання м'яча підшвами стоп. Робити 2–3 хвилини.

10. В. П. – сидячи на підлозі, руки в упорі, ноги разом. Виконувати почергове і одночасне згинання та розгинання в гомілковостопних суглобах. Повторити 8–10 разів.

11. В. П. – те ж саме. Виконувати активну розведення пальців стоп «віялом», фіксуючи це положення на 3–5 секунд. При цьому намагатися максимально відводити перший палець стопи. Повторити 6–8 разів.

12. В. П. – сидячи на підлозі, руки в упорі. Виконувати стискання пальців стоп в «кулак» і розведення їх «віялом» (намагатися максимально відводити перший палець). Повторити 6–8 разів.

13. В. П. – те ж саме. Виконувати поплескування підшвами стоп одна об одну. Повторити 8–10 разів.

14. В. П. – сидячи на підлозі «по–турецьки». Вставати з підлоги, при цьому стопи повинні бути перехрещені, спираючись на зовнішні краї стоп. Повторити 5–6 разів.

15. В. П. – стоячи, стопи паралельні. Виконувати ходьбу на зовнішніх краях стоп, на п'ятах, з протягуванням тильної поверхні стопи по килиму. Виконувати 3–5 хвилин.

Новим ефективним засобом, який був включений до реабілітаційної програми, є спеціальний тренажерний пристрій – **вібромасажна «бігова доріжка»**, які дозволяють сумісно здійснювати такі

види впливів на стопу, як активні рухові дії в суглобах стопи і м'язів нижніх кінцівок (фізичні вправи) масаж подошвеної сторони стопи і вібростимулювання.

Завдання: створення вібромасажної стимуляції з дією на епіфізарні зони кісток стопи, які підвищують функціональний стан як опорно-рухового апарату, так і всього організму дитини, зміцнення функціонального стану стопи, гомілки та стегна.

Сутність пропонованого пристрою пояснюється зміною впливу вібромасажного полотна доріжки на стопи в залежності від напрямку ходи – підйому пацієнта або спуску з можливістю зміни кута і спрямуванню нахилу полотна завдяки шарнірного встановлення, яке дозволяє обертатися валику-східці. Кожний валик має масажне покриття – горбинки, що забезпечує одночасний масаж стоп ніг. Частота вібрації регулюється швидкістю «ходи».

Лікувальний масаж.

Завдання масажу: нормалізація м'язового тону гомілки і стопи (знімає зайву напругу і зміцнює слабкі м'язи); покращення кровопостачання м'язів, кісток і зв'язок, внаслідок чого поліпшується їх живлення; стимулювання розвитку м'язів ніг.

До програми з фізичної реабілітації також входив курс масажу з 10–12 процедур, за спеціальною методикою для плоско-вальгусної деформації стоп [3–4]. План масажу. У вихідному положенні (в. п.) дитини – лежачи на животі під гомілковостопний суглоб підкладали валик і виконували масаж поперекового та крижового відділу хребта, задньої поверхні стегна і колінного суглоба, гомілки, ахілової сухожилки та подошвеної поверхні стопи. У в. п. дитини – лежачи на спині під колінний суглоб підкладали валик і виконували масаж на передній, латеральній і медіальній поверхнях стегна і гомілки, ділянки колінного суглоба та тильної поверхні стопи. Особливість методики полягала в тому, що під час масажу нижніх кінцівок тонізували м'язи внутрішнього краю стопи та тригольний м'яз гомілки, релаксували м'язи зовнішнього краю стопи та передній і задній великогомілкові м'язи [4].

Висновки. Плоско-вальгусна деформація стоп є серйозним захворюванням, яке за відсутності правильного лікування, призводить до тяжких наслідків. Фізична реабілітація дітей із плоско-вальгусною деформацією стоп має бути своєчасною та комплексною, це допоможе швидше здійснити корекцію положення ніг та стоп. У результаті аналізу даних наукової та методичної літератури було встановлено, що у рамках програми ФР дітей із плоско-вальгусною деформацією стоп можуть бути використані такі засоби ФР, як лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія та технічні засоби корекції.

Література

1. Булатов А. А., В.Г. Емельянов В. Г., К.С. Михайлов К. С. Плоско-вальгусная деформация стоп у взрослых (обзор иностранной литературы // Травматология и ортопедия россии. – 2017. – Том 23, № 2.
2. Врожденная плоско-вальгусная деформация стоп и методы ее коррекции у детей/ С.И. Моисеев, Е.П. Кузнечихин, А.С.Козлов[и др.] // Вести травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова.– 2005.– №1. – с. 65–69.
3. Корж Ю.М. Звіряка О.М. Практикум з теорії і методики лікувальної фізичної культури. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Фізична реабілітація», «Фізична культура». – Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2007. – 184с.
4. Люльков Р. А., Люлькова Ю. С., Корж Ю. М., Звіряка О. М. Програма фізичної реабілітації дітей дошкільного віку з порушенням постави та вальгусною деформацією стоп// Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України: матеріали 14 Всеукраїнської науково-практичної конференції: у 2 т. / відповід. ред. М. О. Лянной, наук. ред.. О. А. Томенко. Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2014. – Т. 2. – 2015. – Т. 2. – С. 90–93.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2017 р.

Беспалова О. О.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ

У статті розглядається комплексна програма фізичної реабілітації для дітей молодшого шкільного віку з ожирінням I–II ступеню на основі лікувальної фізичної культури, дієтотерапії та масажу.

Ключові слова: ожиріння, лікувальна фізична культура, дієтотерапія, лікувальний масаж.

Ожиріння – одне з найбільш поширених захворювань у світі, яке характеризується надлишковим відкладанням жиру в організмі. Ожиріння може бути самостійним захворюванням або

синдромом при іншій патології. У всіх країнах спостерігається прогресивне збільшення кількості пацієнтів на ожиріння як серед дорослого, так і серед дитячого населення. Кількість дітей, хворих на ожиріння, кожні три десятиріччя зростає вдвічі [1]. На сьогодні в розвинутих країнах світу 25% підлітків мають надлишкову масу тіла, а 15% – ожиріння. В Україні щорічно фіксують 18–20 тис. нових випадків ожиріння серед дітей та підлітків. У 2007 р. діагностовано 23 325 нових випадків цього захворювання (2,73 на 1000 відповідного населення). Захворюваність серед дітей від 0 до 14 років становила 2,6, а поширеність – 9,7 на 1000 відповідного населення. Серед підлітків 15–17 років ці показники ще вищі: захворюваність – 3,37, поширеність – 15,6 на 1000 відповідного населення [2].

Серед дитячого населення підвищення поширеності ожиріння та надлишкової маси тіла спостерігається з 70х років ХХ століття. Упродовж останніх десятиріч ожиріння та надлишкова маса тіла серед дітей та підлітків за показниками поширеності досягли епідемічних рівнів. В Україні, за даними офіційної статистики 2015 р., у віковій структурі хворих на ожиріння частка дітей становить 19,3% (zareєстровано хворих на ожиріння серед населення України – 532 533 особи, з них дітей віком 0–17 років – 102 796 осіб). При аналізі динаміки поширеної ожиріння серед дитячого населення України упродовж останніх десятиріч встановлено значне збільшення рівнів цих показників, як загалом серед дитячого населення (у 1,6 разу: у 2003 р. 8,29 на 1000 дитячого населення, у 2015 р. 3,5 на 1000 дитячого населення), так і в різних його вікових групах. Найшвидші темпи приросту спостерігаються у віковій групі 15–17 років – у 1,9 разу (2003 р. – 9,7 на 1000 дітей відповідного віку, 2015 р. – 28,27 на 1000 дітей відповідного віку).

Медикосоціальне значення проблеми ожиріння у дітей визначається не тільки її зростаючою поширеністю, але й вагою ускладнень. Дитяче ожиріння тягне за собою як короточасні, так і довгострокові несприятливі наслідки для фізичного і психосоціального здоров'я. Наразі добре відомо, що глибокі порушення метаболізму, які виникають при ожирінні, та надлишковій масі тіла, закономірно ведуть до розвитку серцевосудинної патології, цукрового діабету 2 типу, захворювань суглобів, безпліддя, жирового гепатозу, гіперурикемії, злоякісних новоутворень, захворювань, що супроводжуються гіпоксією (апное, астма), та інших захворювань [1; 3–4].

Мета дослідження – розробити та практично перевірити програму фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з ожирінням.

Результати дослідження та їх обговорення.

Дані аналізу наукової спеціальної та методичної літератури свідчать про розповсюдженість ожиріння серед дітей молодшого шкільного віку. Дані захворювання можуть обтяжувати перебіг розвитку та росту, та становити потенційну загрозу здоров'ю дитини. У той же час застосування медикаментозного лікування при ожирінні є додатковим фактором ризику, що може викликати низку ускладнень та побічних ефектів. Тому застосування немедикаментозних засобів, тобто засобів ФР, для даного контингенту дітей безперечно є важливим. Проте у сучасних наукових джерелах не було виявлено комплексних програм ФР, спрямованих на корекцію стану при ожирінні та надлишкової маси тіла.

У проведеному дослідженні взяли участь 12 дітей ожирінням та надлишковою масою тіла. Протягом попереднього обстеження у більшості дітей було виявлено низку симптомів об'єктивного стану, що були відмічені в ході опитування; недостатньо високу суб'єктивну оцінку власного самопочуття; низькі показники самопочуття. Крім того, у обстежених дітей було відмічено певне збільшення ваги тіла та збільшення ІМТ.

Таким чином, попередній аналіз результатів дослідження стану дітей із ожирінням свідчив про необхідність проведення спеціальних заходів для корекції та покращення стану всіх систем організму.

У результаті аналізу даних наукової та методичної літератури було встановлено, що у рамках програми ФР дітей з ожирінням можуть бути використані такі засоби ФР, як лікувальна фізична культура, дозована ходьба, масаж (точковий масаж), дієтотерапія. Отже, дані засоби було вирішено включити до авторської програми ФР, призначеної для даного контингенту дітей, а саме для молодшого шкільного віку.

Завдання розробленої комплексної програми ФР для дітей молодшого шкільного віку з ожирінням були наступними:

- 1) зменшення надлишкової маси тіла;
- 2) нормалізація функцій серцево-судинної, дихальної травної та інших систем, створення необхідної компенсації для діяльності цих систем в умовах зміненого обміну речовин;
- 3) поліпшення і нормалізація обміну речовин, зокрема жирового обміну;
- 4) посилення крово- і лімфообігу.

Проведення заходів ФР базувалося на загальнометодичних принципах, які використовуються організаціями будь-яких програм ФР, а саме:

- принцип «від простого до складного»;
- принцип поступовості, або поетапного підвищення вимог;
- принцип індивідуального підходу до кожної дитини;
- принцип доступності;
- принцип поєднання загального та спеціального впливів;

- принцип чергування, або розсіяного фізичного навантаження;
- принцип свідомої та активної участі дітей у процесі ФР.

У дослідженні взяли участь 12 дітей, які мали ожиріння та надлишкову вагу тіла. Для оцінки ефективності досліджуваних програм корекції надмірної маси тіла до та після програми реабілітації було проведено вимірювання та розрахунок антропометричних показників (вага тіла, ІМТ, каліперометрія шкірно-жирових складок, окружності грудної клітки та плеча) та фізіометричних показників (ЧСС, АТ, ЖЄЛ).

Впродовж обстеження виявлено, що 43 % з досліджуваних дітей мали ожиріння, а решта 66 % – надмірну вагу. Встановлено, що показники маси тіла коливаються у межах 38 кг, що значно перевищує норму, суб'єктивне відчуття збільшення частоти дихання (60 %), відчуття підвищеної роботи під час дихання (85 %) та відчуття важкості під час дихання (50 %). При цьому лише 15 % дітей оцінювали власне самопочуття як гарне, а 75 % – як задовільне; 10 % дітей вважали своє самопочуття незадовільним.

Попереднє дослідження надало можливість встановити, що діти з ожирінням ведуть малорухливий спосіб життя (81 %).

Було виявлено, що у дітей після програми фізичної реабілітації зменшення маси тіла на 8,4 %. ІМТ у дітей після програми склав 16 кг/м², що відповідало верхній границі норми.

Динаміка показника ОГК зменшилася на 7,6 %, ніж на початку обстеження. Зменшення ваги тіла та окружностей у дітей обох груп було пов'язано зі зменшенням відсотку жирової тканини в організмі. Приріст м'язового компоненту при застосуванні фізичної реабілітації зменшився на 1,4 %. Зменшення відсотку жирової тканини в організмі дітей обох груп вплинув на зменшення шкірно-жирових складок.

Таким чином, враховуючи вище зазначені дані можна сказати, що в процесі застосування програми фізичної реабілітації, надмірної ваги серед дітей обох груп ми спостерігали позитивну динаміку антропометричних показників.

Для визначення ефективності запропонованих програм реабілітації надмірної ваги досліджуваним обох груп проводились функціональні дослідження: ЧСС, ОГК та ЖЄЛ.

Аналіз динаміки функціональних показників виявив позитивні зміни функціонального стану дітей в двох групах.

Таблиця 1

Дослідження ЧСС у дітей з ожирінням та надмірною вагою після програми фізичної реабілітації

Зміни ЧСС	Група I (надмірна вага)	Група II (ожиріння)	Порівняльна група
Тахікардія	70%	16%	15%
Брадикардія	2%	3%	-

Нами була проведена комплексна оцінка динаміки приросту пульсу під час проведення вимірів ЧСС серед досліджуваних основної групи та групи порівняння. Виявлено зменшення приросту пульсу на пробу в обох групах, виявлено, що у дітей основної групи спостерігалось зменшення ЧСС в стані спокою на 10,0 % в порівнянні з вихідним рівнем.

Таким чином, показник САТ в I групі зменшився на 6,1% в II групі на 3,0 %, але результати не мали статистично достовірної різниці. У дітей основної групи показник ДАТ зменшився на 9,1 % в порівнянні з вихідним рівнем у дітей групи порівняння на 3,1 %, різниця між групами була статистично значима.

Заключне опитування дітей наприкінці курсу ФР свідчило, що після програми фізичної реабілітації зменшення маси тіла на 8,4%. Динаміка показника ОГК зменшилася на 7,6 %, ніж на початку обстеження, суб'єктивне відчуття збільшення частоти дихання (40 %), відчуття підвищеної роботи під час дихання (50 %) та відчуття важкості під час дихання (15 %). При цьому лише 5 % дітей оцінювали власне самопочуття як гарне, а 15 % – як задовільне; 5 % дітей вважали своє самопочуття незадовільним.

Показник САТ в I групі зменшився на 6,1 % в II групі на 3,0 %, але результати не мали статистично достовірної різниці. У дітей основної групи показник ДАТ зменшився на 9,1 % в порівнянні з вихідним рівнем у дітей групи порівняння на 3,1 % різниця між групами була статистично значима.

Отже, застосування комплексної програми фізичної реабілітації згідно оцінки отриманих даних у ході аналізу заключного обстеження (приблизно через 4 тижні після початку курсу ФР), свідчило про наявність більш виражених позитивних зрушень у стані дітей основної групи. Позитивні результати у вигляді поліпшення самопочуття, зниження психоемоційного напруження, покращення функціонування всіх систем організму, зменшення маси тіла, що відмічалось як суб'єктивно дітьми з ожирінням, так і у ході застосування об'єктивних методів дослідження. Згідно вищезазначених результатів обстеження показників ми довели, що програма фізичної реабілітації позитивно впливає на нормалізацію

метаболических процесів в організмі дитини та на зміну показників динаміки ЧСС, АТ, антропометричних даних в позитивну сторону.

Література

1. ВООЗ. Проект заключительного доклада Комиссии по ликвидации детского ожирения Женева Швейцария 2015 51 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/endchildhoodobesity/commissionendingchildhoodobesitydraftfinalreportru.pdf>.
2. Гурова М. М. Ожирение у детей: эпидемиологические аспекты / М. М. Гурова // Практика педиатра. – 2014. – № 3/4. – С. 7–13.
3. Довідник дитячого ендокринолога (2007). МОЗ, Центр медичної статистики МОЗ України. Київ, 2008. – 105 С.
4. Дячук Д. Д., Заболотна І. Е., Яценко Ю.Б. Ожиріння у дітей: фактори ризику та рекомендації з профілактики // Современная педиатрия. – 2017. – № 2 (82). – 42 – 46.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2017 р.

Бугасно Т. В.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж Ю. М.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ДО ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНОГО РІВНЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ОСІБ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Представлено результати аналізу науково-методичної літератури з питання визначення оптимального рівня фізичної активності осіб із вродженими вадами серця.

Ключові слова: вроджені вади серця, коарктація аорти, фізична активність, фізична реабілітація.

Постановка проблеми. Вади серця, незважаючи на значні успіхи в їх своєчасній діагностиці і лікуванні, залишаються однією з основних причин смертності серед хворих усіх вікових груп із-за розвитку серцевої недостатності й інших ускладнень. Це, на думку багатьох учених, пов'язано з посиленням дії на людину несприятливих чинників навколишнього середовища, які в свою чергу, діють на організм плоду і викликають формування вад розвитку. При цьому, найуразливішою виявляється серцево-судинна система плоду, що забезпечує його гемодинаміку з ранніх стадій розвитку організму [2, с. 4].

Однією з таких вад є коарктація аорти (КоАо), що представляє собою вроджене звуження останньої. Найчастіше воно діагностується в місці переходу дуги аорти в її низхідну частину, дистальніше за відходження лівої підключичної артерії. Від загального числа хворих з вродженими вадами серця (ВВС) ця патологія становить близько 5–8%, при цьому серед хворих значну частину становлять діти [2, с. 22].

Коарктація аорти може поєднуватися з іншими внутрішньосерцевими аномаліями або бути ізольованою. Перша становить 48% усіх випадків, серед них: дефекти міжшлуночкової перегородки – 16,6%, аортальний стеноз – 3,7%, аномалія Taussig–Bing – 2,8% та інші; друга – 52%.

Для лікування КоАо, поєднаної з іншими внутрішньосерцевими аномаліями, застосовують два підходи. Перший – це одноетапна корекція, що передбачає усунення КоАо і всіх внутрішньосерцевих дефектів; другий – двоетапна корекція, що передбачає усунення КоАо і звужування легеневої артерії, а потім дебандаж легеневої артерії і корекцію всіх внутрішньосерцевих дефектів [1, с. 40].

Вчасно проведене оперативне лікування забезпечує виживання та тривале життя більшості хворих із ВВС, з подальшими періодичними обстеженнями та консультаціями. Сьогодні летальність при хірургічній корекції ВВС становить менше 5% [4].

Адекватна корекція вади створює умови для ефективної фізичної реабілітації хворих. Спірним залишається питання щодо оптимального рівня фізичної активності (ФА) оперованих з приводу ВВС та тривалості післяопераційного терміну, що має минути, для можливості застосування засобів фізичної реабілітації, а саме фізичних вправ, їх дозування та форм. Деякі науковці [4,] наполягають на поступовому збільшенні дозованої ФА, підкреслюючи те, що режим обмеження ФА може бути основним негативним фактором, що впливає на повноту реабілітації.

Мета дослідження – проаналізувати рекомендації щодо регламентації рівня ФА осіб із вродженими вадами серця.

Застосовано такі **методи дослідження** як аналіз науково-методичної літератури, синтез та узагальнення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значний вклад у вирішення проблеми регламентації рівня ФА зробили зарубіжні автори W. Budts, M. Börjesson, M. Chessa. Вони підкреслюють, що безпечна ФА є невід'ємною складовою нормального життя і розвитку хворих із ВВС.

Питанням обґрунтування належного рівня ФА осіб із ВВС закордоном активно займаються Американська асоціація серця та Європейське товариство кардіологів.

У роботах українських авторів, серед них О. Б. Лазаревої, В. В. Вітомського, І. А. Кульченка, на основі огляду зарубіжного досвіду та досягнень вітчизняної науки, представлені рекомендації правильного підбору рівня рухової активності для осіб із ВВС та вимоги до розробки програми фізичної реабілітації дітей із ВВС. Науковці підкреслюють, що сьогодні питання реабілітації хворих до та після хірургічної корекції ВВС висвітлено недостатньо. Значна частина авторів, аналізуючи особливості застосування засобів фізичної реабілітації для таких хворих, більше акцентує уваги не на їх обґрунтуванні, а на віддалених результатах хірургічної корекції.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Науковці О. Б. Лазарева та В. В. Вітомський [5, с. 79] зазначають, що основним фактором, що впливає на обмеження лікарями фізичної активності хворих із ВВС, в тому числі з КоАо, є можлива раптова смерть. Проте, такі випадки, як показує практика, трапляються дуже рідко. Низький рівень ФА оперованих осіб може бути обумовлений не лише заборонами лікаря та залишковими гемодинамічними порушеннями, але й вторинним погіршенням стану, внаслідок занадто щадного рухового режиму. Більшість пацієнтів із ВВС мають зайву вагу, що пов'язано з малорухомим способом життя. Саме тому вони перебувають у групі ризику стосовно зниженої толерантності до фізичного навантаження.

На думку І. А. Кульченко [4, с. 86], лише у 30% випадків клінічна симптоматика виступає «бар'єром» для фізично активного способу життя. З урахуванням цього факту, автор рекомендує, починаючи з раннього підліткового віку, надавати особам із ВВС адекватну для свого стану інформацію про необхідність і дозування фізичних навантажень. При цьому, як зазначає науковець, контроль за станом організму повинен здійснюватися з урахуванням рекомендацій провідних центрів, що працюють за профілем «серцево-судинна хірургія».

При визначенні об'єму ФА, в першу чергу, важливо враховувати поточний стан гемодинаміки пацієнта, можливі потенційні ризики, а не сам діагноз. Так, О. Б. Лазарева та В. В. Вітомський [5, с. 81], проаналізувавши рекомендації Американської асоціації серця, з'ясували, що дорослі повинні виконувати силові вправи не рідше двох разів на тиждень і накопичувати від 75 хвилин енергійної до 150 хвилин помірної активності на тиждень, за умови тривалості діяльності понад 10 хвилин. У той же час, дітям рекомендовані понад 60 хвилин щоденної ФА у поєднанні з періодами активної діяльності. Остання повинна виконуватися щонайменше тричі на тиждень. Наскільки це можливо, діти повинні без обмежень брати участь у вправах, іграх і спорті на рівні з однолітками. Погоджуються автори і з думкою щодо важливості обмеження даному контингенту тривалого перебування у сидячому положенні, особливо у транспорті.

Для покращення стану серцево-судинної системи, в першу чергу, рекомендовані динамічні вправи на витривалість, що можуть бути різними за інтенсивністю виконання. Рівні інтенсивності вправ для тренування встановлюються залежно від відсотків VO_{2max} , резерву частоти пульсу (% HRres) та максимальної частоти серцевих скорочень (%HRmax). Так, наприклад, рівень легкої активності або реабілітаційне тренування, характеризується такими показниками: 20–39% від VO_{2max} , 29% HRres, 54%HRmax.

Аналізуючи рекомендації щодо виконання фізичних вправ та участі в спорті осіб із ВВС, розроблені Європейським товариством кардіологів, науковці з'ясували, що хворим із коарктацією аорти, які не мають резидуальної обструкції, є нормотензивними в спокої та при фізичному навантаженні, показаний активний спосіб життя без обмежень, за винятком статичних вправ на рівні конкуренції. Такі вправи повинні застосовуватися у мінімальній кількості, і переважно ті, що супроводжуються малим і короткотривалим статичним навантаженням, тобто виконуються у стато-динамічному режимі. У той же час, особам із артеріальною гіпертензією, залишковою обструкцією або іншими ускладненнями протипоказані важкі ізометричні вправи пропорційно до тяжкості стану [5, с. 82].

Заняття реабілітаційного спрямування, а саме лікувальну гімнастику, відповідно до методичних рекомендацій Л. В. Петруніної [7, с. 12], слід починати на диспансерному етапі і проводити два рази на тиждень. До занять з тренувальними навантаженнями, автор рекомендує, приступати через 6 місяців після операції, оскільки відновлення функціональних показників серцево-судинної системи відбувається за 4–6 місяців, а повна стабілізація показників – протягом одного року.

Більшість науковців [6; 7] наполягає на тому, що програма реабілітації для осіб оперованих з приводу корекції ВВС, повинна ґрунтуватися на історії хвороби пацієнта, бути індивідуальною та враховувати функціональні можливості його серцево-судинної системи. Окрім цього, програма

повинна бути максимально безпечною, а призначені рекомендації виконуватися пацієнтам у суворій відповідності висунутим вимогам.

Висновки. При організації ФА осіб різних вікових груп важливо спиратися на хірургічні звіти, останні діагностичні дослідження, знати симптоматичний статус пацієнта та своєчасно і заздалегідь проводити тестування з фізичним навантаженням.

Враховуючи вище сказане, важливо підкреслити, що рівень ФА, рекомендації та обмеження повинні визначатися індивідуально для кожного пацієнта. Це дозволяє мінімізувати ризики та підвищити ефективність процесу реабілітації. При застосуванні керівництв та рекомендацій, що пропонуються провідними центрами та науковцями, важливо бути обережним у намаганні їх адаптувати до кожного хворого.

Список використаної літератури

1. Бородінова О. С. Результати двоетапної корекції коарктації аорти, поєднаної з іншими внутрішньосерцевими аномаліями / О. С. Бородінова, Л. Ю. Богута, А. К. Куркевич та ін. // Вісник серцево-судинної хірургії. – 2014. № 22.– С. 39–42.

2. Вроджені вади серця. Набуті вади серця. Інфекційний ендокардит. Перикардити) : навч.-метод. посіб. до практ. занять з внутрішньої медицини для студентів 5 курсу мед. ф-ту / уклад. В. А. Візір [та ін.]. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2014. – 155 с.

3. Восстановление функциональных резервов больных с врожденными пороками сердца после их оперативной коррекции / В. В. Гриценко, И. И. Лихницкая, О. Ю. Мочалов [и др.]. – СПб. : Светоч, 1994. – 238 с.

4. Кульченко І. А. Фізична реабілітація при вроджених вадах серця як соціальна проблема / І. А. Кульченко. – Слобжанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 6 (50). – С. 86–88.

5. Лазарева О. Фізична активність і вроджені вади серця / О. Лазарева, В. Вітомський // Молодіжний науковий вісник. – 2014. – Вип. 14. – С. 79–85.

6. Мисюра О. Ф. Технологии и качество кардиореабилитации / О. Ф. Мисюра, И. А. Зобенко, А. В. Карпунин, В. Н. Шестаков // Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии : материалы X науч.-практ. конф.: (Москва, 21–22 марта 2013 г.). – М., 2013. – С. 70–71.

7. Петрунина Л. В. Физическая реабилитация детей и подростков после хирургической коррекции врожденных пороков сердца «бледного» типа (на диспансерном этапе) : метод. рекоменд. / Л. В. Петрунина, Н. Ф. Оводова, И. Д. Гладкова. – М., 1980. – 30 с.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2017 р.

Глива К. В.

студентка 965 групи спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Копитіна Я.М.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Максименко Л.М.

викладач кафедри медико-біологічних основ фізичної культури
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНО ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

У статті наведені та обґрунтовані результати впровадження фізреабілітаційної програми у профілактиці гострих респіраторно вірусних інфекцій в умовах дошкільних навчальних закладів. Розкриті особливості методичних рекомендацій та доцільність їх використання при даній патології.

Ключові слова: фізична реабілітація, гострі респіраторні вірусні інфекції, ЛФК, точковий масаж стоп.

Постановка проблеми. На сьогодні пріоритетним завданням нашої країни є охорона дитинства, одним із напрямком якої є зниження чисельності захворюваності серед дітей та сприяння гармонійному розвитку дитини. За останніми статистичними показниками в структурі захворюваності дітей перше місце займають хвороби дихальної системи, серед яких переважають респіраторні

захворювання [8]. Дітей, у яких кількість респіраторних захворювань на рік дорівнює або перевищує 4 рази, відносять до категорії часто хворіючих. У кожній десятій дитини гостре респіраторне захворювання (ГРЗ) ускладнюється бактеріальними синуситами (гайморити, етмоїдити), отитами, які мають схильність до рецидивів [2].

Часті та тривалі захворювання сприяють виникненню патологічного процесу у зростаючому організмі, який може слугувати причиною порушення процесів росту та розвитку, дозрівання функціональних систем, що істотно знижує якість життя не лише дитини, але і її батьків [1].

Профілактика ГРЗ є однією з актуальних і соціально значимих проблем медицини внаслідок високого ризику розвитку серйозних ускладнень, істотної частки в структурі дитячої смертності, несприятливого впливу на ріст і розвиток дитини [10]. Сьогодні важливим напрямом педіатрії є оздоровлення дітей, що часто хворіють гострими респіраторними інфекціями, які становлять від 20 до 60% усіх дітей, що відвідують дошкільні установи. Пневмонії та ГРЗ складають 50–60% загальної захворюваності дітей, що майже в 5 разів вище відповідних показників всіх інших інфекцій, разом узятих [7].

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – це група розповсюджених інфекційних хвороб, що проявляються ураженням дихальних шляхів, кон'юнктив та лімфатичних вузлів і супроводжуються помірною загальною інтоксикацією й катаральними явищами [4]. До неї належать парагрип, респіраторно-синцитіальна, риновірусна, аденовірусна інфекції та ін. Джерелом інфекції є хворі люди та вірусоносії, котрі виділяють віруси з носовим і носоглотковим слизом. Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом, переважно під час кашлю, чхання, розмови. Аденовіруси, крім цього, можуть передаватися із їжею і водою [3].

Наведені данні вказують на важливість проблеми. Таким чином, зростання частоти захворювань обумовлює необхідність не тільки пошуку сучасних програм лікування та профілактики, але й реалізації та впровадження їх в умовах дошкільних навчальних закладах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проаналізувавши наукову та методичну літературу ми з'ясували, що проблемі ГРВІ, а особливо профілактиці даного захворювання, присвячено фахові роботи таких вчених, як М.А. Хан, А.В. Червінська, Е.Н. Сотнікова (2005), Т.Є. Христова (2012), О.М. Конова, І.В. Давидова, Е.Г. Дмитрієнко (2014), О.В. Пешкова (2015).

Важливий внесок в розв'язання цієї проблеми внесли В.А. Головін та Г.Ф. Кащенко (2002), А.О. Уманська (2009), С.В. Зайцева (2015).

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та довести ефективність застосування засобів фізичної реабілітації у профілактиці гострих респіраторних вірусних інфекцій в умовах дошкільних навчальних закладів.

Об'єкт дослідження – процес фізичної реабілітації дітей при профілактиці ГРВІ.

Предмет дослідження – особливості застосування засобів фізичної реабілітації при ГРВІ у дітей.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, педагогічні методи (спостереження, бесіда), анкетування, антропометрія, спірометрія, пульсометрія, методи математичної статистики.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Дослідження проводилися на базі дитячого навчального закладу (ясла-садочок) №21 «Волошка». У дослідженні прийняли участь 43 дитини віком від 4 до 6 років. Для проведення дослідження було сформовано 2 групи: ОГ складалася із 21 дитини, ГП – із 22 дітей. Обидві групи були однорідними.

По частоті захворюваності ГРВІ впродовж року 65% дітей ОГ хворіє три-чотири рази. У 40% сімей наявна тенденція того, що у родині під час захворювання однієї дитини починає хворіти інша. Дослідження методом анкетування показало, що в умовах профілактики та в період хвороби 70% батьків використовують медикаментозну терапію, бо не компетентні в засобах фізичної реабілітації (ФР) (35%). Що створює необхідність впровадження превентивної програми ФР.

Діти ОГ займалися за розробленою програмою, що складається з комплексів спеціальних вправ лікувальної гімнастики (ЛГ), дихальної гімнастики, елементів точкового масажу та ароматерапії. Проводилися лекційні заняття обсягом 4 год із метою пояснення лікувально-превентивної дії запропонованих засобів фізичної реабілітації.

Головними завданнями розробленої комплексної реабілітаційної програми було: підвищити захисні сили організму; сформувати правильний стереотип дихання через ніс, що дає змогу зігрівати, очищувати, зволожувати повітря і забезпечувати стабільність сигналів у дихальний центр; сприяти формуванню правильного стереотипу постави.

Заняття ЛГ складалось із вступної, основної та заключної частин. Її основу складали звукова гімнастика, статичні та динамічні вправи, вправи на формування стереотипу дихання носом, вправи, спрямовані на профілактику порушень постави. Також дітям та їх батькам було запропоновано проведення самостійних занять, вони включали елементи звукової гімнастики, вправи дренажного та загальноорозвиваючого характеру.

Для кращого сприйняття та включення дітей у ЛГ, більшість вправ проводили у ігровій формі.

У дихальній гімнастиці важливо вдихати через ніс, щоб запобігти гіпервентиляції легень та проникненню до них пилу і хвороботворних мікроорганізмів. Значне місце в структурі заняття займали елементи дихальної гімнастики за О.М. Стрельніковою.

Дихальні вправи за методикою О.М. Стрельнікової: усувають морфологічні зміни в бронхах: розсмоктують ділянки запалення і відновлюють їх крово- і лімфообіг, розпрямляють зморщену легеневу тканину; покращують дренажну функцію бронхів; нормалізують обмін речовин, артеріальний тиск і температуру тіла, відновлюють функцію серцево-судинної і нервової систем; покращують функціональний стан хребта, виправляють різні деформації грудної клітки; підвищують загальну опірність організму, його тонус, покращують нервово-психічний стан дітей. Під час проведення ЛГ, в комплексі включали вправи «Обійми плечі», «Кішка», «Вушки».

Надзвичайне психоемоційне задоволення діти отримували від ходьби по «килимку здоров'я», який був створений з метою профілактики плоскостопості та формування правильного стереотипу постави. Його основу складали 4 секції з використанням наповненням соєю, каштанами, квасолею та пластмасовими кришками. Використовували різні стилі та темпи ходьби по кожній із секцій (на носках, на п'ятах, у повільному та швидкому темпі). Велику увагу приділяли правильній поставі та спокійному диханню.

Невід'ємною складовою програми є точковий масаж БАТ за методикою Уманської тривалість якого складала 1 хв: з розрахунку близько 6 с. на кожен БАТ. Кожну точку масували таким чином: 3 рази «вкручували» за годинниковою стрілкою (з кожним обертом збільшуючи тиск) та 3 рази «викручували» (зменшуючи тиск) у зворотному напрямку.

Ароматерапія включала в себе використання масел лаванди та чайного дерева, які мають виражену протизапальну, протигрипозну та бактерицидну дію. Перед початком даної процедури, обов'язковою умовою було проведення проби на алергічну реакцію та опитування батьків з питань алергій.

Наприкінці дослідження для порівняння отриманих даних, було проведено повторне анкетування батьків. За результатами якого ми визначили, що кількість батьків, які ознайомились із фізреабілітаційними методиками зросла до 30%. Переконавшись у ефективності програми, 65% батьків будуть використовувати засоби ФР в умовах подальшої профілактики.

У результаті проведеного курсу реабілітації у дітей спостерігались зміни в показниках кардіо-респіраторної системи, які визначали за: пробою Штанге та Генче, частотою дихання та частотою серцевих скорочень (табл. 1)

Таблиця 1

Динаміка досліджуваних показників

Показники	Точки обстеження							
	На початку дослідження		У кінці дослідження		На початку дослідження		У кінці дослідження	
	ОГ (n=21)		ОГ (n=21)		ГП (n =22)		ГП (n =21)	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
ЧСС, уд·хв. ⁻¹	96,03	2,13	94,97	2,22	96,46	2,23	95,82	2,18
ЧД, разів·хв. ⁻¹	25,07	1,48	23,93	1,38	25,71	1,49	25,03	1,42
ОГК (усі діти), см:	57,03	0,85	57,51	0,91	54,66	0,98	54,8	0,91
Проба Генче, сек	12,83	2,28	13,87	2,25	12,14	3,19	12,82	2,34
Проба Штанге, сек	24,2	2,05	25,9	2,37	22,94	2,21	24,03	2,47
ЖЕЛ, л	1,3	0,13	1,4	0,41	1,1	0,1	1,1	0,3

Результатами дослідження підтвердили ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації за якими: показники пульсометрії у ОГ покращились на 2%, ГП на 1%; спостерігається суттєве покращення частоти дихання, дані ОГ зменшились на 5%, групи порівняння на 3%; показник ОГК у дітей ОГ збільшився на 1%, у дітей ГП на 0,5%; показники спірометрії ОГ покращились на 8%, а ГП залишились без змін; динаміка показників проби Штанге у ОГ складає 7%, у ГП – 5%; результати функціональної проби Генча свідчать про те, що у ОГ відбулися покращення на 8%, у ГП – на 6%.

Висновки: На основі вивчення науково-методичної літератури була розроблена комплексної програми фізичної реабілітації. Результати дослідження свідчать про ефективність її застосування у профілактиці гострих респіраторно-вірусних інфекцій в умовах дошкільних навчальних закладів.

Список використаних джерел

1. Альбицкий В. Ю. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, И.Л. Камаев, М.М. Огнева. – Н. Новгород : НГМА, 2003. – 180 с.

2. Бережний В. В. Комплексна імунпрофілактика гострих респіраторних захворювань у дітей / В. В. Бережний, Л. І. Чернишова // Здоровье ребенка. – 2006. – № 2. – С. 46–52.
3. Електронний ресурс. Режим доступу : [<http://www.zdorovia.com.ua>].
4. Ермилова Н. В., Радциг Е. Ю., Богомільський М. Р. Профілактика ОРВИ в організованих дитячих колективах: способи і ефективність // Н. В. Ермилова, Е. Ю. Радциг, М. Р. Богомільський // Вопр. совр. пед. – 2012. – № 1. – С. 98–102.
5. Зайцева С. В. Место ароматерапии в лечении и профилактике острых респираторных заболеваний / С.В.Зайцева // Трудный пациент. – 2015. – № 1–2. – С.48–54.
6. Казюкова Т.В., Панкратов И.В., Самсыгина Г.А. и др. Возможности семейной профилактики гриппа и острых респираторных вирусных инфекций. / Т. В. Казюкова, И. В. Панкратов, Г. А. Самсыгина // Педиатрия. – 2010. – С.117–122.
7. Пешкова О. В. Лікувальна фізична культура як засіб профілактики для дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання / О. В. Пешкова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків : ХДАФК, 2015. – № 2 (46). – С. 154–160.
8. Современные возможности ароматотерапии в лечении и профилактике острых респираторных инфекций у детей / О. М. Конова, И. В. Давыдова, Е.Г. Дмитриенко // Медицинский совет. – 2014. – № 1. – С. 68–72.
9. Уманская А. О. Профілактика ОРЗ, гриппа і їх ослонений / А. О. Уманская // Культура здоровой жизни. – 2009. – №1. – С. 16–19.
10. Христова Т. Є. Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання / Т. Є. Христова // Педагогіка, психологія та та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Запоріжжя – 2012. – С.119–123.

Стаття надійшла до редакції 22.11.2017 р.

Грибок Н.М.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації,
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я
ДДПУ імені Івана Франка

Буцик О.М.

студентка III курсу, напряму підготовки «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я
ДДПУ імені Івана Франка

КОНЦЕПЦІЯ БОБАТ-ТЕРАПІЇ ЯК МЕТОДУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ДЦП

Стаття містить теоретичну інформацію про метод психофізичної реабілітації дитини (Концепцію Бобат), в якій діагностовано ДЦП. Показано, що даний метод є дієвими, допомагає дитині швидше відновитися та влитися в соціум.

Ключові слова: фізична реабілітація, метод, бобат-терапія, ДЦП.

Постановка проблеми. Бобат-терапія – нейророзвиваюча терапія, що направлена на підтримку вітальних функцій, досягнення найкращого розвитку здібностей дитини, розвитку комунікативних здібностей, забезпечення максимально наблизених до фізіологічних рухів, запобігання вторинних уражень [9].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми застосування бобат-терапії як методу фізичної реабілітації дітей з ДЦП присвячені роботи А. Башарової, Н. Ахметової, Т. Варзіної, Л. Бадаляна, О. Журби, Р. Хольца, Н. Берштейна, Дж. Гордона, Т. Малдер, С. Рейн, що у свою чергу свідчить про існування сьогодні значної кількості невирішених питань стосовно фізичної і соціальної реабілітації дітей з ДЦП.

Мета: характеристика Бобат-терапії як одного з найефективніших методів фізичної реабілітації для відновлення дітей, хворих на церебральний параліч.

Методи дослідження: проведено системний аналіз інформаційних джерел з питань застосування Бобат-терапії як методу фізичної реабілітації при ДЦП.

Викладення основного матеріалу. У 40-х роках минулого століття Берта Бобат в ряді робіт запропонувала кардинально новий, несподіваний підхід до питання відновлення хворих, чие захворювання супроводжується спастичними ураженнями мускулатури. Основною ідеєю стало взаємодія психіки з тілом, внаслідок якого піддавався лікуванню не окремий орган, а організм в цілому. Переслідувана мета – вироблення керованих, доцільних і усвідомлених рухів з паралельним

зниженням м'язових спазмів і напруги. Метод отримав назву завдяки лондонській подружній парі – фізіотерапевта Бerti Бобат і її чоловіка, нейрофізіолога Карла Бобата [9].

Область застосування методики бобат-терапії – ДЦП, причому будь-якої тяжкості, як з задіянням вищої нервової діяльності, так і тільки з порушеннями рухових функцій. Проте вона ефективна і при інших захворюваннях. До них відносяться:

- різного роду дефекти, що виникли під час розвитку хребетного каналу;
- сколіоз різного ступеня тяжкості;

- порушення розвитку моторики: спастика, проблеми з координацією, гіперкінези, порушення рухової керованості;

- вроджені та набуті в ранньому віці вивихи стегна;

- наслідки травм (зокрема, післяпологових), операцій або захворювань, які призвели до втрати дитиною контролю над тілом. Сюди можна віднести інсульти і побічні прояви запалення мозку [3].

Терапія полягає в створенні стимулів та мінімальної допомоги, що дадуть можливість саморегуляції дитини. Це сприятиме розширенню функціональності за рахунок адаптації в оточуючому середовищі.

Нейродинамічна реабілітація не повинна слідувати ніяким точним схемам і догматичним підходам. Для кожного пацієнта бобат-терапія формує індивідуальний підхід. В основі методики – лікування рухом, що отримало назву кінезіотерапії. Бобат-терапія допомагає дитині освоїти всі позиції, які є природними, без патологічних, неправильних рухів. Постійне повторення поз – лежання, стояння на колінах, сидючи навпочіпки, – закріплює правильність рухів і спрощує стабілізацію вертикального положення [8].

З часом правильні позиції починають превалювати, витісняючи патологічні і, переходячи на рівень безумовних рефлексів.

Бобат-терапія особлива тим, що для ефективності дії потрібні спільні зусилля пацієнта і його сім'ї.

Основою розвитку моделі управління рухом в межах концепції Бобат стала нейрофізіологічна концепція Н. Бернштейна. Відповідно до цієї моделі рухову поведінку людини представлено системою, в якій пізнання, сприйняття і дія невіддільні та формують компоненти гнучкої функціональної системи. Згідно цієї концепції, рухи повинні оцінюватися як цілісна й адаптивна система. Для здійснення руху необхідні послідовні активація, намір, сенсорний вхід, пам'ять, вибір реакції, програмування. Пошкодження будь-якої з ланок цього ланцюга унеможливує здійснення руху або значно порушує його якість. Для здійснення будь-якого рухового акту необхідний певний оптимальний рівень активації [2].

Концепція Бобат наголошує на використанні ранньої вертикалізації пацієнта, що сприяє включенню постурального контролю, який є основою для виконання селективного руху. Кілька селективних рухів, об'єднуючись в численні та різноманітні рухові моделі, дозволяють виконати цілеспрямоване завдання, що в свою чергу, забезпечує нормальне функціонування людини в щоденних життєвих ситуаціях [3].

Селективний рух людини, навіть у простому суглобі, супроводжується спільною діяльністю різних м'язових груп, яка врівноважує вплив небажаних сил на інші суглоби. Бобат-терапія розглядає концепцію селективного руху в якості найважливішого компоненту узгодженої послідовності руху або моделі руху, що використовується для функціонування. Ефективний рух залежить від можливості обмежити і об'єднати селективні рухи в бажану функціональну активність. Для виконання точних мультисуглобових рухів величезне значення відіграє ЦНС, яка контролює взаємодію селективних рухів у різних суглобах [2].

Велика увага в концепції Бобат приділяється виникненню компенсацій, що є неминучим наслідком ураження головного мозку.

За супроводу Бобат-концепції в реабілітаційному процесі формуються нові навички та відкриваються нові здатності дитини з обмеженими можливостями, що сприяє поступовій їх адаптації у побуті.

Концепція методу Бобат-терапії ґрунтується на понятті про генетично закладений план розвитку центральної нервової системи. Цей генетичний план і являє собою програму розвитку здорової дитини [3].

Суть самої методики Бобат в тому, що використовуються спеціальні сигнали (зорові, слухові, положення тіла в просторі), які змушують працювати хворі структури нервової системи, коригують їх роботу відповідно інших функціональних систем і пригнічують патологічні моторні і позиційні рефлексивні [7].

Дуже важливим є використання стимулів у чіткій послідовності, яка має відповідати генетично закладеному розвитку дитини. Дитина з народження спочатку вчиться перевертатися, тримати голову, сидіти, повзати, стояти, ходити. У процесі лікування необхідно повторити всі ці етапи в еволюційному порядку [8].

Таким чином, концепція Бобат прагне до 24-годинного міждисциплінарного підходу у веденні пацієнта, коли сам хворий, його сім'я, всі члени мультиспеціалізованої команди працюють разом для досягнення поставлених цілей [16]. Індивідуальний цілісний підхід до втручання є невід'ємною частиною концепції Бобат. Основними інструментами в роботі кінезіотерапевта є мануальні техніки, за

допомогою яких відбувається стимуляція правильних рухових моделей людини та інгібіція патологічних рухових пат тернів [9].

Від свого створення більше 50-ти років назад концепція Бобат зазнала багато удосконалень та доповнень й продовжує свій розвиток і сьогодні, в якості одного з найбільш уживаних підходів до реабілітації неврологічних хворих в світі.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому плануються дослідження, спрямовані на визначення основних рухових функцій дітей, хворих на церебральний параліч.

Література:

1. Бер Р, Деволд Дж, Раймер В. Дефіцит координації багатоходових рухів у пацієнтів з геміпарезом: докази порушеного контролю динаміки кінцівок. *Exp Brain Res.* 2000; 131: 305 –319.
2. Бернштейн Н. Координація та регулювання руху. Лондон: Пергамон; 1967р.
3. Бобат Б, Бобат К. Інтерв'ю для асоціації терапії нейророзвитку. Балтімор, MD: 1981.
4. Гордон Дж. Верхня модель для неврологічної реабілітації. В: «З'єднання науки про рух та втручання», Матеріали III етапної конференції. Солт-Лейк-Сіті, штат Юта: Американська асоціація фізичної терапії; 2005: 28–33.
5. IBITA. Теоретичні припущення та клінічна практика. Доступна за адресою: www.ibita.org. Доступний 8 січня 2008 року.
6. Лібер Р.Л., Стейнман С.А., Бараш А, Чемберс Х. Структурні та функціональні зміни спастичного скелетного м'яза. М'язовий нерв. 2004; 29: 615-627.
7. Малдер Т., Хохстенбах Дж. Моторний контроль та навчання: наслідки для неврологічної реабілітації. В: Greenwood RJ, ред. Довідник з неврологічної реабілітації. Нью-Йорк: психологія преси; 2003: 143–157.
8. Рейн С. Визначення концепції Бобата за допомогою технології Delphi. *Physio Res Int.* 2006; 11: 4–13.
9. Рейн С. Сучасні теоретичні припущення концепції Бобата, визначені членами ББТА. *Фізична теорія практики.* 2007; 23: 137–152.
10. Ролл Р.,Кавоунудіус А, Ролл Дж. На підошві стопи людини точки, які сприяють покращенню поінформованості організму. *Нейрорепорт.* 2002; 13: 1957–1961.
12. Біес І, Фландрія . М'язова та постуральна синергія людської руки. *нейрофізіол.* 2004; 92: 523–535.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2017 р.

Грибок Н.М.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації,
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я
ДДПУ імені Івана Франка

Залога І.С.

студент I курсу магістратури спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я
ДДПУ імені Івана Франка

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ГОМІЛКИ

У статті розглядаються засоби фізичної реабілітації хворих з переломами кісток гомілки. Основну увагу зосереджено на лікувальній гімнастиці та фізіотерапевтичних впливах.

Ключові слова: переломи кісток гомілки, лікувальна гімнастика, лазеротерапія, електростимуляція, імпульсні струми, діадинамотерапія, магнітотерапія.

Постановка проблеми. Серед травм нижніх кінцівок найбільш поширеними є травми дистального відділу гомілки і кісточок. На сьогоднішній день питання реабілітації і відновлення рухової функції людини після травми булі, є і будуть актуальними.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми фізичної реабілітації пацієнтів з травмами дистального відділу гомілки і кісточок присвячені роботи А. Белякова, М. Волкова, О. Гудушаурі, Н. Ушакова, Л. Дихне. Разом з тим, слід зазначити, що питання, які стосуються застосування засобів і методів фізичної реабілітації при переломах гомілковостопного суглоба на ранніх термінах після оперативного лікування, на сьогоднішній день вирішені недостатньо.

Мета полягає у визначенні найбільш оптимальних засобів і методів фізичної реабілітації осіб з переломами гомілковостопного суглоба на етапах відновлення.

Викладення основного матеріалу. В останні роки розроблено багато методик, що сприяють збереженню й відновленню функцій нервово-м'язового апарату хворих з переломами дистального відділу кісток гомілки й кісточок.

На думку З.М. Атаєва [1], основним завданням при лікуванні переломів довгих трубчастих кісток є збереження функціональної рухливості кінцівки, тобто раннього й досить ефективного навантаження на її нервово-м'язовий апарат, за умови міцної іммобілізації кінцівки для забезпечення регенерації кісткової тканини. Сьогодні для цього використовують оперативний метод лікування, лікувальну гімнастику [2] і фізіотерапевтичні впливи [3].

Ряд авторів [4, 2] вважають лікувальну гімнастику (ЛГ) основним засобом профілактики й лікування іммобілізаційних ускладнень. Призначати її рекомендують у максимально ранній період після перелому.

Мета й методи ЛГ залежать від характеру ушкодження й стадії травматичної хвороби.

У період тимчасової іммобілізації ушкодженої кінцівки скелетним витягненням або гіпсовою пов'язкою лікувальна гімнастика спрямована на підняття тонусу ЦНС, профілактику гіпостатичних ускладнень (порушення моторних функцій шлунково-кишкового тракту, детренованості серцево-судинної системи й ін.), а також профілактику місцевих ускладнень з боку травмованої кінцівки (порушення регіонарного крово- і лімфообігу, тромбофлебіту) і відновлення моторної іннервації й скорочувальної здатності м'язів [5]. Особливу увагу приділяють ізометричній гімнастиці (напруження м'язів без їхнього скорочення) і ідеомоторним вправам (уявне відтворення рухів), що сприяють відновленню сенсорного контролю над м'язовою діяльністю [6].

У період постійної фіксації кінцівки гіпсовою пов'язкою ЛГ спрямована на відновлення скорочувальної функції рухового апарату, стимуляцію регенеративно-репаративних процесів [2]. Велику увагу приділяють вправам в ізометричному режимі для м'язів ушкодженого сегмента опорно-рухового апарату під гіпсовою пов'язкою, навчанню пацієнтів правильній ходьбі за допомогою милиць [6].

На думку ряду авторів [2, 7] навантаження по осі травмованої кінцівки припустиме тільки при досить вираженій консолідації перелому. Однак у травматологічному відділенні Дрогобицької міської клінічної лікарні № 1 широко застосовується оперативний метод лікування хворих з переломами кісток гомілки, при якому надійно фіксуються кісткові відламки. Стабільність внутрішньої фіксації забезпечує здатність протистояти фізіологічним навантаженням при ранній функціональній реабілітації ще до консолідації перелому, що дає можливість навантажувати ушкоджену ногу без ризику вторинного зміщення кісткових відламків [8].

У постіммобілізаційному і постопераційному періоді завдання, поставлені перед лікувальною гімнастикою, диктуються клінічною картиною. Функціональна терапія спрямована на відновлення сили й витривалості м'язів, повного об'єму руху в ушкодженому суглобі й адаптацію до різних рухових режимів [7, 6].

Позитивний вплив ЛГ на функціональний стан нервово-м'язового апарату підтверджують електроміографічні, клінічні й антропометричні дані. Електроміографічний контроль показав, що фізичні вправи сприяють відновленню функцій рухового аналізатора, електрозбудливості й лабільності нервово-м'язового апарату травмованої кінцівки [6]. Так, у пацієнтів зі складними переломами кісточок, яким проводили лікувальну гімнастику з 2 – 3 дня після перелому, показники глобальної електроміограми на хворій і здоровій кінцівці вирівнювалися через 2 місяці після припинення іммобілізації, тоді як у хворих, яким лікувальну гімнастику в ранньому періоді не проводили ці показники залишалися значно зниженими на травмованій кінцівці [6].

При дослідженнях, заснованих на даних реовазограм, артеріальних осциллограм, шкірної термометрії й капіляроскопічній картині, виявлено збільшення регіонарного кровотоку під дією фізичних вправ [9, 10].

Лікувальна гімнастика нормалізує тонус м'язів, збільшує їхню силу й швидкість рухів, сповільнює розвиток атрофій і контрактур, скорочує період непрацездатності [6].

Однак ЛГ не вирішує всіх поставлених перед нею завдань. Відсоток незадовільних функціональних результатів лікування хворих з переломами дистального відділу гомілки й кісточок становить 12 – 39,8 % [2].

Тому в клініці, поряд з фізичними вправами, застосовують фізіотерапевтичні методи лікування.

Добрий ефект відзначений при впливі електричним полем УВЧ за біотемпоральним методом в гострій стадії травматичної хвороби [13].

Нормалізації мінерального обміну сприяє кальцій-електрофорез, загальне ультрафіолетове опромінення [13].

В останні роки широкого застосування набула лазеротерапія. При ускладнених переломах кінцівок (переломи, що не зростаються, несправжні суглоби, посттравматичні остеомиєліти) [14] рекомендують стимулювати репаративний остеогенез інфрачервоним лазерним випромінюванням.

Максимальний позитивний ефект спостерігали при поєднаному впливі різними фізичними факторами. Наприклад, магнітне поле, регіонарний баровплив й лазеротерапія при лікуванні хворих з переломами кісток гомілки значно поліпшували функціональні наслідки лікування [14].

Провідним і найбільш ефективним методом з усіх фізіотерапевтичних засобів, що сприяють відновленню функціонального стану травмованої кінцівки, є електростимуляція.

Ефективність впливу електростимуляції при лікуванні пацієнтів із травматичною хворобою обумовлена її фізіологічністю й адекватністю м'язовій діяльності.

Механізм елементарного м'язового скорочення пояснює теорія «ковзних ниток». Згідно із цією теорією, механічним скороченням м'яза передує його електричне збудження, викликане розрядом рухових нейронів, що поширюється по аксонах в область нервово-м'язового синапса. Тут вивільняється медіатор ацетилхолін, який взаємодіє з постсинаптичною мембраною й викликає електричне збудження – потенціал дії. Під впливом потенціалу дії вивільняється кальцій, що запускає механічне м'язове скорочення [2].

У нормі для активації м'язового скорочення необхідне формування відцентрової хвилі збудження в аксоні рухового нейрона й поширення потенціалу дії на м'язове волокно за посередництвом нервово-м'язового синапса.

При переломах довгих трубчастих кісток, коли порушена нервова регуляція м'язової діяльності травмованої кінцівки й утворюються стійкі вогнища гальмування у вищих відділах ЦНС у результаті зменшення пропріоцептивної імпульсації від іммобілізованої кінцівки [6], електростимуляція є фізіологічно адекватним замінником відцентрової хвилі збудження нейронів, що запускають механізм м'язового скорочення [13]. При цьому посилення імпульсації із пропріо- й інтерорецепторів, викликане скороченням великої кількості м'язових волокон, сприяє відновленню функціонального стану центральної й ефферентної ланки рухового аналізатора [19]. При рівномірній ритмічній стимуляції низькими частотами відбувається збільшення амплітуди одиночного м'язового скорочення. Якщо м'язу наносити повторні подразнення постійної сили й тривалості із частотою трохи нижче тієї, при якій виникає тетанус, то можна спостерігати феномен сходів (зубчастий тетанус). Уважається, що це явище обумовлене збільшенням кількості кальцію, здатного зв'язуватися із тропоніном, і відбиває здатність м'язового апарату до мобілізації резервів скорочувальної здатності [8]. Позитивний ефект сходів може досягати 200 %, що доведено дослідженнями, проведеними на м'язах кисті людини [3].

Крім зростання довільної м'язової сили, відбувається збільшення швидкості скорочення м'язів, статичної й динамічної витривалості. Досягнутий ефект зберігається незмінним протягом декількох місяців після припинення електростимуляції [8, 14].

На сьогодні вивчений тренувальний ефект тривалої високочастотної електростимуляції на передній великогомілковий м'яз людини. Виявлено збільшення сили й площі поперечного перерізу м'яза. Максимальний приріст цих показників настає через 24 сеанси електростимуляції й зберігається протягом 4,5 місяців [8].

Ефект електростимуляції не обмежений впливом на скорочувальну здатність м'язів. При впливі імпульсними струмами на нервово-м'язовий апарат відбувається активація кровообігу в результаті безпосередньої дії струму на чутливі й вегетативні нервові волокна, а також внаслідок рефлекторного посилення кровообігу м'язових волокон, збуджуваних електричним струмом [5, 8].

Залежно від методики впливу, активація кровообігу може бути досягнута в будь-яких органах і тканинах. Від способу впливу подразнюючого агента, розрізняють 2 види електростимуляції – прямий і непрямий [8]. Вибір техніки проведення сеансу електростимуляції залежить від мети впливу, технічних засобів і функціонального стану нервово-м'язового апарату.

Електростимуляція виявляє анальгезуючу дію [13]. Біль найбільш часто обумовлений м'язовим спазмом і порушенням кровообігу. Електростимуляція за відповідною методикою виявляє спазмолітичну дію, сприяє посиленню периферичного кровообігу, викликає посилення обміну речовин, процесів резорбції.

Виявлено, що найбільш ефективна електростимуляція із частотою, близькою до частоти серцевих скорочень [8]. Діапазон частот 50 – 200 Гц впливає не тільки на рухові й чутливі нерви, але й на вегетативну нервову систему [5].

Впливаючи імпульсними струмами різної частоти, можна вибірково стимулювати фізіологічно відмінні відділи вегетативної нервової системи. Оптимальна частота для збудження симпатичних нервів становить 1 – 10 Гц, а парасимпатичних – 25 – 100 Гц [8].

Електростимуляція виявляє протизапальну дію, поліпшує процеси остеорепарації [11].

Вплив імпульсними струмами низької й середньої частоти на нервово-м'язовий апарат підвищує рівень динамічної й статичної витривалості м'язів, викликає збільшення площі поперечного перерізу м'язів [5]; регулює кровотік, збільшує кількість мітохондрій у м'язових волокнах, приводить до значної зміни окисно-відновних процесів, сприяє відновленню функціонального стану рухового аналізатора, зменшенню больового синдрому [8].

Сьогодні у клініці травматології застосовують різні види стимулюючих струмів: діадинамічні (ДДС), синусоїдальні модульовані струми (СМС), постійний імпульсний струм низької частоти з різною формою імпульсів, інтерференційні струми.

Діадинамотерапію застосовують при лікуванні свіжих переломів ключиці, ребер, поперечних відростків хребта, при контрактурах суглобів. Доведена ефективність застосування діадинамічних струмів у комплексному лікуванні хворих із поєднаною травмою [9].

Крім діадинамічних, у лікувальній практиці знайшли широке застосування синусоїдальні модульовані струми. Вони мало подразнюють рецепторний апарат шкіри, впливаючи на глибокі тканини [14]. Ефект впливу СМС не обмежений стимуляцією електророзбудливих структур і сприяє зменшенню больового синдрому, поліпшенню кровообігу, трофічних і регенераторних процесів [9].

СМС використовують при травмах капсульно-зв'язкового апарату суглобів, при ураженні нервової системи запального й дегенеративного характеру, для відновлення працездатності спортсменів [9]. Контролем лікування СМС є електроміографічні, антропометричні дослідження [13].

Доведена можливість консервативного лікування хворих з асептичним некрозом головки стегнової кістки й можливість їх повного видужання в першій стадії захворювання при впливі СМС у комплексі з низькочастотними магнітними полями [14].

Крім ДДС, СМС для електростимуляції використовують імпульсний постійний низькочастотний струм. Параметри його підбирають диференційовано для кожної групи м'язів. Залежно від результатів електродіагностики враховують наступні параметри імпульсного струму: форму імпульсів, їх тривалість, частоту проходження посилок їх співвідношення з паузами [5].

Цей вид струму застосовують для профілактики й лікування м'язових атрофій, контрактур, що розвинулися в результаті іммобілізації після перелому [8].

А. Аболіна визнаючи електростимуляцію високоефективним методом лікування, не рекомендує проводити її до повної консолідації перелому, тому що, на їхню думку, ізометрична напруга м'язів під дією електричного струму може привести до ушкодження кісткової мозолі й вторинному зміщенню відламків [15].

Аналіз літературних даних [6, 13] свідчить про високу ефективність магнітотерапії при застосуванні її в хірургічній практиці й певних перевагах цього безпечного й безболісного методу перед іншими методами лікування.

У численних експериментальних роботах показано, що магнітне поле виявляє протизапальну, гіпоальгезивну, протинабрякову дію на ушкоджені тканини організму.

Протинабряковий ефект магнітного поля особливо яскраво проявляється у відношенні травматичних запальних набряків і ґрунтується на активації основного ферменту мембранної проникності К/Na-залежної АТФ-ази, що виводить із клітин натрій і воду, а також на збільшенні ємності судинного русла й ефекту омагнічування води [14].

МТ особливо ефективна при дисциркуляторному синдромі, оскільки одним із провідних механізмів дії МП є її вплив на мікроциркуляцію. При дослідженні показники регіональної гемодинаміки методом реовазографії у хворих із закритими травмами кінцівок відновлення кровотоку під впливом МП спостерігали на 5 – 7 днів раніше, ніж у пацієнтів, у лікуванні яких МТ не застосовувалося [13].

МТ дозволяє прискорити загоєння й відновлення нормальної анатомії й функції тканин. В експериментах на тваринах доведений стимулюючий вплив МП на формування кісткової мозолі і її перебудову при переломах кісток [15].

Метод МТ апробований також у клінічних умовах при лікуванні хворих з переломами кісток гомілки. Максимально лікувальний ефект отриманий при застосуванні МТ із 4-го дня після травми, що виражається в більш ранньому поліпшенні загального стану, зменшенні больового синдрому, нормалізації регіонарного кровообігу, стимуляції процесів регенерації кісткової тканини й скороченні строків стаціонарного лікування хворих на 4 – 6 днів у порівнянні з контрольною групою, де МТ не застосовували [13].

Із усього вищесказаного випливає, що розробка технології використання фізичних засобів відновлення можлива лише при поглибленому вивченні механізмів порушень, що виникають при переломах трубчастих кісток. Це положення дозволить успішно боротися з наслідками травматичної хвороби, яка супроводжується вторинними загальними й місцевими патологічними змінами.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується розробити програму фізичної реабілітації для відновлення фізичної працездатності пацієнтів з переломами гомілковостопного суглоба.

Література:

1. Атаев, З.М. Изометрическая гимнастика при лечении переломов трубчатых костей / З.М. Атаев. – М., 1983. – 159 с.
2. Дубровский, В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия) / В. И. Дубровский; Учебник для студентов вузов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 608 с.
3. Добровольский, В.К. Врачебный контроль и лечебная физкультура в хирургии / В.К. Добровольский – Л., 1990. – 272 с.
4. Бадалян, Л.О. Клиническая электронейромиография / Л.О. Бадалян М., 1986. – 368 с.
5. Амиров, Р.З. К механизму физиологического действия физических факторов / Р.З. Амиров // Вопросы курортологии, 1988. – №2. – С. 1–6.
6. Куколевский, Г.М. Здоровье и физическая культура / Г.М. Куколевский –М.: Медицина, 1979. – 192с.
7. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура / В.А. Епифанов. Справочник – М.: Медицина, 2001. – 592с.

8. Евдошенко, М.П. Электростимуляция мышц усечённой конечности в раннем послеоперационном периоде и протезировании больных. Автореф. дис. ... канд. мед. наук: / М.П. Евдошенко – М., 1987. – 15с.

9. Камраш, Л.П. Диадинамические токи в восстановительном лечении больных с последствиями травм нижних конечностей / Л.Н. Камраш // Мат. 1-ой областной конференции травматологов-ортопедов. – Чита, 1972. – С. 6 – 10.

10. Каплан, А.В. Переломы лодыжек // Повреждения костей и суставов / А.В. Каплан. – М.: Медицина, 1990. – С. 501 – 531.

11. Голубев, Г.Ш. Посттравматическая адаптация у больных с переломами длинных трубчатых костей / Г.Ш. Голубев, Е.Г. Локишина // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1985. – № 9. С. 36 – 41.

12. Зверев Е.В. Лечение закрытых диафизарных переломов длинных трубчатых костей функциональным внутрикостным остеосинтезом / Е.В. Зверев // Закрытые диафизарные переломы длинных трубчатых костей: Сб. науч. тр. НИИ им. Вредена. – Л., 1989. – С. 27 – 32.

13. Григорьев М.Г. Системные основы организации реабилитации травматолого-ортопедических больных / М.Г. Григорьев, А.П. Ефимов – 1985. – №8. – С. 1 – 5.

14. Каптелин, А.Ф. Комплексное восстановительное лечение при контрактурах суставов конечностей / А.Ф. Каптелин, М.Б. Цыкунов // Вестник ортопедии и травматологии. – 1996. – № 2. – С. 68 – 71.

15. Аболина А.Е. Сравнительный анализ исходов лечения диафизарных переломов различными методами / А.Е. Аболина // Закрытые диафизарные переломы длинных трубчатых костей: Сб. науч. Трудов НИИ травматологии и ортопедии им. Вредена. – Л., 1989. – С. 42 – 44.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Грибок Н.М.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я
ДДПУ імені Івана Франка

Качмар Р.О.

студент I курсу магістратури спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»
ДДПУ імені Івана Франка

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

У статті розглядаються засоби фізичної реабілітації дітей з бронхіальною астмою. Особливу увагу відводиться спеціальним дихальним вправам у комплексному поєднанні з іншими засобами фізичної реабілітації.

Ключові слова: бронхіальна астма, фізична реабілітація, дихальні вправи, дихальна гімнастика, дренаж бронхів.

Постановка проблеми. Бронхіальна астма – важлива проблема педіатрії [1]. У світі спостерігається постійне зростання захворюваності бронхіальною астмою у дітей [2].

В останні роки поширеність алергічних захворювань серед дітей в більшості країн світу значно зросла [3]. У дитячому віці БА має значну питому вагу (до 50–70%) серед інших захворювань алергічного характеру [4].

Протягом останніх 20–30 років досягнуто значних успіхів у розробці різноманітних лікарських препаратів, проте результати терапії, яка може тривати у дитини протягом багатьох років, не завжди задовольняють лікаря, пацієнта і його батьків. Відзначається збільшення частоти алергічних і токсичних реакцій на ліки, формування резистентності до різних препаратів.

Дослідники багатьох країн в даний час продовжують пошук і розробку нових науково обґрунтованих і ефективних програм зміцнення здоров'я дітей з бронхіальною астмою, відновлення їх працездатності, соціальної реабілітації та адаптації в суспільстві. Виникає потреба в застосуванні нових засобів і організаційних форм в комплексній реабілітації дітей з БА.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Не дивлячись на багаточисельні вітчизняні та зарубіжні дослідження з даної проблеми (Г. Морисенко, І. Балаболкін, С. Каганова, Д. Рейф, Д. Маглер, Д. Томлінсон, Д. Мачарадзе та ін.), бронхіальна астма залишається не до кінця вивченою.

Питання, які стосуються застосування засобів і методів фізичної реабілітації при бронхіальній астмі у дітей на сьогоднішній день вирішені недостатньо.

Мета полягає у визначенні найбільш оптимальних засобів і методів фізичної реабілітації дітей з бронхіальною астмою.

Викладення основного матеріалу. У комплексній терапії дітей, хворих на БА, засоби і форми фізичної реабілітації є фактором оздоровчого впливу на організм дитини. У процесі фізичної реабілітації наступ ремісії відбувається завдяки відновленню власних компенсаторних можливостей організму хворого [5]. Засоби і форми фізичної реабілітації сприяють відновленню процесів функції зовнішнього дихання, нормалізації кровообігу, поліпшенню адаптаційних можливостей дихальної та серцево-судинної систем до фізичних навантажень, зміцненню мускулатури грудної клітки (і бронхоальвеолярного апарату) зі збільшенням рухливості хребта, ребер, діафрагми, підвищення опірності організму, поліпшенню обмінних процесів, нормалізації функцій центральної нервової системи.

Головними завданнями фізичної реабілітації дітей з бронхіальною астмою є: підтримка ремісії хвороби, відновлення і поліпшення функції зовнішнього дихання і серцево-судинної системи, психологічного статусу і працездатності хворих.

При реалізації програми фізичної реабілітації для дітей з БА необхідно враховувати індивідуальні особливості хворої дитини, період захворювання, характер його перебігу та ін.

У комплексній терапії БА у дітей застосовуються різноманітні засоби і форми фізичної реабілітації: лікарська терапія, заняття лікувальною гімнастикою, різні види дихальних гімнастик, дозовані заняття спортом, спелеотерапія, гірське повітря, гелеотерапія, голкорексфлексотерапія, фітотерапія, лікувальний масаж.

В даному літературному огляді ми розглянемо лише частину засобів і форм фізичної реабілітації, які, на нашу думку, останнім часом є найбільш поширеними в практиці лікування БА у дітей.

Основною формою фізичної реабілітації дітей, хворих на БА, є заняття лікувальною гімнастикою. Воно включає різні фізичні вправи: гімнастичні, спортивно-прикладні, ігрові.

Гімнастичні вправи є невід'ємною частиною заняття лікувальною гімнастикою. Вони представляють собою спеціально підібрані поєднання природних для людини рухів, розділених на складові елементи.

У лікуванні захворювань органів дихання особливе місце займають дихальні вправи: статичні, динамічні і дренажні.

У 1909 році Анохіним А.К. була запропонована «Нова система», в якій докладно описувалася «дихальна зарядка», заснована на повільному глибокому вдиху до 30 секунд і майже такому ж по тривалості видиху [6, 7].

Лепорський А.А. [8] вважає, що в занятті лікувальною гімнастикою необхідно використовувати загальнозміцнюючі вправи; спеціальні вправи для збільшення рухливості грудної клітки; дихальні вправи, що забезпечують відновлення повноцінного дихання і формують вміння хворих керувати дихальним актом.

Особливу увагу слід звертати на тренування подовженого видохи, діафрагмального дихання і на зміцнення м'язів черевного пресу для покращення фази видохи. Рекомендується застосовувати дихальні вправи з вимовою на видохи приголосних і голосних звуків і в поєднанні зі скороченням мимічної мускулатури.

Саркізов-Серазіні І.М. [9] найбільш ефективними дихальними вправами для дітей вважав вправи на вироблення правильного дихання. Хворий робить вдих через ніс, а видихає через стиснуті ніби для свисту губи. Вдихи несильні, короткі чергуються з більш тривалими видохами. Вправи проводяться під рахунок, голосні літери при видосі вимовляються протяжно. У міру поліпшення загального стану здоров'я призначаються найпростіші гімнастичні вправи для кінцівок і тулуба в поєднанні з правильним ритмічним диханням.

Мошков В.Н. [10] пропонує поєднувати дихальні і гімнастичні вправи, але при цьому він зазначає, що при проведенні заняття лікувальною гімнастикою глибина дихання повинна бути адекватною ступеню фізичної активності, і що гіпервентиляція і гіповентиляція не повинні застосовуватися.

Хрущов СВ., [11] в занятті лікувальною гімнастикою радять використовувати дихальні вправи з подовженим і східчасто-подовженим видихом.

Евакуації патологічного вмісту бронхів, відновленню бронхіальної прохідності, усуненню патологічних змін бронхів поряд з фізичними вправами сприяють прийоми масажу.

Валєєв Н.М. [12], в заняттях ЛГ рекомендує використовувати наступні спеціальні вправи: дихальні вправи з подовженим видихом; дихальні вправи з вимовою голосних і приголосних букв, що сприяють рефлекторному зменшенню спазму бронхів і бронхіол; вправи на розслаблення м'язів поясу верхніх кінцівок; діафрагмальне дихання; вправи для зміцнення м'язів черевного пресу, що сприяють поліпшенню видиху і ін.

Ходжаєв Ш.Г. [13] пропонує застосовувати в програмі реабілітації крім загальноприйнятих фізичних вправ індивідуальну дихальну гімнастику, яка враховує не тільки стадію і тяжкість процесу, вік і стать, а й ступінь порушення функції зовнішнього дихання, зокрема бронхіальну прохідність і дифузію газів.

Силуянова В.А. [14] також наголошує на необхідності застосування дихальних вправ. Крім спеціальних дихальних вправ, спрямованих на відновлення ритмічного дихання, глибокого вдиху і тривалого видиху, в заняття необхідно включати прості, легко виконувані гімнастичні вправи у вигляді згинань, розгинань, відведень, приведення, обертання кінцівок, а також розгинання тулуба, нахили вперед, в сторони. Дихальні вправи з вимовою звуків теж застосовують в занятті лікувальної гімнастики.

Говорячи про нові технології в реабілітації дітей з бронхіальною астмою слід сказати про застосування в занятті ЛГ великих гімнастичних м'ячів. Жохова Ю.П., Поляков С.Д. [15] рекомендують включати в заняття лікувальної гімнастики: точковий самомасаж обличчя, пасивні вправи для м'язів шиї і плечового пояса, вправи з великими гімнастичними м'ячами, фізичне навантаження у вигляді короткого бігу, стрибки на м'ячах і ін.

Цікавою є методика Толкачова Б.С. [16]. Крім спеціальних дихальних вправ, діафрагмального дихання, він пропонує фізичні вправи, спрямовані на дренаж бронхів. Одним з основних завдань автор вважає очищення бронхів від патологічного вмісту. Саме на це і спрямовані пропоновані фізичні прийоми. Суть цих прийомів полягає в тому, що з великою силою здійснюється стиснення грудної клітки в області нижніх ребер і діафрагми, тому ці прийоми називають витисканнями. Найперше витискання треба починати строго під час паузи між вдихом і видихом, а подальше при діафрагмальному вдиху. Саме ці вправи і викликають у хворої дитини кашель з відходженням мокротиння.

Продуктивність можна підвищити за допомогою так званого «Постурального (позиційного) дренажу» – «дренажу положенням тіла» [6]. При постуральному дренажі тілу спеціально додаються особливі положення, при яких зона ураження легень знаходиться вище біфуркації трахеї, де чутливість кашльового рефлексу виражена найбільш сильно, мокрота рефлекторно викликає мимовільний кашель, що супроводжується її відкашлюванням.

У практиці лікування захворювань органів дихання застосовуються оптимальні положення для стимуляції дренажної функції кожного сегменту легень [5]. Позиційний дренаж рекомендується виконувати 2–4 рази на добу, час перебування в дренажному положенні залежить від його переносимості (10–30 хвилин).

Для поліпшення відходження мокроти під час позиційного дренажу застосовують вібраційний масаж і постукування по грудній клітці.

Методика, запропонована Лазаревим М.Л. [17], носить збірний характер. Автор називає її «розвиваючою терапією», маючи на увазі під цим терміном не тільки процес лікування астми, але і процес корекції розвитку дитини. У цій методиці важливе місце відводиться музикотерапії, формуванню у хворого емоційно-музичної домінанти. Одним з істотних компонентів музикотерапії автор вважає гру на духових інструментах. Крім цього в лікуванні дітей з астмою використовуються фізичні вправи, плавання в басейні і сауна.

Слід зазначити, що в практиці лікування бронхіальної астми нерідко застосовуються дихальні тренажери. Елементарними дихальними тренажерами для дітей з бронхіальною астмою можуть бути повітряні кулі та надувні іграшки.

У практиці лікування бронхіальної астми розроблені дихальні тренажери з більш складною конструкцією. Блюдік В.С. [18] описує нову методику, яка сприяє подовженню видиху пацієнта, з використанням спеціально сконструйованого пристрою. Експлуатується пристрій завдяки диханню через трубчастий корпус, кінець якого береться в рот, а ніздрі затискаються (носовим зажимом). В залежності від тренуваності і за показаннями пацієнту пропонуються клапани з отворами різних діаметрів (4,5,6,7,9 мм).

У 1989 році Фроловим В.Ф. був винайдений дихальний тренажер. Методика тренувань дихання на тренажері Фролова така: пацієнт дихає в трубку тренажера (дихання діафрагмальне), вдих виконується за рахунок активного руху живота вперед (1–2 сек.), потім без паузи починається видих, що складається з мікровидихів (5–7сек.). Останній мікровидих виконується помірним піджиманням м'язів живота і відразу ж починається вдих. Заняття на тренажері слід здійснювати щодня протягом 10–30 хвилин. Поступово час заняття досягає 40 хвилин.

Останнім часом набули поширення ритмопластичні вправи [19]. Вони рекомендуються хворим в санаторіях і поліклінічних умовах з метою остаточного відновлення функцій дихальної, серцево-судинної та нервової систем, а також опорно-рухового апарату. Дані вправи проводяться з певним ритмом і тональністю під музичний супровід.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці реабілітаційно-відновлювального комплексу для застосування в домашніх умовах дітей з бронхіальною астмою.

Література:

1. Ringsberg K.C., Wilklund L. Education of adult patients at an "asthma-school"; effects on quality of life, knowledge, and need for nureing // Eur Respir J 1990; Vol.3. – P.33 – 37.

2. Bitchenko T.N., Nikitina N.A., Tchoutchahn A.G. Prevalence rates of bronchial asthma in Moscow and Russia // Europ J Allergy Clin Immunol. – 1996. Vol/51/ – P.448.
3. Juniper E.F. et al. Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire // Clin Epidemiol, 1994;47; P.81 – 87.
4. Марисенко Г.П. Бронхиальная астма у детей. – М.: ЦВЛД с бронхолегочной патологией, 1993. – 39 с.
5. Бронхиальная астма. Библиотека врача общей практики. Том 2/ Под ред. проф. Федосеева Г.Б. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1996. – 464 с.
6. Кокосов А.Н., Черемнов В.С. Астматический бронхит и бронхиальная астма. Физическая и медицинская реабилитация больных. – Минск: Беларусь, 1995. – 185с.
7. Путинцев Е.В. Саногенетические программы реабилитации больных бронхиальной астмой: Методические рекомендации. Ивановская Государственная Медицинская Академия министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ, Иваново, 1995. – 45 с.
8. Лепорский А.А. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания. – М.: Медгиз, 1955. – 134 с.
9. Саркизов-Серазини И.М., Дешин Д.Ф. Врачебный контроль и лечебная физкультура. – М.: Физкультура и спорт, 1961. – С. 208 – 209.
10. Мошков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике внутренних болезней. – М.: Медицина, 1977. – 375 с.
11. Хрущев С.В., Фонарев М.И. Методики лечебной физкультуры в педиатрии. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / Под ред. Каптелина А.Ф., Лебедевой И.П. – М.: Медицина, 1995. – С. 373 – 388.
12. Валеев Н.М. Физическая реабилитация при бронхиальной астме. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. – С. 308 – 316.
13. Ходжаев Ш.Г. Оздоровительная физическая культура специальной направленности у детей школьного возраста с бронхиальной астмой. Автореф. дисс... канд. пед. наук. – Ташкент, 1991. – 24 с.
14. Силуянова В.А. Лечебная физкультура при заболеваниях дыхательного аппарата. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / Под ред. Каптелина А.Ф., Лебедевой И.П. – М.: Медицина, 1995. – С. 277 – 284.
15. Жохова Ю.П., Поляков С.Д. Новые технологии в реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой // Актуальные вопросы медицинской реабилитации в современных условиях: Материалы научно-практической конференции 31.03. – 2.04.1999./ Под ред. проф. Б.А.Поляева. – М.: РГМУ, Федеральный центр лечебной физкультуры и спортивной медицины, 1999. – С. 122 – 126.
16. Толкачев Б.С. Физкультура против недуга. – М.: Физкультура и спорт, 1983. – 104 с.
17. Лазарев М.Л. Система развивающей терапии детей, страдающих астмой: Методическое руководство для врачей, педагогов и родителей. – М.: ЦВЛД, 1993. – 291 с.
18. Блюдик В.С. Применение устройства для тренировки удлинения выдоха и интенсификации выдоха в комплексном санаторно-курортном лечении больных бронхиальной астмой: Методические рекомендации. – Алушта, 1984. – 16 с.
19. Журавлева А.И. Клинико-физиологическое обоснование лечебной физической культуры. Методические основы лечебной физической культуры: Спортивная медицина и лечебная физкультура (руководство для врачей). Журавлева А.И., Граевская Н.Д. – М.: Медицина, 1993. – 432 с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Дикун Н.Ю.

студентка спеціальності «здоров'я людини»
Кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ імені А. С. Макаренка

Корж З.О.

старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ЙОГА-ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВАГІТНИХ

У статті розглядається алгоритм проведення йога-терапії під час вагітності. Теоретично обґрунтовано застосування асан та пранаям в фізичній терапії вагітних в залежності від періоду вагітності.

Ключові слова: *йога, фізична терапія, реабілітація, вагітні жінки.*

Постановка проблеми. Здоров'я вагітних жінок заслуговує на особливу увагу, оскільки вони виконують надзвичайно важливу функцію в суспільстві – роль продовжувача людського роду.

Особливістю сучасної ситуації в нашій країні є зниження рівня народжуваності та підвищення ускладнень під час вагітності та пологів. В останні роки спостерігається збільшення загальної захворюваності жінок репродуктивного віку. Близько 70% вагітних жінок мають різні патологічні стани. Частота нормальних пологів не перевищує 31%. У хворих жінок народжуються, як правило, хворі діти [8]. Це свідчить про необхідність більш пильної уваги по відношенню до вагітних жінок.

При нормальній вагітності в організмі жінки відбуваються зміни, які є адаптацією материнського організму до нових умов існування, пов'язаних з розвитком плоду. Зміни в гормональній системі при вагітності часто викликають не тільки фізіологічні зміни, а й психофізіологічні. Як визначає Н.П. Коваленко, не підготовлені жінки приходять до пологів не тільки слабкі фізично, а й з негативними емоціями, нерозумінням і почуттям безпорадності [2].

Засобами підготовки вагітних жінок до пологів є всі аспекти здорового способу життя: регламентація режиму дня, раціональне харчування та дотримання рухового режиму; формування спеціальних навичок особистої гігієни; знання жінки про перебіг вагітності, пологів, про внутрішньоутробний розвиток плода; заняття фізичними вправами. Систематичне застосування фізичних вправ сприяє нормалізації вагітності, росту і розвитку плода, полегшенню, прискоренню і знеболюванню пологів, оптимальному перебігу післяпологового періоду. З метою підвищення ефективності реабілітаційного процесу залучають різні іноваційні нетрадиційні засоби. Серед яких, що останнім часом пропонуються в фізичній реабілітації вагітних, є йога-терапія.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати застосування йоготерапії у фізичній терапії вагітних.

Об'єкт дослідження: фізична терапія вагітних.

Предмет дослідження: йога-терапія як один із засобів фізичної терапії вагітних.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури з питань можливості використання йога-терапії в реабілітації вагітних.

Результати дослідження та їх обговорення. Вагітність являється значним фізичним навантаженням для організму жінки. Виношування плода пред'являє

вимоги до посиленого функціонування в цей період всіх органів та систем організму жінки та більш складної координаційної діяльності її центральної нервової системи, яка забезпечує їх узгоджене функціонування.

Фізична терапія повинна здійснюватись в усі терміни вагітності шляхом раціонального використання різних фізичних вправ, як метод забезпечення фізіологічного перебігу вагітності, пологів, післяродового періоду.

Фізичні вправи є незамінним, за своєю фізіологічністю, засобом зміцнення здоров'я. М'язова діяльність, що створює домінують рухового аналізатора, перш за все підвищує тонус центральної нервової системи, при цьому посилюються регулюючі впливи коркових та підкоркових центрів на судинну і дихальну системи, відновлюються вегетативні функції. Регулюючий вплив помірного фізичного навантаження на функцію серцево-судинної системи проявляється у посиленні енерготропних впливів на м'яз серця, мобілізації судинної системи та екстракардіальних факторів кровообігу, пристосування до потреб обміну.

Регулярні заняття фізичними вправами призводять до змін у клітинах мозкової і коркової речовини наднирників, збільшують їх функціональні можливості. Завдяки цьому створюються умови для швидкого включення і підтримування високої активності ендокринних систем при тривалій дії різних стресів. При систематичній руховій активності підвищується імунітет.

Клінічні спостереження свідчать, що час перших пологів у жінок, що займалися спортом, складав в середньому на 6 год. менше чим у жінок фізично слабких [8].

Систематичне застосування фізичних вправ сприяє нормалізації вагітності, росту і розвитку плода, полегшенню, прискоренню і знеболенню пологів, оптимальному перебігу післяродового періоду.

Дані літературних та інформаційних джерел підтверджують актуальність обраного напрямку дослідження. Особливо актуальним є використання нетрадиційних засобів та розробка комплексних програм до складу яких входить йога-терапія.

Йога-терапія – це природній, гармонійний і надійний засіб фізичної терапії, за допомогою якого зцілюються будь-які функціональні розлади, захворювання органів дихання і кровообігу, системи травлення, крові ендокринної системи і опорно-рухового апарату, нервово-психічні розлади, хвороби сечостатевої сфери, хронічні запальні процеси, наслідки травм, операцій, ослаблення адаптивних здатностей організму тощо [6].

У йога-терапії розрізняють асани та пранаями. Асана – це положення тіла, поза , які призначені для загального тренування. Дихання при практиці асан – вільне. Техніка дихання в йозі називається пранаяма, яка сприяє забезпеченню енергією, збільшенню споживання кисню та стабілізації психіки. Під час пологів, якщо жінка буде зосереджувати свою увагу на диханні, це їй допоможе зберігати спокій, розслабитися і управляти собою [1].

За даними американських вчених встановлено, що такий вид фізичної активності, як виконання асан (вправ) доцільно застосовувати протягом усієї вагітності, так як мають здатність зберігати м'язовий тонус і гнучкість при виконанні різноманітних поз [7].

Вимоги яким повинна відповідати йогатерапевтична практика під час вагітності – це безпечність, ефективність, доступність.

Аналіз і узагальнення даних спеціальної літератури дозволив розробити алгоритм виконання комплексу асан для вагітних, який полягає в наступному:

- заняття краще проводити вранці або в вечері після випорожнення сечового міхура, кишечника, прийому душа;
- практика виконання асан повинна бути в режимі комфорту, якщо рух або положення тіла приводить до дискомфорту, слід зменшити амплітуду руху, темп та інтенсивність;
- асани необхідно підбирати в залежності від стану вагітної, за таким принципом – від мінімального до помірного навантаження;
- при виконанні асан, ті м'язи, які не беруть участі в підтримці пози або у виконанні руху, повинні бути розслаблені, так як м'язові напруження підтримують патологічні взаємозв'язки між ЦНС, опорно-руховим апаратом і багатьма іншими системами організму;
- дихання повинно функціонувати в максимально природному режимі, тобто повинно бути вільним і природним до потреб тіла;
- пранаями виконувати в вихідному положенні сидячи;
- вправи не повинні виконуватися механічно, увагу слід зосереджувати на русі, на положенні тіла, на відчуттях і на диханні, завдяки дотриманню цього принципу відбувається психоемоційне розвантаження;
- асани при виконанні яких передбачені прогини, заборонені;
- як що під час виконання асан плід стає сильно активним, заняття слід припинити;
- в процесі тренувань визначити незручні пози для плода, з послідуочим виключенням їх з комплексу;
- при відчутті сильної втоми та напруги, рекомендовано припинити заняття;
- після виконання комплексу асан рекомендується прийняти душ;
- їжу приймати можна через 30 хв. після занять [3,4,5].

Протипоказання до застосування йога-терапії в період вагітності: тяжкий перебіг вагітності, різко виражений токсикоз, супутні соматичні захворювання в стадії декомпенсації серцево-судинної, дихальної та ін. систем, маткові кровотечі, багатоводдя, багатоплідність, звичні викидні, запаморочення, тахікардія, на останньому тижні вагітності, бурхлива реакція плода на навантаження (часте серцебиття та прискорені рухи плода).

Особливості йога-терапії в залежності від періоду вагітності:

Перший триместр (до 16 тижнів вагітності), характеризується складною перебудовою організму жінки у зв'язку з зачаттям. Плідне яйце ще недостатньо закріплене у матці. Тому може трапитися переривання вагітності. Йога-терапія на даному етапі вагітності сприяє зменшенню проявів токсикозу (запамороченню, головній болі, нудоти), болю в нижній частині живота; допомагає усунути страх, апатію, сонливість, стабілізує, як фізичний стан так і емоційний стан вагітної. В цьому періоді основний акцент – на праноями, вагітна концентрує увагу на диханні, яке спрямоване на розслаблення, освоює дихальну техніку, вчиться правильно розвантажувати м'язи та хребет, правильно дихати, що забезпечить киснем організм жінки та плоду.

Другий період (від 17 до 32 тижнів вагітності), плідне яйце закріплене у матці досить міцно. Цей триместр вважається активним, в якому рекомендується вагітній більше рухатися, активно виконувати асани, збільшуючи при цьому адаптацію серцево-судинної системи до фізичного навантаження, поліпшуючи кровообіг і оксигенацію плода, запобігаючи можливості розширення вен, сприяючи збереженню і гнучкості хребта та тазових зчленувань, зміцнюючи черевний прес, підвищуючи еластичність м'язів тазового дна.

Третій триместр (від 33 тижня вагітності до її кінця) збільшення матки, обмежує екскурсію діафрагми, утруднює дихання, органи черевної порожнини зміщуються, зростає потреба в кисні, з'являється пастозність і виникає безпека розширення вен нижніх кінцівок. У цей період головним завданням йога-терапії є оволодіння диханням (пранаямами) і асанами на розслаблення і розтягування м'язів тазового дна. Весь період спрямовується на підготовку до майбутніх пологів і відпочинок. Виключаються асани з нахилом вперед, в скручуванні, вправи виконуються в повільному темпі.

Таким чином, заняття йогою під час вагітності допомагає жінці позбутися багатьох проблем, котрі можуть виникнути під час вагітності, а саме, варикозного розширення вен, набряків, закріпів, геморою, втоми, зайвої ваги, надмірної напруги в м'язах ніг. Асани на розтяжку та скручування допомагають організму вагітної жінки нормалізувати обмін речовин, поліпшити травлення та нормалізувати роботу кишечника.

Висновки. Аналізуючи літературні джерела, з'ясували, що йоготерапія сприятливо впливає на організм, зменшує кисневу недостатність в організмі вагітної жінки, удосконалює діяльність усіх фізіологічних систем та органів, нормалізує перебіг вагітності. Асани сприяють зміцненню м'язів, що беруть участь у пологовій діяльності, покращує їх еластичність (м'язи черевного пресу, тазового дна, промежини), більшій рухливості поперекової частини хребта. Йогівські вправи позитивно впливають не тільки на вагітну, але і стан плода: активізують плацентарний кровообіг, збільшують насичення крові киснем, поліпшують обмінні процеси, нормалізують тонус і рухову активність, запобігають неправильному положенню плода. Регулярні заняття йогою позитивно впливають на психоемоційний стан не тільки вагітної жінки, а й на плід, що розвивається.

Перспективи подальших досліджень. На нашу думку перспективи подальшого дослідження стосуються розробки комплексів йога-терапії та конкретних рекомендацій при різних паталогічних станах в фізичній терапії вагітних.

Література:

1. Борислав Б.М. Йога. Хрестоматія. Источники и течения / Б.М. Борислав. – Изд-во Йогин, 2009. – 253 с.
2. Грищенко В.І. Фізична і психопрофілактична підготовка вагітних до пологів та фізична реабілітація жінки після пологів: Навчальний посібник / В.І. Грищенко, Ю.С. Паращук, Т.С. Ейям-Бердиева, М.П. Кириченко, Ю.В. Шматько. – Харків: ТО «Ексклюзив», 2003. – 112 с.
3. Йога для вагітних. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mini-rivne.com/puzata-mama-13/>
4. Каминофф Л. Анатомія йоги / Л. Каминофф. – Изд. Попурри. – Киев, 2009. – 378 с.
5. Кент Г. Йога день за днем / Г. Кент. – Л. : ЛФ ВНИИТЭ, 2009. – 209 с.
6. Крапивина Е.А. Физические упражнения йогов / Е.А. Крапивина. – М. : Знание, 2001. – 375 с.
7. Лайделл Л., Рабинович Н., Рабинович Г. Новая книга по йоге: поэтапное руководство / Л. Лайделл, Н. Рабинович, Г. Рабинович. – Пер. с англ. Н. Григорьевой. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2004. – 192 с.
8. Николаева Л.Б. Особенности течения беременности и исходы родов у первородящих женщин / Л.Б. Николаева, Г.А. Ушакова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – Т. 9. – №5. – С. 14–19.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2017 р

Дьоміна А.О

магістрант спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж Ю.М.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ВИКОРИСТАННЯ СЮЖЕТНИХ ЗАНЯТЬ ДЛЯ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

У статті розглянуто етіологію, клінічні прояви розумової відсталості у дітей старшого дошкільного і молодшого шкільного віку та обґрунтовано використання сюжетних занять для відновлення пізнавальної діяльності, абстрактного мислення та локомоторних функцій верхніх кінцівок і тулуба.

Ключові слова: розумова відсталість, сюжетні заняття, рухова діяльність, порушення локомоторних функцій.

Постановка проблеми. З усіх порушень здоров'я дітей різних вікових груп розумова відсталість є однією з розповсюджених вад. У світі налічується понад 300 млн осіб з розумовою відсталістю. За даними Державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами 600 тис. учнів з відхиленнями у розвитку, 60% складають діти з розумовою відсталістю.

Так, показник захворюваності легкою формою розумової відсталості в Україні у дітей становить 88,4/1000000, а у підлітків – 101,2/100000, інші форми – 22,4/10000 і 16,4/10000 у дітей і підлітків відповідно.

За даними оглядів захворюваності визначено, що показник різних форм розумової відсталості у дітей 0–14 років складає 110,8, у підлітків 15–17 років – 117,6 на 100 000 відповідного населення. За період 2001–2007 роки найбільш високий показник захворюваності на легку форму розумової

відсталості виявлено в Красноярському краї – 219,9/100000, Кіровській – 222,1/ 100000 та Новгородській – 286,3/100000 областях Росії.

Одним з найбільш несприятливих наслідків розумової відсталості є обмеження життєдіяльності. Встановлено, що розумова відсталість знаходиться на третьому місці (13,3%) серед інших дитячих захворювань.

У порівнянні з інвалідами внаслідок інших психічних захворювань, розумово відсталі діти відрізняються більш низькими рівнями соціальної адаптації. У той же час аналіз динаміки інвалідності, проведений в дослідженні О. П. Шматкової та О. О. Андреевої показав, що серед обстежених дітей до 18 років високий реабілітаційний потенціал на покращення показників пізнавальної діяльності та локомоторних функцій реалізувався у інвалідів дитинства з легкою розумовою відсталістю [8; 10].

Фахівці, що займаються вивченням даної категорії дітей, визначають розумову відсталість не як хворобу, а як стан психічного недорозвинення. Він характеризується різноманітними ознаками і клінічними проявами, а також комплексним порушенням розвитку фізичних, психічних, інтелектуальних та емоційних якостей [6].

Під розумовою відсталістю вітчизняні фахівці розуміють стійкі порушення психічного розвитку. Розумово відстала – це дитина, у якої є стійке порушення пізнавальної діяльності та інші вищих психічних функцій, внаслідок органічного ураження головного мозку [2].

Основною причиною розумової відсталості – є ураження головного мозку дитини внаслідок недорозвинення, хвороби або травми. Але доведено, що не всяке ураження головного мозку веде до стійкого порушення пізнавальної діяльності. У розумово відсталій дитини цей порок в першу чергу спирається на недорозвинення абстрактного мислення, процесів узагальнення і відволікання в поєднанні з малою рухливістю та інертністю психічних процесів. Інтелектуальний дефект поєднується з порушеннями моторики, мови, сприйняття, пам'яті, уваги, емоційної сфери, довільних форм поведінки [1].

Ранні першочергові порушення функцій ЦНС викликають і порушення в загальному соматичному стані і психомоторному розвитку дитини. Діти з даною патологією починають правильно ходити з великим запізненням. У багатьох учнів допоміжної школи спостерігаються виражені порушення у розвитку цілеспрямованих рухів та запізнюється їх автоматизація. Є діти з парезами і паралічами кінцівок, з гіперкінезами. У деяких випадках спостерігається різке зниження загального м'язового тону, млявість, патологічна сповільненість рухової діяльності.

У дітей з розумовою відсталістю також відзначаються порушення функції кардіо-респіраторної та інших систем [3].

Таким чином, можна вважати, що для більшості розумово відсталих дітей характерна загальна або часткова атипія фізичного розвитку. У таких дітей спостерігається: відставання в масі та довжині тіла, порушення постави, деформація стопи та черепа, недорозвинення грудної клітки (зменшення її екскурсії), парези верхніх і нижніх кінцівок, відставання в показниках обсягу життєвої ємності легень, аномалії лицьового скелета тощо [4].

На фізичний розвиток, рухові здібності, здатність до навчання та адаптацію до фізичного навантаження впливає тяжкість інтелектуального дефекту, супутні захворювання, особливості психічної та емоційно-вольової сфери кожної дитини.

Психомоторне недорозвинення дітей з легкою розумовою відсталістю виявляється в уповільненому темпі розвитку локомоторних функцій, непродуктивності рухів, руховому неспокої і метушливості. Рухи незграбні та недостатньо плавні. Особливо погано сформовані тонкі і точні рухи верхніми кінцівками, предметна маніпуляція, жестикуляція і міміка.

Реабілітація дітей з даною патологією включає логопедичні вправи, призначені для усунення недоліків у артикуляції слів, логічному поєднанні слів, формуванні правильної артикуляції.

Метою дослідження є аналіз науково-методичної літератури з визначенням етіології та клінічних проявів розумовою відсталістю і теоретичне обґрунтування застосування сюжетних занять для дітей з даною патологією.

Об'єкт дослідження – комплексна фізична реабілітація дітей з розумовою відсталістю.

Предмет дослідження – особливості використання сюжетних занять для відновлення пізнавальної діяльності та локомоторних функцій кінцівок і тулуба у дітей з розумовою відсталістю.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної та спеціальної літератури з метою обґрунтування та практичного використання сюжетних занять з лікувальної гімнастики (ЛГ) для дітей з розумовою відсталістю.

Аналіз наукових досліджень та їх обговорення. Реабілітаційна робота з дітьми, що мають розумову відсталість повинна бути комплексною, яка включає: іпотерапію, квантову терапію, масаж, музикотерапію, пальчикову гімнастику і обов'язково лікувальну фізичну культуру (ЛФК).

Іпотерапія – сприяє максимальній мобілізації вольової діяльності, соціалізації і формування більш гармонійних відносин зі світом, стимулює мотивацію і підсилює прагнення досягнення позитивних результатів.

Квантова терапія – забезпечує відновлення пошкоджених клітинних мембран, відновлює зруйновані інформаційно–енергетичні зв'язки між клітинами, органами і системами.

Масаж шиї і голови є частиною комплексного лікування розумово відсталих дітей, що покращує кровообіг та лімфоток кори головного мозку, стимулює трофічні процеси та нормалізує психоемоційний стан. У той же час, загальний масаж тіла сприяє розвитку опорно–рухового апарату, покращує тонус суглобово–м'язової системи, підвищує рівень розвитку рухових якостей, активізує газообмін у тканинах тощо.

Музикотерапія – допомагає розвивати артикулярний апарат дитини, слух, інтелектуальні здібності, пізнавальну діяльність.

Пальчикова гімнастика – сприяє розвитку дрібної моторики та покращує кровообіг кори головного мозку.

Процедури ЛФК сприяють активізації розвитку координації рухів, загальної моторики дитини, поліпшенню концентрації уваги та психоемоційного стану.

При проведенні різних організаційних форм ЛФК (ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, фізкультурних ігор тощо) необхідно враховувати, що: по–перше, навантаження на дитячий організм повинно бути оптимальним, по–друге, цікавим для дітей і викликати у них позитивні емоції [11].

Ці проблеми значною мірою вирішуються широким застосуванням імітаційних вправ і рухливих ігор, які можна поєднати в єдину структуру сюжетного заняття. Ці засоби найповніше відповідають особливостям психіки дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, схильності їх до наслідування, копіювання дій людей і тварин.

Заняття ЛГ за даною методикою починаються з емоційної розповіді реабілітолога про сюжет заняття, під час якого виникає цікава уявна ситуація, перед дітьми розкриваються умови для прийняття ролі, повідомляється послідовність виконання вправ і їх зміст.

Особливого значення набувають ці заняття для розвитку пізнавальної діяльності та творчої уяви. Розповідь, показ, імітація окремих рухових дій сприяють активізації розумової діяльності дітей [5].

І. П.Павлов експериментальним шляхом довів, що створення рухового образу забезпечує підготовку локомоторного апарату до виконання відповідних рухових дій. Налаштування рухових функцій значно зростає на фоні позитивного емоційного стану дитини [12].

До емоційної сфери особистості дитини належать: переживання нового, здивування, сумнів, радість, пізнання. Широке застосування імітаційних вправ в ігрових обставинах надає дітям позитивного емоційного настрою, а це, поліпшує процес навчання. Ці засоби значно підвищують інтерес до виконання фізичних вправ і часто стають своєрідним «фізкультурним святом» у їхньому житті.

Застосування імітаційних вправ і сюжетних ігор допомагає ширше розкривати творчі можливості дітей, виховувати в них позитивні моральні та вольові якості. Зокрема, у вихованні моральних почуттів велике значення має механізм «вживання в образ», що притаманне сюжетним заняттям.

На заняттях, де застосовуються ці засоби, активно розвивається сприйняття дитиною довкілля. Вона оцінює якості предметів, поведінку різних тварин, зміни, які відбуваються у природі залежно від пори року тощо. Це значною мірою впливає на формування світогляду, виховання певних рис характеру, ставлення до оточуючої живої та неживої природи.

Сюжет заняття тісно пов'язаний із завданнями по навчанню правильно виконувати різні рухові дії і надає заняттю риси драматизації, наближує його до сюжетно–рольової гри, яка, за визначенням Л. С. Вигодського, є «коренем будь–якої дитячої творчості».

Діти можуть самостійно знаходити оптимальні способи виконання основних рухів, більш виразно виконують імітаційні вправи, по ходу гри знаходять варіанти вирішення різних рухових завдань.

Постійний контакт спеціаліста з дітьми, безпосередня участь його в занятті, емоційний дружній тон активізує дітей.

Ці заняття відкривають широкі можливості для роботи з дітьми з розумовою відсталістю, створюють сприятливі умови для вдосконалення основних рухів, сприяють розумовому і фізичному розвитку, стимулюють рухову активність та самостійність, розвивають уяву та артистизм [7].

Висновки. Аналіз науково–методичної літератури свідчить про високу поширеність розумової відсталості у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, що призводить до недорозвинення їх фізичних та психічних можливостей, порушення основних функціональних систем дитячого організму.

Обґрунтували необхідність розробки комплексних реабілітаційних програм з використання сюжетних занять для відновлення і розвитку пізнавальної діяльності, абстрактного мислення, локомоторних функцій кінцівок і тулуба у дітей різних вікових груп з розумовою відсталістю.

Перспективи подальших досліджень. На нашу думку комплексний підхід до використання реабілітаційних заходів для відновлення психомоторного розвитку, пізнавальної діяльності, абстрактного мислення, локомоторних функцій у дітей з розумовою відсталістю може бути доповнений такими засобами як Су Джок терапія та вправами з спеціальними дитячими тренажерами, що буде сприяти покращенню кінцевого результату.

Література

1. Синьов В. М., Матвеева М. П., Хохліна О. П. Психологія розумово відсталої дитини : Підручник / В. М. Синьов, М. П. Матвеева, О. П. Хохліна. – К.: Знання, 2008. – 359 с.
2. Шкурко М. А. Научное обоснование современных подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации детей-инвалидов вследствие психических расстройств на основе комплексного исследования инвалидности при данной патологии. Автореф. дисс. д.м.н. / М. А. Шкурко. – Москва, 2009. – 23 с.
3. Богданов Е. В. Организация и направления деятельности детской психиатрической службы Хабаровского края / Е. В. Богданов // Материалы Научно-практической конференции «Современные технологии здравоохранения в охране нервно-психического развития детей». – Москва, 2009. – С. 10–15.
4. Дмитриев А. А. Коррекционно-педагогическая работа 1 по развитию двигательной сферы учащихся с нарушением интеллектуального развития / А. А. Дмитриев. М.: Мок. псих-соц. ин-т, 2004. – 223 с.
5. Ивинский Д. В. Развитие двигательных качеств у умственно отсталых школьников в условиях специальной (коррекционной) школы интерната VIII вида: автореф. дис. канд. пед. наук / Д. В. Ивинский. Тамбов, 2007. – 166 с.
6. Гоголева Г. С. Психологическое сопровождение процессов обучения; воспитания и развития глубоко умственно отсталых дошкольников // Психологическое сопровождение личности в педагогическом процессе: Сб. научных трудов – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2002. с. 60 – 62.
7. Дошкольникам: программа и программные требования / Л. Д. Глазырина. М. Гуманитар, изд. Центр ВЛАДОС, 2009. – 144 с.
8. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. СПб, 2002. – 310 с.
9. Игумнов С. А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами в детско-подростковом возрасте (0–18 лет) в Республике Беларусь / С. А. Игумнов, Т. В. Короткевич // Материалы IV Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / Под редакцией А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Киров, 22–24 сентября 2009 г. – С. 248.
10. Шматкова О. П. Динамика детских инвалидизирующих расстройств / О. П. Шматкова. О. О. Андреева // Материалы XV Съезда психиатров России. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 167.
11. Сюжетні заняття з фізичної культури з дітьми дошкільного віку: Методичні вказівки до проведення занять з фізичної культури / Укл.: Вільчковський Е. С., Біленька Г. В., Богініч О. Л. – К.: ІЗМН, 1996 – 76 с.
12. Сюжетні заняття з фізичної культури з дітьми дошкільного віку: Методичні вказівки до проведення занять з фізичної культури / Укл.: Вільчковський Е. С., Біленька Г. В., Богініч О. Л. – К.: ІЗМН, 1996 – 76 с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Закаляк Н.Р.

кандидат медичних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації,
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я,
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Волошин Х.Б.

студентка магістратури, група ФТЕ-12М,
спеціальність: фізична терапія, ерготерапія
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я,
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ПРОЦЕСАХ У ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Робота присвячена питанню реабілітації хворих на остеохондроз хребта. Проаналізовано основні напрямки, умови застосування й ефективність комбінованого впливу різних засобів фізичної реабілітації в комплексній терапії попереково-крижового остеохондрозу.

Ключові слова: дегенеративно-дистрофічні процеси, остеохондроз, тракція хребта, лікувальна фізкультура, лікувальний масаж.

Постановка проблеми. Дегенеративно-деструктивні ураження хребта належать до числа серйозних і складних проблем медицини, які важко піддаються вирішенню. За розповсюдженістю ця патологія є провідною у структурі неврологічної захворюваності населення (70–80%) [9]. Клінічною формою дегенеративно-дистрофічного ураження хребта є остеохондроз, який часто стає причиною тимчасової втрати працездатності та інвалідності. За даними статистики міністерства охорони здоров'я України у 2010 р. серед причин інвалідності внаслідок захворювань і травм опорно-рухового апарату остеохондроз хребта становив 2,91%, а первинна інвалідність – 1,5 на 100 тис. населення [3, 7].

Остеохондроз – це хвороба сучасної людини, розвиток якої провокують інтенсивний ритм життя, великі навантаження, запальні процеси і вікові зміни [4]. Останнім часом простежується стійка тенденція до "омолодження" контингенту людей, хворих остеохондрозом, який виявляється навіть у дітей до 10 років [5, 6, 13, 14].

Багато наукових праць присвячено питанням діагностики та лікування цієї тяжкої форми ураження хребта [16]. Водночас, попри серйозний розвиток науково-практичних досліджень в напрямку пошуку медикаментозних засобів консервативного лікування остеохондрозу хребта, які не завжди мають очікуваний результат, актуальним залишається питання відновного лікування, істотними складовими якого є засоби фізичної реабілітації: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, методи фізіотерапії, механотерапія [8, 12, 15].

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

В основі попереково-крижового остеохондрозу хребта лежать подразнення або компресія спинномозкових нервів: рухових (еферентних) і чутливих (аферентних), що виходять із поперекового й крижового сегментів спинного мозку. Наслідком цього є больові відчуття, зниження чутливості, а також рухові й чутливі розлади, при яких спостерігаються атрофія м'язів нижніх кінцівок [3, 4].

Дослідженням фармако-терапевтичних аспектів дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта різної етіології займалися вітчизняні та зарубіжні лікарі-ортопеди, вертебрологи, неврологи, травматологи, кінезотерапевти, зокрема С.М. Бубновський, Г.В. Ігнат'єв, П.В. Євдокименко, М.Г. Кравчик, І.В. Локтінов, Н.О.Шостак та ін. [11]. Але медикаментозне лікування не завжди є ефективним. Тому актуальним є обґрунтування засобів і методів фізичної реабілітації для даної категорії хворих. Методики та засоби фізичної реабілітації у процесі профілактики та лікування захворювань хребта у поперековому відділі проаналізовано у роботах таких вітчизняних науковців, як В.В. Євмінов, Я.В. Фіщенко, І.Н.Стельмах та ін. [17].

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати ефективність фізичних засобів у комплексному лікуванні дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів поперекового відділу хребта.

Об'єкт дослідження. Реабілітаційно-відновне лікування хворих остеохондрозом поперекового відділу хребта.

Предмет дослідження. Ефективність засобів фізичної реабілітації у процесі функціонального відновлення функцій хребта у хворих на остеохондроз.

Засоби дослідження: аналіз науково-методичної та спеціальної літератури щодо застосування засобів фізичної реабілітації у функціональному відновленні опорно-рухового апарату у процесі лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.

Остеохондроз – це дегенеративно-дистрофічне ушкодження міжхребцевого диску, при якому процес найчастіше починається в пульпозному ядрі й поступово переходить на всі елементи диску, поширюючись надалі на тіла суміжних хребців, міжхребцеві суглоби й зв'язковий апарат [1,10]. За локалізацією найчастіше діагностується поперековий остеохондроз – понад 50% випадків. Ознаками хвороби є тупі болі в ділянці попереку й у ногах, що виникають при різких рухах тулубом, підніманні ваги чи тривалій незручній позі, обмеження рухів у попереково-крижовому відділі, порушення ходьби. Біль змушує хворих шукати й знаходити протибольові (анталгічні) пози. На другому плані після болю серед клінічних проявів попереково-крижового остеохондрозу стоять розлади чутливості й рухові порушення [2, 12].

Сьогодні все частіше в комплексному лікуванні остеохондрозів віддають перевагу комбінованому використанню патогенетично обґрунтованих засобів фізичної реабілітації, відмінною особливістю яких є фізіологічність, відсутність алергічних реакцій, можливість впливати на більшість ланок патогенезу захворювання і органічно поєднуватися з іншими лікувальними факторами. Немаловажне значення має також доступність їх у фінансовому аспекті [6, 8, 17].

Загальновідомо, що одним із основних методів активної функціональної терапії і самостійно, і в комплексі з іншими засобами фізичної реабілітації, що позитивно впливає на результати лікування, є лікувальна фізична культура, завдання якої при остеохондрозі хребта полягає у розвантаженні ураженої ділянки хребта і збільшенні відстані між окремими хребцями; розслабленні м'язів спини та ший; зменшенні тиску на корінці спинномозкових нервів і тим самим зменшенні болю; покращанні крово- та лімфообігу в уражених сегментах, попередженні спайкових процесів [2, 10, 12]. Високоєфективними при остеохондрозі є комплекси вправ з лікувальної фізичної культури на розслаблення й розтягування м'язів, динамічні вправи й вправи на збільшення сили м'язів, які, насамперед, необхідні для м'язів спини, черевного преса й нижніх кінцівок [5, 6, 14]. Доведено також, що під час комбінованого впливу мануальної терапії і засобів лікувальної фізичної культури

звільняються стиснені спинномозкові нерви, їх корінці й інші структури, що сприяє зменшенню або зняттю м'язового спазму, нормалізації тону судин, трофіки, поступової ліквідації больового синдрому і неврологічних проявів [1, 2].

Все актуальнішим стає питання про використання технічних засобів розвантаження хребта під дією власної ваги тіла у поєднанні з лікувальною гімнастикою при дегенеративно-дистрофічній патології хребців [12]. За даним напрямом накопичений значний практичний досвід роботи з використанням спеціально розробленої гімнастичного приладу – профілактора В.В.Євмінова. Сучасні дослідження [8] доводять ефективність застосування малоамплітудних вправ на профілакторі Євмінова для відновлення міжхребцевих дисків при остеохондрозі шийного та грудного відділів хребта. Автором запропонована методика фізичної реабілітації, яка ґрунтується на виконанні комплексу малоамплітудних вправ з одночасним розвантаженням хребта на профілакторі автора.

Науково обґрунтованим методом реабілітації при дегенеративно-дистрофічних процесах у хребцях є підводна тракція, що поєднує фізичний вплив на організм води (прісної, мінеральної морської) з прийомами витягнення. Дія води (при температурі 36–37 °С) на пропріорецептори сприяє зниженню тону поперечно-посмугової мускулатури, внаслідок чого збільшується відстань між тілами хребців і розширюються міжхребцеві отвори, через які проходять спинномозкові корінці. Крім того, зниження м'язового тону при даному методі, забезпечуючи усунення м'язових контрактур, сприяє ліквідації судинного спазму й покращанню кровообігу в ушкодженій ділянці. При поперековому остеохондрозі застосовують горизонтальну підводну тракцію – поздовжня тракція хребта або провисання тулуба у великій ванні на тракційному щиті. Підводної тракції поєднуються з фізичними вправами, масажем, методами фізіотерапії (ультразвук, лікувальні грязі, фонофорез анальгетиків чи гормональних препаратів, УФО – еритемні дози, діадинамічні струми) [2].

Заслужують на увагу проведені науковцями дослідження [11] щодо визначення ефективності впливу програми фізичної реабілітації, яка включала спеціальні комплекси фізичних вправ і лікувальний масаж з використанням лікувально-профілактичного пристрою «Кипарис», на функціональний стан хребта осіб зрілого віку з остеохондрозом у поперековому відділі. Завданнями програми були усунення гіпертону м'язів спини, відновлення тону пригнічених/атрофованих коротких/глибоких м'язів спини і всього організму; забезпечення природної стимуляції обміну речовин у місцях запалень, у місцях формування наростів (остеофітів) у хребетних сегментах і в організмі в цілому. Усунення гіпертону м'язів здійснювалося на пристрої «Кипарис» у вихідному (розслабленому) положенні за допомогою базових повільних без навантажень і стороннього обтяження вправ із використанням правильного дихання. Вправи розроблені для формування симетрично збалансованої роботи м'язів тіла: пригнічені (частково атрофовані або ті, що не працюють в оптимальному режимі) м'язи будуть відновлювати свою працездатність, еластичність, а м'язи, які знаходяться у стані перенапруги (спазмовані/статично заблоковані) будуть розслаблятися і розтягуватися під впливом відновлюваних «пригнічених» м'язів спини. Баланс роботи м'язів дозволяє коригувати структуру хребетних суглобів. На думку авторів [11], особливості тренажера «Кипарис» і спеціальна методика повільних вправ дозволяють усувати підвивихи хребетних суглобів на фоні формування збалансованої роботи м'язів спини (всього організму) і дихання. У процесі корекції відбувається декомпресія міжхребцевих дисків у шийному, грудному, поперековому відділах хребта, звільняються від надмірного тиску нервові закінчення, судини. При цьому кисень і необхідні компоненти для нормалізації процесу обміну речовин вчасно доставляються у всі тканини спини, які беруть участь у відновленні функцій хребта. Ефективність запропонованої реабілітаційної програми була підтверджена достовірно значущими результатами із зменшення болю, усунення регіонального м'язового дисбалансу, відновлення рухових можливостей поперекового відділу хребта і покращення якості життя осіб зрілого віку з остеохондрозом у поперековому відділі.

Висновки: Незважаючи на різноманіття методик з використанням засобів фізичної реабілітації питання диференційованого підходу у відновному лікуванні остеохондрозу дотепер залишається недостатньо вивченим. Дослідження впливу спеціальних комплексів фізичних вправ у комбінації з іншими засобами фізичної реабілітації на уражені периферичні нерви з метою їх часткового відновлення є перспективним і актуальним завданням. Очевидним є те, що зміст реабілітаційних заходів для осіб, що потерпають від остеохондрозу хребта, може бути доповнений такими засобами фізичної культури, застосування яких дозволить одержати відчутний оздоровчий ефект і в комплексі з іншими засобами й методами розв'язати проблему реабілітації, а також професійної й соціальної реабілітації таких хворих. Тому, розробка та експериментальне обґрунтування нових методів реабілітації є необхідним і виправданим.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо в роботі над розробленням комплексної програми фізичної реабілітації хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта, яка б дала можливість значно скоротити термін реабілітації та прискорити функціональне відновлення порушених хворобою рухових функцій.

Література:

1. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В.П. Веселовский. – Рига. – 1991. – 344 с.

2. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация / В.А. Епифанов. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – С. 92–108.
3. Жарков П.Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения опорно-двигательной системы у взрослых и детей / П.Л. Жарков. – М. : Видар, 2009. – 376 с.
4. Жук П.М. Остеохондроз позвоночника. Лечение и профилактика: [практич. пособ.] / П.М. Жук, И.Н. Стельмах, А.З. Нычик. – К. : Книга плюс, 2010. – 140 с.
5. Закаляк Н.Р. Аспекти оздоровчого впливу фізичної культури на студентів із остеохондрозом хребта // Слобожанський науково-спортивний вісник : [наук.-теор. журн.] – Харків : ХДАФК, 2014. – № 1(39). – с. 43–47.
6. Золотухина С.Ю. Комплексное лечение остеохондроза поясничного отдела позвоночника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15; 14.03.11 / Самарский государственный медицинский университет Росздрава. – Самара, 2009. – 25 с.
7. Корнацький В.М. Хвороби кістково-м'язової системи: стан проблеми в Україні та Європі // Укр. мед. часоп. – 2001. – № 4. – С. 139 –141.
8. Кульченко І.А. Застосування малоамплітудних вправ у поєднанні з розвантаженням хребта у фізичній реабілітації хворих на поперековий остеохондроз: Автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.03 / НУФВСУ. – К., 2005. – 25 с.
9. Купина В.В. Діагностика, клініка і особливості ортопедичного лікування остеохондрозу грудного відділу хребта. Автореф. дис. док.мед. наук.– М. 2003. – 32 с.
10. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: Навч. посібник. – К.: Олімпійська література, 2006. – 196 с.
11. Мерзлікіна О.А., Степанюк Н.В. Динаміка функціонального стану хребта у фізичній реабілітації осіб зрілого віку з остеохондрозом у поперековому відділі з використанням лікувального пристрою "Кипарис"/ Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова: Серія №15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). – К:Вид-во НПУ імені М.П.Драгоманова, 2015. – Вип. 3К2 (57). – С. 225–227.
12. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – Київ: Олімпійська література, 2009. – 488 с.
13. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руководство для врачей. / Я.Ю. Попелянский. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 672с.
14. Челноков В. А. Остеохондроз позвоночника: перспективы применения физических упражнений / В. А. Челноков // Теория и практика физической культуры.– 2005. – № 1. – С. 11 –16.
15. Шамардина Г.Н. Методика реабилитационной направленности занятий плаванием и упражнениями на воде с лицами, имеющими травму позвоночника и спинного мозга / Г.Н. Шамардина / VII Международный научный конгресс «Современный олимпийский спорт и спорт для всех». Материалы конференции. – М., 2003. – Т.2. – С. 199–200.
16. Poyasnichnyie boli. Diagnostika, prichinyi, lechenie / P. L. Zharkov, A .P. Zharkov, S. M. Bubnovskiy. – М. : Yuniartprint, 2001. – 144 s.
17. Tiravska O. I. Metody fizichnoy rehabilitatsii v terapii diskogennogo bolovogo sindromu poperekovogo viddilu hrebtba / O. I. Tiravska // Molodizhnyi naukoviy visnik : zb. nauk. pr. Volin. nats. un-tu imeni L. Ukrayinki. – Lutsk : Volinskiy natsionalniy universitet imeni Lesi Ukrayinki, 2008. – S. 48–51.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2017 р.

Закаляк Н.Р.

кандидат медичних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації,
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я,
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Спринська О.М.

студентка магістратури зі спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»,
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я,
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

РОЛЬ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ У ВІДНОВЛЕННІ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ХВОРИХ З ПІСЛЯІНСУЛЬТНИМИ ГЕМІПАРЕЗАМИ

У статті розглядається проблема ефективності застосування методик лікувальної гімнастики в комплексному відновному лікуванні хворих після інсульту.

Ключові слова: інсульт, лікувальна фізична культура, парези, геміплегії.

Постановка проблеми. Останнім часом спостерігається невпинний ріст кількості цереброваскулярних захворювань в Україні і за кордоном, серед яких інсульт має найважчий перебіг.

Ця хвороба щорічно вражає майже 6 мільйонів людей у світі, а в Україні – понад 200 тисяч. При цьому збільшується рівень захворюваності осіб працездатного віку – до 60 років [7]. Лише 60–65 осіб зі 100 у гострому періоді інсульту залишаються живими, а з них тільки 10–15% повертаються до професійної діяльності, а решта – потребують спеціалізованої допомоги фізичних терапевтів і ерготерапевтів для відновлення заняттєвої активності з метою покращення якості повсякденного життя [5, 11]. Займаючи одне з основних місць серед причин смертності та перше місце у структурі стійкої втрати працездатності, інсульт є соціально значущою проблемою в суспільстві [7, 12].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Майже 75% всіх інсультів становлять первинні інсульти й біля 25% – повторні. Кожного наступного десятиліття число інсультів у віці після 45-ти років у відповідній віковій групі подвоюється. Рухові розлади в гострому періоді захворювання розвиваються в 75% хворих, а через півроку стійкий руховий дефект зберігається в 53% пацієнтів, які перенесли інсульт [8]. Рухові порушення, порушення мовлення та коркових функцій, які виникають внаслідок інсульту – основна причина збільшення кількості людей з інвалідністю серед населення [4].

Для пацієнтів із ризиком повторного інсульту обмеження рухової активності чи її відсутність ускладнює процес відновлення та підвищує ризик повторного інсульту. Позаяк інсульт часто призводить до обмеження різних форм діяльності, а неврологічний дефіцит обмежує рухову та соціально-побутову активність, необхідно визначити безпечний режим фізичних навантажень, що дозволяє відновити передінсультний рівень активності, а потім підвищувати його для запобігання виникнення повторного інсульту [8, 3, 13].

Питання про ефективність застосування методик лікувальної гімнастики в комплексному лікуванні після інсульту ще залишається відкритим. Не всі, рекомендовані різноманітними авторами методики, можуть забезпечити високі результати лікування та відновлення. Досі немає єдиної точки зору на те, яка методика дає найкращий результат. Зважаючи на викладене, пошук шляхів підвищення рухової активності хворих з наслідками порушення мозкового кровообігу після перенесеного ішемічного інсульту є одним із актуальних питань підвищення ефективності й удосконалення системи фізичної реабілітації цієї категорії хворих.

Мета дослідження. Розглянути існуючі підходи до призначення засобів лікувальної фізичної культури в комплексній реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту.

Об'єкт дослідження. Лікувальна фізкультура в системі реабілітації хворих на ішемічний інсульт.

Предмет дослідження. Ефективність лікувальної гімнастики у процесі функціонального відновлення паретичної руки хворих з постінсультними геміпарезами.

Засоби дослідження: вивчення й аналіз джерел наукової і науково-методичної сучасної спеціальної літератури в сфері комплексної реабілітації хворих після перенесеного інсульту.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Мозковим інсультом називають гостре порушення мозкового кровообігу різної локалізації й протяжності, що викликає морфологічні порушення в тканинах мозку й зміни функцій ЦНС. Розрізняють геморагічний та ішемічний інсульти. Геморагічний інсульт супроводжується крововиливом у мозок. Ішемічний інсульт розвивається при порушеннях прохідності мозкових судин унаслідок закупорки їх атеросклеротичними бляшками, тромбом, емболом, а також у разі судинних спазмів будь-якої локалізації. У результаті ішемії (недокрів'я) відбувається розм'якшення мозкової тканини – інфаркт мозку [4, 6].

Для інсульту характерними є загально-мозкові (біль голови, розлад свідомості, блювання, гикавка, підвищене або знижене серцебиття) і вогнищеві (рухові порушення, розлади чутливості і мовлення – афазія) симптоми. До порушень рухової функції належать параліч (плегія) – повна відсутність м'язового скорочення і парез – часткове випадання рухової функції. Характерна риса ішемічного інсульту – перевага вогнищевих симптомів над загально-мозковими. З'являються геміплегії з боку, протилежного вогнищу, з боку вогнища – центральний парез лицьового, під'язикового нервів, порушення чутливості, афазія. Через кілька днів після початку захворювання, коли загально-мозкові явища згладжуються, на перший план виступають рухові розлади, що залежать від локалізації патологічного процесу. Спочатку розвивається повний в'ялий параліч кінцівок, сухожильні рефлексі відсутні. Приблизно через тиждень атонічні явища змінюються гіпертонічними, тонус м'язів і сухожильних рефлексів підвищується. Спастичні явища посилюються і переходять в контрактуру: розгинальний в носі й згинальний – в руці. Ці симптоми характеризують контрактуру Верніке-Мана, при якій спастичний параліч проявляється в дистальних відділах руки: рука приведена до тулуба, передпліччя проноване й зігнуте, зігнуті кисть і пальці. У носі підвищений тонус розгиначів стегна, гомілки й згиначів стопи. Ці порушення не дозволяють під час ходьби згинати ногу в коліні й розгинати в стопі. Утруднені відведення й пронація стопи, пальці зігнуті. Нога розігнута в кульшовому суглобі, супінована, відсутнє відведення, стопа звисає [2, 6].

Розглядаючи фізіологічні механізми процесу відновлення рухових функцій у хворих ішемічним інсультом мозку, треба пам'ятати, що рухи людини здійснюються з обов'язковою участю кори головного мозку. Контроль кори головного мозку над рухом є можливим завдяки кільцевому зв'язку: кора посилає імпульс, що викликає рух, і одержує зворотний сигнал із пропріорецепторів, що виникає при виконанні цього руху. Цим забезпечуються постійний контроль і корекція рухів, пристосування їх

до тих або інших умов. Можливості відновлення порушених функцій, темпи відновлення і ступінь залежать від розташування вогнища стосовно мозкових утворів, що забезпечують ту або іншу функцію, від того, що буде переважати в цих утворах: структурні зміни, руйнування, викликані вогнищем або ж вторинні зміни – набряк, нейродинамічні порушення як реакції на виникнення вогнища поблизу цих утворів. Одним з основних властивостей нервової системи є її пластичність, тобто здатність до утворення нових міжнейрональних зв'язків, завдяки яким формуються відносно стійкі компенсаторні пристосування й механізми реакцій. При церебральних інсультах виявляється певна динаміка відновлення вогнищевих порушень. Спочатку відновлюються рефлексорні функції й тонус, а потім з'являються співдружні й допоміжні рухи і, нарешті, відновлюються довільні рухи. Для того, щоб почали відновлюватися сухожильні рефлексії й м'язовий тонус, необхідна нормалізація функції спинного мозку [12].

Важливим моментом компенсації структурно-функціональних порушень при патології рухів є активна участь у процесі реабілітації й самого хворого, який повинен прагнути активізувати системи, які не потерпіли або мало потерпіли при інсульті, позаяк доведено, що завдяки не пошкодженим відділам центральної нервової системи можлива перебудова іннервації м'язів [9].

Програма реабілітації хворих після гострого порушення мозкового кровообігу ґрунтується на принципах етапності, послідовності, комплексності, а також на максимально адекватному впливі. Фізичні вправи передбачають стимулювання процесів відновлення, підготовку хворого до змін положення тіла у просторі, формують нормальний статичний стереотип і готують базу для відновлення цілеспрямованої моторики [1].

Процес утворення нових рухів і рухових навичок у літературі прийнято позначати терміном «рухове навчання». Рухове навчання є основним принципом побудови більшості методик лікувальної гімнастики, спрямованих на відновлення порушених рухових функцій внаслідок інсульту. Існують різні методи лікувальної гімнастики, засновані на механізмах рухового навчання. Так званими «класичними» стали методи, засновані на необхідності вироблення ізольованих рухів і відтворенні надалі складної рухової дії [11, 12].

Перенавчання кожного, окремо взятого м'яза і вироблення ізольованих рухів лежали в основі популярної у свій час системи методичних прийомів і фізичних вправ. Процес моторного перенавчання складався з декількох методичних прийомів. Спочатку використовувався прийом стимуляції, який включав пасивне переміщення кінцівки в точному напрямку руху, виконуваному при нормальному стані відповідного м'яза; рухи проводилися без свідомої участі пацієнта. Потім хворого інформували про особливості анатомічного кріплення м'яза і він подумки стежив за пасивно виконуваним рухом. Тільки після виникнення мимовільних скорочень під час стимуляції хворому дозволялося виконувати активні рухи в ушкодженій кінцівці [3].

Існує протилежна думка з питання про «м'язове заміщення», яка полягає в тому, щоб проводити рухове навчання в процесі лікувальної гімнастики за допомогою так званих «умовних рухів». Вважається, що при відсутності нормальної пропріоцепції потрібно шукати інші провідні шляхи, для аферентного імпульсу, що зумовлює рух, тобто формувати нові сенсорні шляхи. Для цієї мети пропонується виконувати прості рухи симетричними кінцівками одночасно. Рухи виконуються повільно, ритмічно й мають стимулюючий характер [10].

Найскладніше реалізується створення фізіологічного балансу між паретичними й здоровими м'язами. Саме нерівномірність участі сильних і працездатних м'язів разом з ослабленими й створює різні порушення рухового акту: перекрученість траєкторії руху; неоптимальну швидкість виконання дії, неточність досягнення кінцевої мети, порушення правильної схеми руху. Одним з головних методичних прийомів, що дозволяють попередити або усунути зазначені розлади, є спосіб «вирівнювання» рухових можливостей здорової й паретичної групи м'язів або кінцівки, при цьому обов'язковою умовою є не підтягування паретичної групи м'язів до можливостей здорової групи, а, навпаки, використання тільки тих можливостей здорових м'язів, які відповідають недостатнім можливостям паретичних груп. Іншими словами, відбувається вирівнювання шляхом зниження загальної ефективності дії, що, проте, дозволяє уникнути дисбалансу, а також забезпечити оптимальну рухову ситуацію для відновлення всіх якостей паретичних м'язів [8].

Так, пропонується проводити тренування окремих складових руху (швидкості, прискорення, сповільнення, зупинки й початку руху й т.п.) спочатку паретичними м'язами, а потім їх антагоністами – здоровими групами м'язів, з поступовим приведенням усіх показників до певного середнього рівня. Для «допомоги» паретичним м'язам залучаються їх синергісти (наприклад, для двоголового м'яза – плечова, променева), що досягається зміною вихідного положення вправи (згинання в ліктьовому суглобі). Для зменшення впливу м'язів антагоністів цілеспрямовано знижується їхня активність. Використовують пасивні, активно-пасивні й активні вправи, спрямовані на вироблення ізольованих рухів [9].

Актуальним при центральних парезах є попередження й усунення контрактур і тугорухливості в суглобах. Окрім лікування положенням, електростимуляції й активного масажу застосовуються: рухи в суглобах з поступово зростаючою амплітудою (перебуваючи на межі болючих відчуттів, але, не переступаючи її); посилення тих м'язів, які є антагоністами в напрямку руху (наприклад, при згинальній контрактурі в ліктьовому суглобі необхідно зміцнювати розгиначі передпліччя – триголовий

м'яз плеча); збільшення обсягу рухів у суглобах, використовуючи масу тіла або його частини в процесі стояння чи ходьби. Оскільки в'ялий параліч може перейти в спастичний парез, то потрібно в тренувальному процесі якнайшвидше одержати рухи в тих м'язових групах, які перешкоджають утворенню патологічної пози [12].

Поряд із традиційно застосовуваними реабілітаційними комплексами, що складаються із класичних прийомів лікувальної гімнастики й спрямовані на вироблення окремих рухів, усе ширше впроваджуються нові підходи в кінезитерапії, орієнтовані на тренування й відновлення певного руху. Такі підходи ґрунтуються, насамперед, на інтенсифікації лікувальних методик. При правильно організованому реабілітаційному процесі можна значно поліпшити відновлення порушених функцій за рахунок нейропластичних процесів. Це досягається шляхом посилення аферентного потоку до ушкоджених ділянок мозку й активізації відповідних зон кори головного мозку. Методика інтенсивної лікувальної гімнастики змушує хворого використовувати уражену кінцівку, що особливо актуально для хворих з локалізацією вогнища в правій півкулі. Методика заснована на навчанні певному руховому завданню, що позитивно відображається на функціональній активності пацієнта. Навчання руху є можливим в процесі практичного відпрацювання. Багаторазове успішне виконання дії створює почуття впевненості в тому, що при наступних спробах дія буде виконана правильно. Поряд з уточненням способу дії й виключенням з рухового акту зайвих рухів, непотрібних м'язових груп, створюється злитість і плавність руху [2, 8].

Методика інтенсивної лікувальної гімнастики полягає в тому, що здорова рука фіксується спеціальною пов'язкою до тулуба на 5 годин на день протягом трьох тижнів. Під час фіксації здорової руки хворі протягом 1 години займаються в залі ЛФК (2 заняття в день по 30 хв. з інтервалом 3–4 години), а протягом інших 4 годин навчаються виконувати різні побутові рухи під наглядом реабілітолога. Через кожних 15 хвилин інтенсивних занять хворі відпочивають протягом наступних 15 хв. Залежно від виразності дисфункції хворому індивідуально підбирають 15–20 вправ для паретичної кінцівки за рівнями складності, зважаючи на функціональні можливості хворих. Для занять можна використовувати предмети побуту (чашки, тарілки, ложки, банки, прищіпки і т.д.), дитячі іграшки (мозаїка з наростаючою складністю, м'ячі різного діаметра). У міру засвоєння навички складність завдання збільшується за рахунок зменшення обсягу предмета, збільшення його маси, зміни амплітуди, траєкторії й темпу руху, переведення рухової дії з горизонтальної у вертикальну площину, комбінування рухової дії. Необхідно домогтися правильного виконання руху, дотримання точності руху. Багаторазове повторення рухової дії сприяє швидшому формуванню рухової навички. Важливим у методиці є необхідність дати достатнє сумарне навантаження, щоб забезпечити потрібну аферентацію, але не допустити перевтоми. З цією метою необхідним є постійне спостереження за хворим під час заняття. З появою під час занять млявості або різкої зміни кольору шкірних покривів, особливо в ділянці носо-губного трикутника й лоба, появи або збільшення тремору кінцівок, посилення дискоординації рухів, ослаблення мовної функції інтенсивність треба знижувати і хворі мусять відпочити протягом 15–20 хв. [10].

За необхідності використовують прийоми на розслаблення й пасивну розробку тугорухливості суглобів. Також хворі навчаються бімануальним діям для попередження ефекту невикористання паретичної руки в повсякденному житті. Для цього здорова рука звільняється від пов'язки на 15 хвилин наприкінці другого 30–хвилинного заняття. Хворому пропонується виконати рухові дії, що вимагають участі двох рук: зашнурувати й зав'язати на бант, накреслити лінії на аркуші паперу з використанням лінійки, вирізати з аркуша паперу намальовані геометричні фігури, заплести косу, відкрити щільно закриту банку й т.п. Оцінюється здатність паретичної руки брати активну участь у запропонованих рухових діях, синхронність і координація рухів двох рук. Для розвитку глибокої чутливості в комплекс методики інтенсивної лікувальної гімнастики додатково треба включати вправи на розвиток пропріоцептивної чутливості [10].

Традиційне твердження про відновлення моторної функції в постінсультних хворих показує, що відновлення рухів, як правило, відбувається особливо інтенсивно протягом перших 3 місяців. Проте у ряді випадків деякі поліпшення можуть наступати через 6–12 місяців після початку захворювання. В експерименті з постінсультними пацієнтами зі значною давністю інсульту (9, 14 і 17 років) продемонстровано статистично значиме поліпшення рухової функції руки при використанні методики інтенсивної лікувальної гімнастики в порівнянні з результатами в контрольній групі [10, 11, 12].

Висновки: Ішемічний інсульт – це гостре порушення мозкового кровообігу, яке проявляється важкими порушеннями в руховій сфері у вигляді парезів і паралічів, порушенням м'язового тону, пригніченням різних видів чутливості, що спричиняє порушення функції ходьби, трофічні розлади, погіршення самообслуговування. Різке обмеження рухової активності негативно впливає на інші життєво важливі функції організму. При проведенні відновних заходів у хворих з наслідками інсульту необхідно дотримуватися основних принципів реабілітації: ранній початок, систематичність і тривалість проведення відновної терапії, включаючи поетапне й комплексне використання всіх видів відновного лікування із залученням хворого до активної участі в реабілітації. У резидуальному періоді реабілітації хворих ішемічним інсультом ефективною є методика інтенсивної лікувальної гімнастики, яка полягає у максимальному використанні паретичної руки у повсякденній діяльності і значному обсязі навантаження на паретичну руку. Це проявляється

значним поліпшенням рухової активності паретичної руки, статистично значимим підвищенням загальної функціональної активності.

Перспективи подальших досліджень: науково обґрунтувати, розробити комплекс вправ з лікувальної гімнастики для відновлення рухової активності осіб, які перенесли ішемічний інсульт, в резидуальному періоді та оцінити її ефективність.

Література:

1. Калмиков С.А. Аналіз ефективності фізичної реабілітації чоловіків другого зрілого віку, хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі / С. А. Калмиков, С.В. Манучарян, Г. В. Миронова // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології, 2016. – №2. – С. 21 – 23.
2. Гусев Е.И. Реабилитация в неврологии. Учебное пособие / Е.И. Гусев и др. – М., 2000. – 136 с.
3. Демиденко Т.Д. Методы повышения эффективности реабилитации больных, перенесших инсульт: Методические рекомендации / Т.Д. Демиденко, Валунов О.А. – Спб., 1996. – 16 с.
4. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация / В. А. Епифанов. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – С. 92–108.
5. Кадыков А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – М. : Мед пресс-информ, 2008. – 560 с.
6. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: Навч. посібник. – К.: Олімпійська література, 2006. – 196 с.
7. Міщенко Т.С. Аналіз епідеміології цереброваскулярних хвороб в Україні / Т.С. Міщенко // Судинні захворювання головного мозку. – 2010. – №3. – С. 2–9.
8. Нивина Ю.В. Восстановление двигательной функции больных церебральным ишемическим инсультом на стационарном этапе реабилитации: автореф дис. ... канд. пед. наук / Нивина Ю.В.; РГБ. – М., 2005. – 20 с.
9. Пирогова Н.А. Реабилитация постинсультных больных с право- и левосторонней локализацией очага: дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Пирогова. – Л., 1988. – 245 с.
10. Столярова Л.Г. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами / Л.Г. Столярова, Г.Р. Ткачева. – М.: Медицина, 1978. – 210 с.
11. Устинова К.И. Технология обучения больных с постинсультными гемипарезами произвольному контролю вертикальной позы с использованием компьютерного биоуправления по стабิโลграмме : автореф. дис. ... канд. пед. наук / К. И. Устинова; РГАФК; НИИ неврологии РАМН. – М., 2000. – 24 с.
12. Шкловський В.М. Концепція нейрореабілітації больных с последствиями инсульта / В.М. Шкловський // Неврология и психиатрия. – 2005. – №6. – С. 10–23.
13. Гордон Н.Ф. Инсульт и двигательная активность / Н. Ф. Гордон [пер. с англ.]. – Киев, 1999. – 127с.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2017 р.

Звіряка О.М.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент, завідувач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Кравцов А.С.

магістр спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Твердохліб В. А.

магістр спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

СИРОЇДІННЯ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ВЕРТЕБРОГЕННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ

У статті розглядається комплексна реабілітаційна програма із застосуванням нетрадиційних засобів лікування осіб з вертеброденною патологією в стадії ремісії.

Ключові слова: остеохондроз, харчування, сироділля, профілактика, реабілітація.

Актуальність. На сучасному етапі розвитку суспільства особливої соціальної значущості набула проблема збереження і зміцнення здоров'я, підвищення фізичного стану, а також профілактики різного роду хронічних захворювань населення. Серед найпоширеніших хронічних захворювань основне місце займає вертеброгенна патологія. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, вертеброгенна патологія, як одне з найбільш відомих уражень опорно-рухового апарату посідає третє місце за поширеністю після захворювань серцево-судинної системи і онкологічної патології. Захворювання рідко протікає ізольовано, викликаючи ураження різних органів і систем організму. Аналіз причин порушень основних функцій організму осіб з вертеброгенною патологією, свідчить, що найчастіше вони виникають не через тяжкість патології, а через відсутність реабілітаційних програм, спрямованих на зміцнення м'язово-зв'язкового апарату хребта в період ремісії [1].

У сучасній науковій літературі представлено безліч різних засобів і методів фізичної реабілітації осіб із вертеброгенною патологією. Багато авторів (О. Лазарева, І. Саранюк, 2012; В. Котелевський, 2015) підтримують думку про позитивний ефект фізичних вправ, масажу, постізометричної релаксації при лікуванні хворих із даною патологією. У той же самий час все частіше стали застосовуватися комбінації нетрадиційних засобів і методів фізичної реабілітації та оздоровчого фітнесу для інтенсифікації відновного процесу та якнайшвидшого повернення до трудової діяльності. Правильно підібрані види нетрадиційної реабілітації, такі як сироїдіння, голодування та оздоровче харчування сприяють зменшенню рівня холестерину і тригліцеридів, виведенню скупчення токсинів, шлаків та інших шкідливих речовин з організму, що веде до зменшення інтенсивності проявів вертеброгенної патології [3].

У цьому зв'язку вбачається перспективним, базуючись на сучасних прогресивних концепціях фізичної реабілітації, розробити та науково обґрунтувати інноваційну програму фізичної реабілітації осіб з вертеброгенною патологією в стадії ремісії із застосуванням нетрадиційних засобів реабілітації.

Мета дослідження: науково обґрунтувати та розробити програму фізичної реабілітації із застосуванням сироїдіння в осіб із вертеброгенною патологією в стадії ремісії, спрямовану на покращання процесу відновлення функціонального стану організму.

Впровадження програми здійснювалося на базі спортивного клубу «B-Tone» м. Суми. Було проаналізовані та узагальнені дані історій хвороби та фітнес-анкет чоловіків другого зрілого віку ($n = 18$) з діагнозом остеохондроз поперекового відділу хребта в стадії неповної ремісії, які займаються фітнесом на базі фітнес-клубу «B-Tone», з вересня 2016 р. по жовтень 2017 р.

Це дозволило виявити основні порушення та визначити групи для подальших досліджень. Середній вік обстежуваних становив $38,6 \pm 2,8$ року ($x \pm S$).

Програма фізичної реабілітації осіб з вертеброгенною патологією в стадії ремісії в умовах фітнес клубу «B-Tone» містить опис засобів програми фізичної реабілітації осіб з вертеброгенною патологією в стадії ремісії із застосуванням засобів оздоровчого харчування, сироїдіння, масажу та фітнесу, що було використано на відновному етапі фізичної реабілітації та підібрано з урахуванням кількісних показників відчуття болю, фізичної працездатності та функціонального стану, рівня напруження регуляторних систем та біогеометричного профілю постави. Оздоровче харчування включало такі правила: зменшення кількості жирів у раціоні; виключення з раціону спецій, солей; збільшення в раціоні кількості продуктів рослинного походження; дробне та часте харчування невеликими порціями; не вживати їжу після 18.00; відмова від газованих напоїв; виключення з раціону алкоголю, цукерок, печива, мучного та ін. Впровадження в програму нетрадиційного методу сироїдіння передбачало наступні принципи для реабілітантів: вживання рослинної їжі в необробленому вигляді, вживання замочених і пророслих зерен та насіння; вживання майже в два рази більше продуктів, що містять залізо (тофу, бобові, мигдаль і кешью), ніж пацієнтам, які не захоплюються сироїдінням; сухі сніданки, збагачені вітамінами, харчові дріжджі і збагачене соєве молоко для задоволення потреб організму у вітаміні B12; лляне насіння, волоські горіхи, олія соєва, так як ці продукти є відмінними джерелами Омега-3-жирних кислот.

Використовували загальнозміцнюючі і спеціальні вправи, в тому числі із застосуванням додаткового фітнес-обладнання в різних вихідних положеннях, вправи для тулуба з невеликою амплітудою, спеціальні статичні вправи. Під час занять виключали різкі підскоки, різкі нахили тулуба, піднімання обтяжень. Протягом одного дня проводили індивідуально підібраний комплекс вправ у залі, лікувальний масаж. Курс фізичної реабілітації був умовно розподілений на три періоди: адаптаційний, тренувальний і стабілізаційний (рис. 1).



Рис. 1. Програма фізичної реабілітації для хворих з вертеброгенною патологією у стадії ремісії

Адаптаційний період. Тривалість: 20–30 днів, руховий режим щадний, стадія перебігу захворювання: неповна ремісія.

Завдання періоду: підготовка до зростаючих навантажень, розслаблення спазмованих м'язів в зоні ураження, відновлення загального тонуусу організму.

Засоби, які використовуються в даному періоді: лікувальна гімнастика, лікувальний масаж, оздоровче харчування. Методи проведення реабілітаційних заходів: малогруповий та індивідуальний.

На першому періоді фізичні вправи, що входять до комплексів ЛГ, застосовували в ізометричному режимі, із застосуванням додаткового фітнес-обладнання (гантелі, бодібари). Параметри дозування навантаження ЛГ: тривалість процедури – 60–80 хв., В.п. – стоячи, сидячи, лежачи на спині, кількість повторень вправ – 6–8 разів, темп виконання – повільний і середній, амплітуда – неповна, середня.

В основній частині заняття протягом 20–25 хв. використовувалися вправи біля гімнастичної стінки, вправи з додатковим фітнес-обладнанням, полегшені елементи функціонального тренінгу, елементи системи Пілатесу, В.п. – сидячи, стоячи.

Тренувально-коригуючий період. Тривалість – 40–60 днів, руховий щадно-тренуючий, стадія перебігу захворювання: повна ремісія.

Завдання: корекція біогеометричного профілю постави та рефлекторних вертеброгенних деформацій хребта, усунення патобіомеханічних змін хребта, профілактика рецидивів захворювання. Засоби, які використовували в даному періоді: стабілізаційний тренінг, коригувальна гімнастика, лікувальний масаж, сиродіння. Методи проведення реабілітаційних заходів: малогруповий та індивідуальний. Основний акцент періоду був зроблений на розвиток паравертебральних і м'язів-стабілізаторів попереку, що забезпечують розвиток міжм'язової координації і створення навичку стабілізації.

Параметри дозування навантаження в стабілізаційному тренінгу: тривалість процедури – 45–60 хв., В.п. – сидячи, лежачи, кількість повторень вправ – 3 сети, 15 повторень, робоча вага (якщо застосовували тренажери або виконувалася робота з вільною вагою) – 15–45 % 1 ПМ (одне повторення з максимальною вагою), темп виконання – повільний і середній, амплітуда – неповна, середня.

Тривалість процедури коригувальної гімнастики – 45–60 хв. Використовували В.п. – стоячи біля гімнастичної стінки, лежачи на животі, лежачи на спині, на животі, колінно-кистьове положення,

кількість повторень вправ – від 6–8 до 8–10 разів, темп виконання – повільний і середній, амплітуда – неповна, середня. При цьому динамічні вправи чергували зі статичними напруженнями, вправами на розслаблення, застосовуючи різні вихідні положення.

Стабілізаційний період. У даному періоді реабілітації робота була спрямована на зміцнення м'язового корсета в обстежуваних. Тривалість: 20–25 днів, руховий режим – тренуючий, стадія перебігу захворювання – повна ремісія.

Завдання: зміцнення м'язів спини і тулуба, пролонгація стадії ремісії, закріплення досвіду рухової активності як способу життя. Засоби, які використовували в даному періоді: функціональний та силовий тренінги, сироїдіння. Методи проведення реабілітаційних заходів – малогруповий та індивідуальний.

Перехід від раціонального харчування до сироїдіння здійснювали поступово і обережно, при цьому контролюючи функціональний стан пацієнтів за допомогою розроблених тестів, що дало змогу оцінити ефективність входження в сироїдіння та закріплення нового стереотипу харчування.

Висновки. Результати аналізу й узагальнення даних спеціальної літератури підтвердили провідне значення нетрадиційних засобів фізичної реабілітації у вирішенні завдань із відновлення здоров'я осіб із вертеброгенною патологією поперекового відділу в стадії ремісії, однак їх застосуванню у спеціалізованих лікувальних і реабілітаційних установах на сучасному етапі не приділяється достатньої уваги. Значною мірою це обумовлено наявністю неоднозначних думок фахівців про застосування засобів оздоровчого харчування та сироїдіння у програмах фізичної реабілітації; недостатньою систематизацією чинників, що визначають спрямованість реабілітаційних заходів. В умовах спортивного клубу «В-Топе» нами було розроблено програму фізичної реабілітації для даної категорії осіб, яка включала нетрадиційні засоби (сироїдіння), лікувальну гімнастику, коригуючу гімнастику, функціональний тренінг, лікувальний масаж. В подальшому планується узагальнення результатів дослідження ефективності даної програми за результатами функціональних проб та тестів.

Список використаної літератури:

1. Кормільцев В. Особливості методики корекції патологічного рухового стереотипу в сучасних умовах // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2013. № 3. С. 64–67.
2. Котелевський В. І. Обґрунтування системи фізичної реабілітації студентської молоді із патологією хребта // Теорія і методика фізичного виховання і спорту: наук. журнал. 2015. № 1. С. 30–34.
3. Міхеєнко О. І. Валеологія: основи індивідуального здоров'я людини: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2010. 446 с.
4. Лазарева О., Саранюк І. Фізична реабілітація осіб з вертеброгенними редикулопатіями в стадії ремісії засобами фітнесу // Спортивний вісник Придніпров'я. 2012. № 1. С. 216–219.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2017 р.

Карпенко Ю.М.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Данченко М.В.

студентка спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПІЄЛОНЕФРИТІ

У статті розглядається актуальна проблема комплексної реабілітації дітей при хронічному пієлонефриті. Проаналізовано можливість поєднання засобів фізичної реабілітації, а саме лікувальної фізичної культури, фізіотерапії, сегментарно-рефлекторного, точкового масажу, фітотерапії та саунотерапії в контексті застосування комплексного підходу до хворих з хронічним пієлонефритом.

Ключові слова: фізична реабілітація, хронічний пієлонефрит, фізіотерапія, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, суджок терапія, фітотерапія, дієтотерапія, сауно терапія.

Постановка проблеми. Пієлонефрит – найчастіше захворювання нирок в будь-яких вікових групах. У дітей він займає 2–3-є місце за частотою після захворювань органів дихання. Він стає причиною госпіталізації 4–5% всіх дітей, які лікувалися в стаціонарі. Це захворювання частіше виникає в тих дітей, матері яких під час вагітності перенесли гострий пієлонефрит (10% випадків). Серед дорослого населення він зустрічається 10/10 ТОВ осіб, у дітей – 480–560/10.

Хронічний пієлонефрит помітно погіршує якість життя пацієнтів і, найчастіше, може призводити до серйозних ускладнень, що загрожують життю хворого. Лікування хронічного пієлонефриту, незважаючи на досягнуті успіхи, залишається досі непростим завданням. Медикаментозна терапія не завжди дозволяє отримати бажані результати і, крім того, нерідко дає побічні ефекти, тому актуальним є пошук нових методів терапії [9].

Хронічний пієлонефрит – це інфекційний запальний процес тканин нирки, що характеризується рецидивуючим перебігом. Прогресування патологічного процесу веде до функціональної недостатності нирок, що виражається в розвитку хронічної ниркової недостатності [8].

Проблему застосування фізичної реабілітації в лікуванні хронічного пієлонефриту останні роки широко досліджували такі вчені, як: Лопаткина Н.А., Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Проаналізувавши симптоматичні та патоморфологічні аспекти даного захворювання, вони підібрали найефективніші методи фізичної терапії, як додатку до основного лікування.

Сучасні методи фізичної реабілітації при лікуванні хронічного пієлонефриту освітили у своїх працях такі науковці, як: Лой-Со (2009), Попов С.Н. (2005), Данилюк О.А., Фадеев П.А., (2011), Сиволап В.Д. (2014), які описали лікувальний масаж, фізіотерапія, ЛФК, су-джок терапія, бальнеотерапія, дієтотерапія.

На нашу думку, методи фізичної реабілітації посідають важливе місце в лікуванні людей, які хворіють хронічним пієлонефритом.

Мета дослідження – проаналізувати можливості застосування різних методів фізичної реабілітації в комплексній програмі реабілітації хворих дітей на хронічний пієлонефрит, задля зменшення ризику розвитку ускладнень і попередження стадії загострення.

Завдання дослідження: проаналізувати усі сучасні наукові джерела, задля вибору найбільш оптимальних і ефективних засобів фізичної реабілітації хворих при хронічному пієлонефриті.

Результати досліджень: Аналіз науково-методичної літератури в сфері нефрології показує, що при лікуванні хронічного пієлонефриту необхідно застосовувати засоби фізичної реабілітації та складати комплексні реабілітаційні програми з індивідуальним підходом до кожного пацієнта.

Вчений Дубровський В. І. вважає, що при хронічній формі пієлонефрита в стадії загострення, фізична реабілітація повинна включати в себе: дієтотерапію, та помірний режим пиття. А в подальшому, поза фазою загострення, до цього додають помірне фізичне навантаження (ЛФК, прогулянки на лижах, ходьба, їзда на велосипеді чи заняття на велотренажері). Також, він рекомендує сауну (баню) з наступним походом в теплий душ (виключає плавання в басейні, купання в водоймах); проведення масажу [2].

Основні завдання ЛФК при хронічному пієлонефриті : поліпшити і нормалізувати нирковий кровообіг; компенсувати порушення функції нирок; підвищити імунні сили організму; попередити застійні явища в легенях; поліпшити серцеву діяльність; нормалізувати психологічний стан хворого; поступово адаптувати хворого до фізичних навантажень [11].

Попов С.Н. зазначає, що при хронічному пієлонефриті фізична реабілітація проводиться в період санаторного лікування з застосуванням ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, дозованої ходьби, рухливих ігор, елементів спортивних ігор [5].

Лікувальний масаж є важливою складовою фізичної реабілітації при хронічному пієлонефриті. При даному захворюванні масажують спину, поперекову ділянку, сідниці, живіт і нижні кінцівки з застосуванням гіпереміруючої мазі. Виключають ударні прийоми. Тривалість масажу 8–10 хвилин, курс 10–15 процедур. При хронічному пієлонефриті показаний ручний масаж і масаж щітками у ванні (температура води не нижче 38 градусів), 2–3 процедури на тиждень [2].

Лой-Со, вважає, що в лікуванні хронічного пієлонефриту важливе місце посідає су-джок терапія, а особливо лікування насінням рослин. При даному захворюванні він віддає перевагу червоній квасолі, тому що вона за формою схожа на уражений орган і накладається на тильну поверхню долоні, на область, яка відповідає нирці і справляє сечогінну та протизапальну дію [4].

Фізіотерапевтичне лікування застосовується в комплексній терапії захворювання і дозволяє отримати наступну дію: покращує кровопостачання нирок і збільшує доставку до тканини антибіотиків; зняти спазм гладкої мускулатури ниркових мисок і сечоводів, тобто поліпшити уродинаміку. З цією метою використовуються: ультразвукова терапія в зоні проекції нирок (ТХІ–ІІІ); електричне поле УВЧ на ділянку нирок; індуктотермія нирок; мікрохвильова терапія в зоні проекції нирок; електрофорез спазмолітиків, антибіотиків на ділянку нирок. У стадії ремісії хронічного пієлонефриту велика увага приділяється бальнео-тепло лікуванню. Рекомендується курс хлоридних натрієвих ванн, парафіно-озокеритових аплікацій на зону проекції нирок [6].

У хворих на хронічний пієлонефрит призначення спеціальної дієти залежить від ускладнення основного захворювання. При хронічному пієлонефриті з поліурією, яку супроводжується гіпокаліємією, показана «калієва дієта» , яка включає ізюм, фруктові соки, свіжу капусту, печену картоплю [7].

Тиктинський О. Л. і Калініна С. Н. в результаті клінічних досліджень виявили необхідність застосування в фізичній реабілітації хворих на хронічний пієлонефрит, санаторно-курортного лікування, а саме бальнеотерапію. Серед курортів для лікування цих хворих відзначають: Трускавець,

Березовський. Мінеральні води мають виражений протизапальний ефект, виявляють діуретичну дію, покращують нирковий потік плазми і фільтрацію сечі [7].

Л. В. Пастушенков (1995) зазначає, що до недавнього часу переважаючим напрямком в лікуванні пієлонефриту була боротьба з інфекцією. Однак сучасні уявлення про патогенез захворювання припускають зміну поглядів на лікування, і пріоритетними стають нормалізація уродинаміки і імуннокорекція. Використання для відновлення нормального відтоку сечі синтетичних діуретиків неприпустимо, тому що всі вони активно секретуються в канальцях. У кращому випадку запалені канальці ніяк не відреагують на сечогінний препарат, а в гіршому – така терапія може призвести до посилення запального процесу. Для рослинних діуретиків це нехарактерно.

При відборі лікарських рослин з діуретичною дією перевага віддається тим, які мають імунотропні властивості і широкий спектр впливів на збудників захворювання – листя берези, брусниці, мучниці, чорниці, евкаліпта, трава рутки, звіробою, споришу, ниркового чаю, квіти волошки, плоди коріандру, фенхелю, анісу, ялівцю [1].

Рекомендується ходити в баню з сухим жаром не менше ніж два рази на тиждень. Температура повинна бути не нижче сімдесяти градусів за Цельсієм. У першу добу необхідно провести в парильні півгодини, кожне наступне відвідування збільшуючи тривалість процедури на десять хвилин. Не можна використовувати жорсткі віники

Сухе гаряче повітря сприяє виходу зайвої рідини з організму і знижує навантаження на нирки. А також тепло благотворно впливає на кровообіг і регенераційні процеси в організмі. Рекомендовано продовжувати курс процедур не менше трьох місяців [10].

Висновок: проаналізувавши більшість сучасних наукових джерел було виявлено, що фізична реабілітація посідає важливе місце в лікуванні хронічного пієлонефриту.

Найефективнішими серед засобів реабілітації стали: ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапія (УВЧ, індуктотермія, мікрохвильова терапія), фітотерапія, дієтотерапія, санаторно-курортне лікування (бальнеотерапія), сауно терапія.

При правильному застосуванні, систематичності проведення, і зацікавленості пацієнтів можна досягти таких ефектів: покращення крово та лімфообігу в уражених нирках, стимуляція процесів регенерації, забезпечення стійкої ремісії захворювання, поліпшення уродинаміки. Також всім нам відома фітотерапія, є заміником медикаментозних діуретиків, адже являється природним засобом і не подразнює ниркові структури.

Список використаної літератури.

1. Данилюк О. А. Практическая иридодиагностика и фитотерапия. Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. 447 с.
2. Дубровський В. И. «Лечебная физическая культура (кинезотерапия): учебник для студентов вузов. Москва: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 1998. 267 с.
3. Лопаткина Н. А. Урология. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 257 с.
4. Лой-Со Суджок «Исцеляющий самомассаж. Основные приемы. Вектор, 2009. 61 с.
5. Попов С. Н. Физическая реабилитация. Ростов н/Д: Феникс, 2005. 361 с.
6. Сиволап В. Д., Каленський В. Х. Фізіотерапія: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. Запоріжжя: ЗДМУ, 2014. 281 с.
7. Тиктинский О. Л., Калинина С. Н. Пиелонефриты. СПб.: СПбМАПО, Медиа Пресс, 1996. 256 с.
8. Фадеев П. А. Болезни почек. Пиелонефрит // Мир и Образование, 2011. 20 с.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2017 р.

Карпенко Ю.М.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Руденко Ю.П.

студентка спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА АМБЛІОПІЮ

У статті розглянуто засоби фізичної реабілітації з подальшим застосуванням їх в комплексній фізичній реабілітації дітей хворих на амбліопію.

Ключові слова: фізична реабілітація, амбліопія, порушення зору, діти, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, рефлексотерапія, психотерапія, гострота зору.

Постановка проблеми. Зір відіграє велику роль в онтогенетичному розвитку людини. За допомогою зорового аналізатора здійснюється 85–90 % сприйняття зовнішнього світу, і порушення його функції викликає ряд ускладнень у фізичному і навіть психологічному стані. Патологія органа зору посідає перше місце в структурі захворювань, що виявляються у дітей шкільного віку [3].

За даними МОЗ України, впродовж останніх 10–15 років значно зросла кількість дітей з патологією органа зору. Близько 840 тис. дітей страждають на різні офтальмологічні захворювання: короткозорість, далекозорість, косоокість, астигматизм, амбліопію (ЦМС МОЗ України, 2016).

Сьогодні інвалідність унаслідок патології органа зору складає 12,4 на 10 тис. населення, при цьому головними причинами інвалідності очей «з дитинства» є наслідки травм (18,1 %) і захворювання (81,9 %). Система роботи з дітьми-інвалідами, що потребують корекції зору, повинна забезпечити комплексність й безперервність психолого-педагогічної, соціальної, фізичної та медичної допомоги для створення оптимальних умов їхнього розвитку [13].

Однією з актуальних проблем сучасної офтальмології є амбліопія, яка займає значну роль в патології органів зору.

Суттєве зростання розповсюдженості патології органа зору в світі за останні десятиріччя науковці пояснюють взаємодією різних процесів, а саме: соціально-економічним прогресом, ростом виробництва, розвитком науки і техніки, що зумовили вагоме збільшення навантаження на зоровий аналізатор людини починаючи з раннього дитячого віку [5]. На думку вчених, в етіології амбліопії суттєву частку складають генетичні фактори, що обумовлені накопиченням патологічних генів у батьків дітей з порушеннями зору [7].

І.М. Безкоровайна виділяє такі види амбліопії: дисбінокулярна, анізометропічна, рефракційна, обтураційна та істерична [4].

Амбліопія – це функціональне зниження гостроти зору без помітних змін очного дна. В умовах косоокості вона має назву дисбінокулярної. Розвиток її тісно пов'язаний із гальмуванням зорового образу ока, що косить.

Під косоокістю розуміють порушення бінокулярного зору, що звичайно супроводжується відхиленням зорової лінії ока від спільної точки фіксації. Втрату бінокулярного зору вважають основною клінічною ознакою косоокості.

Останніми роками зазначену проблему активно досліджували такі вітчизняні вчені: Р.Л. Азарян, В.Г. Григоренко, В.П. Єрмаков, Б.В. Сермеев, В.Г. Крижанівська, Ю.А. Макаренко, Н.Г. Морозова, І.Л. Ферфільфайн, Е.С. Аветисов, Є.Н. Кузнецов, Б.В. Сермеев. В працях цих вчених розкрито проблему порушень зору, її взаємозв'язок з фізичним розвитком та застосування фізичної реабілітації при різних очних патологіях.

У сучасній спеціальній науковій літературі широко описано використання у фізичній реабілітації дітей з порушенням зору лікувальної гімнастики, фізіотерапії, масажу, психокорекції (Л.А. Єракова, 2005; Е.В. Бісмак, 2007; А.В. Солодніков, 2011) та інших засобів. У той же час є незначна кількість робіт з описом застосування рефлексотерапії (В.В. Нероєв, 2006; А.Е. Апрельев, 2009, 2011; А.С. Французов, 2010; О.В. Юрова, 2011;) і мікропунктурних систем кистей і стоп (засобу Оннурі терапії) при порушенні зору (Л.В. Господарова, 2003; Н.В. Борисова, 2003; М.П. Жернов, 2008; Пак Чже Ву, 2010).

Одним із ефективних шляхів забезпечення гармонійного психологічного, фізичного і соціального розвитку із порушеннями функції зорового аналізатора, на нашу думку, є комплексне використання методів і засобів фізичної реабілітації.

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні найбільш ефективних засобів фізичної реабілітації дітей з амбліопією.

Завдання дослідження: проаналізувати науково-медичну та спеціальну літературу з питань можливості використання засобів фізичної реабілітації для корекції зору у дітей з амбліопією.

Результати досліджень. Аналіз досліджень у галузі реабілітації, гігієни, медицини та психології показують, що діти із порушеннями зорового аналізатора, зокрема з амбліопією, потребують застосування спеціальних програм, комплексної реабілітації.

У офтальмологічній практиці використовуються такі засоби реабілітації, як лікувальна фізична культура (ЛФК), рухливі ігри, оздоровче плавання, лікувальний масаж, фізіотерапія та рефлексотерапія [2].

Видатні вчені Є.С. Аветисов та Н.І. Лохтина в результаті клінічних спостережень підтвердили доцільність застосування фізичних вправ, масажу та фізіотерапії в комплексному лікуванні порушень зору у дітей. Результати досліджень Л.В. Марасанової, В.І. Виноградової і Н.В. Конюкової засвідчують, що масаж шийного відділу може стабілізувати зорові функції та служити одним із ефективних методів лікування амбліопії [1].

Фізичні вправи загально-розвивального характеру (ЗРВ), застосовані в поєднанні зі спеціальними вправами для циліарного м'язу, зміцнюючи акомодацию, чинять позитивний вплив на функції амбліопічного ока. На підставі проведених досліджень була розроблена методика ЛФК для школярів, які мають порушення зору, і доведена її ефективність в комплексі заходів по профілактиці і прогресуванню захворювання [9].

Вчені Є.Н. Кузнецов та Б.В. Сермеев також вважають, що у профілактиці порушення зору та його відновленні важливу роль відіграють лікувально-корекційні вправи, масаж та фізіотерапія, які вимагають адекватної методики їх застосування.

Лікувальна гімнастика є головною із форм ЛФК при порушеннях зору, зокрема амбліопії. Вона являє собою сукупність спеціально відібраних вправ для поліпшення крово- і лімфообігу м'язів ока та сітківки, відновлення еластичності м'язів ока, сприяння розслабленню м'язів ока, зняття їх втому, розвитку сили м'язів ока, координації рухів очей, підвищення гостроти зору, покращення кровообігу кори головного мозку [7].

Важливу роль відіграють і дихальні вправи, що підсилюють легеневу вентиляцію, кровообіг окисно-відновних процесів в організмі. Крім того, дихальні вправи є засобом періодичного зниження фізичного навантаження. На тлі ЗРВ, дихальних вправ, застосовуються також спеціальні вправи, що зміцнюють зовнішні м'язи ока й циліарний м'яз [6].

Нетрадиційний цілитель М.С. Норбеков створив власну методику відновлення зору, яка побудована на поєднанні рефлекторного впливу на певні зони очей, голови з психологічними можливостями концентрації уваги, закріплення позитивного ефекту в емоціях і поведінці людини.

Програма фізичної реабілітації повинна включати в себе місцевий лікувальний масаж шийно-комірцевої зони, який надає безпосередній вплив на хворий орган – око, і сегментарно-рефлекторний масаж для загального впливу на організм. Даний масаж поліпшує кровообіг кори головного мозку, таламуса (зоровий бугор, який відповідає за сприйняття інформації сенсорними системами (органи чуття), знімає розумову та м'язову втому, покращує психоемоційний стан дитини, є профілактикою порушення постави завдяки механічній, нервово-рефлекторній, нервово-гуморальній дії масажу [3].

Спосіб реабілітації А.В. Ротова включає психотерапевтичні сеанси із процедурами релаксації пацієнта, сугестивного впливу, масажу й самомасажу. Пацієнта вводять у легкий транс, з розслабленням усіх груп м'язів, здійснюють прогрівання перенісся й очних яблук шляхом накладення на них теплих долонь, методом вербального впливу, при закритих очах пацієнта, впливають на центральний і периферичний відділи зорового аналізатора, викликаючи в пацієнта чіткі зорові образи геометричних фігур або нескладних картинок, при одночасному прогріванні області потилиці тактильним методом, а потім виконують легкий масаж очних яблук при одночасному виконанні пацієнтом інтенсивної гімнастики окорухових м'язів, методом імперативного впливу налаштовують психіку пацієнта на гострий зір, після чого закріплюють досягнутий ефект самостійною психокорекцією без участі терапевта. У домашніх умовах пацієнт закріплює отриманий ефект покращення зору, проводячи аутопсихокорекцію за описаною вище методикою 3–4 рази в денний час доби [9].

У більшості проаналізованих літературних джерел описані реабілітаційні заходи, які включають в себе методи рефлексотерапії, при порушеннях зору у дітей, які стимулюють м'язовий апарат ока, функціональну здатність сітківки, покращують кровопостачання ока і головного мозку.

Методи рефлексотерапії, включаючи і точковий масаж, впливають через нервово-м'язові структури рефлексогенних зон, мають заспокійливий, релаксуючий, знеболюючий, загальнотонізуючий ефекти, про необхідність їх використання при порушеннях зору, зокрема амбліопії вказує ряд авторів (Є.Л. Мачерет, 1989; Д.М. Табеєва, 1994; Пак Чже Ву, 1996, 2010; А.С. Французов, 2010).

Професор Пак Чже Ву вважає, що точковий масаж біологічно активних точок і рефлексогенних зон на кисті, які відповідають зонам очей (перші фаланги великих пальців з долонної сторони), та на стопі (фаланги великих пальців із підошовної сторони), призводить до нормалізації електромагнітних властивостей рефлексогенних зон відповідного органу, пов'язаного з ними [2].

Фізіотерапія є одним з істотних компонентів комплексного лікування хворих з різними захворюваннями очей. Застосування різних видів фізіотерапії, таких як магнітотерапія, електрофорез, електростимуляція та лазерне опромінювання мають високу ефективність при захворюваннях очей. Обов'язкове включення фізіотерапії до реабілітаційної програми дає змогу пришвидшити покращення зору [9].

Висновок: Проаналізувавши науково-медичну та спеціальну літературу зробили висновок, що фізична реабілітація займає головне місце у комплексі лікувальних заходів при амбліопії.

Застосовують такі засоби реабілітації як: ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапія, рефлексотерапія та психотерапевтичний вплив.

Правильно підібрані засоби для комплексної реабілітаційної програми та систематичність їх виконання впливають на функціональний стан зорового аналізатора дитини, підвищують гостроту зору, покращують біокулярний зір, поліпшують кровопостачання не тільки м'язів ока, а й кори головного мозку, зміцнюють зовнішні м'язи ока та циліарний м'яз, сприяють ліквідації недоліків фізичного і функціонального розвитку, та покращують психоемоційний стан дитини.

Отже, ефективність застосування різних засобів та методів фізичної реабілітації є беззаперечною не тільки для лікування амбліопії, а й для профілактики виникнення порушення зору.

Список використаної літератури:

1. Аветисов Е. С. Руководство по детской офтальмологии / Аветисов Е. С., Ковалевский Е. И., Хватова А. В. – М. : Медицина, 1987. – 496 с.

2. Аветисов Э. С. Физкультура при глазных заболеваниях / Э. С. Аветисов, Е. И. Ливадо, Ю. И. Курпан. – М. : «Знание», 1979. – 33 с.
3. Баєва О. В. Особливості фізичного розвитку школярів з вадами зору // 36 наукових праць «Природничий альманах», 2006. – С. 3 – 5.
4. Безкоровайна І. М. Офтальмологія : Навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів III–IV рівнів акредитації / Безкоровайна І. М., Ряднова В. В., Воскресенська Л. К. – Полтава : Дивосвіт, 2012. – 248 с.
5. Бойцова О. Ю. Актуальні питання патології органа зору у дітей / О. Ю. Бойцова, Т. Г. Кухарська, С. М. Качуріна // Медицина транспорту України. – 2010. – № 2. – С. 38–41.
6. Корж Ю. М. Практикум з теорії і методики лікувальної фізичної культури : навч. посіб. для студентів спец. „Фізична реабілітація” / Ю. М. Корж, О. М. Звіряка. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2007. – 184 с.
7. Петруня А. М. Медико-социальная реабилитация детей с нарушениями зрения в условиях вариативных форм дошкольного образования / А. М. Петруня, С. А. Лупырь, Ю. А. Быстрова // Ранняя комплексная помощь в современном образовательном пространстве : материалы Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2012. – С. 56 – 60.
8. Редковец Т. Г. О влиянии программы физической реабилитации при близорукости у школьников, учащихся общеобразовательных школ, на поликлиническом этапе / Т. Г. Редковец, Ромман Хайсам Дж. М. // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Сер. 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). – 2014. – Вип. 3 (46). – С. 77–87.
9. Улащик В. С. Физиотерапия. Новейшие методы и технологии: Справочное пособие / В.С. Улащик. – Мн.: Книжный Дом, 2013. – 448 с.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2017 р.

Котелевський В. І.,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії,
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Заїченко Н.А.,
студентка магістратури спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ІСТОРИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ШВЕДСЬКОЇ СИСТЕМИ ГІМНАСТИКИ ТА МАСАЖУ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕРТЕБРАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

У статті визначено етапи формування шведської системи гімнастики та масажу, особливості технології шведського масажу.

Ключові слова: *остеохондроз, вертебральна патологія, фізична реабілітація, фізична терапія, шведська система гімнастики та масажу.*

Постановка проблеми. Проблема надання реабілітаційної допомоги при вертебральній патології і на сьогодні стає особливо актуальною. Адже за статистикою, кожна п'ята людина в світі після 30 років страждає на болі в спині [4; 7].

А за поширеністю та наслідками у вигляді стійкої втрати працездатності дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта посідають перше місце у структурі неврологічної захворюваності населення (67–95%) [2; 6].

Головною ідеєю нашого дослідження було припущення про те, що шведська система гімнастики та масажу була і залишається ефективним засобом реабілітації при вертебральній патології, застосування цієї системи патогенетично обґрунтовано, тобто відповідає трьом основним реабілітаційним аспектам патогенезу вертебрального остеохондрозу (психосоматичному, механічному, рефлексорному) [2].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Шведський масаж визнаний першим систематизованим методом сучасного масажу в західних країнах і став основою багатьох популярних технік для SPA-процедур. В даний час ніхто не ставить під сумнів той факт, що шведська гімнастика і масаж можуть використовуватися не тільки для оздоровлення, а й у багатьох розділах сучасної практичної медицини: травматології, ортопедії, неврології. В останні роки з'явилася велика кількість публікацій в яких проводяться результати досліджень новітніх спа-технологій масажів, м'які

мануальних релізіонічних методик в основі яких лежать деякі елементи шведської системи масажу[3]. Разом з тим проводиться недостатньо досліджень ефективності традиційної шведської системи гімнастики та масажу.

Метою нашого дослідження став аналіз історичних та методичних аспектів застосування шведської гімнастики та шведської системи масажу у сучасній реабілітації вертебральної патології.

Відповідно заданій меті визначені завдання дослідження;

- 1) вивчити основні історичні етапи розвитку шведської системи гімнастики та масажу;
- 2) визначити основні особливості технології шведської системи гімнастики та масажу.

Об'єкт дослідження – технологія шведської системи гімнастики та масажу.

Предмет дослідження основні історичні та методичні аспекти технології шведської системи гімнастики та масажу.

Основними **методами дослідження** були теоретичний аналіз літературних джерел за темою даного дослідження, вивчення проблематики, систематизація та узагальнення основних історичних та методичних аспектів технології шведської системи гімнастики та масажу.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів: Класичний комплекс «шведський масаж + гімнастика» з'явився під час народного відродження після Великої французької революції і наполеонівських воєн. Творцями даного комплексу прийнято вважати Пера Хенріка Лінга (Per Henrik Ling, 1776–1839), його дітей і учнів: сина Яльмара Лінга (1820–1886), дочка Хільдур Лінг, першу жінку – викладачку гімнастики, Емілія Клину, Л.Г. Брантінга, Г. Цандера, Ганса Аксельсон та інших [1].

П. Х. Лінг народився в провінції Смоланд в приході Льюнг. У 1799 році Пер Хенрік закінчив богословський факультет Упсальського університету і переїхав в Копенгаген, де навчався в інституті гімнастики Франца Нахтегалла (Franz Nachteggall), програма якого спиралася на німецьку школу. Лінг був високоосвіченою людиною, захоплювався поезією. За успіхи в цій галузі він був обраний членом Шведської академії. З 1804 року Лінг продовжив навчання в університеті міста Лунда, де детально вивчав анатомію, намагаючись зрозуміти, як гімнастика впливає на людський організм. Після повернення в 1805 році в Швеції Пер Хенрік працював викладачем фехтування в Лундському університеті Лінг став одним з перших учених свого часу, хто прийшов до висновку, що людський організм являє собою єдине ціле, і все його складові частини пов'язані між собою, і що цей взаємозв'язок можна регулювати, в тому числі за допомогою масажу і гімнастики.

Уже в студентські роки Пер Хенрік багато подорожував, задавшись метою створити оригінальну систему оздоровлення. Користь від вправ і масажу він випробував на собі: захворівши в молодості ревматизмом, зумів себе вилікувати. Набравши мінімум необхідних знань, вивчивши прийоми масажу і гімнастики, що застосовувалися в Стародавній Греції, Стародавньому Римі та Стародавньому Китаї, а також роботи сучасників з різних країн, Лінг приступив до розробки системи вправ і масажу. У якості відправної точки він взяв теорію рівноваги людського тіла, в якій є риси східної філософії. Тому велике увагу він приділяв рівноваженому розвитку м'язових груп правої і лівої половини тулуба, комбінуючи масаж з пасивні – ми і активними вправами. Лінг вважав, що за допомогою масажу можна вилікувати багато захворювань внутрішніх органів, і включив його в програму післяопераційного відновлення, щоб прискорити одужання. Даних про застосування за часів Лінга масажу в післяпологовій реабілітації жінок знайти не вдалося, проте сучасні фахівці рекомендують використовувати комплекс вправ, розроблений – шведським вченим, для зміцнення м'язів малого тазу після пологів. «При виборі і застосуванні рухів слід брати лише корисні і доцільні для гармонійного розвитку і здоров'я людини») [1], – стверджував Лінг. – Шведська гімнастика не допускає ніяких рухів, крім тих, що мають на меті розвиток сили і здоров'я людського тіла, а також витривалості, спритності, гнучкості та сили волі». цей принцип підбору вправ лежить і в основі сучасної лікувальної фізкультури. «Кожен рух має узгоджуватися з людським організмом: все, що робиться крім, – безглузда гра, так само марна і небезпечна») [1], – стверджував засновник шведської гімнастики та масажу.

Дякуючи наполегливості Пера Хенріка, в 1813 році було відкрито Королівський гімнастичний центральний інститут (Royal Gymnastic Central Institute), перший вищий навчальний заклад Швеції, що спеціалізувалося на підготовці вчителів фізкультури для армії і школи.

Незважаючи на широке поширення інших оздоровчих систем, методика шведського масажу П. Х. Лінга досі вважається базою, що лежить в основі сучасного лікувального, гігієнічного, косметичного і спортивного видів масажів [5].

Після смерті П. Лінга (1839 р.) його справу продовжили численні учні та послідовники, які в підсумку значно поліпшили систему. Син Лінга Яльмар (Hjalmar Ling, 1820–1886) ввів у шведську гімнастику шведська гімнастика її загальновідомі атрибути – шведську стінку, гімнастичну колоду і т. ін. Яльмар Лінг написав книгу «Дослідження рухів» і опублікував в 1866 році «Таблиці гімнастичних вправ», які до початку ХХ століття служили ілюстраціями для видаваних посібників. Система спеціальних фізкультурних апаратів, що застосовуються в комплексі Лінга, була розроблена в 1860-х рр. шведом Г. Цандером [3].

На жаль, сам П. Х. Лінг залишив після себе єдину роботу «Загальні основи гімнастики». Вона була видана сином Лінга вже після смерті батька в 1840 р. Річ у тому, що Пер Хенрік до останніх днів не був повністю задоволений тим, що зробив, і продовжував шукати способи удосконалення своєї методики. Крім того, він хворобливо відносився до негативних відгуків про його розробки. Справа в тому, що методика Лінга піддалася суворій критиці учених, в тому числі німецького фізіолога Дюбуа-Раймона і російського фахівця, зокрема, лікаря І. В. Заблудовського і анатома, педагога і психолога П. С. Лесгафта (1837–1909). Так, наприклад, Лесгафт зазначав, що в розробленій Лінгом системі немає продуманої класифікації гімнастичних вправ і масажних прийомів, а також немає наукового обґрунтування застосування масажу, немає показань і протипоказань.

Головним завданням шведської гімнастики була задача оздоровлення і зміцнення здоров'я. Ця гімнастика була розрахована і на дітей і на дорослих, всі вправи поділялися на 4 основні групи [5]:

а) педагогічна гімнастика (її мета – гармонійний розвиток здорових дітей, починаючи зі шкільного віку);

б) військова гімнастика (складалася з спеціально підібраних вправ, які сприяли б фізичній підготовці військових);

в) лікарська гімнастика (містила вправи коригуючого характеру і застосовується при лікуванні різних захворювань);

г) естетична гімнастика (спрямована на розвиток вдосконалення форм людського тіла і виховання почуття прекрасного).

У кожному різновиді гімнастиці використовувалися спеціальні рухи, які, в свою чергу, діляться на активні (зміни положення тіла при ходьбі, стрибки і т. ін.), активно-пасивні (коли скорочення м'язів виявляються опираючись на супротив з боку методиста) і пасивні (руху різних частин тіла пацієнта, вироблені сторонньою силою без будь-якої участі самого пацієнта – наприклад, тертя, повертання і т. ін.) [3]. За часів Пера Хенріка Лінга лікарська гімнастика застосовувалася головним чином при захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату, нервових розладах та ін.

Основна мета шведської гімнастики – зміцнювати здоров'я молодих людей, гармонійно розвивати їх тіло, готувати до військової служби. Всі вправи, в залежності від їх цілей і призначення, поділялися на педагогічну, військову, лікарську, естетичну гімнастику. Пер Лінг встановив залежність форми рухів від анатомічного пристрою тіла і за цією ознакою класифікував гімнастичні вправи. Вони включали вправи для рук, ніг, черевного преса, спинних і бічних м'язів тулуба та ін. Концепція П. Лінга ґрунтувалася на тому, що фізичне виховання повинно будуватися виключно на знаннях, підтверджених анатомією і біологією.

Спираючись на анатомічні та фізіологічні дані, П. Лінг прагнув дати гімнастики наукове обґрунтування. Але оскільки в цей період рівень розвитку фізіології був невисокий, класифікація вправ проводилася по анатомічній ознаці.

Кожне заняття гімнастикою починалося з розминки. Основна частина присвячувалася елементам підвищеної інтенсивності з утриманням положень, що сприяють розвитку сили. Завершувалося заняття звичними вправами на розслаблення. Вузько розуміючи фізіологічну корисність фізичних вправ, він виключив вправи, які вважав шкідливими для організму, відгороджував від складних форм рухового матеріалу спорту.

Як вже було зазначено роботу батька продовжив його син Ялмар Лінг (1799–1881). Він розробив і запровадив нові шведські снаряди: стінку, лаву, подвійний бум, плінт і ін. Їм застосовувалися вправи і на вже відомих в інших системах гімнастики снарядах (канат, жердина, драбина, козел, кінь, бруси, перекладаина і ін.). Однак тут снаряди лише допомагали краще виконати вправи, передбачені планом уроку. Їх застосування могло бути замінено допомогою товариша. Велике значення надавалося вихідним положенням.

Урок гімнастики було поділено на 16 частин. Вправи виконувалися в строго встановленій послідовності: побудова групи або перестроювання для занять, підготовчі вправи для ніг, вправи для формування правильної постави, вправи в рівновазі, для м'язів живота, відволікаючі вправи для ніг, підтягування, дихальні вправи. Він докладно описав техніку виконання вправ, запропонував методику викладання, розробив структуру уроку гімнастики. Урок складався з поточно виконуваних вправ для окремих частин тіла в поєднанні з вправами в рівновазі, ходьбі, бігу і дихальними вправами в кінці уроку. Навантаження протягом уроку кілька разів підвищувалася і знижувалася. Щоб ефективно впливати на окремі групи м'язів, автори системи придумали нові снаряди – шведську стінку, бум, лавку, плінт. Їх призначення принципово відрізнялося від снарядів, прийнятих в німецькій гімнастиці. Там займаються прагнули виконати всі рухи, які можна було виконати, а в шведській гімнастики снаряди грали допоміжну роль. Вони або полегшували, або утруднювали виконання рухів, в залежності від поставлених завдань, даючи можливість ізольовано впливати на окремі групи м'язів. Для шведської гімнастики були характерні симетричність, прямолінійність, мала амплітуда і незграбність рухів, зайва статичність зусиль, через що критики називали її «гімнастикою поз». Але, незважаючи на ці недоліки, вона своєю гігієнічною спрямованістю і методичною обґрунтованістю вигідно відрізнялася від німецької гімнастики.

Шведська система сприяла створенню основ сучасної фізичної культури за рахунок локального розвитку окремих груп м'язів і охорони здоров'я, започаткувала виконання фізичних вправ із спеціальним обладнанням.

Паралельно з розвитком шведської гімнастики розвивалася і шведська система масажу. Вважається, що техніка шведського масажу була розроблена Лінгом в 1813 році. Для цього він з'єднав прийоми, які придумали ще давні греки, римляни і китайці. Масажна технологія Лінга виявилася настільки успішною для лікування захворювань суглобів, хребта та стресових станів, що її досить активно використовують і в наш час.

З нашої точки зору гімнастика та масаж виступали як взаємодоповнюючі елементи єдиної системи реабілітації, які доповнювали один одного.

Шведська система масажу – це широкий набір ефективних рухів, які спрямовані на поліпшення кровообігу, на розтягнення м'язових волокон і на відновлення суглобової гнучкості та еластичності. Посилена увага у масажній технології приділяється глибокому проникненню в тканини суглобів, розтиранню виявлених ущільнень і розтягуванню судинно-нервових пучків.

У 1892 році вийшов «Довідник з масажу та лікувальної гімнастики» Еміля Кліну (Emil Kleen), в якому описувалися чотири основних прийоми шведського масажу разом з їх дією:

- Efflurage – «різноманітне погладжування по поверхні шкіри, з перемінним тиском, прискорює циркуляцію в кровоносних і лімфатичних судинах»;
- Friction – «тертя має велике терапевтичне значення для опрацювання шкіри, підшкірних тканин, м'язів, сухожиль, фасцій і нервових стовбурів; розтирання великими пальцями рук або останніми фалангами II–IV пальців сприяє зменшенню запалення»;
- Petrissage – «почергове здавлювання і розтягнення м'язів сприятиме всмоктуванню продуктів, що виникають під час запалення; м'яз відповідає на тиск місцевим скороченням і потовщенням; так відновлюється працездатність м'язи»;
- Tapotement – «складається з прийомів, схожих на удари, спрямованих в основному на механічну стимуляцію м'язів або нервів».

Саме на цих основних прийомах, які за своєю суттю нагадують прийоми лікувального класичного масажу, і заснована техніка шведського масажу. Посилена увага приділяється глибокому проникненню в тканини суглобів, розтирання виявлених ущільнень і розтягуванню судинно-нервових пучків. Техніка масажу ґрунтується на роботі від кінцівок до центру. Якщо це нога, то від стопи до стегна, при роботі з рукою – від кисті до плеча. Розтирання (friction) проводиться великим пальцем однієї або обох рук при захопленні розтираємо області всією рукою. На розтирання відводиться 80 % всього часу масажу, і тільки 20 % – на погладжування і розминання. Дрібні суглоби розтираються з особливою ретельністю, концентрація впливу відбувається на больові точки і ущільнення.

Не залежно від того, які суглоби будуть масажувати, шведський масаж починається з масажу спини і закінчується масажем голови.

Висновки. Підсумовуючи викладений матеріал, характеризуючи історичні аспекти шведської системи гімнастики та масажу, слід визначити чотири етапи її формувань, а саме:

1. Етап емпіричний досліджень (період з 1804 до 1812 року коли Лінг сформувався як спеціаліст у галузі фізичної культури та реабілітації та заклав основи концепції шведської гімнастики та масажу).

2. Етап визнання концепції шведської системи гімнастики та масажу (1813–1839 р.) В 1813 році було відкрито Королівський гімнастичний центральний інститут (Royal Gymnastic Central Institute) і саме з цього року шведська система гімнастики і масажу почала свій переможний крок по всьому світу. Закінчився цей етап зі смертю Х. П. Лінга в 1839 році.

3. Етап удосконалення шведської системи гімнастики та масажу послідовниками вчення Х. П. Лінга (1840–1900 р.) (Еміль Кліну, Ялмар Лінг та ін.) Саме у цей період були розроблені та запроваджені нові шведські снаряди, з'явилася відома в усьому світі шведська стінка.

4. Етап розвитку різноманітних технологій СПА масажу в основі яких часто використовувалися основні елементи шведської системи масажу (з 1901 року по теперішній час). Серед останніх особливо б хотілося виділити техніку каліфорнійського масажу, іспанського масажу та багато інших.

Характеризуючи методичні аспекти слід особливо звернути увагу на основні особливості методик шведської гімнастики та масажу.

1) Диференційований вплив на м'язову систему, за рахунок локального впливу на окремі групи м'язів при масажі і гімнастиці.

2) Використання спеціального обладнання (шведської стінки, бума, лавки, плінта) при проведенні гімнастичних вправ.

3) Специфічність рухів у прийомах шведської системи масажу. При виконанні прийомів враховуються не тільки закономірності лімфовідтоку. Велике значення надається саме опрацюванню м'язово-сухожилкових волокон, розтиранню виявлених ущільнень, розтягуванню судинно-нервових пучків.

4) Щадність та ретельність виконаних маніпуляцій. Як правило прийоми масажу в шведській системі масажу проводяться більш повільно (порівняно з лікувальним класичним масажем). Разом із тим проведення прийомів характеризується ретельністю, більш глибоким проникненням у тканини.

5) Комплексність впливу. Практично кожний сеанс шведської системи масажу заспокійливо впливає на центральну нервову систему (психокорекційний вплив), нормалізує м'язовий тонус, корегує функціональні порушення кістково-суглобової системи (реабілітаційний вплив). Доповнення масажних маніпуляцій проведенням занять шведської гімнастикию із реабілітантом як правило здійснює оздоровлюючий вплив.

З комплексністю впливу в системі реабілітації вертебральної патології органічно пов'язана наступна особливість.

6) Патогенетичність при наданні реабілітації при вертебральної патології. Практично реабілітаційний вплив в шведській системі гімнастики та масажу відповідає трьом реабілітаційним аспектам вертебрального остеохондрозу: психосоматичному, механічному та рефлекторному.

Таким чином нами було систематизовано основні етапи формування шведської системи гімнастики та масажу (емпіричних досліджень, визнання концепції шведської системи гімнастики та масажу, удосконалення шведської системи гімнастики та масажу послідовниками вчення Х. П. Лінга, розвитку різноманітних технологій СПА масажу в основі яких часто використовувалися основні елементи шведської системи масажу). Визначені основні особливості шведської системи гімнастики і масажу, які відіграють значну роль у підвищенні ефективності реабілітації вертебральної патології (диференційований вплив на м'язову систему, використання спеціального обладнання, специфічність рухів у прийомах шведської системи масажу, щадність та ретельність виконаних маніпуляцій, комплексність впливу, патогенетичність)

Перспективи подальших досліджень. Розробка та впровадження удосконалених масажних методик у шведській системі гімнастики та масажу має широку перспективу розвитку у фізичній реабілітації всіх верств населення. У зв'язку з визначеними особливостями застосування методик цієї системи може бути особливо рекомендовано послабленим вертебральним хворим, дітям та юнакам, жінкам постменопаузального періоду, тобто тому контингенту реабілітантів, які потребують застосування методик з більш м'яким маніпулятивним впливом.

Література:

1. Киржнер Б. В. Шведский массаж. Полный курс /Б. В Киржнер, А. Г. Зотиков. – СПб. : Наука и техника, 2012. – 272 с.
2. Котелевський В. І. Діагностика психосоматичного стану студентської молоді в системі превентивної фізичної реабілітації вертебральної патології / В. І. Котелевський. – Суми : СумДПУ, 2016. – 300 с.
3. Кормильцев В. В. Применение функционального тренинга в физической реабилитации вертеброгенной патологии / В. В. Кормильцев, Е. Б. Лазарева // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук, пр. / уклад. : А. В. Цьось, С. П. Козіброцький. – Луцьк : Волин, нац. ун-т ім. Лесі України, 2012* – №3 (19). – С. 291–295.
4. Проблемы оздоровительной физической культуры и физической реабилитации: моногр. / под ред. А. П. Романчука, В. В. Клапчука. – Одесса : Издатель Букаев Вадим Викторович, 2015. – 252 с.
5. Полянська О. С. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури і масажу / О. С. Полянська, Т. М. Амеліна // Чернівці : Прут, 2012. – 205 с.
6. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 325 с.
7. Levin K. H. Approach to the patient with suspected radiculopathy. Neurologic clinics. 2012, May, Vol. 30 (2), P. 581–604.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2017 р.

Кукса Н.В.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Приходько В.О.

студент 6 курсу спеціальності «аізична реабілітація»,
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

У статті представлено результати дослідження ефективності комплексної програми фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем, яка передбачала використання гідрокінезотерапії.

Ключові слова: фізична реабілітація, гідрокінезотерапія, дитячий церебральний параліч, дошкільники.

Постановка проблеми. Актуальність проблеми дитячого церебрального паралічу (ДЦП) обумовлено її соціальною значущістю, оскільки у структурі дитячої інвалідності ДЦП займає домінуючі позиції (30–70%). За статистичними даними ВОЗ поширеність ДЦП у світі коливається від 1,5 до 4 на 1000 живих новонароджених, у Європі – від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених, в Україні у середньому становить 2,56 на 1000 живих новонароджених.

Реабілітація дітей з церебральним паралічем є складним, систематичним і довготривалим процесом, який може тривати впродовж усього подальшого життя. Множинність і варіабельність порушень (рухових, сенсорних, мовленнєвих, психічних) вимагають комплексного підходу до реабілітації дітей із церебральним паралічем, програмне забезпечення якої розробляється мультидисциплінарною командою фахівців.

Підбір та особливості інтегрованої реалізації різних засобів фізичної реабілітації дітей із ДЦП здійснюється на підставі наявних функціональних порушень та можливостей конкретної дитини, з урахуванням її потреб та потреб осіб, які виховують та доглядають за дитиною. На сьогодні існує значна кількість різних засобів, методів і технологій фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем, в основі яких різні методи ЛФК (кінезотерапії), що включають елементи різних авторських методів відновлення (К. і Б. Бобат, В. Войта, В. Козьявіна, К. Семенової, А. Петьо та ін.), а також лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури, рефлексотерапія, ерготерапія та ін.

Гідрокінезотерапія як один з видів кінезотерапії з успіхом використовується в системі комплексної реабілітації дітей із церебральним паралічем. Значне розвантаження хребта, зниження сили гравітації у водному середовищі уможливує застосування гідрокінезотерапії для хворих із паралічами і парезами, атрофією м'язів, різними захворюваннями ОРА тощо (Н. Булгаков). Вода певної температури сприяє розслабленню м'язів і відновленню взаємодії їх при згинанні і розгинанні кінцівок, створює фізіологічні передумови для нормального розвитку хребта, правильної постави, виправлення деформацій [3]. Гідрокінезотерапія при ДЦП забезпечує оптимальні умови для проведення раціонального тренування слабких м'язів завдяки можливості розслаблення у водному середовищі спастичних м'язів, зниженню больового синдрому, зменшення контрактур і поступового дозованого зміцнення м'язів.

Ефективність гідрокінезотерапії як засобу відновленню та корекції рухової сфери в дітей із церебральним паралічем засвідчено результатами наукових досліджень О. Жолус [2], Д. Могунова, В. Сазикіна, І. Таран [1; 3], С. Шпак.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально апробувати програму фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем, яка передбачає застосування гідрокінезотерапії.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводилося на базі Сумського обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів. У дослідженні взяло участь 20 дітей дошкільного віку з церебральним паралічем, які було диференційовано на дві групи: основну (ОГ) та групу порівняння (ГП).

Комплексна програма фізичної реабілітації дошкільників з церебральним паралічем включала такі засоби: гідрокінезотерапію, лікувальний масаж, лікувальну гімнастику, механотерапію та музикотерапію. Програма фізичної реабілітації складалася з урахуванням основних порушень, супутніх розладів, рухових і інтелектуальних можливостей дітей.

Гідрокінезотерапія спрямовувалась на підвищення амплітуди рухів у кінцівках, розвантаження хребетного стовпа, седативний вплив на м'язи спини і кінцівок, навчання навичок плавання та розвиток вольових якостей, створення психологічного стимулу для подальшої рухової активності. Кожне заняття складалося з підготовчої, основної та заключної частини. Підготовча частина включала в себе вільне перебування дітей у воді для емоційного та фізіологічного настроювання організму дитини на майбутню активну діяльність, підсилення обмінних процесів, підвищення еластичності і чутливості шкіри, м'язів. Основна частина заняття складалася з вправ дихальної гімнастики, спеціальних вправ, включала аеробні фізичні вправи (занурення, спливання, ходьба, «поплавок», «зірочка», ковзання на грудях і на спині), активні рухи, які спрямовувалися на збільшення амплітуди рухів суглобах та зменшення паретичних явищ. Заключна частина заняття (5–8 хв.) включала вправи дихальної гімнастики для стабілізації режиму дихання. Курс гідрокінезотерапії складався з 10 процедур, тривалістю 20–25 хвилин, при температурі води +30 – +32°C.

Розроблений комплекс лікувальної гімнастики для усунення патологічних проявів синдрому рухових порушень включав такі види вправ: дихальні та спеціальні вправи для зниження спастичності м'язів уражених верхніх та нижніх кінцівок; вправи для відновлення (розвитку) рухливості в суглобах верхніх та нижніх кінцівок; вправи для підвищення сили м'язів верхніх та нижніх кінцівок. Лікувальна гімнастика проводилась в індивідуальній формі, щодня, на курс 20 процедур.

Механотерапію використовували для розвитку сили м'язів, покращення координації рухів та формування правильного рухового стереотипу. Для розвитку сили та витривалості м'язів верхніх

кінцівок застосовували апарати блочного типу, у формі тривалого багаторазового повторення однотипних рухів. Для формування правильного стереотипу рухів та покращення координації проводили заняття на біговій доріжці. Тренування починалося з мінімальних дозувань. Навантаження на суглоби і його м'язові групи регулювали зміною маси тягаря, довжини і кута маятника, частоти його коливань і тривалості сеансу. Загальна тривалість заняття 12 хвилин. Кількість занять – 10 на курс реабілітації. Швидкість та навантаження в перші два дні помірна, наступні сім днів – інтенсивність підвищувалась залежно функціонального стану серцево-судинної та дихальної систем.

Метою масажу було розслаблення спастичних м'язів, стимулювання, тонізування функції паретичних м'язів, зниження вегетативних і трофічних розладів, поліпшення загального стану дитини і працездатності. Для розслаблення м'язів застосовували прийоми погладжування, струсу, ваяння, легку лабільну вібрацію. З метою стимуляції окремих м'язових груп використовували глибоке непереривчасте і переривчасте погладжування пальцями, гребнями, розтирання з обтяженням, граблеподібне, щипцеподібне розминання, штрихування, стругання та ін. Тривалість процедури 20–25 хв. Кількість процедур – 15 на курс реабілітації.

Музикотерапію використовували як доповнення музичним супроводом інших засобів фізичної реабілітації для посилення їхнього впливу та ефективності. Спеціально підібраний репертуар музичних творів супроводжував основні реабілітаційні процедури: масаж, лікувальна гімнастика, механотерапія та гідрокінезотерапія. Під час масажу застосовували релаксаційні музичні композиції. Під час занять лікувальної гімнастики, механотерапії та гідрокінезотерапії перевагу надавали більш енергійній, жвавій, мажорній музиці. Під час добору музичних творів акцентувалась увага на музичних композиціях з чітко вираженим ритмом.

Результати дослідження ефективності експериментальної програми засвідчили більш позитивну динаміку показників рухової сфери у дітей основної групи.

Таблиця 1

Динаміка показників тону м'язів уражених верхніх та нижніх кінцівок у дітей із церебральним паралічем (у балах)

Тестовані м'язи	До дослідження				Після дослідження			
	ОГ		ГП		ОГ		ГП	
	Права сторона M±m	Ліва сторона M±m	Права сторона M±m	Ліва сторона M±m	Права сторона M±m	Ліва сторона M±m	Права сторона M±m	Ліва сторона M±m
Привідні м'язи стегна	1,9±0,13	1,8±0,15	1,8±0,15	1,7±0,13	1,5±0,14	1,4±0,15	1,6±0,13	1,6±0,15
М'язи задньої поверхні стегна	1,8±0,2	1,7±0,15	1,6±0,2	1,6±0,13	1,4±0,1	1,4±0,17	1,4±0,1	1,5±0,17
Внутрішні ротатори стегна	1,8±0,14	1,5±0,14	1,7±0,15	1,4±0,15	1,3±0,1	1,1±0,2	1,5±0,14	1,3±0,16
М'язи-згиначі стопи	1,3±0,07	1,3±0,3	1,5±0,07	1,8±0,2	1,0±0,07	1,1±0,2	1,3±0,07	1,7±0,3
Привідні м'язи плеча	2,3±0,3	2,4±0,4	2,2±0,3	2,2±0,5	1,8±0,4	1,9±0,3	2,0±0,1	2,0±0,4
М'язи-згиначі ліктя	2,8±0,18	2,6±0,16	2,7±0,18	2,7±0,15	2,1±0,18	2,0±0,13	2,3±0,18	2,3±0,14
М'язи-згиначі кисті	2,7±0,18	2,5±0,24	1,7±0,16	2,4±0,25	2,1±0,16	2,0±0,19	1,5±0,14	2,1±0,23

При тестуванні привідних м'язів стегна в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом виявлено зниження м'язового тону на 0,4 бали, або на 21%, із лівостороннім – також на 0,4, або на 21%; у дітей ГП відповідно – на 0,2 бали, або на 11%, і 0,1 або на 5,8%. Тонус задньої групи м'язів стегна в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом знизився на 0,4 бали, або ж 22,%, із лівостороннім – на 0,3

бали, або на 17,6%. У дітей ГП ці показники становили відповідно із правостороннім – 0,21 бали, або 13,1%, із лівостороннім – 0,1 бали, або 6,5%.

М'язовий тонус внутрішніх ротаторів стегна в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом знизився на 0,5 бали, або ж 27,7%, (у ГП – на 0,2 бали, або на 11,7%), із лівостороннім – на 0,4 бали, або на 26,6%, (у ГП – на 0,1 балів, або 7,1%). Тонус м'язів згиначів стопи в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом знизився на 0,3 бали, або ж 23%, із лівостороннім – на 0,2 бали, або на 15,3%. У дітей ГП із правостороннім геміпарезом, тонус зазначених м'язів знизився на 0,2 бали, або на 13,3%. і лівостороннім на 0,1 бали, або на 5,5%

Спастичність тонусу м'язів плеча в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом знизилась на 0,5 бали, або ж 21,7%, із лівостороннім – на 0,5 бали, або на 20,8%; у ГП – відповідно на 0,2 бали, або на 9%, для дітей із правостороннім і лівостороннім геміпарезами.

М'язовий тонус згиначів ліктя ураженої кінцівки в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом знизився на 0,7 бали, або ж 25%, із лівостороннім – на 0,6 бали, або на 23%; у ГП – відповідно на 0,4, або на 14,8%, для дітей із право- і лівостороннім геміпарезами.

Результати повторного дослідження стану м'язів згиначів кисті в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом засвідчили зниження м'язового тонусу на 0,6 бали, або 22,2%, із лівостороннім – на 0,5 бали, або на 20%; у дітей ГП – відповідно на 0,2 бали, або на 11,7%, і на 0,3 бали, або на 12,5%.

Діти ОГ виявили більш високі показники кистьової динамометрії, що підтверджує ефективність розроблених методів, засобів і прийомів розвитку м'язової сили кистей і пальців рук. М'язова сила кистей правої руки у дітей ОГ з правостороннім геміпарезом зросла в середньому на 1,1 кг, або на 21,5%, лівої руки – на 0,2 кг, або 2,6%; із лівостороннім геміпарезом – правої руки на 0,7 кг, або на 9,2%, лівої – на 1,2 кг, або на 23%. Середні показники кистьової динамометрії для правої руки у дітей ГП з правостороннім геміпарезом зросла в середньому на 0,4кг, або на 7,8%, лівої руки – на 0,2 кг, або на 2,5%; із лівостороннім геміпарезом для правої руки на – 0,1кг, або 1,2%, лівої руки – на 0,3 кг, або на 5,4%.

Таблиця 2

Динаміка показників кистьової динамометрії у дітей із церебральним паралічем (у кг)

ОГ				ГП			
Права	Ліва	Права	Ліва	Права	Ліва	Права	Ліва
До дослідження							
5,1	7,6	7,6	5,2	5,1	7,7	8,1	5,5
Після дослідження							
6,2	7,8	8,3	6,4	5,5	7,9	8,2	5,8

Оцінювання сили м'язів уражених нижніх кінцівок здійснювалося за шкалою Ловетта (Таблиця 3). Під час обстеження у дітей з геміпаретичною формою ДЦП було виявлено, що сила великого сідничного м'язу в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом підвищилася на 13% та лівостороннім геміпарезом на 11,1%, в дітей ГП із правостороннім геміпарезом – на 3,7%, із лівостороннім – на 3,8%.

Таблиця 3

Динаміка показників сили м'язів уражених нижніх кінцівок у дітей із церебральним паралічем (у балах)

Тестовані м'язи	До дослідження				Після дослідження			
	ОГ		ГП		ОГ		ГП	
	ПГ M±m	ЛГ M±m	ПГ M±m	ЛГ M±m	ПГ M±m	ЛГ M±m	ПГ M±m	ЛГ M±m
Великий сідничний	2,3±0,06	2,7±0,06	2,7±0,08	2,6±0,07	2,6±0,06	3,0±0,06	2,8±0,08	2,7±0,07
Середній сідничний м'яз	2,7±0,07	2,6±0,07	2,7±0,09	2,6±0,09	3,1±0,07	2,9±0,07	2,8±0,09	2,7±0,09
Малий сідничний м'яз	2,6±0,08	2,65±0,08	2,5±0,08	2,6±0,08	2,9±0,08	2,9±0,08	2,6±0,08	2,7±0,08
Квадратний м'яз стегна	2,7±0,11	2,95±0,11	2,8±0,11	3,0±0,11	3,0±0,11	3,2±0,11	3,0±0,11	3,1±0,11

Чотириго- ловий м'яз стегна	2,8±0,1	2,7±0,1	2,8±0,1	2,8±0,1	3,1±0,1	3,1±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1
Малогоміл- ковий м'яз	2,9±0,15	2,8±0,15	2,8±0,15	2,7±0,05	3,3±0,15	3,2±0,15	2,9±0,15	2,8±0,15
Велико- гомілковий м'яз	2,7±0,1	2,7±0,1	2,7±0,1	2,8±0,1	3,0±0,1	3,0±0,1	2,8±0,1	3,0±0,1

Показник сили середнього сідничного м'язу в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом збільшився на 14,8%, із лівостороннім – на 11,5%; у дітей ГП – відповідно на 3,7% і 3,8%. Сила малого сідничного м'язу в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом підвищилася на 11,5%, та 9,4%; у дітей ГП – відповідно на 4% і на 3,8%.

Середній показник сили квадратного м'язу стегна в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом підвищився на 11,1% (у ГП – на 7,1%), із лівостороннім – на 8,4% (у ГП – на 3,3%). Сила чотириголового м'язу стегна в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом збільшилась на 10,7% (у ГП – на 7,1%), із лівостороннім – на 14,8% (у ГП – на 3,5%).

Результати дослідження сили малогомілкового м'язу стегна дозволили з'ясувати, що в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом середній показник сили цього м'язу підвищився на 13,7% (у ГП – на 3,5%), із лівостороннім – на 14,2% (у ГП – на 7,9%). Середній показник сили великогомілкового м'язу стегна в дітей ОГ з правостороннім геміпарезом підвищився на 11,1% (у ГП – на 3,7%), із лівостороннім – на 11,1% (у ГП – на 7,1%).

Таким чином результати дослідження підтвердили ефективність експериментальної програми фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем, що дозволяє рекомендувати її зміст щодо подальшого використання в системі комплексної фізичної реабілітації таких дітей.

Література:

1. Байбуза І. М. Гідрокінезотерапія як захід фізичної реабілітації дітей віком 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми // Молода спортивна наука України. 2012, т.3. С. 12–18.
2. Жолус О. В. Методика лечебного плавания больных, страдающих детским церебральным параличом. М.: Медицина, 1980. 42 с.
3. Таран І. В. Гідрокінезотерапія в комплексі фізичної реабілітації дітей 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми // Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації : матеріали IV Всеукр. наук.- метод. конф. Херсон, 2012. С. 106–116.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2017 р.

Литвиненко А.Є.

студентка спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж Ю.М.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

МЕТОДИКА МАСАЖУ ГУАША ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНОГО СТАРІННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ

У статті розглядається проблема передчасного старіння шкіри обличчя, визначаються ендогенні та екзогенні причини цього явища і обґрунтовується застосування масажу гуаша для відновлення стану шкіри.

Ключові слова: передчасне старіння, масаж гуаша, шкіра.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день однією з актуальних проблем сучасної косметології є боротьба з передчасним старінням шкіри обличчя. Сучасна людина не зважаючи на швидкий темп життя турбується про своє здоров'я і приділяє значну увагу своїй зовнішності. Вчені стверджують, що стан шкіри обличчя є віддзеркаленням функціонального стану організму та психоемоційного стану людини [9].

Старіння – це біологічний процес негативних структурно-функціональних змін організму, що постійно відбувається не лише у внутрішніх органах і системах, але і тканинах, в тому числі шкірі обличчя [2].

На сучасному етапі проблема передчасного старіння шкіри, значно помолодшала. Це пов'язано із забрудненням навколишнього середовища, шкідливими звичками, такими як: палінням, надмірним вживанням алкоголю, нераціональним харчуванням, використанням не якісної косметики, не достатньою руховою активністю.

Якщо раніше перші прояви старіння з'являлися в 25–30 років, то на сьогоднішній день їх відмічають значно раніше. Формування зморшок відбувається поступово і не помітно. Однак уже в 20–25 років реєструють виникнення перших зморшок на чолі, у зовнішніх кутах очей – так звані «гусячі лапки» [9].

Дослідники вже тривалий час намагаються з'ясувати причини старіння. На думку деяких вчених, передчасне старіння шкіри може спостерігатися у порівняно молодих людей від низки загальних екзогенних та ендогенних причин: тривалого перебування під впливом прямих сонячних променів, несприятливих метеорологічних умов (вітер, дощ, сніг), а також в результаті порушення функції шлунково-кишкового тракту, нервової системи, залоз внутрішньої секреції, обміну речовин тощо [1, 9].

До ендогенних причин також можна віднести: фототип шкіри, який забезпечує природний захист від ультрафіолетових променів; особливості будови черепа і характер розподілу жирової тканини; гормональний фон та гормональний дисбаланс під час менопаузи [1].

До специфічних екзогенних причин відносять: нерівномірну продукцію меланіну, потовщення рогового шару шкіри, зменшення щільності колагенових і еластинових волокон в дермі [9].

Вчені підтверджують, що до недавнього часу основним інструментом в корекції вікових змін шкіри обличчя були: апаратна косметологія, естетична хірургія та ін'єкційні методи. На сучасному етапі почали приділяти увагу природним методам корекції шкіри, а саме: фейсліфтингу, кріомасажу, йоготерапії, аеробіки обличчя, міоліфтингу тощо [1, 9].

Метод масажу гуаша також є ефективним засобом у косметологічній індустрії. Слово «гуаша» переводиться як – «зішкрібати щось погане». Цей масаж в наш час використовують як засіб відновлення організму, покращання зовнішнього вигляду. Його методику активно вивчають лікарі, косметологи і інші верстви населення, але він ще не достатньо розповсюджений, тому є метою нашого дослідження.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати застосування масажу гуаша в комплексній реабілітації для попередження передчасного старіння шкіри обличчя у жінок.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація для профілактики передчасного старіння шкіри обличчя.

Предмет дослідження: масаж гуаша в профілактиці старіння шкіри обличчя.

Методи дослідження теоретичний аналіз науково-методичної та спеціальної літератури, що висвітлює можливість застосування масажу гуаша в фізичній терапії для попередження передчасного старіння шкіри обличчя.

Результати дослідження та їх обговорення. На обличчі, як у дзеркалі, відображаються проблеми зі здоров'ям, недосипання, втома, стреси і вікові зміни у вигляді сіточки зморшок, обвислого овалу обличчя та сухої шкіри [7].

Стюарт А. стверджує, що хороший настрій, радість, бадьорість позитивно впливають на кровообіг і покращує живлення шкіри. Тоді як поганий настрій, злість, заздрість, навпаки, спазмують судини і гальмують процеси регенерації шкіри, що погіршує її трофіку. Потові і сальні залози також негативно реагують на цей стан свідомості, що послаблює їх діяльність, шкіра приймає сухий, сірий, нездоровий вигляд [2].

Одним із найважливіших екзогенних чинників зовнішнього середовища, які впливають на організм людини є раціональне харчування, основою якого являються: соки, овочі, фрукти та зернові, що підвищують імунітет та сприяють загальному оздоровленню організму людини [6].

Для забезпечення природного зволоження і відновлення шкіри, необхідна достатня кількість вологи. Для того щоб підтримати молодість і здоров'я епідермального шару шкіри необхідно випивати не менше ніж 1–1,5 літри негазованої води в день [9].

Підтримання здоров'я на належному рівні також вимагає оптимальної рухової активності протягом усього життя. При систематичних фізичних навантаженнях кров краще і швидше насичується киснем, за рахунок чого покращуються обмін речовин. Завдяки виконанню фізичних вправ можна не тільки розвивати фізичні якості, а й створювати оптимальні умови для гармонійного психоемоційного стану, що, у свою чергу сприяє оздоровленню. Тому активна рухова діяльність є основною складовою у профілактиці старіння [2].

За останній час сучасна косметологічна індустрія піднялася на високий професійний рівень. Вона кардинально змінила уяву про засоби і методи, технології і методики, які застосовують для збереження і підтримання молодості. На сьогодні, для профілактики передчасного старіння шкіри обличчя широко застосовують фізіотерапевтичні методи, такі як: лазеротерапію, електростимуляцію, дарсонвалізацію, класичний та вакуумний масаж, масаж за Жаке тощо. Всі ці методи є сучасними напрямками косметології [9].

Одним з видів косметичного масажу є китайський масаж гуаша. Цей масаж є природнім методом лікування, він спирається на глибокі знаннях даоських монахів і теорією традиційної китайської медицини [8].

Під час масажу гуаша впливають на рефлекторні ділянки тіла за допомогою спеціальних скребків і паличок, які виготовляють з різного природнього матеріалу: рогів буйвола, бамбука, нефриту, яшми, персикового дерева, фарфору тощо. Скребки мають різну форму в залежності від ділянки тіла, де їх використовують.

Методика масажу гуаша відрізняється від точкового масажу, де цілеспрямовано впливають на біологічно активні точки. Його виконують на всіх ділянках тіла, починаючи з волосистої частини голови і закінчуючи стопами.

Часто для масажу тіла використовують скребки з нефриту або ебоніту розміром 3 на 3 см і товщиною 1–1,5 мм, з округлими краями. Спеціальні скребки для обличчя відрізняються своєю витонченістю. Масаж виконують ніжно і обережно за спеціальною методикою. Важливо не тільки знати напрямки рухів, але і регулювати силу тиску і кут нахилу скребка.

Методика гуаша масажу на обличчі спрямована на вироблення еластину і колагену, не тільки під час процедури, але і після неї. Внаслідок чого уповільнюються процеси старіння шкіри, виводяться токсини, зменшуються або повністю зникають вугрі, пігментація шкіри, відбувається її омолодження і підтяжка [4, 7].

Існують різні методики масажу гуаша: «тридцять шість рухів», «магія молодості», «чарівні очі».

Методика масажу «тридцять шість рухів» призначається для будь-якого типу шкіри, але найчастіше її рекомендують для сухої шкіри. Завдяки процедурі активізується обмін речовин в шкірі, епідерміс збагачується киснем, клітини шкіри швидко відновлюються, зморшки розгладжуються, сповільнюються процеси старіння [8].

Методика «Магія молодості» сприяє омолодженню шкіри обличчя та зони декольте, розгладженню мімічних зморшок, зволоженню та живленню клітин шкіри. Даний вид масажу створює ефект ліфтингу [4].

Для омолодження шкіри навколо очей використовують методику «Чарівні очі». Масаж використовують для сухої шкіри навколо очей, що спрямовано на розгладження дрібних зморшок в куточках очей [8].

На ділянці обличчя є біологічно активні точки: E (III)1, E (III)2, E (III)3, E (III)4, E (III)5, E (III)6, E (III)7 – по меридіану шлунку; VB(XI)1, VB(XI)2, VB(XI)3 – жовчного міхура; TR22, TR23 – трьох обігрівачів; IG (VI)18, IG(VI)19 – товстого кишечника, які стимулюють під час процедури, завдяки чому активізується мікроциркуляція, поліпшуються процеси метаболізму в шкірі, шкіра стає більш еластичною, активізуються процеси біосинтезу (збільшується насичення тканин киснем), підвищується біоенергетичний потенціал клітин шкіри, в результаті чого мілкі зморшки розгладжуються, виражені зменшуються. Масаж на зазначених зонах виконують у повільному темпі з мінімальним тиском, особливо на ділянці повік, губ і крил носа, тому, що шкіра на цих ділянках чутлива і тонка [5].

Масаж гуаша проводять як самостійну процедуру або в комплексі з іншими видами лікування: баночним масажем, іглорефлексотерапією, термопунктурою тощо.

Висновки. Проаналізувавши науково-методичну та спеціальну літературу, з'ясували, що для підтримання здоров'я та привабливого зовнішнього вигляду необхідний комплексний підхід до застосування таких засобів, як: раціональне харчування, активна рухова діяльність, використання спеціальних косметичних засобів, сучасних методик масажу та виключення шкідливих звичок.

Визначили, що сучасна косметологічна індустрія повертається до природних засобів омолодження шкіри обличчя. Масаж гуаша є одним із природних та перспективних напрямків дослідження сучасної косметології. Завдяки його використанню покращується крово- та лімфообіг тканин, стимулюється обмін речовин і вироблення еластину та колагену, нормалізується м'язовий тонус, відбувається регенерації клітин шкіри обличчя, що стимулює її омолодження.

Перспективи подальших досліджень полягає у використанні масажу гуаша з іншими засобами фізичної терапії в комплексній програмі фізичної терапії для профілактики передчасного старіння шкіри обличчя.

Література:

1. Дрибноход Ю. Введение в косметологию / Ю. Дрибноход – Учебник для косметологов – 2-е издание. – СПб.: Питер, 2003. – 352 с.
2. Стюарт А. Лечение хронической усталости / А. Стюарт. – М.: Рипол Классик, 2002. – 160 с.
3. Китайский массаж Гуаша [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://rusmeds.com/massazh/guasha/>
4. Массаж Гуаша для лица: в чем особенность, правила, советы [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://zdorovoelico.com/ezhednevnye-protsedury-dlya-litsa/massazh-guasha-dlya-litsa-v-chem-osobennost-pravila-sovety.html>
5. Молостов В. Китайський скребковий масаж гуаша / В. Молостов Интернет-издание, 2013. – 200 с.

6. Міхеєнко О. І. Загальна теорія здоров'я / О. І. Міхеєнко. – Суми: Університетська книга, 2017. – 156 с.
7. Павлюков С. А. Гуаша. Скребокый массаж / С. А. Павлюков // Ассоциация висцеральных терапевтов, 2011. – 118 с.
8. Самойлова Л. Китайский массаж гуаша / Л. Самойлова – СПб.: Питер, 2012. – 224 с.
9. Эрнандес Е. Новая косметология. Основы современной косметологии / Е. Эрнандес, А. Марголына – М.: Издательский дом «Косметика & Медицина» , 2017. – 592 с.

Стаття надійшла до редакції 04.12.2017 р.

Лукашенко О.О.,
студентка спеціальності «здоров'я людини»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж З.О.
старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

В статті розкрито суть раціонального харчування, становлення сучасної системи раціонального харчування. Наведені правила раціонального харчування.

Ключові слова: раціональне харчування, здоров'я, культура харчування, здоров'я студентів.

Постановка проблеми. Важливою складовою здорового способу життя являється раціональне харчування, яке допомагає підтримувати високий рівень життєдіяльності. В наш час раціональне харчування студентів – є основним завданням для підтримки здоров'я та успішного навчання. Раціональне харчування забезпечує нормальний розвиток організму, визначає розумовий та фізичний розвиток, оптимальне функціонування всіх органів та систем, формування імунітету та адаптаційних резервів організму.

В Україні актуальність проблем, пов'язаних з якістю та характером харчування, позначається низькою спроможністю більшості населення у забезпеченні повноцінного харчового раціону, сталими порушеннями будови харчування, великим розповсюдженням аліментарної залежної патології.

Харчування забезпечує нормальний розвиток особистості, сприяє профілактиці захворювань, продовженню життя та створює умови для адекватної адаптації особистості до навколишнього природного середовища.

На сьогодні низький рівень освіти населення і, зокрема студентської молоді, щодо питання, правильного та раціонального харчування.

Аналіз останніх досліджень. В Україні на сьогодні безліч науковців займаються дослідженням проблеми раціонального харчування: В.Власов, А.Гойчук, Ю.Григоров, Л.Денисенко, В.Передерій, І.Смірнова. Сучасні наукові теорії харчування розробляють вітчизняні науковці М.Гуліч, О.Григоренко, А.Доронін, А.Жаринов, Л.Капрельянц, А.Кльонова, А.Покровський, В.Смоляр, А.Угольов, Л.Щелкунов, та закордонні науковці Д.Джарвис, К.Монастирський, А.Робертсон, Г.Шелтон.

Матеріали досліджень та публікацій показують, що у більшості населення порушений режим харчування, в складі меню майже відсутні перші страви, багато субпродуктів та сухих концентратів швидкого приготування, бутерброди, картопля, макаронні вироби, чай, кава, порушена кількість прийому їжі та її об'єм. У стравах переважають дешеві продукти з низькою біологічною цінністю, недостатнім являється споживанням м'ясних, молочних, рибних продуктів, овочів і фруктів.

У наслідок неповноцінного харчування в нашій країні протягом 1990 — 2016 рр. удвічі збільшилася захворюваність населення на ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, спостерігається виразна тенденція до набирання зайвої маси тіла та поширення ожиріння, значне поширення хвороб системи кровообігу, онкологічних захворювань. За останні 10 років захворюваність серед студентів збільшилася на 35%

Однією з основних причин цієї тенденції являється нераціональне харчування. Таким чином, розкриття даної теми на сьогодні має актуальне значення.

Мета статті полягає в особливостях впливу раціонального харчування на стан здоров'я студентів.

Завдання дослідження: розкрити зміст раціонального харчування та становлення сучасної системи раціонального харчування.

Виклад основного матеріалу. За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) здоров'я — це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань [8].

Здоров'я людини залежить від харчування на 40 – 45% , генетики – 18%, охорони здоров'я – 10%, чинників навколишнього середовища –8%, від інших факторів – 19 – 24% [2].

Один з найважливіших чинників, котрі впливають на стан здоров'я студентів – це харчування, яке забезпечує нормальний розвиток особистості, сприяє профілактиці захворювань, продовженню життя і створює умови для адекватної адаптації людини до навколишнього природного середовища [1].

На думку В.Горчакова, їжа – це мультикомпонентний фактор навколишнього середовища, що містить понад 600 речовин, необхідних для нормального функціонування організму людини. Кожна з цих речовин посідає певне місце в складному гармонійному механізмі біохімічних процесів і сприяє належному фізичному розвитку людини [1].

Принцип раціонального харчування в Україні стає ледь не головною проблемою сьогодення, від якої значною мірою залежить здоров'я кожної людини..

У своїх дослідженнях, В.Конишев, сформував принципи раціонального харчування: енергетична цінність раціону повинна відповідати енергетичним витратам організму; відповідність хімічного складу харчових речовин фізіологічним потребам організму; максимальна різноманітність їжі; дотримання оптимального режиму харчування [2].

Науковець А.Скальний, у своїх працях зазначив, що харчування являється раціональним, якщо воно повністю забезпечує потребу в їжі у кількісному та якісному відношенні, відновлює всі енергетичні витрати, сприяє правильному росту та розвитку організму, збільшує його опір шкідливим впливам зовнішнього середовища, допомагає розвитку функціональних можливостей та підвищує працездатність особистості. Додаткова витрата енергії повинна повністю покриватися за рахунок енергії, отриманої з їжі [8].

На сьогоднішній день дослідник Т.Мороз, зазначив, що початком раціонального харчування являється сім основних законів, котрі сформульовано в підґрунті нинішніх наукових уявлень: кількісної достатності харчування – це коли енергоцінність раціону має відповідати енерговитратам організму; збалансованості – де харчовий раціон повинен бути збалансованим за вмістом різноманітних харчових речовин; закон часового розподілу їжі (режиму харчування); високоякісної повноцінності харчування, а саме коли у харчовому раціоні має бути достатня кількість усіх харчових речовин, необхідних для пластичних, енергетичних процесів та регуляції фізіологічних функцій; адекватності; естетичного задоволення; безпеки харчування [5].

На думку В.Конишева, раціональне харчування – це фізіологічно повноцінне харчування здорових людей, котре являється різним та збалансованим по усіх компонентах [2].

Харчування виступає важливим підґрунтям, від якого залежить формування здоров'я і здорового способу життя підростаючого покоління, особливо студентської молоді в процесі навчання у вищих навчальних закладах [9].

Організму студентів властиві особливості, які обумовлені віком, впливом умов навчання та побуту. Певну роль відіграє зміна характеру харчування студентів, які приїхали із сільської місцевості та районних центрів, де харчові раціони містили більшу кількість рослинних продуктів. Збільшення кількості в раціоні ковбас, виробів із борошна вищого ґатунку призводить до різкого послаблення моторики шлунка, кишечника, що призводить до закріпів. У зв'язку з порушенням режиму харчування за час навчання у багатьох студентів розвиваються захворювання травної системи.

Засвоєння навчального матеріалу, викладеного на лекціях, участь у семінарах, виконання лабораторно-практичних, самостійних робіт, завершальний етап контролю знань – екзамен – все це потребує нервово-емоційного напруження, що призводить до підвищення кров'яного тиску, збільшенню частоти серцевих скорочень та дихання. Вагомий вплив на стан здоров'я студентів молодших курсів має зміна звичного способу життя. Значну частину доби студенти ведуть малорухомий спосіб життя, їхня фізична активність незначна, що значно також впливає на стан здоров'я.

Збільшення обсягу інформації, необхідність самостійно розподіляти свій час та організувати побут підвищують навантаження на психоемоційну сферу студентів. В організмі молодих людей ще не завершено формування ряду фізіологічних систем, у першу чергу нейрогуморальної, тому вони чутливі до порушення збалансованості харчових раціонів.

На думку М.Пересічного, раціональне харчування студентів необхідне для підтримання нормальної життєдіяльності організму, високого рівня фізичної та розумової працездатності. Від характеру харчування залежить обмін речовин, функція та структура тканин і органів, опірність організму до впливу несприятливих чинників оточуючого середовища, дії мікробів, вірусів, токсичних елементів [6].

Висновки. Проаналізувавши літературні джерела можемо зробити висновок що, раціональне харчування забезпечує нормальний розвиток організму, впливає на розумовий і фізичний розвиток, оптимальне функціонування всіх органів і систем, формування імунітету та адаптаційних резервів організму. Харчування виступає важливим підґрунтям, від якого залежить формування здоров'я і

здорового способу життя підростаючого покоління, особливо студентської молоді в процесі навчання у вищих навчальних закладах.

Подальше дослідження буде спрямовано на детальний аналіз харчування студентів. Успішність, та вплив раціонального харчування на фізичну активність студентів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Горчаков В. О. Харчування, що гармонізує — міф чи реальність? / В.О. Горчаков, Л.В.Горчакова // Науковий світ. — 2008. — №9. — С. 12 -13.
2. Кобышев В.В. Критерий правильного питания / В.В. Кобышев // Физкультура и спорт. — 2013. - №1. — С. 10-11.
3. Міхеєнко О.І. Культура харчування як складова культури здоров'я людини (валеологічний аспект) / О.І. Міхеєнко // Педагогіка, психологія та медико — біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2011. — № 3. — С. 116-121.
4. Міхеєнко О.І. Основи раціонального та оздоровчого харчування: навчальний посібник / О.І. Міхеєнко. — Суми: Університетська книга, 2016. — 189 с.
5. Мороз Т.О. Правда о рациональном питании / Т.О. Мороз // Секретарь-референт. — 2008. — №11. — С. 80-84.
6. Пересічний М.І. Концепція організації харчування студентів / М.І. Пересічний, П.О. Карпенко, С.М. Пересічна. — К., 2011. — 377 с.
7. Рациональное питание: тест источников бесперебойного питания // СНІР. — 2006. — №8. — С. 54-57.
8. Скальный А.В. Основы здорового питания / А.В. Скальный, И.А. Рудаков, С.В. Нотова. — Оренбург: ГОУ ОГУ, 2005. — 117 с.
9. Шленская Т.В. Санитария и гигиена питания: учебное пособие для вузов / Т.В. Шленская, Е.В. Журавко. — М. : КолосС, 2004. — 182 с.

Стаття надійшла до редакції 26.12.2017 р.

Лянной Ю.О.

доктор педагогічних наук,
професор кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Ковальова А. Ю.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ОЗДОРОВЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ СИСТЕМИ ВПРАВ ПІЛАТЕСА ДЛЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДЦП: ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ

У статті теоретично проаналізовано оздоровчий потенціал системи вправ Пілатеса. Розкрито класифікацію видів Пілатеса. Підтверджено, що дана методика сприяє корекції тілобудови, поліпшенню психоемоційного стану дитини хворої на ДЦП, покращенню роботи її серцево-судинної і лімфатичної систем.

Ключові слова: оздоровчий потенціал, система вправ Пілатеса, концентрація, дитячий церебральний параліч, контроль м'язів, серцево-судинна і лімфатична системи

Постановка проблеми. Збереження і відновлення здоров'я для дітей хворих на ДЦП засобами оздоровчої фізичної культури є важливою проблемою сучасності. Важливість вивчення цього питання лежить в основі вирішення багатьох економічних, соціальних, демографічних і культурологічних завдань суспільства (Ю. Томіліна; В. Соніна, А. Наконечна, 2011).

Доведено, що фізичні вправи позитивно впливають на стан фізичного і психічного здоров'я дитини, поліпшують діяльність її органів і всього організму. На сьогоднішній день розроблено значну кількість програм оздоровлення, спрямованих на стабілізацію здоров'я і внутрішнього світу дитини. Серед розмаїття оздоровчих систем особливої уваги заслуговує новий напрямок оздоровчого фітнесу, названий «ментальний фітнес» або «розумне тіло», до якого відносять і систему вправ Дж. Пілатеса. Ця система вправ пропонує навантаження, що дозволяє розвантажувати хребет, поліпшувати роботу серцево-судинної і лімфатичної систем, усувати больовий синдром, коректувати вади постави, розвивати і вдосконалювати відчуття тіла в просторі, силу і м'язову витривалість, що й визначає ефективність та привабливість цього напряму, практично для всіх груп населення (С. Вейдер, 2007, В. Соніна, А. Наконечна, 2011).

Однак, не дивлячись на безперечний позитивний ефект Пілатеса, більшість сучасних публікацій присвячених даній методиці, має науково-популярний або рекламний характер, тому знання у цій галузі потребують систематизації та уточнення.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати оздоровчий вплив системи вправ Пілатеса на організм дитини хворої на ДЦП.

Результати дослідження та їх обговорення. *Пілатес* – напрям всебічного оздоровлення широких верств населення шляхом використання комплексів вправ, які внаслідок поєднання принципів західних і східних методик тренування комплексно впливають на організм людини [3].

Методика «пілатес» була створена німецьким лікарем та тренером **Джозефом Пілатесом** (Joseph Pilates) на основі методу Александера, що дозволяє зняти м'язову напругу та допомагає успішно боротися зі стресом, і методу М. Фельденкрайза, спрямованого на відновлення природної грації і свободу рухів. Автор представив світу вдосконалений підхід до фізичної культури, що увібрав у себе практику йогів, бойових мистецтв, танців, гімнастики тощо [3]. Відмінність методики полягає в тому, що під час виконання вправ у роботу задіюються м'язи, які лежать глибоко (м'язи тазового дна, багатороздільні м'язи хребта та поперечний м'яз черевного пресу). Пілатес наголошував на тому, що не може бути двох однакових занять, як і двох однакових інструкторів, і рекомендував добирати і розробляти нові вправи, виходячи з індивідуальних потреб людини.

Ця система тренування заснована на гармонії розуму і тіла, що досягається шляхом виконання комплексу спеціально підібраних вправ. Для цього використовуються вправи на розтяжку і зміцнення м'язів різного рівня складності, правильне виконання яких підвищує еластичність і тонус всіх груп м'язів [2].

Пілатес виступає дієвим методом управління власним тілом, у результаті чого, не лише виправляється осанка та поліпшується кисневий обмін, але й прискорюється виділення ендорфінів, так званих "гормонів щастя", що в свою чергу, позитивно впливають на психіку дитини [3].

Результативність застосування методики Пілатес залежить від дотримання наступних принципів:

- концентрації, тобто зосередженості на рухах, розуміння, які м'язи здійснюють даний рух;
- контролю м'язів без зайвого їх напруження;
- централізації – концентрації сил на розвитку м'язів черевного пресу, нижньої частини спини, стегон і сідниць;
- візуалізації – використання, з метою ефективного впливу на анатомічну систему, візуальних образів;
- плавності, тобто виконання рухів у природному ритмі з поступовим збільшенням їх динамічності;
- точності – правильної техніки виконання вправ без збільшення кількості повторень;
- регулярності – виконання вправ не менше трьох разів на тиждень;
- правильного дихання – сприяє насиченню крові киснем, збільшенню об'єму легень та поступовому навчанню контролю енергії [1, с. 12–16].

Виділяють три види тренувань за системою Пілатеса:

- на підлозі: вправи виконуються сидячи або лежачи на підлозі;
- зі спеціальним обладнанням на підлозі: використовується мале (фітбол, нудл, бодібар, ізотонічне кільце, еспандер) та велике (стілець, реформер та кадилак) обладнання;
- на спеціальних тренажерах: опора, на якій виконуються вправи – нестабільна. Дитині доводиться докладати зусилля для утримання рівноваги, в результаті чого, в роботу включаються м'язи, що під час звичайних тренувань не задіюються взагалі або задіюються у незначній мірі. Це сприяє формуванню м'язового «корсету» [1, с. 24]. Серед тренажерів найбільш популярним є Реформер, який враховуючи анатомічні особливості дитини, дозволяє задавати безпечну та найбільш ефективну траєкторію рухів.

На думку Ю. Томіліної, переваги Пілатеса полягають в тому, що на виконання вправ за даною методикою достатньо 10–15 хвилин 2–3 рази на тиждень; оптимальність навантаження на суглоби мінімізує травматизм під час тренування і робить його безпечним, він не має обмежень за віком та фізичною підготовленістю, є результативним та дієвим інструментом для самостійних занять [3].

Сьогодні офіційно існує декілька шкіл системи Дж. Пілатеса: AALO-пілатес (Нідерланди); Американська й Австралійська школи пілатесу та Стотт-пілатес. У нашій країні набули поширення школи класичного та Стотт-пілатеса.

Класичний пілатес передбачає застосування вправ, спрямованих на розвиток усіх основних груп м'язів, особливо м'язів живота і спини; Стотт-пілатес передбачає рухи, що забезпечують анатомічно правильне положення м'язів шиї, спини та хребта. Відмінність другого від першого полягає в тому, викладач більшість вправ пояснює словесно і під час їх виконання не застосовує музичний супровід. Особливий акцент у Стотт-пілатесі робиться 5 принципах організації положення тіла в просторі [2].

Ю. Томіліна пропонує свою наступну класифікацію видів пілатеса:

- за завданнями, що вирішуються під час тренувань розрізняють комплекс вправ для зниження ваги, для ідеального пресу, для ідеальної осанки, для ідеальних ніг і сідниць;

- в залежності від спрямування виділяють комплекси вправ для дітей, вагітних жінок, літніх людей, осіб, що потребують реабілітації, а також здорових;
- в залежності від рівня фізичної підготовленості – програми для початківців, середнього рівня складності, для фізично підготовлених [3].

Висновки. Методика Пілатеса пропонує систему навантажень, що відзначається ефективністю і привабливістю у зв'язку з тим, що окрім розвитку основних фізичних якостей, сприяє оздоровленню, підвищенню психоемоційного стану та усуненню больового синдрому. Систематичне виконання вправ системи Пілатеса, з дотриманням основних принципів, сприяє виправленню осанки, збільшенню рухливості суглобів, нормалізації ваги, досягненню внутрішнього спокою. Широкий спектр різноманітних вправ, як з обладнанням, так і без нього, допомагає, враховуючи індивідуальні потреби та вимоги дітей, добирати найбільш ефективну методику тренування.

Література:

1. Канавская М. Б. Пилатес. / М. Б. Канавская. – Москва: АСТ; СПб :Сова, 2009. – 127 с. – (Серия: 40 уникальных упражнений).
2. Соніна В. Сучасні проблеми розвитку системи Дж.Пілатеса у світі / В. Соніна, А. Наконечна // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць у галузі фізичної культури і спорту. – Львів : НВФ “Українські технології”, 2011. – Т. 2. – С. 237–242.
3. Томіліна Ю. І. Характеристика пілатесу як напрямку оздоровлення / Ю. І. Томіліна // Вісник Чернігівського педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. –2011. – Вип. 86. – Т. 2. – С. 251–255.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2017 р.

Нагорна Я.Ю.

магістрант спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж З.О.

старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж Ю.М.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАТЕКСНОГО АМОРТИЗАТОРА В ПРОГРАМІ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПЛЕЧЕ-ЛОПАТКОВИЙ ПЕРІАРТРИТ

У статті розглянуто доцільність використання силових вправ з латексним амортизатором у процесі фізичної терапії хворих на плече-лопатковий періартрит.

Ключові слова: плече-лопатковий періартрит, вправи на розвиток силової витривалості, латексний амортизатор.

Постановка проблеми. За статистичними даними МОЗ України, захворювання опорно-рухового апарату (ОРА) посідають третє місце після серцево-судинних й онкологічних захворювань [1]. Хронічний біль та порушення функції плечового суглоба турбують до 60% людей віком понад 40 років. Дані різних авторів вказують на те, що така клінічна картина спостерігається у 69,5–90,1 % хворих [7].

Однією з анатомічних причин цього явища є те, що плечовий суглоб найбільш незахищений, а навантаження на плечовий пояс і верхні кінцівки відбувається майже кожного дня.

Найбільш частим діагнозом порушень плечового суглобу є плече-лопатковий періартрит (ПЛП). Періартрит – це запальне або дистрофічне враження периартикулярних тканин: сухожилків, що знаходяться біля місця прикріплення їх до кісток, надкисниці, серозних сумок [5].

Основною причиною виникнення даного захворювання є дегенеративно-дистрофічні порушення в нижньому шийному відділі хребта. У зв'язку з цим плече-лопатковий періартрит розглядають як нейродистрофічний синдром при різних патологічних процесах в шийному відділі хребта [2].

Розвитку плече-лопаткового періартриту також сприяють повторні мікротравми сухожилів, пов'язані з особливостями професії (слюсар, коваль, муляр, штукатур, військовий, перукар тощо), інтенсивними заняттями спортом (теніс, веслування, важка атлетика, боротьба) та захворюванням

обміну речовин (ожиріння, цукровим діабетом), ендокринними порушеннями в клімактеричному періоді, захворюванням печінки і жовчного міхура, захворюванням периферичних судин, ішемічною хворобою серця [4].

Для хворих з даною патологією застосовують увесь арсенал засобів фізичної реабілітації, а саме: лікувальну фізичну культуру, різні види масажу, фізіотерапію, зокрема лазеротерапію, різні методи рефлексотерапії та мануальної терапії, яка у випадках, коли ПЛП виступає у якості нейро-дистрофічного синдрому остеохондрозу шийного відділу хребта [3].

На нашу думку використання латексного амортизатора в підгострому періоді реабілітації значно прискорить відновлення периартикулярних тканин плечового суглоба і покращить ефективність реабілітації даної групи пацієнтів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. 1872 р. S. Duplay вперше запропонував назву «perearthritis humeroscapularis» для характеристики синдрому, який включає в себе скованість та хронічний біль на ділянці плечового суглобу, який виник в наслідок травми. Автор використовував термін «плече-лопатковий періартрит» для характеристики посттравматичного стану, в майбутньому термін став загальним для всіх периартикулярних уражень плечового суглобу [10].

За даними О. В. Пилипенко та І. В. Рой мануальна терапія показана у 17,3% хворих з ПЛП, але автори рекомендують застосувати її з медикаментозною терапією, блокадами та фізіотерапевтичними процедурами [8].

На цей час не існує єдиного погляду на походження цього патологічного стану. Так, серед причин походження цього захворювання розглядають теорію обмінних та аутоімунних порушень, травматичні пошкодження, специфічні та неспецифічні запальні процеси, дисплазії та дегенеративно-дистрофічні зміни з боку як суглоба, так і париартикулярних тканин, вертеброгенних, судинних і неврологічних розладів [9].

Я. Ю. Попелянський вказує на п'ять доказів патогенетичного зв'язку ПЛП з остеохондрозом [6]:

Реабілітація при даній патології розглядається як засіб комплексного відновлення фізичного здоров'я пацієнтів. В наш час існує велика кількість спортивного обладнання, яке бажано використовувати в процесі фізичної реабілітації хворих з даною патологією. Одним з яких є латексний амортизатор.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати застосування латексного_амортизатора у процесі реабілітації пацієнтів з плече-лопатковим періартритом.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація пацієнтів з плече-лопатковим періартритом

Предмет дослідження – особливості використання латексного амортизатора при плече-лопатковому періартриті.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної та спеціальної літератури з метою обґрунтування ефективності використання латексного амортизатора при плече лопатковому періартриті.

Результати дослідження та їх обговорення. Обмеження рухів в плечовому суглобі з больовим синдромом є складною проблемою для неврологів, ортопедів-травматологів та спеціалістів з фізичної реабілітації, а в окремих випадках це призводить до тривалої втрати працездатності. Важливість соціальної проблеми порушення рухової функції плечового суглоба визначається матеріальними збитками, що викликає тимчасова втрата працездатності, погіршенням якості життя хворих у зв'язку із обмеженням рухової активності та больовим синдромом, а також певною резистентністю до реабілітаційних заходів.

Еластична стрічка – це спортивний інвентар з міцної гуми (латексу) для розвитку сили м'язово-зв'язкового апарату плечового суглобу, підтримання його еластичності, покращення кровообігу та лімфотокі і відновлення рухової функції (рис. 1). Даний вид спортивного інвентарю активно використовується в силових тренуваннях, пілатес, заняттях на розвиток гнучкості тощо. Її також називають гумова стрічка, терабанд (від англійського *thera-band* – стрічка-амортизатор).



Рис. 1. Латексний амортизатор «стрічка».

Завдяки своїй компактності та універсальності стрічка отримала широке поширення в спорті для збільшення тону м'язового корсету та покращення функції суглобового апарату. Цей вид

спортивного інвентарю отримав таку популярність і навіть успішно витримав конкуренцію з гантелями і штангою. Гумовий амортизатор має такі переваги: а) компактність. Стрічка займає зовсім мало місця; б) легкість. Амортизатор практично нічого не важить, його легко переносити, тому пацієнт може взяти його в поїздку, у відрядження, в подорож і навіть на прогулянку, якщо хоче позайматися на свіжому повітрі; в) невисока ціна; г) низька ймовірність травм. Під час виконання вправ з гумовим амортизатором відбувається одночасне напруження м'язів синергістів і антагоністів, а також виникає можливість надавати статичне або динамічне навантаження по всій амплітуді рухів. Тому даному виду тренувань надають велике значення при навантаженні суглобово-зв'язкового апарату, що запобігає виникненню травм та інших пошкоджень; д) можливість тренування різних м'язових груп. Еластична стрічка дозволяє впливати на всі м'язові групи тіла, але особливо на великі м'язи верхніх і нижніх кінцівок, плечового поясу, грудної клітки, спини та сідниць; е) адаптивний рівень навантаження. Стрічка-амортизатор має кілька рівнів опору в залежності від пружності гуми. Додатково можливо регулювати інтенсивність опору, посилюючи або навпаки, ослаблюючи натягування гуми. Якщо скласти стрічку у кільце в декілька шарів, то можна збільшити навантаження; є) ефективно використовують для вправ на розтягування. Гумова стрічка активно використовується в вправах на розтягування, з її допомогою в роботу включаються додаткові м'язи, також можна збільшити амплітуду рухів. Вправи з гумою безпечні; ж) рівномірне навантаження. Стрічка-еспандер забезпечує рівномірне навантаження по всій траєкторії розтягування, виключаючи «мертві зони» (завдяки постійному напруженню, м'язи не виключаються з роботи на протязі всієї амплітуди руху тулуба або його сегмента); з) технічність виконання. Під час правильного виконання вправ не відбувається інерції при активних динамічних рухах. У вправах із гантелями можна виконувати вправу за рахунок ривкових рухів, що сприяє порушенню техніки вправи і додатково навантажує суглобово-зв'язковий апарат. З еспандером це зробити неможливо; и) використовувати більш широкий діапазон рухів. На відміну від інших спортивних снарядів, зі стрічкою можна працювати в різних площинах і векторах напрямку, що дуже важливо під час фізичної терапії хворих з порушенням функцій ОРА. Кут, траєкторія і діапазон рухів необмежений, що дає можливість більш ефективно впливати на відновлення м'язово-суглобового апарату; і) надає можливість для комбінованих вправ з іншим інвентарем; й) універсальність при виконанні вправ. Еластична стрічка не має ручок, тому можна використовувати будь-який хват, змінювати силу натягування, закріплювати на кінцівках різними способами (кільцем навколо ніг, тощо). Через збільшення довжини варіативність навантаження більш істотна.

Фізична терапія при плече-лопатковому періартриті полягає в застосуванні спеціальних гімнастичних вправ в залежності від періоду захворювання та завдань реабілітаційного процесу. В гострому періоді при значному больовому синдромі та обмеженні руховою функції плечового суглоба використовують лікування положенням: у вихідному положенні (в. п.) лежачи, сидячи, на деякий час змінюють положення верхньої кінцівки, використовуючи косинчасту пов'язку, мішечки з піском або м'які валики. Також проводять ідеомоторні вправи та вправи у посиленні імпульсів до скорочення.

На початку підгострого періоду захворювання ускладнюють комплекс спеціальних гімнастичних вправ. У в. п. лежачи, сидячи, стоячи використовують: пасивні вправи, активно-пасивні вправи та вправи у полегшених в. п. (зменшують силу ваги сегмента та силу тертя тощо). Таким чином поступово відновлюють еластичність суглобової сумки, періартикулярних тканин та амплітуду рухів у плечовому суглобі.

В кінці підгострого періоду, коли амплітуда рухів у плечовому суглобі відновилася до 90%, в комплекс включають спеціальні вправи з латексним амортизатором для розвитку сили та силової витривалості м'язів плечового поясу та верхніх кінцівок. Змінюючи в. п. та силу натягування амортизатора цілеспрямовано впливають на окремі м'язові групи і відновлюють амплітуду рухів у визначених площинах.

Комплекс спеціальних вправ з латексним амортизатором для розвитку силової витривалості м'язів плечового поясу, верхньої кінцівки та спини

1. Розведення прямих рук в сторони. Вправа призначена для розвитку силової витривалості дельтоподібних м'язів, трапецієподібного, великого та малого круглих м'язів плеча.

В. п. – стійка, ноги разом, руки попереду на рівні плечей утримують кінці амортизатора.

1 – розвести прямі руки в сторони; 2 – в. п. (рис. 2).



Рис. 2. Розведення прямих рук в сторони.

2. Розгинання рук від плечей вгору. Вправа призначена для розвитку силової витривалості дельтоподібних, трапецієподібного та ромбоподібного м'язів, розгиначів тулуба тригольного м'яза плеча.

В. п. – стоячи, стопи фіксують амортизатор по середині, долоні на рівні плечей утримують його кінці.

1 – розігнути руки від плечей вгору, долаючи опір амортизатора; 2 – в. п. (рис. 3).



Рис. 3. Розгинання рук від плечей вгору.

3. Колові рухи руками за годинниковою та проти годинникової стрілки.

Вправа призначена для розвитку силової витривалості дельтоподібних, трапецієподібного та ромбоподібного м'язів, розгиначів тулуба великого та малого круглих м'язів плеча.

В. п. – стоячи спиною до опори, на якій фіксується амортизатор. Долоні утримують амортизатор за кінці.

1–4 – колові рухи за годинниковою та проти годинникової стрілки долаючи опір амортизатора (рис. 4).

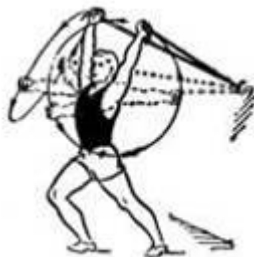


Рис. 4. Колові рухи руками за годинниковою та проти годинникової стрілки.

4. Почергове відведення прямих рук за спину. Вправа призначена для розвитку силової витривалості дельтоподібних, трапецієподібного та ромбоподібного м'язів, широкого м'яза спини, тригольного м'яза плеча.

В. п. – стійка з нахилом тулуба вперед, долоні прямих рук утримують кінці амортизатора.

1–4 – почергове відведення прямих рук за спину, долаючи опір амортизатора (рис. 5).

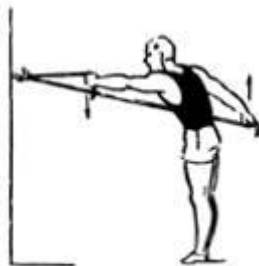


Рис. 5. Почергове відведення прямих рук за спину.

5. Відведення прямих рук вгору, назад і за спину. Вправа призначена для розвитку силової витривалості дельтоподібних, трапецієподібного та ромбоподібного м'язів, широкого м'яза спини, тригольного м'яза плеча.

В. п. – стійка, ноги на ширині плечей, долоні внизу утримують кінці амортизатора.

1–4 – відвести прямі руки вгору, назад і за спину, долаючи опір амортизатора.

5–6 – в. п. (рис. 6).



Рис. 6. Відведення прямих рук вгору, назад і за спину.

6. Одночасне відведення прямих рук з низу в сторони. Вправа призначена для розвитку силової витривалості дельтоподібних, трапецієподібного та ромбоподібного м'язів, широкого м'яза спини, тригольного м'яза плеча та розгиначів хребта.

В. п. – стійка, долоні внизу утримують кінці амортизатора.

1–2 – розвести прямі руки в сторони, долаючи опір амортизатора.

3– 4 – в. п.

Під час виконання комплексу спеціальних вправ з гумовим амортизатором необхідно дотримуватися таких методичних рекомендацій: уникати ривкових рухів; весь час утримувати стрічку оптимально натягнутою, щоб не травмувати м'язи; правильно дихати, під час розширення грудної клітки виконати вдих, при зменшенні її екскурсії та значного напруження – видих; чергувати силові вправи з вправами на релаксацію;

Тривалість лікувальної гімнастики становить 15 хв. Комплекс складається з 6–12 вправ, які повторюють по 10–12 разів. Темп виконання повільний. На початку курсу реабілітації пацієнт всі вправи виконує по 1 підходу, а в подальшому можна підвищувати навантаження за рахунок збільшення амплітуди, кількості повторень та кількості підходів. Курс реабілітації складає 15–20 занять з урахуванням клінічного стану пацієнта, його фізичної підготовки та віку.

Висновки. Аналіз літературних джерел вказує на те, що застосування латексного амортизатора покращує трофіку периартикулярних тканин, прискорює регенерація хрящової тканини, збільшує еластичність суглобової сумки і вироблення синовіальної рідини, активізує розвиток сили та силової витривалості м'язів плечового поясу, верхніх кінцівок та спини. В свою чергу комплекс вправ з амортизатором також впливає на загальний функціональний стан організму: стимулює функцію кардіо-респіраторної системи, нормалізує м'язовий дисбаланс, підвищують працездатність та еластичність м'язово-зв'язкового апарату.

Перспективи подальших досліджень. На нашу думку комплекс вправ з латексним амортизатором бажано застосовувати при інших захворюваннях, таких як: остеохондроз хребта, неврити периферичних нервів, порушення постави, сколіоз тощо.

Література:

1. Адель М. А., Марайта Ю.А. Особливості фізичної реабілітації при пошкодженнях ротаторів манжети плеча // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова: Науково- педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. С.36–38
2. Булах О.А., Филатова Е.В., Герасименко М.Ю. Физиотерапия при болях в верхней трети плеча и плечелопаточной области // Физиотерапия , бальнеология и реабилитация: наук.-практ. журн. 2014. №6. С. 25–31.
3. Верховина Т.К., Ипполитова Е.Г., Цысляк Е.С. Нейрофизиологический подход к лечению плечелопаточного периартрита // Медицина и здравоохранение: наук. журн. 2013. №2. С.13 – 15.
4. Гайнуллин И.Р., Гайнутдинов А.Р. Рефлекторная возбудимость ствола мозга у больных плечелопаточным болевым синдромом // Практическая медицина: наук.-практ. журн. 2013..№6.С. 161–162.
5. Гатауллин Э.К. Лечение плечелопаточного перартрита // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация: наук. журн. 2013. №3. С. 49.
6. Исайкин А.И., Иванова М.А. Плечелопаточный перартрит // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика: наук. журн. 2017. №9. С. 4 – 10.
7. Камчатнов П.Р. Болевой синдром // Русский медицинский журнал. – 2012. №12. С. 6–12.
8. Котенко К.В., Корчажкина Н.Б., Михайлова А.А. К вопросу о применении комплексной физиотерапии при дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-мышечной системы // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. №4. С. 86–88.
9. Пилипович А.А., Данилов А.Б., Симонов С.Г. Боль в шее: причины и подходы к лечению // Русский медицинский журнал. 2012:18–22.
10. Пилипович А.А., Данилов А.Б., Симонов С.Г. Боль в шее: причины и подходы к лечению // Русский медицинский журнал. 2012. №2. С. 18–22.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2017 р.

Саражин В.
студент 4 курсу спеціальності «фізична реабілітація»,
факультет фізичного виховання
Запорізький національний університет

Іванська О.В.
старший викладач кафедри фізичної реабілітації,
факультет фізичного виховання
Запорізький національний університет

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У БОКСЕРІВ ПІСЛЯ ОТРИМАННЯ СПОРТИВНИХ ТРАВМ

Нами було проаналізовано теоретичний аналіз проблеми причин травм опорно-рухового апарату у боксерів. Значна м'язова та емоційна напруга під час бою призводить до ряду виражених змін найважливіших органів і систем. Ці зміни залежать від темпу бою, тренуваності боксера і даної ситуації. В нашій роботі було розглянуто, як теоретично та практично методи фізичної реабілітації при відновленні організму після травм. Нами запропоновано програму фізичної реабілітації для боксерів, в кінці дослідження оцінили вплив фізичної реабілітації і результат був позитивний.

Ключові слова: бокс, іммобілізація, спортсмени, опорно-руховий апарат, травми.

Вступ. Тренувальні та змагальні навантаження сучасного спорту не тільки призводять до високого рівня функціональних можливостей спортсменів, але й є фактором підвищеного ризику щодо захворювань і травм. При цьому існує тісний зв'язок між величиною і специфічною спрямованістю навантажень, з одного боку, і характером захворювань і травм – з іншого. Аналіз стану здоров'я спортсменів високої кваліфікації показує, що для різних видів спорту характерні різні захворювання [3]. Так, найбільше число захворювань опорно-рухового апарату (остеохондроз, артроз, бурсит). Втрата спортивного часу негативно позначається на якості процесу підготовки, призводить до деадаптації організму спортсмена. З цієї позиції рекомендується, класифікувати спортивні травми як: незначні (пропуск тренувальних занять не більше тижня), середні (пропуск тренувальних занять 1–3 тижні), серйозні (пропуск занять більше 3 тижнів). Більшість травм, характерних для сучасного спорту, відносяться до незначних (71%), 20% – до середніх і 9% – до серйозних. Кількість постраждалих, яким необхідно стаціонарне лікування в результаті отриманої травми, становить близько 10%, а оперативне втручання – від 5 до 10%. Однак більша частина навіть незначних травм може серйозно вплинути на результативність тренувальної та змагальної діяльності, а у 11% осіб, які отримали травми (у більшості випадків первинною травмою було розтягнення), через 2 роки після отримання травми відзначаються її наслідки, які можуть стати непереборною перешкодою для продовження спортивної кар'єри [4].

Мета роботи – оцінити методи фізичної реабілітації у боксерів після травм ОРА.

Об'єкт – боксер з травмами опорно-рухового апарату.

Бокс (від англ. Vox, буквально – удар) кулачний бій між двома спортсменами один з найбільш травмонебезпечних видів спорту. За характером рухів бокс належить до ациклічних видів спорту, яким властиве постійне регулювання у змінних умовах і безперервна зміна форм рухів. Це потребує швидких змін координаційних відносин у центральній нервовій системі, що відбуваються на основі раніше тимчасових зв'язків і обумовлені синтетичною діяльністю центрів кори навіть у тому випадку, коли вони дещо загальмовані. При ациклічних рухах в боксі не є винятком наявність автоматизованих рухів у вигляді окремих часткових навичок і деколи – у вигляді складної координації. Вони виникають у відповідь на окремі рухи суперника і базуються вже на утворених елементарних автоматизмах[5].

В дійсності бокс дає меншу кількість травм, ніж інші види спорту. Понад 60% травм в боксі – це пошкодження верхніх кінцівок пальців, променево-зап'ясного та ліктьового суглобів. Вони майже завжди обумовлені ударом рукою в тіло суперника чи снаряду. За ступенем тяжкості травми в боксі класифікуються на легкі, середні і важкі.

Легкі травми – незначні, найчастіше поверхневі порушення тканин організму (садно, розсічення) без втрати спортивної працездатності.

Середні травми – це травми з помітними, відчутними порушеннями в організмі (порушення цілісності носової перегородки, забиття кісток кисті), що ведуть до припинення на короткий термін занять спортом.

Важкі травми – травми з різко вираженими порушеннями в організмі (наприклад, після нокауту), які потребують стаціонарного або тривалого амбулаторного лікування.

З усіх зареєстрованих ушкоджень в боксі легкі становлять – 87%, середні –12% і важкі –1%.

Говорячи про бокс, то в 65% випадків спортсмени травмують дистальний відділ верхніх кінцівок: пальці, п'ястно-фалангових зчленування, і суглоби – променезап'ястковий, ліктьовий,

плечовий. Найчастіше відбуваються розтягнення та розриви зв'язок, переломи фаланг, періостити тильній поверхні п'ясткових кісток. Ще 18% пошкоджень припадає на травми обличчя (пошкодження носа і перенісся, вух, внутрішньої оболонки губ і щік, розсічення брів). Окремо варто відзначити травми ЦНС (центральної нервової системи).

Основними методами профілактики травм в боксі є інвентар: Використання спеціального шолома, який забезпечує захист спортсмена від ударів, порізів і розтинів на голові та обличчі, травм зовнішнього вуха, а також від офтальмологічних травм [5].

Використання капи яка не тільки захищає зуби від ударів знизу в підборіддя, але і від прямих ударів, захищаючи при цьому губи і щоки від ударів і розривів про зуби.

Використання боксерських рукавичок та бинтів для захисту і амортизації кисті при ударі, зменшення навантаження на зв'язки.

Методи дослідження.

Наше дослідження було проведено на базі Обласної клінічної міської лікарні м.Запоріжжя з серпня 2017р до грудня 2017р. Було запропонована індивідуальна програма реабілітація після травм опорно-рухового апарату.

Часто боксер потребує правильного і вміло проведеної реабілітації. У процесі реабілітації ми ставили певні завдання, які можна сформулювати наступним чином:

- збереження в процесі лікування досить високого рівня розвитку нервово-м'язового апарату пошкодженого органу;
- підтримання загальної та спеціальної тренуваності боксера;
- раннє відновлення амплітуди рухів і сили пошкодженої кінцівки;
- створення у боксерів певного психологічного фону, спрямованого на якнайшвидше повернення спортсмена до повноцінних тренувань.

Слід зазначити, що при відновленні боксера після травми кінцевий результат багато в чому залежить від дисциплінованості і творчого підходу до занять і самого боксера [2].

Обґрунтування результатів.

В процесі відновного лікування травм застосовуються такі форми занять:

- ранкова гімнастика;
- лікувальна гімнастика, спрямована на відновлення втраченої функції пошкодженого органу;
- спеціальні заняття тренувального характеру.

Ранкова гімнастика складається зі звичного для боксера комплексу фізичних вправ загальнорозвиваючого характеру.

Лікувальна гімнастика направлена на реабілітацію втраченої функції пошкодженого органу, яка найбільше страждає при переломах і пошкодженнях зв'язок. Лікувальна гімнастика в залежності від термінів з моменту травми і характеру клінічних проявів може складатися з трьох періодів.

Імобілізаційний період при реабілітації після травми. Імобілізаційний період (в цьому періоді пошкоджений орган знаходиться в фіксує пов'язці). Особливістю цього періоду є неможливість активних рухів в зафіксованих суглобах [3].

Цей період поділяють на гострий період, що починається безпосередньо після травми, і підгострий період, що починається після стихання виражених хворобливих явищ.

У гострому періоді, тривалість якого в середньому становить близько п'яти днів, використовуються ідеомоторні руху, які полягають в уявному напрузі м'язів і рух в суглобах, і, крім того, виробляються активні рухи у вільних від іммобілізації суглобах. У підгострому періоді додаються ізометричні вправи (помірне напруження м'язів пошкодженої кінцівки).

Постіммобілізаційний період при реабілітації після травми. Постіммобілізаційний період починається відразу ж після зняття фіксуючої пов'язки. Основна увага тут приділяється розробці рухів в суглобах і відновленню сили пошкоджених кінцівок.

У перші дні цього періоду руху здійснюються в поєднанні з теплими ваннами і самомасаж. Поряд з цим за призначенням реабілітолога застосовуються різні фізичні методи лікування. Відновлення сили пошкодженої кінцівки досягається гімнастичними вправами, застосуванням еспандерів, штанги і спеціальних верстатів для розвитку сили. В цьому періоді досить ефективні сеанси електростимуляції і тонізуючого масажу. Заняття по відновленню сили тривалістю 5–10 хв проводяться щодня 10–12 разів.

Період повної функціональної реабілітації після травми. В цьому періоді використовуються спеціальні тренувальні вправи із застосуванням поступових навантажень на пошкоджену кінцівку. Лікувальна гімнастика в період повної функціональної реабілітації застосовується у формі спеціальних занять тренувального характеру. Хоча спеціальні заняття тренувального характеру починають відразу ж після стихання гострого болю вже в іммобілізаційному періоді, в періоді повної функціональної реабілітації вони займають основне місце і стають більш повноцінними [3].

Висновки. Отже, з нашої роботи можна зробити висновки, що заняття боксом суттєво позитивно впливають на нервову систему. Це передусім стосується зміни динаміки нервових процесів у корі головного мозку і збільшення рухливості та врівноваженості збудливо-гальмівних процесів,

покращення їх здатності до іррадіації та концентрації. При застосуванні фізичної реабілітації відновлення спортсмена відбувається в кілька разів швидше ніж без її використання і немає суттєвої втрати спортивної форми. Перенесені спортивні травми, навіть після ефективного лікування та реабілітації, роблять спортсмена більш вразливим до подальшим травм. Зокрема, пошкоджена зв'язка зазвичай розтягнута більше за свою фізіологічну довжину, що визначає нестабільність суглобу. Для такої зв'язки характерна знижена пропріоцептивна чутливість внаслідок пошкодження механорецепторів, що знижує контроль за точністю рухів. Пошкодження зв'язки пов'язано також з ослабленням м'язів, погіршенням функції інших зв'язок, що забезпечують стабільність суглобів.

Перелік використаної літератури.

1. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения: ученик для студ. высш. учеб. заведений физ. воспитания и спорта / В. Н. Платонов. – К. : Олимпийская литература, 2004. – 808 с. – ISBN 966 – 7133 – 64 – 8.
2. Матвеев Л. П. Общая теория спорта и ее прикладные аспекты / Л. П. Матвеев. – М. : Известия, 2001. – 334 с
3. Спортивные травмы. Клиническая практика предупреждения и лечения / под общ. ред. Ренстрёма П.А.Ф.Х. – Киев, «Олимпийская литература», 2003.
4. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура) / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.
5. Коган О. С.. Недопинговые средства восстановления в спорте высших достижений. – М., 2005.

Стаття надійшла до редакції 07.12.2017 р.

Торішна А.В.,

студентка спеціальності «здоров'я людини»

Навчально-наукового інституту фізичної культури

Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж З.О.

старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії

Навчально-наукового інституту фізичної культури

Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

НЕТРАДИЦІЙНІ ЗАСОБИ У ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

У статті розглянуто особливості клінічного прояву хронічного пієлонефриту у дітей. Проведений аналіз науково-методичної та спеціальної літератури з метою визначення найбільш ефективних нетрадиційних засобів реабілітації, а саме: Су Джок терапії та йоготерапії. Обґрунтовано їх застосування на стаціонарному етапі реабілітації дітей хворих на хронічний пієлонефрит.

Ключові слова: хронічний пієлонефрит, йоготерапія, Су Джок терапія.

Постановка проблеми. Пієлонефрит – одне з найбільш частих захворювань дитячого віку і займає друге місце після захворювань верхніх дихальних шляхів. У дітей в перші 5 років життя пієлонефрит зустрічається в 3–4 рази частіше, ніж у наступні роки [1].

Згідно зі статистичними даними Інституту урології НАМН України, захворюваність дітей на хронічний пієлонефрит становить 5,34 хворих на 1 тис. дітей віком 0–14 років, у тому числі уперше виявлених – 0,76 на 1 тис. дитячого населення [3].

Хронічний пієлонефрит – це уповільнений, з періодичними загостреннями запальний процес в нирках, що призводить до склерозу і деформації нирки, а також до підвищення артеріального тиску і до хронічної ниркової недостатності [9].

Останніми роками в дитячій нефрології особливе значення приділяють питанням розробки методів профілактики загострень хронічного пієлонефриту, оскільки це сприяє в подальшому попередити ускладнення та загострення даного захворювання.

Найчастіше при лікуванні хронічного пієлонефриту використовують антибактеріальну терапію наряду з якою застосовують фізичну реабілітацію, яка передбачає комплексне застосування засобів, серед яких провідне місце належить фізіотерапії, дієтотерапії та лікувальній фізичній культурі. Систематичність застосування засобів фізичної реабілітації дає можливість стимулювати крово- і ліфообіг в органах черевної порожнини, зменшувати запальні явища в нирках, нормалізувати діурез, покращувати психоемоційний стан хворого.

Проте, на даний час ще не достатньо розроблених та впроваджених нетрадиційних методів реабілітації дітей хворих на хронічний пієлонефрит.

Мета дослідження – виявити найбільш ефективні нетрадиційні засоби та теоретично обґрунтувати їх застосування у фізичній реабілітації дітей хворих на хронічний пієлонефрит.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної та спеціальної літератури з питань застосування нетрадиційних засобів у фізичній реабілітації дітей хворих на хронічний пієлонефрит.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація дітей хворих на хронічний пієлонефрит.

Предмет дослідження: нетрадиційні засоби у фізичній реабілітації дітей хворих на хронічний пієлонефрит.

Результати дослідження та їх обговорення. Хронічний пієлонефрит характеризується наявністю у дітей больового, дизуричного синдромів, симптомів інтоксикації (головний біль, підвищення температури, лихоманка). Також у дитини хворої на хронічний пієлонефрит виявляються не специфічні симптоми: слабкість, млявість, швидка втомлюваність, порушення апетиту [1].

На сьогодні особливу увагу Попов С. Н. звертає на принципи фізичної реабілітації на стаціонарному етапі, він наголошує, що в процесі лікувально-відновного лікування важливо дотримуватися таких принципів: ранній початок проведення реабілітаційних заходів, індивідуалізація програми реабілітації, етапність та її безперервність, комплексність застосування всіх доступних і необхідних для пацієнта заходів, використання методів контролю адекватності навантаження [6].

Проблеми фізичної реабілітації складні і вимагають спільної діяльності багатьох фахівців: фізіотерапевтів, лікарів і методистів ЛФК, масажистів, а також фахівців з нетрадиційної медицини. Основними нетрадиційними засобами реабілітації є: Су Джок терапія, його-терапія, ароматерапія, ґрудотерапія, апітерапія та інші.

Аналіз літературних джерел дозволив виявити низку переваг Су Джок та його-терапії, а саме: абсолютна безпечність методів, простота і доступність в освоєнні та застосуванні.

Су Джок терапія (з корейської «Су» – кисть, «Джок» – стопа) – безмедикаментозний метод лікування шляхом впливу на енергетичні точки і зони відповідності органам і системам організму на кистях, стопах та інших ділянках тіла. Це найсучасніший метод, заснований на абсолютно новому світогляді, який в свою чергу спирається на різні теорії та вчення про енергетичну систему людини. У хворому органі або сегменті тіла через порушення циркуляції енергетичних потоків виникає електромагнітне поле, яке генерує електромагнітні хвилі. Ці хвилі поширюються в тілі людини одночасно в усіх напрямках і в зонах, що найбільш резонують з даними органом (сегментом тіла) формується електромагнітне поле. Ці ділянки більш чутливі до зовнішніх впливів і дуже болючі при пальпації. Природна або штучна стимуляція зон відповідності призводить до появи лікувальних електромагнітних хвиль, які прямують назад у місце враження і усувають причини порушення на енергетичному та фізичному рівнях. Цей механізм існує завдяки закону резонансу і забезпечує взаємодію між сегментами тіла, органами і природними явищами [5].

Су Джок терапія застосовується з профілактичною метою, а також для лікування гострих та хронічних захворювань. Тривалість застосування Су джок терапії при хронічних захворюваннях становить у середньому 2–4 тижні. Даний метод не має абсолютних протипоказань та побічних ефектів. До загальних протипоказань відносять: гострі інфекційні захворювання (за виключенням ГРВІ на початкових стадіях), лихоманку, захворювання в стадії декомпенсації серцево-судинної, дихальної, сечовивідної, ендокринної систем, захворювання крові, гострі психічні розлади, онкологічні захворювання.

Особливості застосування Су Джок терапії при хронічному пієлонефриті залежатимуть від етіології захворювання, клінічних проявів, конституції хворого тощо. Основним завданням при ХП є покращення функції нирок, усунення симптомів захворювання нормалізації психоемоційного стану. Для реалізації визначених завдань необхідно здійснювати стимуляцію точок відповідності нирок, використовуючи наступну масажну техніку – на точки відповідності (рис.1) впливають циркулярними рухами (60 рух/хв.) із значним тиском одного або декількох пальців. При правильному проведенні процедури відзначається почервоніння шкіри та відчуття тепла [7].

Його-терапія – система лікування та реабілітації, яка перевірена практикою декількох тисячоліть, заснована на методах аюрведи і усвідомленого пробудження сил самого організму. Його-терапія пропонує засоби за допомогою яких вона може усунути не лише симптоматичні прояви, але й особистісні і кармічні прояви хвороб – усвідомлено, творчо змінити свою особистість, включити резерви власного організму і його взаємодії зі світом, своїми силами, своєю волею, досягти повного зцілення, не потрапляючи не в які залежності.

У його-терапії розрізняють дві категорії асан: асани медитативні і асани для лікування. До лікувальних асан відносять комплекси з більш-менш складними положеннями тіла і рухами, які призначені для загального тренування. Діти можуть виконувати будь-які тренувальні асани. Дихання при практиці асан – вільне і природне до потреб тіла. Диханням рухається прана. Техніка дихання в йогозі називається пранаяма [2].

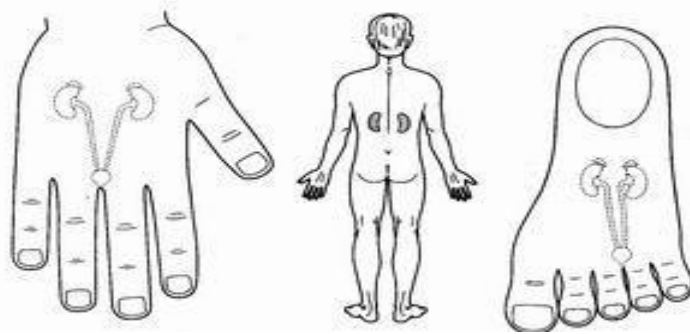


Рис. 1. Відповідність ниркам і сечоводу на кисті і стопі

Застосування йога-терапії в системі комплексної реабілітації дітей з хронічним пієлонефритом обумовлено такими положеннями: по-перше, виконання асан сприяє регулюванню функції ЦНС і покращенню діяльності сечовивідної системи, профілактиці висхідної інфекції; поліпшенню загального і місцевого імунітету. Цей вплив здійснюється через моторно-вісцеральні рефлекси.

По-друге, для поліпшення уродинаміки використовують всі основні категорії асан: асани з прогинанням тулуба (бхуджангасана, сарпасана, уштрасана, матсіасана та ін.). – сприяють зміні внутрішньочеревного тиску, що в вою чергу стимулює функцію нирок та сечовивідних шляхів; асани з нахилом тулуба (уттанасана, пашчімттанасана, джані-сіршасана і та ін.) – стимулюють пресорний вплив на сечовивідні шляхи, що сприяє підвищенню діуреза; асани з ротацією тулуба (марічіасана, ардха-матсіендрасана) – також оптимально впливають на сечовивідну систему, почергово змінюючи внутрішньочеревний тиск, що призводить до стимуляції її функції. Вказані асани покращують моторику сечовивідних шляхів, що сприяє більш активному пасажу сечі [8].

По-третє, для нормалізації тиску в черевній порожнині і поліпшенню уродинаміки обов'язково необхідно виконувати асани, що поліпшують роботу кишечника та ліквідують запори. Нормалізація роботи кишечника сприяє відновленню мікрофлори та підвищенню загального й місцевого імунітету .

По-четверте, вміння керувати диханням сприяє навчанню самоконтролю за психоемоційним станом. Повне ритмічне дихання сприяє гармонізації процесів збудження і гальмування в ЦНС, допомагає розслабитися, заспокоїтися, попередити хвилювання та роздратованість.

По-п'яте, відомо, що при повному йогівському диханні, яке умовно поділяється на три складові: черевне (діафрагмальне), середнє, верхнє (ключичне) дихання, весь організм наповнюється киснем. Завдяки цьому відбувається очищення крові, стимулюється функція залоз внутрішньої секреції підвищується опірність організму. При черевному диханні діафрагма скорочується й робить легкий тиск на печінку, шлунок й інші органи, що, співпадаючи у ритмі з роботою легенів, діє на ці органи, як легкий масаж, зменшує рівень застійних явищ в органах черевної порожнини; відбувається стимуляція моторної та секреторної функції. Середнє (реберне) дихання активізує кровообіг нирок, печінки, шлунку та селезінки [4].

Таким чином, основними завданнями хатха-йоги є: підвищення психоемоційного стану, нормалізація функцій сечовивідної системи, регуляція кардіореспіраторної, нервової, травної систем; вдосконалення психофізичного тренування, розвиток уваги, вміння керувати своїми почуттями, розслабитися, знімати втому, правильно дихати. Це дає можливість включати нескладні асани, зрозумілі для дітей, в комплекси ранкової та лікувальної гімнастики на стаціонарному етапі лікування дітей хворих на хронічний пієлонефрит.

Висновки. Проаналізувавши науково-медичну та спеціальну літературу, з'ясували, що Су джок терапія, йога-терапія – це універсальні, доступні, безпечні, ефективні засоби реабілітації та теоретично обґрунтували їх застосування в фізичній реабілітації дітей хворих на хронічний пієлонефрит.

Список літератури

1. Борисова Т.П. Инфекции мочевой системы у детей. Пиелонефрит. Диагностические подходы и лечебная тактика на уровне первичной медико-санитарной помощи // Здоровье ребенка. 2012. – № 4. (39). С. 9 – 13.
2. Велика енциклопедія народної медицини / І. Алексєєв, А. Діброва; Донецьк: ТОВ «Глорія Трейд», 2011. – 704 с.
3. Возіанов С. О. Український науково-практичний журнал урологів, андрологів, нефрологів «Урологія» //, ТОМ 20. № 4`2016 (79) с. 12
4. Воронин Б. Ф. Хатха-йога. Здоровья, 1980. – 57 с.
5. Золотые рецепты су-джок / сост. М. Кановская. Москва: Сова, 2009. – 127. с – (древние целительные практики).
6. Попов С. Н. Физическая реабилитация Изд. 3-е. – Ростов н/д: Феникс, 2005. – 608 с.
7. Сам себе Су Джок доктор – М., «Су Джок академия», 2003. – 156 с., илл, 2-е издание.
8. Фролов А. В. Йоготерапия. Москва: Ориенталия, 2014. – 437 с.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2017 р.

Шкурко М.В.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Звіряка О.М.

кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАСОБИ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ СЕРЕД ОСІБ ІЗ ДЕФЕКТАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

У статті розглядаються сутнісні поняття «інвалідність» та застосування основних реабілітаційних засобів профілактики первинної інвалідності серед осіб із дефектами опорно-рухового апарату.

Ключові слова: інвалідність, реабілітація, первинна інвалідність, дефекти опорно-рухового апарату.

Постановка проблеми. В умовах сьогодення проблема інвалідності повинна вирішуватися на економічному, політичному, соціальному, медичному, культурному, технологічному рівнях одночасно. Поняття інвалідності за тривалий час проходило еволюцію у тлумаченні. Відбувалося це при тісній взаємодії осіб з обмеженими можливостями та соціумом. Якщо звернутися до Закону України «Про реабілітацію інвалідів», то маємо таке тлумачення: «Інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист» [4].

Світова Асамблея здоров'я (травень, 2001) затвердила класифікацію функціонування, здоров'я, інвалідності та її аббревіатуру ICF. Згідно із нею поняття інвалідності тісно переплітається із структурою та функціями тіла, ступенем тяжкості та впливом навколишнього середовища, діяльністю особи та її участю у життєвих ситуаціях. Відповідно виходячи з цього, інвалідність – це стан або функція, яка істотно порушена по відношенню попереднього стану людини чи групи людей. І відповідно цей термін використовується для позначення індивідуального функціонування, включаючи порушення фізичної активності, сенсорні порушення, когнітивні, інтелектуальні чи психічні розлади та різні види хронічних захворювань [11].

У відповідності до Закону України «Про основи соціальної захищеності в Україні»: «Інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист» [3].

Поняття інвалідності тісно пов'язане з критерієм працездатності. На відміну від захворювань, де працездатність носить тимчасовий характер, інвалідність має стійку втрату працездатності або її значним зниженням. Тобто повною або частковою неможливістю продовжувати професійну діяльність за станом здоров'я.

З огляду статичності поняття інвалідності – це сукупність показників, які характеризують частоту стійкої втрати працездатності населення та склад інвалідів на певній території за віком, групами, причинами. Вона дуже пов'язана із захворюваністю населення і найчастіше є її результатом [5, с. 37].

Багатогранність підходів до вирішення питання профілактики інвалідності, особливо серед осіб із порушенням діяльності опорно-рухового апарату, полягає у застосуванні засобів реабілітації. Реабілітація, за визначенням ВООЗ та ООН, повинна включати заходи, спрямовані на компенсацію втрат або обмеження в функціональних можливостях або заходи спрямовані на полегшення соціальної адаптації чи пристосування [12].

Мета дослідження – розглянути основні реабілітаційні засоби профілактики первинної інвалідності серед осіб із дефектами опорно-рухового апарату.

Об'єкт дослідження – особи з обмеженими можливостями в наслідок порушення діяльності опорно-рухового апарату.

Предмет дослідження – засоби фізичної терапії, які використовуються для реабілітації осіб у стані первинної інвалідності.

Методи дослідження – аналіз, синтез та узагальнення даних науково-методичної літератури.

Викладення основного матеріалу. У сучасній реабілітації прийнято виділяти первинну інвалідність та загальну. Первинна визначається у осіб вперше визнаних інвалідами в даному році, а загальною – у осіб, визнаних інвалідами після переогляду (як вперше визнаних, так і з раніше встановленою інвалідністю). При аналізі інвалідності розраховують рівень інвалідності, який є одним із важливих показників стану здоров'я населення. Для оцінки загального рівня первинної інвалідності можна використовувати наступну шкалу: низькі показники – менше 6%, середні – 6–9%, високі – 9–11%, дуже високі – понад 11%. Показники частоти первинної інвалідності у відповідності до певних нозологічних форм обчислюється для наочності на 10000 населення [2, с. 45–46]. Показник первинної інвалідності: $ППІ = (\text{число осіб, вперше визнаних інвалідами} / \text{середньорічна кількість працюючих}) \times 10000$.

Серед дефектів опорно-рухового апарату можна виділити вроджені та набуті. Уроджені виникають у результаті дефектів розвитку зародкової тканини. Причиною може бути вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища, захворювання та шкідливі звички матері, вживання деяких медикаментозних препаратів у період вагітності, порушення механізму передачі генетичної інформації. Такими дефектами є уроджений вивих стегна, уроджена клишоногість, уроджена м'язова кривошия, сколіотична хвороба, артрогрипоз, аномалії розвитку пальців кисті, недорозвинення та дефекти кінцівок [7, с. 64]. Набуті дефекти у свою чергу виникають у результаті дії ендо- та екзогенних факторів. Такими можуть бути: травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок, поліартрит, захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт), системні захворювання скелета (хондродистрофія, рахіт) [9].

При ранньому початку реабілітаційних заходів, їх безперервності, комплексності, індивідуальності, активізації індивіда можна уникнути загальної інвалідності. У Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», до якого ми вже зверталися раніше, є наступне визначення фізичної реабілітації, де такою є система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію, за допомогою занять фізичною культурою і спортом, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення [3]. Головними завданнями якої є: функціональне відновлення (повне або компенсація у разі недостатнього відновлення чи його відсутності); пристосування до повсякденного життя та праці; залучення до трудового процесу; диспансерний нагляд за реабілітованим [7, с. 64].

У випадку попередження загальної інвалідності необхідно провести повне функціональне відновлення особи з дефектами опорно-рухового апарату. Тобто первинна інвалідність не переходить у загальну в такому разі.

Переважає більшість науковців-практиків виділяють найбільш доступні і ефективні засоби фізичної реабілітації: лікувальну фізичну культуру (ЛФК), лікувальний масаж, фізіотерапію, механотерапію, працетерапію. Позитивними особливостями ЛФК глибока біологічність, універсальність, відсутність негативної побічної дії при правильному дозуванні і раціонально медичному проведенні занять. Застосування фізичних вправ з лікувальною метою ґрунтується на широкому використанні рухів як основи біологічної функції живого організму. Вони зменшують негативну дію вимушеного зниження рухової активності, попереджують ускладнення, які можуть виникнути при тривалому постільному режимі. Механотерапію використовують в тих випадках, коли необхідне наполегливе тривале використання спеціальних локальних вправ для розвитку рухів у суглобах. Їх використання має за мету полегшити, направити або збільшити навантаження при виконанні рухів, збільшити амплітуду чи ізолювати. Працетерапія – це активний лікувальний метод відновлення втрачених функцій у хворих за допомогою розумової та фізичної роботи. Вона стимулює процеси життєдіяльності, сприяє відновленню порушених функцій, створює позитивну нервово-психічну динаміку, яка відволікає хворого від переживань, зумовлених захворюванням [1, с. 41; 6, с. 6; 8, с. 92].

Висновки. Аналіз літературних джерел показав, що на сучасному етапі розвитку суспільства, проблема інвалідності є надзвичайно актуальною та такою, що потребує нагального вирішення. З метою запобігання збільшення відсотку інвалідизації осіб необхідно проводити профілактичні та реабілітаційні заходи вже при первинних проявах дефектів опорно-рухового апарату. Фізичну реабілітацію можна виділити як засіб активної, функціональної і патогенетичної терапії, який сприяє відновленню порушених функцій, запобігання подальших ускладнень, активізує здатність до побутово-виробничої діяльності та інтегрує у навколишнє середовище.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці новітньої комплексної програми фізичної терапії для осіб із дефектами опорно-рухового апарату з метою профілактики первинної інвалідності, а також її практичного впровадження та подальшою перевіркою ефективності.

Література:

1. Вакуленко Л. О., Клапчук В. В. Основи фізичної реабілітації: навчальний посібник. Тернопіль: ТНПУ, 2010. 234 с.

2. Гинекологія: учебник. / Дуда В. И. и др. Мн. Харвест, 2004. 560 с.
3. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» 21.03.1991 №875–XII URL: [http:// zakon3. rada.gov.ua /laws/show/875-12](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/875-12) (дата звернення 09.12.2017).
4. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» затверджений Верховною Радою України від 06.10.2005р. №2961-4 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2961-15/page> (дата звернення 09.12.2017).
5. Інвалідність: первинна, скрита, прогнозована: монографія. упоряд. А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова, О. М. Мацута, О. Л. Чуйко. Дніпропетровськ: Пороги, 2012. 386 с.
6. Корж Ю. М., Звіряка О. М. Практикум з теорії і методики лікувальної фізичної культури: навч. посіб. Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2007. 184 с.
7. Магльована Г. П. Основи фізичної реабілітації. Львів: Ліга-Прес, 2006. 148 с.
8. Мухін В. М. Фізична реабілітація: навч. посіб. К.: Видавництво НУФВСУ «Олімпійська література», 2005. 472 с.
9. Спеціальна педагогіка: посібник для студ. вищ. навч. закладів / Н. М. Назарова та ін. М.: Видавничий центр «Академія», 2005. 400 с.
10. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). URL: www.who.int/classifications/isf/en/ (дата звернення 10.12.2017).
11. Rita Sjostrom. Multidisciplinary rehabilitation in musculoskeletal disorders – quantitative and qualitative follow-up studies. Department of Health Sciences. Mid Sweden University, SE-831 25 Ostersund, Sweden. 2009. 57 с.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2017 р.

РОЗДІЛ 4. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Бугаева И.М.

маи́стр специальности «физическая терапия, эрготерапия»
Учебно-начного института физической культуры
Сумского государственного университета им. А.С.Маакренко

Корж Ю.Н.

кандидат педагогических наук,
доцент кафедры здоровья, физической терапии, реабилитации и эрготерапии
Учебно-начного института физической культуры
Сумского государственного университета им. А.С.Маакренко

Корж З.О.

старший преподаватель
кафедры здоровья, физической терапии, реабилитации и эрготерапии
Учебно-начного института физической культуры
Сумского государственного университета им. А.С.Маакренко

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

В статье показана актуальность проблемы старения общества, определены доминирующие теории и рассмотрена эволюция взглядов ученых в этой области.

Ключевые слова: старение, здоровье, теории, организм, старость.

Постановка проблемы. Старость – неотъемлемая часть жизни каждого человека, характеризующаяся ухудшением здоровья и умственных способностей.

В современном мире наблюдается тенденция увеличения численности населения в возрасте 60 лет и старше.

По прогнозам Организации Объединенных Наций к 2050 году более 20% населения мира будут пенсионерами [4]. Это явление получило название старения общества. Его процессы неуклонно набирают темпы, особенно в странах Европы и России. В большинстве случаев во многих регионах возрастная группа старше 60 лет составляет более 25% от основного населения, в России старше 65 лет около 14% [9]. Данная возрастная категория ведет активный социальный образ жизни – сказывается накопленный профессиональный и жизненный опыт, а также желание его реализовать.

Старение – комплексный биологический процесс метаболических и структурно-функциональных изменений организма, который происходит как во внутренних органах и системах, так и в поверхностных тканях, которые составляют внешний вид человека [9].

Лучшие врачи, философы, ученые всего мира в течение тысячелетий пытались найти и понять причины старения человеческого организма. В настоящее время по разным оценкам существует более 300 различных научных теорий и гипотез старения.

Почему все же человек стареет, достоверно неизвестно и все ведущие теории пока остаются теориями. В этой связи, представляется весьма интересным проследить эволюцию взглядов ученых на причины старения организма человека, с древних времен и до наших дней.

Цель исследования: рассмотреть ведущие теории процесса старения организма человека и эволюцию взглядов ученых и философов на данную проблему.

Объект исследования: процесс старения организма.

Предмет исследования: эволюция выдвинутых взглядов ученых и философов на процесс старения человека.

Методы исследования: анализ литературных источников с целью исследования эволюции взглядов ученых и философов на данную проблему и выделения доминирующих теорий процесса старения организма человека.

Результаты исследования и их обсуждения. В результате анализа литературных источников, определили основные теории старения организма человека с времен античности до нашего времени. Обращают на себя внимание следующие теории:

Теория «постепенной потери специфической жизненной энергии». Согласно древнегреческой медицинской концепции сущность жизни представлялась как равновесие между теплом и холодом, влажностью и сухостью. Эта концепция старения организма на многие столетия стала доминирующей во взглядах многих античных медиков и философов различных стран мира [2].

Гераклит Эфесский (544–483 г. до н. э.) объяснял старение потерей организмом внутреннего тепла и влаги. Тепло в то время рассматривалось учеными, как синоним энергии, которая, по их мнению, находилась в крови.

Позднее геронтологами было доказано, что сухость кожи и потеря ее эластичности скорее не причина, а один из первых наиболее заметных внешних симптомов начала старения организма.

Аристотель (384–322 гг. до н. э.) в трактате «О молодости и старости» говорил, что выделение тепла в пожилом возрасте идет менее энергично, чем в молодости, соответственно расходования «прирожденного тепла» или «природного жара» и является причиной старения.

Гален Клавдий ввел в научный оборот понятие дискразии, как феномена старости, проявляющегося в потере теплоты и влажности тканей и нарастающей сухости человеческого тела.

«Энергетическая» теория старения. Макс Рубнер (1854–1932) в своей научно-исследовательской деятельности изучал проблемы теплообмена и теплоотдачи человеческого организма. Рубнер выдвинул гипотезу, что существует обратная зависимость между затратами энергии, интенсивностью обмена, и продолжительностью жизни. Он считал, что причина старения организма – это результат прогрессирующей дегидратации тканевых коллоидов, медленное снижение обменных процессов в протоплазме и как следствие угасание жизненной энергии. [5].

Механистическая теория старения. Немецкий ученый Рихард Гертвиг (1850–1933), высказывал суждение о том, что к старости человеческий организм попросту «срабатывается», подобно любой машине, рассматривал старение как процесс изнашивания клеток, органов и тканей организма [2].

Теория бактериальной интоксикации организма. Русский биолог И.И. Мечников (1845–1916) считал старение результатом интоксикации организма продуктами обмена бактерий, обитающих в кишечном тракте, и продуктами азотистого обмена веществ самого организма (мочевая кислота). Главной причиной, ведущей к преждевременному старению, считал процессы происходящие в толстом кишечнике.

По мнению А.М. Уголева (1926–1991), именно в толстом кишечнике живут микроорганизмы, которые потребляют поступающие из растительной пищи питательные вещества и преобразуют их в незаменимые для организма человека аминокислоты [1].

Теория нарушения деятельности отдельных органов и систем. Российский ученый, А.А. Богданов (1873–1928) полагал, что старение происходит в результате случайных нарушений деятельности отдельных органов, которые ослабляют определенные звенья различных систем человеческого организма. Самым слабым звеном он считал кровеносную систему, влияя на которую, можно замедлить процесс старения. В качестве наиболее эффективного средства, предлагал переливание крови. [5].

Физиолог, А.С. Залманов (1875–1964) считал одной из причин старения недостаточность капиллярного орошения в организме, что приводит к развитию различных патологий в организме [6]. С точки зрения гемодинамики основным фактором старческих нарушений в кровообращении является изменение циркуляции в капиллярах [6].

Основной причиной старения по мнению геронтолога А.А. Богомольца (1881–1946), являются изменения не только в крови, но и во всех соединительных тканях организма. При нарушении питания клеток, снижается их жизненная активность. В качестве метода борьбы со старением, он предлагал активацию функции соединительной ткани путем ввода в нее антител. В 1937 г. он разработал специальный препарат – антиретикулярную цитотоксическую сыворотку (АЦС), при введении которой активизировалась деятельность сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и иммунной систем, в результате чего повышалась общая резистентность организма. В СССР этот препарат производился в промышленных масштабах и широко применялся в период Великой Отечественной войны. Кроме того, АЦС использовали как средство для профилактики старения. Однако, убедительных научных фактов, подтверждающих влияние АЦС на продолжительность жизни человека не сохранилось [3].

Теория катастрофы ошибок. Лесли Оргель в 1963 году выдвинул гипотезу, что старение является результатом накопления ошибок на клеточном уровне. Внешние причины (ионизирующая радиация, токсические продукты, травмы и т. д.) и внутренние причины (свободные радикалы) провоцируют появление ошибок в генетической программе. Эти ошибки приводят к постепенному нарушению функций клетки. Прогрессивное накопление этих ошибок в течение определенного времени приводит к постепенному прекращению функций клетки и организма в целом, вызывает старение, а потом и смерть [7].

Теория биологических часов. Данная теория включает две гипотезы. Первая гипотеза – существуют «гены старения», которые способны постепенно закрывать различные биохимические пути, тем самым снижать функциональные возможности клеток и вызывать запрограммированные возрастные изменения. Согласно этой теории, каждый вид живых организмов имеет определенную продолжительность жизни. Внутренние часы отсчитывают время и запускают разрушающий механизм, вызывающий старение и в итоге приводящий к смерти. Известно, что каждый вид имеет и определенную максимальную продолжительность жизни. Для черепахи – это в среднем 130 лет и больше, для человека – 120 лет, для кошки – 20 лет. Это наводит на мысль, что продолжительность жизни вида генетически запрограммирована.

По мнению Юсуповой Л.А., главная роль в работе «биологических часов» принадлежит протеину р 53, называемому «хранителем генома», и протеину С1Р 1, который допускает

повреждения структурных, сигнальных и метаболических генов, нарушения гормональной регуляции и укорочение теломера. Теломеры – это нуклеотидные структуры, локализованные на дистальном участке плеча эукариотных хромосом. Теломеры укорачиваются при каждом клеточном делении, и когда они становятся слишком короткими, клетка прекращает деление и входит в период старения. Измерение длины теломер в клетке позволяет определить возраст каждого человека. Короткие хромосомы являются сигналом для пролиферативного старения клетки или апоптоза, то есть теломеры являются своего рода биологическими часами, которые определяют пролиферативную жизнь клетки. В зависимости от степени повреждения внешними факторами «клеточный возраст» может опережать реальный [9].

Согласно второй гипотезе клетка на протяжении жизни использует лишь 0,4% информации, содержащейся в ДНК. Однако многие гены в молекуле ДНК повторяются и находятся в состоянии покоя – «молчащие» гены. Такой резерв генетической информации является защитой от случайных молекулярных дефектов: в случае значительного повреждения активного гена он заменяется резервным «молчащим». Так продолжается до тех пор, пока не исчерпается весь резерв и чем больше ДНК – тем дольше продолжительность жизни клетки [5].

Теория свободных радикалов. Свободные радикалы – изначально молекулы кислорода, потерявшие в результате реакции с другими молекулами один электрон. Из-за этого они становятся чрезвычайно активными в поиске потерянного электрона. Стремясь найти недостающую частичку, свободные радикалы выхватывают электроны у других здоровых молекул и порождают новые свободные радикалы, повреждая при этом целостность клеточных компонентов здоровой клетки. Свободные радикалы возникают не только в результате естественных процессов в организме, но и под влиянием вредных факторов внешней среды, включая солнечную радиацию, сигаретный дым и загрязнение воздуха. При старении кожи ее основной белок – коллаген, придающий ей упругость и прочность, особенно подвержен вредному действию свободных радикалов. Происходят химические изменения, нарушающие свободное перемещение коллагеновых молекул друг относительно друга, они спаиваются в пучки и становятся жесткими. Кожа теряет гибкость, мягкость, упругость и начинает выглядеть старой. Основоположник данной теории доктор медицины Харман из университета штата Небраска США [6].

Теория митохондриального старения. Митохондрии являются энергетическими станциями клеток. Нормальная жизнедеятельность любой клетки организма полностью зависит от этих органелл. Многие ученые считают, что причиной старения клетки и всего организма в целом – энергетический кризис, возникающий при повреждении митохондрий [3].

Теория соматических мутаций. По мнению В.Н. Анисимова старение является результатом взаимодействия различных эндогенных и экзогенных повреждающих агентов с генетическим материалом клетки и постепенным накоплением случайных мутаций в геноме соматических клеток [1].

Нейроэндокринологическая (элевационная) теория старения. В основе этой теории – идея о существовании единого регуляторного механизма, определяющего закономерности возникновения и развития в организме различных гомеостатических систем. Этим механизмом является возрастное увеличение порога чувствительности гипоталамуса к регулярным гомеостатическим сигналам. Исходя из данной теории изменения в гипоталамусе определяют старение у женщин [7].

Таким образом, можно сказать, что рассмотренные выше теории, в основном, раскрывают внутренние причины старения организма. Важно также помнить о внешних факторах, влияющих на процессы старения. К разрушающим факторам относятся воздействия как внешней, так и внутренней среды организма. Это кислородное голодание тканей, действие свободных радикалов и радиации, нарушения обмена веществ (малоподвижный образ жизни, не рациональное питание, избыточная масса тела, стрессы) и др. Чтобы не стареть необходимо исключить вредные привычки, заниматься физической и умственной активностью, избегать воздействия неблагоприятной экологии, вести здоровый образ жизни.

Выводы. В результате изучения литературных источников выяснили, что некоторые теории «ранних» авторов, из-за отсутствия весомых аргументов и ввиду их очевидной несостоятельности, не получили широкого распространения в современном научном мире. Доминирующими теориями старения организма на сегодняшний день являются: теория свободных радикалов Хармана и теория биологических часов, катастрофы ошибок, и *нейроэндокринологическая теория*.

Перспективы дальнейших исследований. Изучение проблем процесса старения кожи лица у женщин молодого возраста, разработкой и внедрением программ физической реабилитации по предупреждению старения кожи на базе СПА-салона «Алена» в г. Лебедине Сумской области.

Литература:

1. Анисимов В. Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения. / В. Н. Анисимов. – С.-Петербург: Наука, 2008. – 482с.
2. Берсенев В. А. Лікувальний порадник для третього віку. / В. А. Берсенев – К.: СМП «АВЕРС», 2010.– 704 с.

3. Журавлева Основы гериатрии. Лечебное пособие. / Т. П. Журавлева. – М.: Форум: Инфра, 2007. – 288 с.
4. Курышева Т.В. Старость как социально-философский феномен // Лечащий врач: мед. научно- практ. журн. 2015. № 6. – С. – 15–25.
5. Погодина А. Б. Основы геронтологии и гериатрии: учебн. пособие. / А. Б. Погодина, А. Х. Газимов. – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. – 253 с.
6. Руководство по геронтологии и гериатрии.: в 4 т. под ред. акад. РАМН, проф. В.Н. Орыгина, проф. А.С. Мелентьева. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2010. – 784 с.
7. Филатова С.А. Геронтология. / С.А Филатова, Л.С. Андреева, Л. П. Безденежная. – М. : Изд. Феникс, 2009. – 512с.
8. Хрусталев Ю.М. Философия. / Ю.М. Хрусталев. – М.: Медиа, 2013. – 464 с.
9. Юсупова Л.А. Современный взгляд на проблему старения кожи // Лечащий врач: мед. научно-практ. журн. 2017. № 6. – С – 6–10.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2017 р.

Грибок Н.М.,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації,
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я,
ДДПУ імені Івана Франка

Рішко М.В.
студент I курсу магістратури спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я,
ДДПУ імені Івана Франка

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ: ВИДИ, ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, СИМПТОМИ

У статті розглядаються типи цукрового діабету, причини їх виникнення, симптоми та патогенетичні особливості. Основна увага зосереджена на окресленні суттєвих проблем, пов'язаних з цукровим діабетом.

Ключові слова: цукровий діабет, гіперглікемія, інсулін, маса тіла, ожиріння, порушення толерантності до глюкози.

Постановка проблеми. В останні роки збільшується число дітей, які страждають на цукровий діабет. Тяжкість його перебігу визначається не стільки рівнем інсулінової недостатності, скільки викликаними наслідками, які відбиваються на різних органах і системах. Тому вже в дошкільному віці важлива профілактика і реабілітація інсулінової залежності та її наслідків, щоб не допустити їх подальшого розвитку та прогресування [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемі застосування засобів і методів фізичної реабілітації при роботі з інсулінозалежними дітьми присвячені роботи Е. Касаткіної, М. Балаболкіна, А. Розенблума, Дж. Фрайз, М. Сперлінга та ін. Однак, не дивлячись на значні розробки з даної проблеми, в останні роки збільшується число дітей з інсулінозалежним цукровим діабетом.

Мета: розкрити причини виникнення, симптоми, види цукрового діабету та їх патогенетичні особливості.

Викладення основного матеріалу. Цукровий діабет – стан хронічної гіперглікемії, обумовлений впливом на організм багатьох екзогенних та ендогенних факторів, які нерідко доповнюють один одного [1].

Вивчення особливостей перебігу інсулінової залежності дозволило ряду авторів виділити кілька типів цього захворювання і створити його класифікацію, що дозволяє співвідносити хворих з тим чи іншим типом цукрового діабету або порушеною толерантністю до глюкози, що сприяє оптимізації профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів [2, 3, 4].

За даними ВООЗ цукровий діабет розділяють на наступні класи [5].

А) Цукровий діабет.

- Інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД), тип 1.
- Інсулінонезалежний цукровий діабет (ІНЦД), тип 2:
 - а) у осіб з ожирінням;
 - б) у осіб без ожиріння.
- Цукровий діабет, пов'язаний з недостатністю харчування (ЦДНХ).
- Інші типи цукрового діабету, пов'язані з певними станами і синдромами:

- а) цукровий діабет, пов'язаний із захворюваннями підшлункової залози;
- б) цукровий діабет, пов'язаний з ендокринними захворюваннями;
- в) цукровий діабет, викликаний прийомом лікарських і токсичних речовин;
- г) цукровий діабет, пов'язаний з аномаліями інсуліну;
- д) цукровий діабет, пов'язаний з генетичними синдромами.

- Гестаційний цукровий діабет (під час вагітності).

Б) Порушена толерантність до глюкози (ПТГ):

- а) у осіб з нормальною масою тіла;
- б) у осіб з ожирінням;
- в) пов'язаний з деякими станами і синдромами.

В) Група ризику:

- а) особи з попереднім порушенням толерантності до глюкози;
- б) особи з потенційним порушенням толерантності до глюкози.

ІЗЦД виникає в результаті аутоімунної деструкції бета клітин, призводить до абсолютного дефіциту інсуліну. Такі хворі складають 5–10 % всіх хворих на цукровий діабет. Даний тип захворювання в основному спостерігається у дітей, підлітків та осіб молодого віку. Для досягнення компенсації цим хворим довічно призначається інсулінотерапія. Захворювання генетично детерміноване, однак для реалізації цієї схильності необхідний вплив факторів зовнішнього середовища, що запускають аутоімунітет. Підтвердженням даного положення є факт розвитку ІЗЦД у монозиготних близнюків лише в 30–40 %, а у дизиготних – в 3–5 % випадків [6, 4].

Порушення толерантності до глюкози (ПТГ) – стан вуглеводного обміну, що відрізняється за критеріями ВООЗ від норми, але не досягла значень, типових для цукрового діабету. Незалежно від умов, при яких ПТГ була виявлена (стресова ситуація або тим більше поза стресом, вагітність, панкреатит, захворювання ендокринної системи та ін.), загроза розвитку цукрового діабету дуже висока. Більш ніж у 25 % осіб зрілого віку з ПТГ і ожирінням на протязі найближчих 5 років розвивається цукровий діабет. При ПТГ у дітей, підлітків і молодих людей з нормальною масою тіла і, особливо, при наявності позитивних імуногенетичних і імунологічних маркерів вкрай високий ризик виникнення ІЗЦД. Нерідко при дотриманні дієти, розширенні режиму фізичних навантажень, зниження маси тіла, а іноді спонтанно відновлюється нормальна толерантність до глюкози [6].

До групи ризику відноситься особлива категорія людей, з загрозами наступного розвитку того чи іншого типу цукрового діабету. У осіб з попереднім ПТГ при обстеженні виявляється нормальний стан вуглеводного обміну. Однак, з огляду на наявність ПТГ в анамнезі, ризик розвитку цукрового діабету у таких людей вищий, ніж у загальній популяції.

У осіб з потенційним ПТГ, незважаючи на нормоглікемію, ризик виникнення цукрового діабету досить високий, як і в попередній групі. До даної категорії відносяться особи з обтяженим по цукровому діабету анамнезом: діти, що народилися з масою тіла більше 4500г, а також хворі з панкреатитом, ожирінням, ішемічною хворобою серця і гіпертонічною хворобою з молодого віку та ін. [4].

В останні десятиліття намітилася явна тенденція до зростання захворюваності на цукровий діабет взагалі і на інсулінозалежний зокрема. Кожні 15 років число хворих на цукровий діабет подвоюється [9, 10]. На частку осіб з ІЗЦД в середньому припадає 5–10 % загального числа хворих на цукровий діабет. Щорічно цим типом діабету хворіють як мінімум більше 19000 чоловік, з яких переважна більшість діти [4]. Динаміка початку ІЗЦД показала, що найбільш часто цукровий діабет маніфестується в пубертатному періоді [4].

Діагностика маніфестних форм цукрового діабету у дітей зазвичай не викликає складнощів. У більшості випадків має місце типова класична картина ІЗЦД, яка проявляється скаргами на сухість у роті і шкірних покривів, виражену спрагу, поліурію, слабкість, зниження маси тіла. Глікемія вище 11,1 ммоль/л не залишає сумнівів в правильності діагнозу [9].

В даний час доведено, що ІЗЦД є аутоімунним захворюванням [40]. Імунопатогенез цукрового діабету, незважаючи на великі досягнення в області його вивчення і колосальні зусилля спеціалістів різних галузей медицини, як і раніше залишається не до кінця ясним. Однак роль імунної системи і аутоімунітету в деструкції бета клітин сумнівів не викликає [11].

У осіб з вперше виявленою інсуліновою залежністю близько 10–15% панкреатичних острівців морфологічно виглядають абсолютно нормальними [9].

Певна стадія розвитку інсулінової залежності – переддіабет. Він перебігає латентно протягом досить тривалого часу (від декількох місяців у маленьких дітей до кількох років у підлітків і дорослих). На жаль, виявити захворювання на даній стадії вельми складно, так як єдиним маркером інсуліту у клінічно абсолютно здорових дітей є зростаючий титр аутоантитіл до різних компонентів бета клітини [7].

Накопичено достатньо даних, що дозволяють в загальних рисах припустити механізм руйнування бета клітин. Позиція, з якою згодні всі без винятку дослідники, є генетична схильність до розвитку саме ІЗЦД [12].

Клінічна маніфестація інсулінової залежності зазвичай співпадає з майже кінцевою стадією переддіабету, коли функціонуючими залишається не більше 5–15 % бета клітин, не здатних

забезпечити нормальний метаболізм глюкози і підтримати позитивний енергетичний баланс організму. З огляду на вкрай низьку регенераторну здатність бета клітин, надій на їх відновлення практично немає [11, 13, 14].

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці комплексної програми фізичної реабілітації з дітьми 5–6 років, які страждають інсуліновою залежністю.

Література:

1. Сахарный диабет. Доклад исследовательской группы ВОЗ / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1987. – 126 с.
2. Балаболкин М.И. Эндокринология. – М.: Медицина, 1989. – С. 226 – 311.
3. Богданович В.Л. Сахарный диабет: лечение и профилактика. – Нижний Новгород: НГМА, 1997. – 196 с.
4. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей. – М.: Медицина, 1990. – 253 с.
5. Сахарный диабет. Доклад исследовательской группы ВОЗ / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1987. – 126 с.
6. Дедов И.И. Инсулинзависимый диабет (объяснения и руководство). – М.: Ново Нордиск, 1995. – 22 с.
7. Хусаинов К.Д., Чартакова Х.Х., Айдинова А.Р., Игошина Е.Д. Ак-тивное выявление нарушений толерантности к глюкозе среди популяции факторами риска по сахарному диабету. // Педиатрия. – 1991. – №2. – С 15 – 18.
8. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. – М.: Медицина, 1994. – 384 с.
9. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей и подростков. – М.: Медицина, 1996. – 240 с.
10. Злобина Е.Н., Дедов И.И. Современные концепции иммунопатогенеза инсулинозависимого сахарного диабета // Проблемы эндокринологии – 1993. – №5. – С.51 – 57.
11. Keller R., Jackson R. Insulin prophylaxis in individuals at high risk of type I diabetes // Lancet. – 1993. – vol. 341. – P. 927 – 928.
12. Осокина И.В. Иммуногенетические и гормонально-метаболические особенности инсулинзависимого сахарного диабета в раннем детском возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 24 с.
13. Okamoto H. Islet B - cell regeneration and red genes// H.Rifkin, J.
14. Colwell, S. Taylor. Diabetes, elsevier Science. – Amsterdam, 1989 – P. 268 – 270.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Картавий С. М.,

магістрант спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Корж Ю.М.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

СУЧАСНІ МЕТОДИ БОРОТЬБИ З ОЖИРІННЯМ

У статті висвітлено причини виникнення надлишкової ваги серед дорослих людей. Визначено форми ожиріння серед дорослого населення. Окреслено доцільність використання консервативного і хірургічного лікування хворих з цією патологією.

Ключові слова: ожиріння, надлишкова вага, хірургічне лікування, харчування.

Постановка проблеми. У XXI столітті проблема ожиріння набуває глобального значення і стає у багатьох країнах світу епідемією третього тисячоліття. У Німеччині за офіційними даними державної медичної страхової компанії DAC-Gesundheit щорічно 2,6 мільйона чоловік вмирає від хвороб, пов'язаних з ожирінням [8].

Так, ожиріння – це надмірне накопичення жиру в організмі, що призводить до збільшення маси тіла. За результатами досліджень XXL-Report, у Німеччині кожен четвертий у віці від 18 до 79 років має надлишкову вагу. Кількість хворих на ожиріння з 1999 року по 2013 рік збільшилась удвічі [8]. За даними Федерального статистичного відомства Німеччини у 2013 року ожиріння першого ступеня діагностували у 16% населення [7].

Нині, ожиріння є найбільш розповсюдженим захворюванням, що передбачає порушення обміну речовин, як у економічно розвинених країнах світу так і в Україні. У дорослих людей з цією патологією виникає жирова інфільтрація печінки та інших органів, що значно порушує їх функцію. Збільшується статичне навантаження на суглоби нижніх кінцівок, що провокує розвиток артритів та артрозів. Внаслідок зменшення екскурсії діафрагми погіршується газообмін тканин та виникає ядуха при помірному фізичному навантаженні.

Статистичні дані свідчать, що ожиріння у 44% випадках провокує захворювання на діабет, у 23% випадків – на ішемічну хворобу серця, від 7 до 41% випадків – на онкологічні захворювання (товстого кишківника, прямої кишки, простати, молочних залоз, матки тощо) [5]. Проблема ожиріння потребує пошуку нових ефективних комплексних заходів, методів боротьби з цим недугом. Цим і визначається актуальність цієї публікації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемі ожиріння присвячені праці багатьох вітчизняних та зарубіжних учених. Значний внесок у розробку напрямів фізичної реабілітації людей з цією патологією було здійснено низкою вчених, зокрема Є. М. Нейко, Т. М. Коваленко, Ю. В. Невшина, А. Н. Огороков, Т. М. Гумницька та інші.

Мета дослідження – окреслити сучасні методи боротьби з ожирінням.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація хворих на ожиріння.

Предмет дослідження – особливості використання консервативного та хірургічного лікування хворих на ожиріння.

Методи дослідження – теоретичний аналіз науково-методичної та спеціальної літератури з метою обґрунтування ефективності використання консервативного та хірургічного лікування хворих на ожиріння.

Виклад основного матеріалу. На початку XXI століття у науковій літературі з'явилось припущення, що ожиріння є результатом переїдання. Люди з надмірною вагою вживають більше їжі, ніж це потрібно для підтримки балансу енергії, що витрачається в процесі життєдіяльності. Проте доведено, що наявність одного факту підвищеного надходження енергії з їжею і його перевищення над витратами, ще не достатньо для розвитку даної патології. Під час розвитку захворювання відбувається порушення обміну речовин. ЦНС безпосередньо і через гіпоталамус бере участь в контролі надходження їжі. Серед багатьох теорій, що пояснюють діяльність гіпоталамуса, найбільше поширення отримала глюкостатична теорія Дж. Мейера. Автор наголошує, що підвищене вживання глюкози призводить до зменшення апетиту і, навпаки, зменшення вживання глюкози стимулює апетит [1].

Ю. Ю. Дерпак та інші лікарі стверджують, що ожиріння призводить до розвитку інших захворювань: гіпертонії, варикозного розширення вен, остеоартрозу та артриту, остеохондрозу та плоскостопості, жовчнокам'яної хвороби, порушення сну та психоемоційного стану. Науковець зазначає, що надмірна вага не є виключно результатом постійного переїдання або ознакою міцного здоров'я [2]. Погоджуючись з Ю. Ю. Дерпак, М. П. Горобей зазначає, що основним фактором, що призводить до розвитку ожиріння, є порушення енергетичного балансу, що полягає в невідповідності між енергетичними надходженнями в організм з їжею та їх витратами [2]. Медичні працівники виокремлюють два види ожиріння: екзогенного характеру (первинне), що пов'язано з гіподинамією та надмірним харчуванням (вуглеводами та жирами), і ендогенного характеру (вторинне), що виникає внаслідок генетичних порушень, захворювань ендокринної системи та порушенням функції ЦНС. Однак при всіх видах ожиріння відбуваються порушення в роботі гіпоталамуса, що виникає відразу, або в процесі розвитку даної патології.

На основі теоретичного аналізу наукового доробку вітчизняних та зарубіжних вчених стає очевидним, що консервативне лікування ожиріння є тривалим процесом та може бути успішним за умови якщо лікування буде проводиться комплексно і поєднає в собі збалансоване харчування, регулярні фізичні навантаження, прийом лікарських засобів тощо. Але і в разі позитивного результату залишається ймовірність того, що вага починає збільшуватися, якщо пацієнт порушує запропонований реабілітологами алгоритм лікування.

Основним принципом лікування ожиріння є дієта з пониженим вмістом жирів та вуглеводів, проте повноцінна відносно вмісту білка, вітамінів, тобто дієта має бути обов'язково субкалорійною. Слід звернути особливу увагу на кратність харчування протягом доби. У хворих з ожирінням він часто порушений (дворазове зі значною кількістю їжі перед сном). Тому разом з субкалорійною дієтою необхідно дотримуватися 5–6 разового прийому їжі на добу, невеликими порціями. В їжі не повинно бути спецій, тому, що це підвищує апетит.

Для визначення добової калорійності їжі, необхідної для підтримки нормальної життєдіяльності, слід величину «ідеальної» маси тіла (з урахуванням віку) помножити на 33 ккал (для чоловіків) або 30 ккал (для жінок). Отримана таким чином калорійна цінність їжі повинна відповідати витраті енергії. За рекомендацією Інституту харчування добова кількість білку для осіб, що займаються легкою фізичною працею, повинно складати 80–100 г, фізичною працею середньої важкості – 120 г і важкою фізичною працею – 150г [5].

В умовах стаціонару призначається субкалорійна дієта з калорійною цінністю їжі 1000–1400 ккал на день і достатнім вмістом білків (нежирні сорти м'яса, риба, сир, кефір, кисле молоко).

Достатній вміст білків в дієті запобігає білковому голодуванню і знижує відчуття голоду. Крім того, слід мати на увазі специфічно-динамічну дію їжі (особливо білкової), на яку витрачається до 10% добової калорійності. При призначенні хворим субкалорійної дієти необхідно рекомендувати прийом полівітамінів, особливо вітамінів А і D, з обмеженням прийому продуктів, що містять жири. Разом з субкалорійною дієтою і дотриманням правильного рухового режиму, рекомендується систематичне виконання комплексу вправ лікувальної фізкультури та ранкової гімнастики, куди входять фізичні вправи для черевного пресу, сідничних м'язів, стегон тощо.

Під час реабілітації необхідно додержуватися загальних педагогічних принципів: індивідуального підходу, свідомої і активної участі пацієнта, систематичності та поступовості, що буде сприяти зниженню ваги тіла на тривалий час.

Однією з найважливіших умов ефективності засобів реабілітації при будь-якій формі ожиріння є психотерапія. Даний метод включає детальну бесіду з пацієнтом про необхідність суворого виконання усіх рекомендацій, що надає лікар, з'ясовуючи його характер харчування та звички. Тактика лікаря повинна бути гнучкою, оптимістичною і в той же час наступальною. В цьому є суть консервативного лікування.

Відсутність ефекту від консервативного лікування є показаннями до оперативного втручання. Варто звернутися до досвіду роботи інституту Роберта Коха в Німеччині, євангельського центру лікування ожиріння і метаболічної хірургії та клініки Святого Франциска. Фахівці цього інституту активно використовують низку хірургічних методів лікування ожиріння та мають позитивні результати у лікуванні зазначеного недугу [6].

Перший метод включає шлункове шунтування, яке полягає в поділі шлунку на малий і великий відділи, не пов'язані між собою. При цьому до «малого відділу» підшивається тонка кишка, за рахунок чого їжа не проходить звичайним шляхом, а потрапляє відразу в кишечник. Все це скорочує обсяг споживаної їжі і знижує рівень всмоктування поживних речовин.

Другий метод внутрішньо шлункового балону – переміщення в шлунок силіконової кулі, заповненої рідиною. Куля займає певну частину шлунку і за рахунок цього відчуття насичення стає набагато швидшим. Протягом останніх 6 місяців, поки стоїть внутрішньо шлунковий балон, пацієнти мають можливість знизити вагу і звикнути до змін у харчовому режимі. Цей метод є тимчасовим заходом. Через півроку балон видаляється, щоб уникнути ускладнень. Але після видалення балона, в разі недотримання сформованого в цей період режиму харчування і при недостатньому фізичному навантаженні вага може повернутися.

Третій метод бандажування шлунку – передбачає накладання на верхній відділ шлунку силіконового кільця, яке робить шлунок схожим на пісочний годинник. В результаті відчуття голоду і кількість спожитої їжі значно зменшується. При застосуванні даного методу необхідно суворо дотримуватися режиму харчування. За рік або півтора пацієнт втрачає від 50 до 70% зайвої ваги. При проведенні таких операцій використовують обладнання останнього покоління і інноваційні методи, які дозволяють регулювати бандаж відповідно до зміни стану здоров'я пацієнта. Всі бандажі зроблені з високоякісних матеріалів, які гарантують довгий термін служби.

Четвертий – гастропластика методом рукава. Це баріатрична операція, яка передбачає зменшення обсягу шлунку і формування вузької шлункової трубки («рукава»). Ємність шлунку при цьому зменшується приблизно в 10 разів (до 150–200 мл), тому після вживання невеликого обсягу їжі настає відчуття насичення. Це також сприяє швидкому зниженню ваги.

П'ятий метод – біліопанкреатичне шунтування. Це найбільш ефективний метод лікування морбідного ожиріння. Під час цієї операції шлунок зменшується в об'ємі і значно коротшає тонкий кишківник, що призводить до зменшення всмоктування поживних речовин.

Так, згідно зі статистичними даними німецької медичної страхової компанії DAK, число операцій в області баріатричної хірургії в Німеччині за останні 2 роки збільшилася на 50%, причому половина таких операцій проводиться саме в Берліні [8]. Варто зазначити, що крім лікарів-хірургів і медичного персоналу цього інституту пацієнтів супроводжують психологи і консультанти з правильного харчування, які надають рекомендації, пов'язані зі здоровим способом життя після проведення операції.

Висновки. Отже, нині ожиріння є однією з провідних проблем сучасного суспільства та потребує негайного вирішення. На основі теоретичного аналізу наукової та спеціальної літератури окреслено доцільність використання консервативного і хірургічного лікування хворих з цією патологією. Однак, наголосимо, що нині не існує єдиного 100% методу, щодо зниження ваги та утримання ідеальної маси тіла. Але при дотриманні комплексного підходу, що включає дієтотерапію, психотерапію, засоби ЛФК, консервативні та хірургічні методи лікування можливим є досягнення позитивного результату.

Перспективи подальших досліджень. Вважаємо, що перспективним є подальше дослідження можливості застосування комплексного підходу щодо реабілітації хворих на ожиріння шляхом поєднання спортивно прикладних вправ, аквааеробіки, комплексу вправ із спортивним інвентарем, що підвищить його ефективність.

Література:

1. Аметов А. С. Отчет о программе Весна. Эффективное лечение ожирения – путь борьбы с эпидемией. *Diabetes mellipidus / А. С. Аметов // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. Спецвыпуск, 2013. – С. 7–11.*
2. Горобей М. П. Проблеми зайвої ваги і ожиріння учнівської та студентської молоді / М. П. Горобей // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт, 2011. – Вип.91., Т 1. – С. 103–105.
3. Гумницька Т. М. Психопатологічні порушення у хворих на аліментарно-обмінне ожиріння. (Клініка, діагностика, принципи психотерапії): Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Т.М. Гумницька ; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Х., 2004. – 19 с.
4. Мельниченко Г. А. Всероссийская программа безопасного снижения веса «ПримаВера». Итоги первого года проведения / Г. А. Мельниченко, Т. И. Романцева, М. В. Журавлева // Ожирение и метаболизм, 2014. – № 1. – С.62–67.
5. Нагорна І. С. Ожиріння як соціальна проблема сучасної молоді / І. С. Нагорна // Сучасне українське студентство : проблеми та ціннісні орієнтації, 2011. – С. 182–185.
6. Robert Koch Institut [Die elektronische Ressource]. Das Regime des Zugriffes: URL:<http://www.rki.de>
7. Statistisches Runde Amt in Deutschland. [Die elektronische Ressource] .Das Regime des Zugriffes: URL:<http://www.destatis.de>
8. XXL-Report. DAK-Gesundheit. [Die elektronische Ressource].Das Regime des Zugriffes: URL:<http://www.dak>

Стаття надійшла до редакції 12.12.2017 р.

Корж Ю.М.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Лук'янова Н. С.

магістр спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

У статті представлені результати впровадження фізреабілітаційної програми з використанням яскраво оформлених поролонових тренажерів для розвитку рухових якостей з метою покращення екскурсії грудної клітки, спеціальної методики су джок масажу, елементи дихальної гімнастики за О. М. Стрельніковою, арт-терапії та ароматерапії, у комплексній фізичній реабілітації дітей молодшого шкільного віку з захворюваннями органів дихання.

Ключові слова: фізична реабілітація, інноваційна оздоровчо-корекційна методика «Богатир», ароматерапія, су джок масаж, арт-терапія.

Постановка проблеми. Серед захворювань дітей молодшого шкільного віку провідне місце займає патологія дихальної системи. У 25–31% дітей перебіг гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) супроводжується клінікою обструктивного бронхіту, який у 30–50% випадків приймає затяжний, хвилеподібний або рецидивуючий перебіг [2].

На фоні ГРВІ у значній кількості дітей молодшого шкільного віку (54%) можливі повторні епізоди бронхіту, які не супроводжуються розвитком бронхіальної астми в майбутньому. З віком частота їх зменшується. Повторні епізоди гострого обструктивного бронхіту (ГОб), обумовлені гіперреактивністю бронхів, що пов'язано з ГРВІ, і, звичайно, зникають у віці 3–4 років. Але часті захворювання респіраторного тракту можуть сприяти формуванню хронічної бронхолегеневої патології, тому в частині дітей обструктивний бронхіт є передумовою бронхіальної астми. Саме тому діти, які вперше захворіли на бронхіт, потребують ретельного вивчення анамнезу захворювання, анамнезу життя та особливостей клінічного перебігу бронхіту в них [2].

Висока частота бронхітів у дітей молодшого шкільного віку багато в чому визначається не лише анатомо-фізіологічними особливостями їхньої бронхолегеневої системи, але й специфічністю впливу низки респіраторних вірусів на нижні дихальні шляхи.

Актуальність проблеми фізичної реабілітації дітей із захворюваннями органів дихання зумовлена поширеністю даної патології та можливими негативними наслідками для здоров'я дитини у подальшому житті. Це висуває завдання, пов'язані з проведенням комплексу заходів фізичної реабілітації та оздоровлення дітей з даним захворюванням. Не зважаючи на наявність низки джерел інформації та розробок окремих авторів, недостатньо розкритою залишається проблема комплексного використання різних засобів фізичної реабілітації для відновлення здоров'я даного контингенту дітей на різних етапах фізичної реабілітації [1].

Мета дослідження: розробити та перевірити ефективність програми з фізичної реабілітації для дітей молодшого шкільного віку з захворюваннями органів дихання.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводилось на базі КУ «Сумська загальноосвітня школа №15 ім. Д. Турбіна» м. Суми. У дослідженні прийняли участь 20 дітей. На цьому етапі було сформовано основну групу (ОГ) з 10 дітей молодшого шкільного віку з діагнозами: 3 дитини з простим бронхітом, 4 дитини з обструктивним бронхітом та 3 учня з рецидивуючим бронхітом. В групу порівняння (ГП) входило 10 учнів: 4 дитини з простим бронхітом, 4 – з рецидивуючим та 2 – з обструктивним бронхітом.

Програма фізичної реабілітації складалася з лікувальної гімнастики під час якої використовували спеціальні дренажні вихідні положення, для цілеспрямованого виведення мокроти з різних відділів бронхолегеневої системи, комплексу вправ з яскраво оформленими поролоновими тренажерами для розвитку рухових якостей з метою покращення екскурсії грудної клітки, спеціальної методики лікувального масажу та ароматерапії.

У процесі реабілітації дітей із захворюваннями органів дихання використовували казково-ігрові дитячі тренажери, що входять в інноваційну оздоровчо-корекційну методику «Богатир». Це дозволило використовувати комплексний підхід до фізичної та функціональної підготовки дітей завдяки використанню цілої низки дихальних, ігрових, імітаційних, спеціальних силових та коригуючих вправ на формування стереотипу правильної постави [3].

Лікувальна фізична культура проводилася 3 рази на тиждень тривалістю 30 – 35 хв, з метою досягнення пришвидшеного розсмоктування запального процесу у бронхах, поліпшення функцій зовнішнього дихання дитини, поліпшення дренажної функції бронхів, формування стереотипу правильного дихання через ніс, стимуляція захисних сил організму, тренування рухових якостей, а також поліпшення бронхіальної прохідності.

Під час проведення занять лікувальної гімнастики використовували ароматерапію з ефірними маслами лимону та чайного дерева, яка застосовувалась у вигляді інгаляцій з використанням аромалампи. Дозування процедури полягало у застосуванні 1–2 крапель ефірної олії у співвідношенні ефірних олій (1:1) на 5 кв. м. Тривалість першої процедури становила 5 хв., в наступному поступово збільшували до 30 хв [4].

Су джок масаж включав пресорний масаж подушечкою великого пальця зон відповідності легеням, що знаходяться на підвищенні тенору на лівій та правій долоні. Це сприяло покращенню кровообігу та газообміну у бронхах. Сеанс су джок масажу проводився у вигляді самомасажу, під час якого діти натискали на ділянку проекції легень. За «відповідністю комахи», проекція легень знаходиться на долонній поверхні середніх фаланг усіх пальців [3].

Для підвищення зацікавленості дітей до виконання фізичних вправ та збільшення мотивації до занять використовували такі засоби арт-терапії як імаготерапія та музикотерапія.

Дітям показували лялькові вистави, перегляд та обговорення яких сприяло умінню аналізувати та оцінювати правильність виконання вправ за зразком лялькового персонажу. Це також дозволило в ігровій формі донести до дитини значущість правильного виконання спеціальних вправ, активізувало яву та їх участь під час занять лікувальної гімнастики.

Значне місце в структурі занять в з лікувальної гімнастики займали елементи дихальної гімнастики за О. М. Стрельніковою. Дана методика допомагала: розсмоктувати ділянки запалення і відновлювати їх крово- і лімфообіг, покращувати дренажну функцію бронхів, нормалізувати обмін речовин та функцію серцево-судинної і нервової систем; підвищувати загальну опірність організму. В комплекс включали дихальні вправи «Обійми плечі», «Кішка», «Вушки».

Фізкультхвилинка тривалістю 1–5 хв. проводилася через 12–15 хв. від початку уроку. Фізкультхвилинка проводилася у вигляді короткотривалих комплексів фізичних вправ, які включали 3–4 дихальних вправи, кожна з яких повторювалась 4–6 разів. Основна мета фізкультхвилинки – переключення дитини з розумової діяльності на фізичну; попередження загальної втоми внаслідок статичного навантаження на хребет; стимуляції крово- та лімфообігу основних м'язових груп; покращення загального психоемоційного стану; активізація видиху, внаслідок збільшення активної роботи дихальних м'язів грудної клітки й акцентуація хворої дитини на черевному типі дихання; формування правильного стереотипу дихання через ніс.

В результаті проведеного курсу реабілітації у дітей спостерігались зміни в показниках кардіо-респіраторної системи, які визначали за: пробю Штанге та Генче, частотою дихання та частотою серцевих скорочень.

Динаміка середніх показників кардіо-респіраторної системи

Показники	ОГ			ГП			Різниця показників %
	На початку досл-я n 10	Після досл-я n 10	Різниця пок-ків Абс.	На початку досл-я n 10	Після досл-я n 10	Різниця пок-ків Абс.	
	M±m	M±m		M±m	M±m		
ЧСС, уд./хв.	104,5±1,58	96,7 ± 1,11	7,8	105,1±0,84	99,2±1,13	5,9	2,1
ЧД, акт./ хв.	28,2±1,11	24,3±0,21	3,9	29,8±0,37	26,7±0,44	3,1	4,4
Проба Штанге, с	18,3±0,78	23,1±0,45	4,8	17,8±0,45	21,6±0,56	3,8	2,4
Проба Генче, с	10,6±0,3	13,1±0,23	2,8	10,5±0,3	12,1±0,27	1,6	7,8
ЖЄЛ, л	1,2±0,02	1,4±0,03	0,2	1,22±0,01	1,32±0,02	0,1	6,6

Під час проведення соматометричного дослідження було виявлено, що у дітей основної групи різниця між результатами вимірювання ЧСС на початку і після проведеного дослідження склали 7,8 уд./хв., а у дітей порівняльної групи цей показник склав 5,9 уд./хв. Загальна різниця результатів між групами становить 2,1%, що свідчить про позитивний вплив обраної методики проведення сюжетних занять. Різниця в показниках вимірювання ЧД між дітьми основної та порівняльної групи склала 0,8 дихальних акти за хвилину, що становить 4,4%.

Під час проведення функціональної дихальної проби Штанге було виявлено, що показники у дітей ОГ покращились на 4,8 с, у дітей ГП на 3,8 с. Загальна різниця становить 1,0 с, що складає 2,4%. Проведення проби Генче свідчить, що покращання показників у дітей ОГ та ГП склали відповідно 2,8 с та 1,6 с. Тобто загальна різниця становить 1,2 с, що складає 7,8%.

На основі проведених досліджень було обґрунтовано підходи до фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку, які хворіють на бронхіт, та розроблено комплексну програму яка складається з режиму дня, лікувальної гімнастики, дієтотерапії, Су-Джок терапії, ароматерапії, дихальної гімнастики О. М. Стрельникової, імаготерапії та музикотерапії.

Висновки. 1. Актуальність проблеми реабілітації дітей із захворюваннями органів дихання стає все більш очевидною так, як респіраторні захворювання складають близько 90% всієї інфекційної патології дитячого віку. Висока частота захворювань респіраторного тракту обумовлена особливостями дихальної системи та дозрівання імунної системи дитини, високою контагіозністю вірусних інфекцій, великою кількістю вірусів та нестійким імунітетом до ряду їх видів.

2. На основі проведених досліджень було обґрунтовано підходи до фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з захворюваннями органів дихання, та розроблено комплексну програму фізичної реабілітації для даного контингенту дітей. Дана програма передбачала використання різних видів рухової активності, лікувального масажу та ароматерапії.

3. Під впливом розробленої комплексної програми фізичної реабілітації відбулася низка позитивних змін у функціональному стані дитячого організму, що проявлялися у зниженні респіраторної захворюваності, відновлення стереотипу дихання через ніс, збільшення загальної рухливості грудної клітки на 34,5%.

4. Під час проведення соматометричного дослідження було виявлено, що показники кардіо-респіраторної системи у дітей ОГ у порівнянні з дітьми ГП були кращими: показники ЧД на 1,2%, проби Штанге – 2,4%, Генче – 7,8%, ЖЄЛ – 6,6%, ЧСС – 2,1%.

Література:

1. Арешина Ю. Б. Застосування традиційних засобів фізичної реабілітації при загостренні рецидивного обструктивного бронхіту у дітей / Ю. Б. Арешина // Матеріали ІХ відкритої науково-методичної конференції студентів факультету фізичного виховання, фізичної реабілітації і спортивної медицини. – Київ, 2011. – С. 123 – 131.

2. Коваленко Т. С. Клінічна характеристика дітей раннього віку, хворих на гострий обструктивний бронхіт / Т. С. Коваленко // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 6. – С. 79–83.

2. Корж Ю. М. Експериментальна авторська методика оздоровчо-корекційної гімнастики «Богатир» для дітей дошкільного віку з порушеннями функцій опорно-рухового апарату : навчальний посібник / Ю. М. Корж. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2012. – 160 с.

3. ПАК ЧЖЭ ВУ. Сам себе доктор / М., «Су Джок Академия»: илл., 2-е издание, дополненное и переработанное, 2003. – 156 с.

4. Солдатченко С. С. Ароматерапия. Профилактика и лечение заболеваний эфирными маслами / С. С. Солдатченко, Г. Ф. Кащенко, А. В. Пίδαев. – 2-е изд., испр. и доп. – Симферополь: Таврида, 2012. – 272 с.

Стаття надійшла до редакції 04.12.2017 р.

Костюкович О.П.
старший викладач кафедри фізичної культури
Київського національного торговельно-економічного університету

Мірошниченко О.Л.
старший викладач кафедри фізичної культури
Київського національного торговельно-економічного університету

ОЗДОРОВЧЕ ПЛАВАННЯ ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ І ВІДНОВЛЕННЯ ДОРΟΣЛИХ ЛЮДЕЙ, ЩО МАЮТЬ ОКРЕМІ ВАДИ В СТАНІ ЗДОРОВ'Я

В статті викладені основні принципи використання навантажень у воді для дорослих людей з різними нозологічними проблемами, розкриваються особливості проведення занять для людей з вадами в стані здоров'я за допомогою оздоровчого і адаптивного плавання.

Ключові слова: плавання, хвороби, вправи у воді, навантаження, рухи, вади.

Плавання – це найбільш гармонійне і естетичне фізичне навантаження на організм людини. Не перевантажуючи організм, плавання не тільки тренує м'язовий апарат, а й впливає на максимальну кількість органів і систем, шкіру, психічні процеси в організмі тих, хто займається цим видом фізичної діяльності.

Плавання має виражену дію на організм, як додатковий чинник, при лікуванні деяких хвороб, пов'язаних з обміном речовин, при початкових стадіях захворювань дихальної і серцево-судинної систем, для поліпшення стану і корекції вад постави при сколіотичних порушеннях, плоскостопості, для лікування остеохондрозу, в складі комплексної терапії після травм і для зняття наслідків деяких фізичних вад.

Специфічні особливості плавання пов'язані з руховою активністю у водному середовищі. При цьому організм людини підлягає подвійній дії: з одного боку на нього впливають фізичні вправи, з іншого – водне середовище. Ці особливості так само обумовлені фізичними властивостями води – її щільністю, в'язкістю, тиском, температурою, теплопровідністю, теплоємністю. Щільність води приблизно в 775 разів більше щільності повітря, а звідси утруднення рухів, обмеження швидкості та великі енерговитрати. Витрати енергії при плаванні на різні дистанції залежать від їхньої довжини і потужності роботи. На дистанціях від 100 до 1000 м вони становлять від 100 до 1000 ккал. Вода впливає на шкіряний покрив як механічний (змиває бруд, піт, шкіряне сало) і як термічний (збільшує обсяг крові, впливає на судини) подразник.

Заняття плаванням – це хороше тренування дихальної системи. Під час видиху дихальні м'язи працюють в посиленому режимі, оскільки їм доводиться долати тиск води (приблизно 12–13 кг) на поверхню грудей. Чим більший опір надає вода на грудну клітку, тим більший опір долають і дихальні м'язи (діафрагма, грудні, міжреберні м'язи), щоб той, хто плаває, міг зробити дихальний рух.

Під час плавання або навіть звичайного купання чи перебування у воді відбуваються значні зміни у складі крові. Так, наприклад, у людини, що перебуває у воді при температурі 20 градусів упродовж однієї хвилини, збільшується кількість еритроцитів і, як наслідок, гемоглобіну, приблизно на 20–25%, суттєво зменшується кількість лейкоцитів[1].

Оздоровче плавання є тією вправою, яка помітно впливає на організм з точки зору тренування механізму терморегуляції. Теплоємність води у 4 рази більше, а теплопровідність у 25 разів більше, ніж у повітря. Тому, коли людина знаходиться у воді, її тіло випромінює на 50–80% тепла більше, ніж на повітрі. Це призводить до посилення процесів обміну речовин для збереження теплового балансу в організмі [1].

Відіграє роль і збільшення тиску на поверхню тіла. Опір рідини при плаванні сприяє особливо активній роботі крупних груп м'язів і вдосконаленню функціональних можливостей, сили і витривалості основних скелетних м'язів.

Загальні вимоги до організації занять з оздоровчого плавання:

1. Будь-які заняття плаванням не можна проводити, коли людина має підвищену температуру тіла, гострий хворобливий стан або загострення хронічної хвороби.
2. Неможливо залучати людину до занять оздоровчим плаванням, якщо на шкірі є рани, ушкодження, грибкові ураження, сип.
3. Не можна займатися оздоровчими вправами у воді одразу після прийому їжі або натщесерце.
4. Якщо під час виконання плавального навантаження відчувається погіршення стану, озноб, запаморочення, біль, необхідно негайно призупинити заняття і вийти з води.
5. Заняття з оздоровчого плавання можна проводити тільки в спеціально облаштованих місцях (басейнах, на відкритих і обстежених водоймах, у спеціально підготовлених ваннах).
6. Заняття з оздоровчого плавання можна проводити тільки за рекомендацією лікаря та під наглядом інструктора.
7. Після закінчення занять треба швидко і ретельно витиратися і одягатися.

8. Необхідно суворо дотримуватися усіх правил поведінки на воді, не допускати пустощів і ретельно стежити за самопочуттям.

9. Особлива увага приділяється дотриманню температурних норм. Для більш підготовлених і тренуваних осіб температура води може становити 23–25 градусів, температура повітря – 24–25 градусів, відносна вологість повітря 50–70%. Для послаблених осіб температура води повинна становити 28–30 градусів. При захворюваннях нервової системи і при деяких хворобах опорно-рухового апарату температура води може становити 35–37 градусів.

Оздоровче плавання є методом неспецифічного впливу на організм людини. Будь-яка фізична вправа несе декілька спрямувань: патогенетична терапія (здатність впливати на реактивність організму, змінювати як загальну реакцію хворого, так і місцевий її прояв); функціональна терапія (стимуляція, тренування і пристосування окремих органів та організму в цілому до фізичних навантажень, що призводить в кінцевому порядку до функціональної адаптації хворого); відновлювальна терапія (у комплексі з іншими видами лікувального впливу); підтримуюча терапія (застосовується на завершальних етапах реабілітації або в час коли інші види фізичного впливу неможливо застосовувати.[2] Вправи оздоровчого плавання (безпосередньо плавальні рухи, гімнастика у воді, ігри на воді), що виконуються за призначенням лікаря і під контролем інструктора фізкультури, є засобом профілактики і лікування різних захворювань. У відкритих і закритих басейнах, кінезо-гідротерапевтичних ваннах, у воді різного хімічного складу, у відкритих водоймах застосовують процедури у вигляді комплексу фізичних вправ, плавання, купання.

При плануванні процедур оздоровчого плавання і лікувальної гімнастики у воді слід враховувати специфіку дії на організм людини водного середовища і вправ у ньому. Так, внаслідок гідростатичного тиску при зануренні хворого у воду по шию вдих ускладнюється, а видихання полегшується, збільшується кровонаповнення інтраторакальних (внутрішньогрудних) середовищ і легневих судин, припідіймається діафрагма, що супроводжується зменшенням життєвої ємності легень. Дихальні рухи відбуваються з подоланням опору. Кровообіг ускладнюється внаслідок посиленого припливу крові до серця, компресії поверхневих кровоносних судин і відносного застою крові в обмеженому торакальному просторі. Ці навантаження (у фізіологічних межах) компенсуються без зайвих ускладнень нормальною серцево-судинною системою за рахунок збільшення хвилинного об'єму серця. Навіть порівняно легкі рухи у воді підвищують хвилинний і ударний об'єм серця приблизно на третину. В той же час гідростатичний тиск сприяє компресії периферичних венозних судин, що полегшує та прискорює доправлення крові до серця. Цей факт є одним з найсприятливіших впливів лікувальної фізичної гімнастики при венозній недостатності судин нижніх кінцівок.

Завдяки гідростатичному тиску утворюється відчуття стабільності у суглобах нижніх кінцівок (особливо, в колінному і гомілковостопному), що надає змогу рекомендувати використання дозованих вправ і ходьби в басейні при розтягненнях зв'язкового апарату і забиттях.

Істотну роль відіграє зменшення важкості тіла людини у воді на 9/10 під впливом відштовхуючої підйомної сили води. При масі тіла 70 кг людина у воді важить близько 7,5 кг. Цей факт є дуже важливим при фізичному тренуванні і реабілітації осіб з травмами і вадами опорно-рухового апарату, нервової системи, при хворобах серцево-судинної системи. Зміни глибини занурювання при виконанні вправ, в тому числі і при ходьбі у воді, дозволяє змінювати і дозувати навантаження, що впливає на організм хворого. Підйомна сила води полегшує відновлення навичок ходіння у хворих з вадами, паралічами і парезами нижніх кінцівок, коли доречними є розвантаження хребта, суглобів, м'язів і рух у полегшених умовах.

Температурний вплив водного середовища поєднується з загартовуючим ефектом. Виконання різноманітних рухів надає можливості гідно переносити більш низьку температуру води. Загартовуючий ефект сильніше проявляється у басейнах відкритого типу (температура води не вище 24 градусів). Більш тепла вода сприяє зменшенню рефлексорного збудження і спастичності (некерованого скорочення) м'язів, зменшує больовий синдром при пасивних і активних рухах травмованих кінцівок.

Має значення також і хімічний вплив водного середовища, особливо при проведенні процедур з мінеральною водою (в санаторних умовах).

Вправи у воді мають і психотерапевтичну дію: полегшені і безболісні рухи поліпшують самопочуття й надають впевненості в своїх силах, демонструють можливості організму до відновлення і повернення до нормального стану хворого органу або системи.

Для правильного і диференційного використання оздоровчого плавання при різних травмах, хворобах, дефектах розвитку, а також у здорових осіб з метою відновлення працездатності необхідно враховувати комплексний вплив усіх вищезгаданих чинників на організм, особливості вад і уражень, стан здоров'я конкретної людини, її фізичну спроможність і підготовленість.

Фізичні вправи у воді і оздоровче плавання поєднують у комплекси, виходячи з етіопатогенної суті хвороби. Методика використання різних вправ у воді і оздоровчого плавання залежать від важкості хворобливого стану, ступеня ураження того чи іншого органу, цілей і завдань, що вирішуються конкретними вправами у воді. При проведенні занять використовують різні вправи, що виконуються на різній глибині занурювання: до середини тулуба, до плечей, до підборіддя. Впроваджуються активні і пасивні рухи з елементами полегшення і обтяження (гантельками, пасками, пінопластовими дошками),

вправи біля бортику басейну, на східцях, з предметами (м'ячами, ластами, палицями, надувними гумовими предметами), вправи, що сприяють м'язовій релаксації і витягуванню хребта, спеціальні дихальні вправи у воді, елементи аквааеробіки, безпосередньо плавальні вправи, імітація спортивних способів, ігри на воді, виконання окремих елементів способів плавання.

Заняття оздоровчими вправами у воді виконуються поточно-груповим, груповим або індивідуальними методами залежно від однорідності групи тих, що займаються, рівня ураженості окремих функцій організму, важкості розладів здоров'я, функціональної спроможності і підготовленості тих, що займаються, наявності і підготовленості бази для занять, можливостей участі у процесі інструкторів і тренерів з плавання.

Оздоровче плавання при хворобах серцево-судинної системи. Фізичні вправи у воді і оздоровче плавання показані при таких вадах серцево-судинної системи: хронічна ішемічна хвороба серця, стенокардія, гіпертонічна хвороба I і II ступеня, нейроциркуляторна дистонія, компенсовані вади серцевих клапанів. Мають сенс рекомендації щодо занять оздоровчим плаванням особам із хворобами периферичних судин: посттромбофлебичним синдромом, хронічною венозною недостатністю, варикозним розширенням вен з недостатністю кровообігу в стадії компенсації та субкомпенсації, облітеруючим атеросклерозом артерій нижніх кінцівок в стадії компенсації і субкомпенсації кровообігу, ангіоспастичною формою облітеруючого ендартеріїту [5].

Під час занять необхідно постійно стежити за частотою серцевих скорочень, частотою дихальних рухів, зміною кольору шкіряних покривів. Абсолютними протипоказаннями до занять оздоровчими вправами у воді є задишка, тахікардія (стійке підвищення частоти серцевих скорочень до 110–120 ударів за 1 хвилину), активна фаза будь-якої серцевої хвороби [6].

При гіпертонічній хворобі застосування елементів плавання (спокійне, довготривале виконання плавальних рухів різними способами з низькою інтенсивністю) врівноважує процеси збудження і гальмування в центральній нервовій системі, підвищує її регуляторну роль в координації діяльності важливих органів і систем, що задіяні в патологічному процесі [5]. Оздоровче плавання впливає на судинну реактивність, знижує тонус судин при спастичних реакціях у хворих, вирівнює асиметрію в стані тонусу судин. Фізичні вправи підвищують скорочувальну здатність міокарду, нормалізують показники венозного тиску, підвищують швидкість кровообігу в коронарних і периферичних судинах, що супроводжується збільшенням хвилинного об'єму крові, зменшенням периферичного опору в судинах, зниженням артеріального тиску [5].

Особливості рухів у воді при серцево-судинних хворобах: усі вправи виконуються ритмічно, в повільному темпі, з великою амплітудою рухів, не використовуються вправи з довготривалою затримкою дихання.

Основні вправи у воді для осіб, що мають вади серцево-судинної системи: ходьба у воді, ходьба з рухами руками, що імітують плавальні рухи, плавання за допомогою ніг з плавальною дошкою, плавання на спині, дихальні вправи з видихом у воду, плавання з невисокою швидкістю кролем, брасом упродовж 7–10 хвилин поспіль.

Оздоровче плавання при хворобах дихальної системи. Вправи у воді та оздоровче плавання показані при таких хворобах органів дихання: хронічні риніти, фарингіти, синусіти, тонзиліти, ларингіти, ларинготрахеїти, бронхіти, трахеїти, трахеобронхіти, хронічні неспецифічні хвороби легень у стадії ремісії і неповної ремісії при наявності легенево-серцевої недостатності I ступеня, стани після операцій на легенях при повному загоєнні післяопераційного шва.

Протипоказання до занять оздоровчим плаванням особам із хворобами дихальної системи: підвищена температура тіла, гострий період хвороби, задишка, наявність бронхіального спазму, тахікардія (стійка частота серцевих скорочень більше 100 ударів за 1 хвилину) [5].

Оздоровче плавання сприяє розвитку компенсаторних механізмів, що забезпечують збільшення вентиляції легень, підвищенню газообміну, зміцненню дихальної мускулатури, збільшенню рухливості грудної клітки і хребта, збільшенню дихальної екскурсії діафрагми, підтриманню більш рівномірної вентиляції легень, зниженню напруження дихальної мускулатури [5]. Динамічні дихальні вправи у воді сприяють виведенню зайвого мокротіння з бронхів і легень при хронічних вадах дихальної системи, збільшенню сили і спроможності дихальних м'язів, активізації периферичного кровообігу, поліпшенню окремих показників зовнішнього дихання, профілактиці спайкового процесу.

Основні вправи у воді для осіб, що мають вади дихальної системи: плавання способами кроль на грудях, брас, кроль на спині, пересування стрибками з занурюванням у воду і без, динамічні видихи у воду з посиленням вимовлянням складів: "ша", "га", "ма", "па" та ін.

Оздоровче плавання при деяких хворобах ендокринної системи і обміну речовин. Показаннями до використання елементів вправ у воді і оздоровчого плавання є такі хвороби: екзогенне ожиріння, нейроендокринне ожиріння, цукровий діабет. Загальне ожиріння – це найбільш поширена хвороба обміну речовин, суттєвість якої зводиться до підвищеного відкладання жиру або недостатнього окислення харчових речовин, що надходять до організму. Існують дві форми ожиріння: екзогенна та ендогенна. Екзогенна – найбільш поширена форма ожиріння – зумовлена зовнішніми чинниками: якістю життя, переїданням, малорухливим способом життя, зловживанням алкоголем. Ендогенна форма ожиріння виникає внаслідок порушення діяльності ендокринних залоз: гіпофізу, статевих залоз,

підшлункової залози. Основою комплексного лікування ожиріння є раціональне харчування, широке використання фізичних навантажень, в тому числі і оздоровчого плавання [4]. При застосуванні вправ у воді підвищуються енерговитрати, як наслідок – посилюються окисно-відновні процеси, активізується розщеплення підшкіряного жиру, нормалізуються функції кровообігу і дихання, зменшуються застійні явища в органах черевної порожнини і нижніх кінцівках, зміцнюється скелетна мускулатура, поліпшується моторна функція і координація рухів, підвищується адаптація до фізичних навантажень. Загальне фізичне навантаження повинно бути субмаксимальним та індивідуальним залежно від функціональних можливостей тих, хто займається [4]. Тривалість оздоровчих вправ в басейні повинна становити від 45 хвилин до 1 години. Рекомендовано використовувати плавальні вправи і навантаження, що викликають приріст частоти серцевих скорочень приблизно на 50% у порівнянні з частотою серцевих скорочень у спокої.

При цукровому діабеті оздоровче плавання сприяє зниженню гіперглікемії (прискорює утилізацію цукру крові як енергопостачальника при фізичній роботі), у інсулінозалежних осіб сприяє підсиленню дії інсуліну за рахунок прискорення окисно-відновних процесів і швидкості кровообігу, впливає та тканинний обмін, підвищує фізичну працездатність. Протипоказання щодо занять оздоровчим плаванням хворих на цукровий діабет: виразки і подразнення на шкірі, гіперглікемія вище 16,6 ммоль/л, загальне погане почуття, гіпоглікемія [4]. При цукровому діабеті доцільне використання спортивних способів плавання кролем на грудях, кролем на спині, брасом у закритому басейні. Плавальні рухи виконуються з помірною інтенсивністю, у повільному або середньому темпі, з короткочасними інтервалами відпочинку. Плавання чергується з дихальними вправами з занурюваннями і без, з присіданнями біля сходинок басейну, пересуваннями кроками і стрибками. При ожирінні і цукровому діабеті доцільне використання вправ аквааеробіки.

Оздоровче плавання при хворобах нервової системи. Перелік хвороб нервової системи, при яких показані оздоровчі вправи у воді і оздоровче плавання досить широкий: порушення рухової функції при травмах хребта, паралічи, парези, травматичні ураження кінцівок, больовий синдром при остеохондрозі, спондилоартриті, неврози, стани після перенесеного інсульту, остаточні явища після перенесених поліомієліту, дитячого церебрального паралічу,

вегетативні поліневропатії [7]. При побудові занять оздоровчим плаванням враховується ступінь і характер набутого дефекту нервової системи (в'ялий або спастичний парез, атаксія), локалізація вади. Загальні задачі, що вирішує оздоровче плавання при нервових хворобах і хворобах периферичної нервової системи: покращити кровообіг в уражених кінцівках, зміцнити паретичну мускулатуру, протидіяти утворенню контрактур, відновити порушені рухові функції. Доречно використання додаткових приладь: пасків, надувних подушок, манжет, пінопластових дощочок та ін. Будь-які вправи у воді при порушенні нервової провідності виконуються у полегшених умовах, рухи мають більшу амплітуду, пошкоджені хворобою м'язи не напружуються істотно. Можливість виконувати певні рухи, які при звичайних умовах викликають певні труднощі, надає впевненості у своїх силах, стимулює до активного виконання навантаження, формує нові та відновлює старі нервові зв'язки.

Оздоровче плавання при хворобах рухового апарату. Оздоровче плавання, як метод корекції, відновлення, покращення загального фізіологічного стану, пристосування до особливостей стану свого тіла є одним з найефективніших і досить доступних методів впливу на вади рухового апарату [7]. Вправи оздоровчого плавання показані при функціональній недостатності стоп, статичних деформаціях рухового апарату – сколіозах (кіфозах, лордозах), плоскостопості, викривленню шийки стегна, О-подібних, Х-подібних викривленнях ніг. Вправи у воді дозволяють максимально розвантажити хребет і кінцівки, максимально зменшити вплив гравітаційних сил на тіло, збільшити амплітуду виконання рухів у всіх площинах [3]. При сколіотичних ураженнях оздоровче плавання спрямоване на корекцію тугорухливості хребта, "витягування" в горизонтальній площині м'язів спини, послаблення напруги міжреберних м'язів, м'язів грудної клітки і черева. При лордозах (викривленнях хребта в сагітальній площині, що спрямовані вигином вперед) звичайно виникає колоподібно-вигнута спина з компенсаторним викривленням в поперековому відділі і збільшенням нахилу тазу [7]. Вправи у воді при лордозах повинні бути спрямовані на попередження небажаних змін в діяльності всіх органів і систем (особливо, органів тазу у жінок). При сколіозах з яскраво вираженим вигином тулуба в той чи інший бік показане оздоровче плавання із використанням однієї плавальної "лопатки" для долоні саме тієї кінцівки, в який бік і вигинається хребет. Ці вправи надають додаткового навантаження на розтягнуті послаблені м'язи половини тулуба (грудей і спини), стимулюючи їхнє скорочення і "розтягування" симетричних груп м'язів іншої половини тулуба.

Оздоровчі вправи у воді доречно використовувати при будь-яких травмах кінцівок, переломах, вивихах, забиттях, розтягненнях зв'язок. При травмах верхніх кінцівок показані вправи аквааеробіки, вправи із використанням спеціальних додаткових знарядь (манжет, м'ячів, гумових палиць, надувних іграшок). При відновлюванні після травм нижніх кінцівок вправи у воді повинні бути спрямовані на попередження контрактур і тугорухливості суглобів [7]. Для цього використовують пересування у воді в різних положеннях тіла відносно поверхні води (при занурюванні до шиї, до грудей, до поясу), вправи з різною постановкою ніг – широко, на відстані плечей, вузько, вправи з використанням спеціальних знарядь і обтяжень, присідання, занурювання, відштовхування від бортику і ковзання по воді, багаторазові повторення махових рухів, відведення і приведення кінцівок одна до одної. Всі вправи у воді

виконуються в полегшених умовах, що окрім фізіологічного впливу, надають тим, хто займається, впевненість у власних силах, віру у можливість відновлення і в ефективність власних зусиль.

Психологами встановлено, що заняття плаванням розвивають такі риси особистості, як цілеспрямованість, наполегливість, самостійність, рішучість, дисциплінованість, уміння працювати і долати перешкоди. Саме тому оздоровче плавання впливає не тільки на фізичні властивості людини, а й на формування її особистості.

Література:

1. Артамонова Л.Л., Панфилов О.П., Борисова В.В. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура: учебное пособие для вузов.– [Отдельное издание] / В.В. Борисова и др. – М: “Владос”, 2014. – 400 с.
2. Рипа М.Д., Кулькова И.В. Лечебно-оздоровительные технологии в адаптивном физическом воспитании: учебное пособие. – [Отдельное издание] / М.Д. Рипа – М: “Юрайт”, 2017. – 170 с.
3. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения: учебное пособие. – /Под общей ред. С.П. Евсеева – М: “Советский спорт”, 2014. – 298 с.
4. Маргазин В.А. Лечебная физическая культура (ЛФК) при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и нарушениях обмена./ В.А. Маргазин. СПб: Спец.лит.,2016. – 112 с.
5. Маргазин В.А. Лечебная физическая культура (ЛФК) при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем. / В.А. Маргазин. СПб:Спец.лит., 2015. – 234 с.
6. Щанкин А.А., Николаев В.С. Двигательная активность и здоровье человека: учебное пособие. – М: Директ-Медиа, 2015. – 80 с.
7. Попов С.Н. Лечебная физическая культура. Учебник. / С.Н. Попов, Н.М.Валеев и др. М: “Советский спорт”, 2014.– 416 с.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2017 р.

Лахно А.А., Децюра С.И., Лысенко А.Г.

магистранты специальности «Среднее образование. Физическая культура»,
Мелитопольский государственный педагогический университет им. Богдана Хмельницкого

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТАРШЕКЛАСНИКОВ ЮГА УКРАИНЫ

Показано, что состояние здоровья старшеклассников северо-западного Приазовья ухудшается, в частности до 45 % (от общего количества заболеваний) составляют патологии сердечно-сосудистой системы, до 26 % – нарушения опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: состояние здоровья, реабилитация, старшеклассники, неинфекционные заболевания.

Одной из глобальных проблем современности является проблема здоровья молодого поколения. Она неотделима от проблемы человека, возникает вместе с человеком и видоизменяется соответственно движению человеческой культуры. Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков. Такое определение этого понятия содержится в преамбуле устава Всемирной организации здравоохранения. Одним из важнейших показателей состояния здоровья является уровень функционального развития ведущих адаптивных систем организма человека [3]. Здоровье является процессом сохранения и развития физиологических, биологических и психических функций оптимальной трудовой и социальной активности при максимальной продолжительности активной жизни.

Максимальный уровень здоровья человека – это цель, достижение которой должно обеспечить каждому члену общества современное государство. Однако не секрет, что современная система охраны здоровья, медицина направлены в основном на разработку новейших технологий лечения. Но больных не становится меньше, а наоборот, в мире распространяется эпидемия хронических неинфекционных заболеваний, причем среди населения самого активного возраста. Эти заболевания являются и основной причиной смерти. Такая ситуация наблюдается и в Украине, она представляет угрозу национальной безопасности государства [1]. Именно медико-социальный статус учащейся молодежи в будущем определит качество трудового, экономического, репродуктивного и оборонного потенциала страны.

Здоровье молодежи Украины характеризуется высоким уровнем заболеваемости и распространенности заболеваний, инвалидности и смертности. Заболеваемость учащихся старших классов школы 16–17 лет в период 2009–2011 гг. увеличилась в 1,6 раза и достигла 8521,4 случаев на 10 тыс. населения. Распространенность болезней за этот же период выросла в 1,8 раза, что составляет 14,9 тыс. болезней на каждые 10 тыс. молодых людей [4].

На сегодняшний день очень мало сравнительных и обобщающих работ о состоянии здоровья и самосохранительного поведения учащейся молодежи разных государств. Исследования состояния здоровья старшеклассников северо-западного Приазовья практически не проводились.

Данные положения объясняют актуальность темы исследования, которая связана с необходимостью решения проблемы по оздоровлению молодежи Украины, что имеет важное теоретическое и практическое значение.

Цель работы: проанализировать уровень состояния здоровья учащейся молодежи Украины.

Теоретико-методологическую основу работы составляет комплексное использование принципов научности, системного подхода, что и обусловило выбор методов исследования: общенаучных (анализ, синтез, систематизация, обобщение научно-методической литературы); междисциплинарных (структурно-системный подход, аксиологический метод); медико-статистических (анализ медицинской документации для определения класса заболеваний); эмпирических (анкетирование, анкета «Самооценка здоровья», методы математической статистики).

Опираясь на современную парадигму здоровья, можно констатировать, что здоровье – это целостная многомерная динамическая система определенной структуры. Здоровье нации показывает уровень качества жизни, которое определяется многими параметрами: материальными, социальными, психо-эмоциональными, развитием физкультуры и спорта.

Анализ научных публикаций за последнее время убедительно показывает, что проблема здоровья учащейся молодежи находится в поле зрения учёных. Так, российские исследователи [2] отмечают, что уровень распространенности заболеваний по данным обращаемости в 2010 г. у студентов средних специальных образовательных учреждений в возрасте 15–18 лет составляет 1445,2 %. На четвертом курсе, по сравнению с первым, происходит достоверный рост обращаемости по поводу болезней системы кровообращения в 2,4 раза, нервной системы – в 2,0 раза, болезней органов пищеварения – в 1,8 раза, уха и сосцевидного отростка – в 1,5 раза. Изучая состояние сердечно-сосудистой системы у студентов, авторы установили, что за период обучения у молодых людей как в состоянии покоя, так и при физических нагрузках наблюдается тенденция к тахикардии, развитию гипотензивных реакций, снижению мышечной работоспособности.

Это объясняется недостаточным материальным обеспечением, низким уровнем знаний и навыков по организации своего быта, чередованию труда и отдыха, организации рационального режима дня и питания. Общая заболеваемость учащейся молодежи в различных учебных заведениях колеблется от 50 до 75 % от общего числа.

Аналогичные тенденции в состоянии здоровья и заболеваемости наблюдаются и у старшеклассников Республики Беларусь [4]. Несмотря на высокий уровень общего показателя качества жизни по основным компонентам (социальное и эмоциональное функционирование, удовлетворенность жизнью, здоровье), около 30 % учащихся старших классов школ Беларуси к завершению учебы состоят на диспансерном учете, причем преобладают такие заболевания, как хронический гастрит, бронхиальная астма, язва двенадцатиперстной кишки.

Установлено [3], что среди старшеклассников Украины основными факторами, которые способствуют развитию сердечно-сосудистых заболеваний, являются: избыточное питание, низкая двигательная активность, нервно-эмоциональное перенапряжение, вредные привычки.

Изучение динамики заболеваемости старшеклассников города Мелитополя Запорожской области за 6 лет показало, что количество школьников, освобожденных по медицинским показаниям от занятий физической культурой, в основной группе неуклонно растет: 2010 г. – 17,4 %, 2011 – 22,0 %, 2012 – 22,9 %, 2013 – 31,1 %; 2014 – 34,0 %; 2015 – 35,9 %.

Результаты исследования позволяют констатировать, что уровень распространенности заболеваний в 2010–2015 гг. у старшеклассников г. Мелитополя составил 585,9 %. Изучение структуры заболеваемости в зависимости от класса обучения показало, что у девятиклассников наибольшую долю составляют заболевания органов дыхания, на втором месте – нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА), далее следуют болезни органов пищеварения, нервной системы. У выпускников школы на первое место вышли болезни сердечно-сосудистой системы, на второе – нарушения ОДА, далее – заболевания выделительной системы.

Обобщенный анализ характера заболеваний учеников старших классов города Мелитополя за 6 лет показал, что первое место занимают патологии сердечно-сосудистой системы: от 35 до 45 % (от общего количества заболеваний). Далее идут изменения ОДА (нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие), которые составляют 20–26 %. Практически на одном уровне за эти годы находятся заболевания выделительной системы (8–12 %), органов зрения (6–10 %). Прочие заболевания колеблются в пределах 5–15 %. Показатели заболеваемости в процессе обучения растут, и в выпускных классах в 1,4 раза выше, чем у девятиклассников.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют также о наличии отрицательной динамики в состоянии здоровья старшеклассников г. Мелитополя от 9 до 11 классов: среди девятиклассников к группе здоровых отнесено 32,5 % школьников, в выпускных классах – 22,6 %. И если в 9 классе хронические заболевания имеет примерно треть учащегося контингента, то в выпускных классах хронически больны уже более половины школьников.

По результатам анкетирования среди старшеклассников, самооценка здоровья зависит от класса обучения. Как «хорошее» свое здоровье оценили 56,5 %, как «плохое» – 4,5 % девятиклассников. Школьники выпускных классов оценивают свое здоровье более негативно: как «плохое» – 38,0 %, как «хорошее» – 5,9 % респондентов.

Основными причинами ухудшения здоровья школьниками названы, наряду с нерациональным режимом дня, большой учебной нагрузкой, напряженностью занятий, такие факторы, как нерациональное питание, недостаточная двигательная активность, вредные привычки. Не считают свое питание рациональным и сбалансированным 51,8 % девятиклассников и 68,3 % одиннадцатиклассников, несмотря на то, что недостаток денег как основную преграду регулярному питанию назвали только четверть всех опрошенных.

Основные элементы отдыха школьников в свободное время характеризуются преобладанием пассивных форм, только 12,5 % молодых людей занимаются спортом. Подавляющее большинство учеников (74,9 %) занимаются спортом только на занятиях физкультурой. Среди помех для более частых занятий физкультурой 77,6 % указали на недостаток свободного времени, 18,4 % – на лень и неорганизованность. При изучении физической активности школьников нами установлено, что занимаются физическими упражнениями ежедневно 9,5 % девятиклассников и 7,5 % одиннадцатиклассников.

Важнейшей чертой, характеризующей отношение к здоровью, являются вредные привычки. Изучение приобщенности к курению позволило выяснить, что курят 24,5 % школьников. Анализ мотивов курения позволяет сделать вывод о значительном вкладе психологических факторов в формирование вредных привычек. Большинство опрошенных осознают вред курения для здоровья (74,8 %). Примерно 4/5 всех респондентов (от 75,5 % до 82,0 %) собираются бросить курить в будущем. Доля лиц, которые никогда не пробовали курить, составляет 19,2 %.

Зарегистрирована высокая частота употребления алкогольных напитков старшеклассниками. Среди девятиклассников алкогольные напитки употребляют 87,1 %, выпускников – 86,7 %.

Анализ результатов исследования показал, что в современных социально-экономических условиях состояние здоровья старшеклассников остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Негативные тенденции в состоянии здоровья в значительной мере обусловлены поведением, не способствующим его сохранению и укреплению. Только 4,5 % украинских школьников старших классов находятся в зоне безопасного уровня здоровья.

В начале XXI ст. основную угрозу для здоровья составляют хронические неинфекционные заболевания, которые являются основными причинами инвалидизации и смертности взрослого населения Украины [1].

Использование целостного подхода к проблеме сохранения здоровья учащейся молодежи способствовала разработке нами комплексной реабилитационной программы, которая включала такие компоненты: блок организационно-диагностических мероприятий (клиническая, лабораторная, функциональная диагностика заболеваний разных нозологических форм), блок информационно-профилактических мероприятий (разработка и внедрение системы мероприятий информационного обеспечения преподавателей и студентов по вопросам здорового образа жизни и безопасного поведения), блок лечебно-коррекционных мероприятий (активные средства реабилитации – лечебная физкультура, гидрокинезотерапия, трудотерапия; режим труда и отдыха; закаливание; гигиена питания, сна), блок оценки эффективности проведенных мероприятий. Реализация этой программы позволит повысить уровень здоровья учащейся молодежи, сформировать стойкую мотивацию здорового образа жизни.

Достаточная двигательная активность, направленная на борьбу с гиподинамией и гипокинезией, широкое внедрение физической культуры в жизнь и быт населения способствует укреплению здоровья человека, повышению устойчивости его организма к действию различных неблагоприятных факторов внешней среды (температура, давление, загрязненность воздуха и воды, инфекции и др.), а также сохранению и восстановлению работоспособности, препятствует развитию раннего утомления и переутомления, способствует коррекции психо-эмоциональных перегрузок во время профессиональной деятельности человека.

Выводы. 1. Воздействие неблагоприятных социально-гигиенических факторов во время учебы приводит к негативным тенденциям в состоянии здоровья учащейся молодежи разных стран. Основными факторами заболеваемости старшеклассников неинфекционными болезнями являются избыточное питание, низкая двигательная активность, нервно-эмоциональные перегрузки, вредные привычки. 2. Состояние здоровья старшеклассников северо-западного Приазовья ухудшается, в частности до 45 % (от общего количества заболеваний) составляют патологии сердечно-сосудистой системы, до 26 % – нарушения опорно-двигательного аппарата. К концу обучения в школе каждый второй учащийся имеет хроническое заболевание. 3. Для повышения уровня здоровья нации необходим современный подход, базирующийся на современной парадигме здоровья. Он предполагает разработку, принятие и внедрение комплексных государственных реабилитационных программ, которые предусматривают создание условий для ведения человеком здорового образа

жизни: занятия фитнесом, рациональное питание, закаливание, отказ от вредных привычек, охрану окружающей среды от загрязнения.

Литература:

1. Айстраханов Д.Д. Узагальнені тенденції змін стану здоров'я дорослого населення України / Д.Д. Айстраханов, Г.В. Курчатова, М.Ф. Гаврилюк // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 1(5). – С. 12–19.
2. Антонова Е.В. Здоровье российских подростков 15–17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления : автореф. дис. докт. мед. наук : 14.00.33 / Е.В. Антонова. – М., 2011. – 42 с.
3. Апанасенко Г.Л. Индивидуальное здоровье: теория и практика. Введение в теорию индивидуального здоровья / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова. – К.: Медкнига, 2011. – 107 с.
4. Намаканов Б.А. Здоровьесозидающие технологии при обучении студентов высших учебных заведений / Б.А. Намаканов, М.М. Расулов // Здоровьесберегающее образование. – 2011. – № 2. – С. 98–110.

Стаття надійшла до редакції 05.12.2017 р.

Неведомська Є.О.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології
Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту
Київського університету імені Бориса Грінченка

Кадун К.О.

студентка групи ФРБ-1-16-4.0д
кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології
Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту
Київського університету імені Бориса Грінченка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В РОЗВ'ЯЗАННІ ПРОБЛЕМИ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ МОЛОДІ

У статті узагальнено інформацію про сучасний стан наркоманії в Україні. Проведене анкетування студентів-першокурсників засвідчило необхідність антинаркотичної профілактичної роботи у вищій школі. Зазначено групи факторів, що сприяють вживанню наркотиків молодими людьми. Обґрунтовано необхідність фізичної реабілітації наркозалежних, яка здатна повернути їх до нормального життя.

Ключові слова: наркотики, наркоманія, наркозалежні хворі, реабілітація наркозалежних, фізична реабілітація.

Проблема наркоманії в Україні підтверджується даними Національної стратегії щодо наркотиків (на період до 2020 року): «... співвідношення кількості наркозалежних в Україні залишається 33 особи на 10 тис. населення, що значно перевищує рівень у більшості цивілізованих країн світу. Серйозною проблемою залишається низька ефективність профілактичної роботи, лікування та реабілітації наркозалежних. Особливу небезпеку становить наркотрафік героїну та кокаїну через територію України до країн Європейського Союзу, зрощення наркобізнесу і корупції, зростання незаконного обігу синтетичних наркотиків, омолодження наркоспоживачів та ін.» [2].

Статистичні дані за 2016 рік свідчать, що в Україні перебувають на обліку 100 тисяч наркоманів, проте, за оцінками незалежних експертів кількість наркозалежних в Україні складає 1,5–2 мільйони осіб і наркоманія в Україні збільшується на 8% за рік – тенденція, одна з найвищих у світі [1]. Серед наркоманів 70% складає молодь до 25 років, у тому числі жіноча наркоманія в Україні у відсотковому співвідношенні – найвища в Європі. Ці дані свідчать, що Україна послідовно прямує до національної катастрофи: кількість наркозалежних зростає в геометричній прогресії.

Усвідомлення такого жахливого стану щодо наркозалежності української молоді спонукало нас до дослідження, **метою** якого є опитування першокурсників Київського університету імені Бориса Грінченка щодо їх ставлення до цієї проблеми, зосередження на профілактичній роботі у вищій школі, а також доведення необхідності фізичної реабілітації для наркозалежних. Зазначена мета відповідає цілі сталого розвитку України, представленої Урядом України у Національній доповіді «Цілі сталого розвитку: Україна» 15 вересня 2017 року: «**Ціль 3. Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх в будь-якому віці.** 3.5. Покращувати профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем» [3].

Анкетуванням було охоплено 40 студентів–першокурсників Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту та практичних психологів Київського університету імені Бориса Грінченка різного віку (сімнадцятирічних – 48%, вісімнадцятирічних – 32%, дев'ятнадцятирічних – 10%, від 20 до 22 років – 10%) [4]. Більшість студентів, охоплених анкетуванням, жіночої статі (68 %). Більшість опитаних

хлопців займаються спортом (92%), серед дівчат – 56% займаються спортом. Серед опитаних одна дівчина почала вживати наркотики з 14 років і вживає їх зараз декілька разів на місяць. Серед опитаних хлопців троє спробували наркотики в 16 років, проте зараз не вживають їх. Ці хлопці зазначили, що спробували наркотики з друзями на природі для зняття стресу. Всі студенти зазначили, що наркозалежної молоді збільшується в Україні і всі вони негативно ставляться до цього [4].

Аналіз відповідей [4] переконав нас у тому, що треба інформувати молодь про наркотичні речовини, їхній фізіологічний вплив на організм та розробляти профілактичні заходи проти цього ганебного явища.

На основі висновків Всесвітньої організації охорони здоров'я можна виділити чотири основні групи факторів, що сприяють вживанню наркотиків молодими людьми, зокрема:

1. Моральна незрілість особистості: негативне відношення до навчання, відсутність соціальної активності; вузьке коло і нестійкість інтересів, відсутність захоплень і духовних запитів; невизначеність у питаннях професійної орієнтації, відсутність установки на трудову діяльність, дефіцит мотивації досягнень, відхід від відповідальних ситуацій і рішень; утрата «перспективи життя»; терпимість до пияцтва.

2. Порушене соціальне мікросередовище: неповна родина; зайнятість батьків; неправильне виховання; передчасне (12–13 років) звільнення від опіки батьків; легкий і неконтрольований доступ до грошей і нерозуміння того, як вони дістаються; алкоголізм або наркоманія в кого-небудь із близьких родичів; низький освітній рівень батьків.

3. Індивідуально-біологічні особливості особистості: спадкова обтяженість у відношенні психологічних захворювань і наркоманії, важкі соматичні захворювання і нейроінфекції у ранньому дитинстві; травми головного мозку, розумові порушення і психологічний інфантилізм.

4. Індивідуально-психологічні особливості і нервово-психічні аномалії особистості: низька стійкість до емоційних навантажень, підвищена тривожність, імпульсивність, схильність до ризикованого поведіння, недостатня соціальна адаптація, особливо в складних умовах, неврози і психопатії.

Важливим соціально-виховним завданням у плані профілактики наркоманії є розробка і пошук еквівалентів наркотику як засобу об'єднання людей у певні моменти спілкування. У вищому навчальному закладі слід проводити такі види робіт з молоддю:

1. **Діагностичну**, що спрямована на ліквідацію факторів ризику залучення молодої людини до наркотиків. Реалізується шляхом збору інформації про неї, вивчення особливостей її особистості та негативних факторів, що провокують наркоманію.

2. **Прогностичну**, суть якої полягає в тому, що на основі встановленого діагнозу розробляється конкретна соціально-педагогічна програма діяльності з молодою людиною, яка передбачає етапні зміни і кінцевий результат соціальної адаптації, корекції чи реабілітації.

3. **Виховну**, що передбачає визначення змісту соціально-педагогічної діяльності, методів його реалізації, а також тих соціально важливих якостей, які повинні бути виховані у молодої людини у процесі її соціальної реабілітації.

4. **Правозахисну**, що передбачає як дотримання, так і захист прав людини.

5. **Організаторську**, яка полягає в створенні умов для повноцінного проведення вільного часу і дозвілля, організації соціально значимої діяльності молодої людини, схильної до наркоманії.

6. **Комунікативну**, суть якої полягає в тому, що в ході реалізації соціально-педагогічної діяльності виникає необхідність встановлення безлічі контактів між її учасниками з метою обміну інформації.

7. **Попереджувально-профілактичну**, яка забезпечує закріплення отриманих позитивних результатів і попереджує можливість появи рецидивів наркоманії, що досягається соціальним патронажем підопічних і оперативним реагуванням в екстремальній ситуації.

Відомо, що наркотики пошкоджують не тільки мозок і психічну діяльність, але і всі внутрішні органи і фізіологічні системи організму. Тому наркоманів після свідомої відмови від наркотиків може спасти реабілітація – психологічна, соціальна і фізична. Фізична реабілітація забезпечить відновлення фізичного здоров'я наркозалежного та його працездатності, зруйнованих у результаті вживання наркотиків. Фізична реабілітація є частиною комплексної терапії. Її застосовують на всіх етапах реабілітації, вдало поєднують як з медикаментозною, так і з психотерапією. Етапи реабілітації наркозалежних:

1) детоксикація – виведення з організму людини залишків наркотичних речовин, зняття загальної інтоксикації та абстинентного синдрому;

2) відновлення організму, яке відбувається за допомогою методів фізичної реабілітації, що залежать від рівня ускладнення, а також в сукупності з терапією супутніх наркоманії захворювань (ВІЛ, гепатит, венеричні інфекції, параноя, депресія тощо)

3) соціальна адаптація – поступовий вихід пацієнта в соціальне середовище, налагодження зв'язків, влаштування на роботу;

4) соціально-педагогічний супровід на перших етапах нового, самостійного життя.

Фізичний реабілітолог допоможе наркозалежному скласти комплекс фізичних вправ для відновлення нормальної роботи всіх фізіологічних систем організму. Але головною метою виконання фізичних вправ є те, що вони стимулюють вироблення в організмі ендорфінів, які й будуть стимулювати відповідні центри проміжного мозку, викликаючи приємні (ейфоричні) відчуття.

Висновки: 1) наркоманію в Україні можна зупинити профілактичною роботою, наполегливою роз'яснювальною роботою з молоддю загальноосвітніх та вищих навчальних закладів, що є в контексті стратегічної парадигми державної політики щодо наркотиків – потреба у всебічному переході від карального, кримінально-правового спрямування антинаркотичних заходів до лікувально-профілактичних як найбільш плідних у контексті подолання наркоманії; 2) колишні наркомани бувають, тобто після свідомого припинення вживання наркотиків у минулому наркозалежний може повернутися у нормальне життя, якщо йому на допомогу прийде фізичний реабілітолог з відповідною програмою реабілітації.

Література

1. Катастрофічні масштаби наркоманії в Україні // Реабілітаційний центр «Сила волі», 2016. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://silavoli.od.ua/blog/katastroficheskie_masshtaby_narkomanii_v_ukraine/2016-02-10-5

2. Національна стратегія щодо наркотиків (на період до 2020 року). 28 серпня 2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80>

3. Цілі сталого розвитку 2016-2030. Національна доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна», 15 вересня 2017 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholitia/tsili-staloho-rozvytku>

4. Неведомська Є.О., Кадун К.О. Наркоманія серед молоді та як її уникнути / Євгенія Олексіївна Неведомська, Карина Олегівна Кадун // «Первый независимый научный вестник». – № 19. – 2017. – С. 10–14.

Стаття надійшла до редакції 22.11.2017 р.

Олійник І.С.

аспірантка кафедри водних видів спорту
ПДАФКІС

Дорошенко Е.Ю.

доктор фізичного виховання і спорту,
професор кафедри фізичної реабілітації,
спортивної медицини, фізичного
виховання і здоров'я ЗДМУ

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ СПОРТИВНОЇ КОМАНДИ ВІД ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КВАЛІФІКОВАНИХ ВОЛЕЙБОЛІСТОК

Стаття присвячена проблемі залежності психологічного клімату від індивідуально-психологічних особливостей спортсменів. Проаналізовано роль психологічного клімату в спортивній команді. Визначено характерні риси та основні особливості особистості спортсменів. Проведено дослідження з метою виявлення індивідуально-психологічних особливостей спортсменів і психологічного клімату, в якому приймало участь 13 кваліфікованих волейболісток команди «Орбіта–ЗТМК–ЗНУ» (Запоріжжя).

Ключові слова: спортивна команда, психологічний клімат, індивідуально-психологічні особливості.

Постановка проблеми. Сучасний рівень розвитку спорту вимагає від спортсменів та їх тренерів не тільки підвищення показників фізичної і техніко-тактичної майстерності, а й психологічної в цілому. Одним з показників психологічної підготовки в спорті є психологічний клімат команди, який відіграє велике значення на шляху досягнення високих спортивних результатів, особливо в ігрових видах спорту. Саме тому, стає актуальним урахування індивідуально-психологічних особливостей суб'єктів навчально-тренувального процесу з метою формування позитивного психологічного клімату команди.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Вивченням особливостей психологічного клімату в спортивних командах займалися такі вчені: Кенані С. (2003); Ложкін Г.В., Бринзак С.С., Драчук А.І., Костюкевич В.М. (2006); Воробйов М.І., Бринзак С.С. (2009); Пантік В.В., Митчик О.П., Жигун К.Ф. (2010); Dillulio P. (2015); McLaren C.D., Mah E., Spink K.S. (2016) та інші.

Вивченням особистісного фактору та його прояву в психологічному клімату спортивної команди займався Кенані С. (2004).

Питання зв'язані з особистістю спортсмена, його особистісними характеристиками проаналізовано в роботах таких науковців: Кенані С. (2004); Воронова В.І., Шутова С.Є. (2006); Воробійов М.І., Бринзак С.С. (2009); Артеменко, Т.Г. (2010); Іващенко О.О. (2014); David S., Larson M. (2016); Міхнов А.П. (2017) та інші.

Мета – дослідити взаємозв'язок психологічного клімату спортивної команди з індивідуально-психологічними особливостями кваліфікованих волейболісток.

Об'єкт – психологічний клімат кваліфікованих волейболістів.

Предмет – особистісні психологічні характеристики волейболісток.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури і мережі Інтернет; анкетування; методи математичної статистики.

Виклад основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.

Психологічний клімат спортивної команди залежить від різних об'єктивних і суб'єктивних чинників: взаємодії між членами команди, успіху діяльності, вікових особливостей, почуттів, настроїв, мотивів, потреб і стосунків між спортсменами, а також від індивідуально-психологічних особливостей спортсменів [9; 10].

Психологічний клімат являє собою так зване «дзеркало», що відображує ставлення спортсменів до тренувального процесу, до тренера, один до одного, до суддів, адміністрації, до спортивної діяльності в цілому.

Недостатнє приділення уваги такому поняттю як психологічний клімат значно знижує можливості команди в досягненні спортивних результатів, розкриття ігрового потенціалу кожного члена спортивного колективу, зводить до мінімуму тренерського складу щодо керівництва командою [1; 3].

Особистість спортсмена, її психологічні особливості формуються під впливом різних факторів і видів діяльності, в яких він бере участь. На розвиток їх особистості впливають трудова та громадська діяльність, навчання та освіта, художнє виховання. До цього треба додати вплив різних взаємин, в які спортсмени вступають з іншими людьми в побуті і в процесі всіх видів діяльності, а також вплив засобів масової інформації – театру, кіно, радіо, наукової та художньої літератури [6; 8].

В результаті сукупного впливу всіх цих факторів у спортсмена складаються певні риси його світогляду, суспільні потреби і інтереси, характерні для людини моральні риси особистості. Оскільки вплив цих чинників на різних людей в тій чи іншій мірі різний і ніколи не збігається, особистість спортсмена, як і кожної іншої людини, завжди індивідуальна і неповторна [2; 4].

Можна зробити висновки, що характерним для спортсмена є:

1. всебічний фізичний розвиток, досягнутий на базі вдосконалення в процесі спортивної діяльності життєво важливих фізіологічних функцій організму;
2. висока ступінь загальної працездатності організму;
3. видатна (у порівнянні зі звичайним середнім рівнем) здатність володіння власним тілом, що виражається в досконалості рухових навичок, умінь і супутніх їм здібностей – сили, витривалості, швидкості і координованості рухів;
4. розвинуті процеси відчуттів, особливо м'язово-рухових і зорових, а також процеси сприйняття; підвищена здатність помічати і виділяти суттєві для виконуваної діяльності моменти в навколишньому середовищі й у власних рухах і діях;
5. великий досвід переживання різних емоційних станів і почуттів, пов'язаних з активними проявами особистості; розвинена здатність керувати своїми емоційними станами;
6. позитивні вольові сторони особистості, здатність до витрат максимальних вольових зусиль для досягнення необхідної мети; вміння швидко орієнтуватися і приймати правильні рішення в ситуаціях, що вимагають негайних активних дій;
7. морально-вольові якості особистості: дисциплінованість, рішучість, сміливість, готовність до подолання великих об'єктивних і суб'єктивних труднощів.

Дискусії психологів стосовно проблеми особистості іноді носять тільки теоретичний характер. Ряд фахівців вважають, що особистість виявляється в більш зовнішніх або периферичних характеристиках, включаючи явні реакції на життєві ситуації, конституцію людини і те, як вона діє. Інші вважають, що для оцінки і розуміння цілісної особистості необхідне застосування спеціальних методик, таких, як проєктивні тести або тривалі психотерапевтичні сеанси.

В процесі життєдіяльності колективу кожен спортсмен робить свій внесок у психологічний клімат команди й відчуває на собі його вплив. У спортсменів залежно від ступеня задоволеності, ролі в команді, взаємин із партнерами та тренером виникає настрій, який впливає на загальний емоційний настрій інших членів команди.

Спортсмен повинен розуміти соціальне значення моральних норм, визнавати їх, прагнути своїми діями і вчинками відповідати їм, переживати їх порушення. Сукупність норм кожної спортивної команди характеризує її ціннісні орієнтації, особливості емоційних реакцій, рівень моральної вихованості її членів, адже емоційне життя спортивної команди надзвичайно багате [4].

Можна виділити головні особливості спортсменів, а саме:

- максимальне напруження всіх фізичних і психічних сил спортсмена під час цієї взаємодії, без чого не можна домогтися ефективної змагальної діяльності;

• систематичні, тривалі, наполегливі спортивні тренування, що вносять серйозні корективи в режим життя та побутові умови [7].

З метою виявлення індивідуально-психологічних особливостей спортсменів і психологічного клімату було проведено дослідження, в якому приймало участь 13 кваліфікованих волейболісток команди «Орбіта–ЗТМК–ЗНУ» (Запоріжжя).

В процесі дослідження були використані такі методики:

1) Методика «Індивідуально-типологічний опитувальник ІТО (Л. Собчик)».

2) Методика «Оцінка морально-психологічного клімату в колективі» Л.М. Лутошкіна.

3) Методика «Оцінка психологічної атмосфери в колективі» Л. Жедунова.

Завдяки методиці «Індивідуально-типологічний опитувальник ІТО (Л. Собчик)» [5] було виявлено, що найвищі середньо групові показники припадають на такі шкали, як тривожність та лабільність (5,8), а найнижчі – агравація (0,8) та брехня (3,2).

Отримані дані обумовлюються особистісними характеристиками, властивостями особистості, рисами характеру, силою та спрямованістю мотивації, стилем міжособистісного спілкування і пізнавальних процесів спортсменів (див. таблицю 1).

Таблиця 1.

Результати опитування кваліфікованих волейболісток за методикою «Індивідуально-типологічний опитувальник ІТО (Л. Собчик)»

№ п/п	Назва шкали	Середньогрупові показники
1.	Неправда	3,2
2.	Агравація	0,8
3.	Екстраверсія	5,5
4.	Спонтанність	4,5
5.	Агресивність	4,2
6.	Ригідність	4,5
7.	Інтроверсія	3,8
8.	Сенситивність	5,6
9.	Тривожність	5,8
10.	Лабільність	5,8

В результаті застосування методики «Оцінка морально-психологічного клімату в колективі» Л.М. Лутошкіна [5] було виявлено, що середній коефіцієнт суб'єктивних оцінок (ОПК) дорівнює 5,52 (від 5,5 до 7,0 – сприятливий, здоровий психологічний клімат).

Але також було виявлено, що: 3 волейболістки (23%) вважають, що колектив поділяється на «привілейованих» і «знехтуваних», слабких нерідко висміюють, ставляться до них поблажливо; 3 спортсменки (23%) вважають, що новачки відчувають себе зайвими, чужими, до них нерідко виявляється ворожість; 3 гравця (23%) вважають, що у важких випадках колектив «падає духом», спостерігається розгубленість, виникають сварки, взаємні звинувачення; 2 волейболістки (15,4%) вважають, що критичні зауваження носять характер явних і відкритих; 1 спортсменка (7,7%) вважає, що колектив неможливо підняти на спільну справу, кожен думає тільки про власні інтереси; 1 гравець (7,7%) вважає, що угруповання конфліктують між собою (див. таблицю 2).

Таблиця 2.

Результати опитування кваліфікованих волейболісток за методикою «Оцінка морально-психологічного клімату в колективі» Л.М. Лутошкіна

Номера питань	№ п/п													Середні коефіцієнти суб'єктивних оцінок по кожному пункту
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	
1	7	5	7	7	6	6	6	6	4	6	7	6	7	6,15
2	6	5	7	7	6	6	5	7	6	6	7	4	7	6,07
3	7	4	5	7	6	6	6	1	6	7	6	7	6	5,69
4	6	4	7	6	6	5	5	7	4	7	6	7	6	5,84
5	7	4	7	6	5	5	6	7	6	5	6	7	6	5,92
6	7	5	6	7	5	5	6	1	6	3	6	6	6	5,3
7	6	6	7	6	5	5	6	6	6	4	6	7	6	5,84

8	5	6	7	7	5	5	2	6	5	2	3	5	6	4,92
9	5	6	6	6	5	4	5	7	5	4	6	7	6	5,53
10	7	4	5	6	7	6	3	1	4	3	6	7	6	5
11	5	4	5	6	6	5	1	6	5	5	5	7	6	5,07
12	3	5	3	7	5	6	4	2	5	5	6	6	7	4,92
13	5	5	4	4	6	7	7	6	5	4	7	7	6	5,61
Коефіцієнт суб'єктивної оцінки соціально-психологічного клімату (K)	5,84	4,84	5,84	6,3	5,61	5,46	4,76	4,84	5,15	4,69	5,92	6,38	6,23	
Середній коефіцієнт суб'єктивних оцінок соціально-психологічного клімату (K ср)	5,52													

З метою вирішення кожної проблеми окремо нами були розроблені рекомендації тренеру команди, а саме:

1 проблема: 3 волейболістки (23%) вважають, що колектив поділяється на «привілейованих» і «знехтуваних», слабких нерідко висміюють, ставляться до них поблагливо.

Рекомендації:

* Для вирішення цієї ситуації можна застосувати прийом «відсвіт від зірки», тобто тренеру сприяти більш тісному контакту «ізольованих» гравців команди спілкуватися з лідерами групи (наприклад: ставити в пари при розминці).

* Привселюдно хвалити, приводити в приклад знехтуваних гравців, в разі успіху і звертати увагу на помилки «зірок» на очах у всієї команди.

2 проблема: 3 спортсменки (23%) вважають, що новачки відчувають себе зайвими, чужими, до них нерідко виявляється ворожість.

Рекомендації:

* При впровадженні нового члена в команду тренеру потрібно представити його «старожилам», вказавши на його попередній досвід, досягнуті вершини, перемоги, спортивну кваліфікацію.

* Ввести традицію знайомства нового члена команди з існуючим складом.

3 проблема: 3 гравця (23%) вважають, що у важких випадках колектив «розкисає», спостерігається розгубленість, виникають сварки, взаємні звинувачення.

Рекомендації:

* Під час гри і взяття тайм-ауту виконувати певний жест, дію, голосовий сигнал спільно з тренером, з метою підняття командного духу.

* Тренеру під час гри вести облік успіхів і невдач кожного спортсмена, щоб після гри робити аналіз гри, тобто вказувати на об'єктивні помилки і досягнення, з метою подальшого запобігання невдач.

В кінці кожного аналізу мотивувати спортсменів на успіх, вселяти віру в перемогу тільки спільними зусиллями.

4 проблема: 2 волейболістки (15,4%) вважають, що критичні зауваження носять характер явних і відкритих.

Рекомендації:

* Якщо зауваження лунають із боку самого тренера, то бути більш стриманим і толерантним по відношенню до своїх вихованців.

* Тренеру диференціювати і варіювати характер зауважень в залежності від характеру і темпераменту спортсмена.

* Якщо зауваження лунають із боку спортсменів, то тренеру необхідно негайно припинити це зауваженням перед всією командою, або особисто віч-на-віч, в залежності від характеру і темпераменту спортсмена-бунтівника.

* Введення днів конференцій, де кожен спортсмен може задати свої питання і висловити свої зауваження команді і тренеру.

* Ведення щоденника самоконтролю спортсмена.

5 проблема: 1 спортсменка (7,7%) вважає, що колектив неможливо підняти на спільну справу, кожен думає тільки про власні інтереси.

Рекомендації:

* Проведення бесід тренера зі спортсменами, з метою згуртування колективу, формування почуття «ми».

* Формування стенду досягнень команди, де будуть розміщуватись грамоти, фотографії, виставлені кубки, з метою підвищення самооцінки.

6 проблема: 1 гравець (7,7%) вважає, що угруповання конфліктують між собою.

Рекомендації:

* Проведення бесід тренера зі спортсменами, з метою об'єднання колективу.

* Бесіди тренера з усією командою, які включають інформацію про основні труднощі при взаємодії спортсменів у конфлікті, засобах дозволу міжособистісних, міжгрупових конфліктів, стилях поведінки, методах саморегуляції в спорті.

* Спільне проведення вільного часу в позатренувальний час.

Отже, можна стверджувати, що в цілому в колективі волейбольної команди морально-психологічний клімат знаходиться на достатньо високому позитивному рівні, але в той же час ми можемо стверджувати, що він потребує оптимізації з метою видалення недоліків і підвищення ефективності змагальної діяльності.

Методика «Оцінка психологічної атмосфери в колективі» Л. Жедунова [5] показала, що атмосфера в групі волейбольної команди сприятлива (див. додаток Ж). Цей висновок було отримано після розрахування середньогрупового коефіцієнту по кожній позитивній і по кожній негативній якості, а також середньогрупового коефіцієнту за всіма позитивними і за всіма негативними якостями. Найвищий середньогруповий коефіцієнт позитивних якостей припадає на такі якості, як співробітництво та взаємна підтримка (8), тобто 88,9 %, а негативної якості – нерезультативність (2,8), тобто 31,1 %. Середньогруповий коефіцієнт за всіма позитивними якостями дорівнює 7,3, тобто 81,1 %, а за всіма негативними – 2, тобто 22,2 % (див. таблицю 3). Отже, середньогруповий коефіцієнт за всіма позитивними якостями (952) переважає над негативними (262). На підставі цього було встановлено, що атмосфера в команді для більшості членів команди знаходиться на позитивному рівні, але виявлені проблеми вимагають негайного вирішення.

Таблиця 3.

Результати опитування кваліфікованих волейболісток за методикою «Оцінка психологічної атмосфери в колективі» Л. Жедунова

№ питання	Середньогруповий коефіцієнт	Середньогруповий коефіцієнт з позитивних якостей, та негативних якостей
1.	102/7,8	952/7,3*
2.	97/7,5	
3.	85/6,5	
4.	92/7,1	
5.	84/6,5	
6.	96/7,4	
7.	104/8	
8.	104/8	
9.	95/7,3	
10.	93/7,2	
11.	20/1,5	262/2**
12.	25/1,9	
13.	33/2,5	
14.	28/2,2	
15.	36/2,8	
16.	25/1,9	
17.	23/1,8	
18.	20/1,5	
19.	31/2,4	
20.	31/2,4	

* 1–10 – позитивні якості

**11–20 – негативні якості

На підставі аналізу проведених досліджень можна стверджувати, що психологічний клімат – це соціально-психологічне явище, що формується під впливом різних об'єктивних і суб'єктивних чинників, характеризує емоційно-психологічну стійкість як окремого спортсмена, так і команди в цілому. В команді з позитивним психологічним кліматом спортсмени здатні реалізовувати свій потенціал в процесі тренувань і змагань, проявляти здібності та талант. Важливим в спортивній діяльності є прийняття особистості спортсмена, його індивідуальність, як цінність. Врахування психологічних особливостей кожного спортсмена є запорукою успіху в досягненні високих спортивних результатів.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується проведення дослідження, з метою визначення залежності психологічного клімату спортивної команди від індивідуально-психологічних особливостей спортсменів з урахуванням статевих відмінностей.

Література:

1. Драчук А.І. Психологічна сумісність та структура психологічного клімату в спортивній команді / А.І. Драчук // Теоретико-методичні основи контролю у фізичному вихованні та спорті. – Вінниця ТОВ «Планер», 2017. – С. 103–115.
2. Кенани С. Особистісний фактор і його прояви в психологічному кліматі спортивної команди // Фізична культура, спорт та здоров'я нації: Зб. наук. праць. – Випуск 5 / Редкол. К.П. Козлова (голова) та ін. – Вінниця: ДОВ „Вінниця”, 2004. – С. 390–394.
3. Пантік В.В. Психологічний клімат спортивної команди. Сумісність членів спортивної команди / В.В. Пантік, О.П. Митчик, К.Ф. Жигун // Молодіжний науковий вісник: Фізичне виховання і спорт: зб. наук. пр. / М-во освіти і науки України, Волин. нац. ун-т імені Лесі Українки; уклад. А. В. Цьось, В. П. Романюк. – Луцьк, 2010. – С.103–107.
4. Родионов А.В. Психология физической культуры и спорта: учебник для студ. высш. учеб. заведений / А.В. Родионов, В.Ф. Сопов, В.Н. Непопалов и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 368 с.
5. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.
6. Шапошникова В.И. Индивидуализация и прогноз в спорте / В.И. Шапошникова. – М.: ФиС, 1984. – 245 с.
7. Шутова С.Є. Психологічні фактори, які забезпечують ефективність змагальної діяльності баскетболістів високої кваліфікації: Автореф. дис. канд. наук з фіз. вих. і спорту – К., 2000. – С. 3–22.
8. Bormann K.C., Schulte-Coerne P., Diebig M., Rowold J. Athlete Characteristics and Team Competitive Performance as Moderators for the Relationship Between Coach Transformational Leadership and Athlete Performance / Journal of sport and exercise psychology / K.C. Bormann, P. Schulte-Coerne, M. Diebig, J. Rowold. – Germany. – 2016. – P. 268–281
9. McLaren C.D., Mah E., Spink K.S. Psychological climate and social support among male and female team athletes: Does perceiving the team environment matter? / Journal of Exercise, Movement, and Sport / C.D. McLaren, E. Mah, K.S. Spink. – 2016. – Vol. 48. – №1. – P. 118–119.
10. Morgan S.H., Newland A., Newton M., Podlog L., Baucom B.R. Perceptions of the Social Psychological Climate and Sport Commitment in Adolescent Athletes: A Multilevel Analysis / Journal of Applied Sport Psychology / S.H. Morgan, A. Newland, M. Newton, L. Podlog, B.R. Baucom. – 2017. – Vol. 29. – P. 75–87.

Стаття надійшла до редакції 05.12.2017 р.

Слюсарев В. Ф.

кандидат біологічних наук,
доцент кафедри спортивно-педагогічних і біологічних дисциплін
Комунального закладу ХГПА Харківської обласної ради

Кисіль М. С.

студентка Комунального закладу ХГПА Харківської обласної ради

УДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ ЗАСОБАМИ ВОЛЕЙБОЛУ

У статті розглядаються теоретичні та практичні аспекти вдосконалення технічної та фізичної підготовленості студентів ВНЗ 1-го та 2-го років навчання засобами волейболу.

Ключові слова: студенти, фізичне виховання, волейбол, здоров'я, фізична підготовленість.

Постановка проблеми. Корінні зміни соціально-економічного життя України, в тому числі формування національної системи освіти, залежать від низки складових, однією з яких є фізичне виховання дітей, учнівської та студентської молоді. Як свідчить вітчизняний і міжнародний досвід, фізичне виховання і спорт у вищому навчальному закладі має широкі можливості для формування професійної та загальної культури особистості. Отже, основним завданням освіти студентів є формування соціально активного, всебічно розвиненого, висококультурного, фізично і морально здорового фахівця.

Програма фізичного виховання для ВНЗ складається з багатьох розділів. Одним з них є розділ «Спортивні ігри». Спортивні ігри сформувалися на основі ігрової діяльності, властивій людині. Гра займає важливе місце в житті людини. Особливості спортивних ігор визначаються специфікою змагальної діяльності, яка відрізняє їх від інших видів спорту. Однією з найпопулярніших ігор є волейбол [1; 4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Гра у волейбол – це не тільки ефективний засіб фізичного виховання, а й засіб активного та корисного відпочинку. Ця динамічна гра розвиває в людини такі якості як швидкість, влучність, витривалість, спритність, силу. Поряд з розвитком технічної, тактичної та фізичної підготовленості волейбол, через свою специфіку, сприяє вихованню морально-вольових якостей, передусім товариства, мужності, взаємодопомоги, толерантності тощо [3].

Змагання з волейболу вимагають від спортсменів прояву сміливості, рішучості, витримки, вміння долати труднощі, а чітке дотримання правил гри сприяє вихованню організованості та дисципліни.

Заняття волейболом позитивно впливають на організм людини. Дії спортсмена пов'язані з емоційним збудженням, відповідними реакціями організму. Все це зміцнює руховий апарат людини, удосконалює процес обміну речовин, кровообігу, дихання. Характерна для волейболу швидка зміна ігрових ситуацій сприяє багатосторонньому розвитку функцій зорової, слухової кінестетичної та вестибулярної сенсорних систем. Також різнобічно розвиваються сконцентрованість, розподіл, швидкість переключення, стійкість та обсяг уваги [2].

Над розвитком і впровадженням методики гри з волейболу працювали такі вчені: А. В. Біляєв, 2007; Н. А. Бернштейн, 1991; А. А. Вербицький, 1991; А. А. Демчишин, Ю. Д. Железняк, 1978, 1979; Г. К. Зайцев, 1993; А. В. Івойлов, 1990, 1972, 1987; В. С. Кочарова, 1981; М. М. Медвідь, С. М. Попов, 1985; М. П. Піменов, 1975, 1967; Н. В. Стратій, О. І. Грищенко, А. Г. Істомін, Ю. А. Веретельникова, А. О. Посипайко, Д. В. Куцій, 2012; В. О. Пустовалов, 2011; Л. К. Грищенко, О. М. Школа, Д. В. Пятницька, 2016.

Мета дослідження – розробка, обґрунтування та експериментальна перевірка методики вдосконалення фізичної підготовленості студентів ВНЗ у процесі занять з волейболу.

Об'єкт дослідження – навчально-виховний процес фізичної підготовки студентів 1–2 курсів ВНЗ.

Предмет дослідження – зміст, форми, засоби, методи вдосконалення фізичної підготовленості студентів у процесі занять з волейболу.

Методи дослідження:

- аналіз і узагальнення навчально-методичної літератури;
- анкетування;
- педагогічне спостереження;
- педагогічний експеримент;
- педагогічне тестування;
- методи статистичної обробки даних.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.

Теоретичні методи дали змогу уточнити, розширити і систематизувати наукові факти, пояснити термінологію щодо вдосконалення фізичної підготовленості студентів ВНЗ у процесі занять з волейболу, перейти від конкретного до абстрактного знання з волейболу. Аналіз літератури допоміг розкласти досліджуваний матеріал на складові, виділити ознаки і проблеми вдосконалення фізичної підготовленості студентів 1 – 2 курсів ВНЗ.

Було проведено письмове анкетування на тему «Види спорту», яке надало змогу визначити, якому виду спорту і чому віддають перевагу студенти. Анкета містила 20 запитань по 4 варіанти відповідей на них. Студентам пропонувалося обрати 1 варіант. Близько 88% опитаних студентів обрали гру «Волейбол», якою хотіли б займатися. Саме тому гру у волейбол ми обрали для вдосконалення фізичної підготовленості студентів та заохочування їх до занять. За результатами первинного обстеження, спрямованого на визначення стану фізичної підготовленості, фізичної працездатності та уваги студентів 1 – 2 курсів, було сформовано дві

групи по 15 студентів. Студенти мали відносно однаковий стан фізичної підготовленості, фізичного розвитку та загальної фізичної працездатності.

Перша група студентів (контрольна) продовжила навчатися за загально прийнятою програмою. Друга група (експериментальна) навчалася за програмою з волейболу з метою покращення здоров'я, підвищення рівня фізичного розвитку, фізичної підготовленості, загальної фізичної працездатності, профілактики втоми та заохочування до занять.

Студенти займалися за визначеними програмами 5 місяців. У кінці кожного місяця проводилися контрольні тестування для виявлення динаміки стану фізичної підготовленості та фізичної працездатності.

Контрольні тестування, що проводилися в однакових для всіх умовах, дозволили об'єктивно визначити показники педагогічного процесу, що вивчаються.

Оцінювання інтенсивності фізичного навантаження на заняттях з волейболу здійснювалося за методом пульсометрії таким чином: перед початком заняття обирався середній за рівнем фізичного розвитку та фізичної підготовленості студент. У нього вимірювався пульс на початку заняття, після підготовчої й основної частин заняття та після його закінчення. За норму вважалась частота серцевих скорочень (ЧСС) в межах 141 – 160 уд./хв з піком на 25-й хв занять.

Для виявлення рівня розвитку фізичних якостей студентів застосовували загальноприйняті тести. Для визначення фізичної витривалості використовувався біг на дистанцію 800 м (дівчата) та 1500 м (хлопці). Швидкісні якості оцінювали за результатом бігу на дистанцію 100 м. Для оцінювання розвитку сили було обрано вправу на згинання і розгинання рук в упорі лежачи. Спритність тестували, використовуючи човниковий біг 10 × 5 метрів. Тест на гнучкість – «Сходинка». У таблиці 1 надані норми показників розвитку фізичних якостей (окремо для дівчат (Д) і хлопців (Х)).

Таблиця 1

Норми показників розвитку фізичних якостей для дівчат (Д) та хлопців (Х) 17–18 років

№	Фізичні якості	Показники					
		Низькі		Середні		Високі	
		Д	Х	Д	Х	Д	Х
	Витривалість (м)	3.55 – 4.10	6.00 – 6.20	3.25 – 3.40	5.20 – 5.40	3.10	5.00
2.	Швидкість (с)	16,4 – 15,7	14,9 – 14,0	15,6 – 14,9	13,9 – 13,3	14,8 – 14	13,2 – 13
3.	Сила (кільк. раз.)	7 – 15	20 – 28	16 – 20	28 – 38	21 – 24	38 – 44
4.	Спритність (с)	12,0 – 11,4	10,7 – 9,8	11,3 – 11	9,7 – 9,3	10,9 – 9,2	9,2 – 8,8
5.	Гнучкість (см)	5 – 8	7 – 8	9 – 13	9 – 11	14 – 15	21 – 13

Наприкінці експерименту зі студентами обох експериментальних груп були проведені змагання з волейболу, для виявлення їхнього рівня технічної та фізичної підготовленості.

Отримані результати дослідження оброблялися методами математичної статистики, обчислювалися середньоарифметичні значення показників в обох досліджуваних групах.

Первинний аналіз показників розвитку фізичних якостей студентів експериментальної групи показав, що низькі показники розвитку фізичних якостей мають 48%, середні показники – 26,6%. Високий рівень виявлений у 25,4% студентів (таблиця 2).

За кінцевими результатами тестування студентів експериментальної групи виявлено покращення всіх показників розвитку фізичних якостей. Так, кількість низьких показників зменшилась на 23,7%, а середніх і високих збільшилась на 9% та 15,3 % відповідно (таблиця 3).

У контрольній групі показники покращились несуттєво. Низькі показники зменшились у середньому на 5 – 6%, а показники норми збільшились на 7%.

У студентів експериментальної групи виявлено покращення функціонального стану систем кровообігу і дихання, нормалізувався пульс та артеріальний тиск. У 25% учасників зменшився індекс маси тіла. Отже, заняття з волейболу допомагають позбутися зайвої ваги та покращити здоров'я.

На основі результатів тестування можемо зробити висновки щодо покращення всіх показників розвитку фізичних якостей студентів експериментальної групи. Найкращі результати були отримані під час тестування гнучкості та спритності. Також за результатами кінцевого тестування сили низькі показники зменшились на 20%.

Таблиця 2

Показники розвитку фізичних якостей у експериментальній групі на початку експерименту

№ з/п	Гнучкість (см)			Сила (кільк. раз)			Витривалість (м)			Швидкість (с)			Спритність (с)		
	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
Дівчата															
1.	4	-	-	10	-	-	310	-	-	16,2	-	-	11,8	-	-
2.	2	-	-	9	-	-	420	-	-	-	15,1	-	11,5	-	-
3.	6	-	-	5	-	-	350	-	-	16	-	-	13,1	-	-
4.	5	-	-	-	16	-	430	-	-	-	15,3	-	-	11	-
5.	3	-	-	8	-	-	280	-	-	-	-	14,8	-	11,2	-
6.	-	9	-	15	-	-	370	-	-	15,9	-	-	12,2	-	-
7.	5	-	-	11	-	-	-	480	-	16,1	-	-	11,9	-	-
8.	2	-	-	8	-	-	400	-	-	-	15,5	-	-	11,1	-
9.	-	11	-	13	-	-	-	520	-	15,7	-	-	11,6	-	-
10.	-2	-	-	7	-	-	250	-	-	16,5	-	-	12,1	-	-
Хлопці															
11.	6	-	-	10	-	-	530	-	-	-	13,5	-	9,8	-	-
12.	7	-	-	14	-	-	-	600	-	-	13,3	-	-	9,4	-
13.	-	11	-	-	30	-	-	580	-	-	13,9	-	-	9,2	-
14.	8	-	-	21	-	-	500	-	-	14,2	-	-	10,5	-	-
15.	8	-	-	19	-	-	470	-	-	14,5	-	-	10	-	-
Всього	12	3	-	13	2	-	11	4	-	8	6	1	10	5	--
%	80	20	-	86,7	13,3	-	73,3	26,7	-	53,3	40	6,7	66,7	33,3	-

Таблиця 3

Показники розвитку фізичних якостей у експериментальній групі наприкінці експерименту

№ з/п	Гнучкість (см)			Сила (кільк. раз)			Витривалість (м)			Швидкість (с)			Спритність (с)		
	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
Дівчата															
1.	6	-	-	10	-	-	410	-	-	15,8	-	-	-	11,2	-
2.	3	-	-	10	-	-	-	530	-	-	-	14,8	-	11,3	-
3.	6	-	-	8	-	-	-	540	-	15,7	-	-	13	-	-
4.	-	9	-	-	18	-	430	-	-	-	14,9	-	-	-	10,8
5.	3	-	-	7	-	-	300	-	-	-	-	14,8	-	11,1	-
6.	-	11	-	-	17	-	400	-	-	-	15,0	-	12	-	-
7.	-	9	-	11	-	-	-	480	-	16	-	-	11,5	-	-
8.	4	-	-	9	-	-	400	-	-	-	-	14,5	-	-	10,9
9.	-	-	14	-	16	-	-	520	-	-	15,5	-	-	11,1	-
10.	1	-	-	7	-	-	300	-	-	16,3	-	-	11,9	-	-
Хлопці															
11.	7	-	-	10	-	-	-	570	-	-	-	13,1	-	9,5	-
12.	7	-	-	14	-	-	-	600	-	-	-	13,2	-	-	9
13.	-	-	12	-	35	-	-	580	-	-	13,5	-	-	-	9,1
14.	-	9	-	-	28	-	520	-	-	14	-	-	10,1	-	-
15.	-	10	-	19	-	-	500	-	-	14,2	-	-	-	9,7	-
Всього	8	5	2	10	5	-	8	7	-	6	4	5	5	6	4
%	53,3	33,3	13,4	66,7	33,3	-	53,3	46,7	-	40	26,7	33,3	33,3	40	26,7

Висновки і перспектива подальших досліджень. Визначивши структурні елементи фізичної підготовки студентів 1–2 курсів ВНЗ у процесі занять з волейболу можна стверджувати, що систематичний розвиток фізичних якостей сприяє покращенню здоров'я та успішному оволодінню прийомами техніки гри і тактичних взаємодій. У юнацькому віці велика увага приділяється силовій підготовці та спеціальній витривалості.

Після порівняння змін у показниках експериментальної та контрольної групи стає очевидною перевага занять волейболом порівняно зі звичайними заняттями фізичної культури.

Метою подальшого дослідження є індивідуалізація навчально-тренувального процесу, що сприятиме підвищенню його ефективності.

Література:

1. Айрапетьянц Л. Р. Спортивні ігри (техніка, тактика, тренування). / Л. Р. Айрапетьянц, М. А. Годік. – Т : Вид-во ім. Ібн Сіні, 2004. – 165 с.
2. Грищенко Л. К. Основи навчання гри у волейбол : навчально-методичний посібник / Л. К. Грищенко, О. М. Школа, Д. В. Пятницька. – Х. : ФОРМ БРОВІН, 2016. – 190 с.
3. Пустовалов В. О. Волейбол (теорія і методика навчання) : навчально-методичний посібник / В. О. Пустовалов. – Черкаси. – 2011. – 65 с.
4. Стратій Н. В. Методика навчання техніки гри у волейбол студентів вищих навчальних закладів : Навчальний посібник. / Н. В. Стратій, О. І. Грищенко, А. Г. Істомін, Ю. А. Веретельникова, Д. В. Куций, А. О. Посипайко. – ХНМУ, 2012 р. – 104 с.

Стаття надійшла до редакції 05.12.2017 р.

Філенко Л.В.

кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри інформатики та біомеханіки
Харківської державної академії фізичної культури

Церковна О.В.

кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри фізичного виховання
Харківського національного університету радіоелектроніки

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я У СТУДЕНТІВ 20–22 РОКІВ ЗАСОБАМИ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

У статті представлені результати дослідження показників рівня функціонального стану та адаптаційних можливостей організму студентів магістратури академії фізичної культури.

Ключові слова: інформаційні технології, здоров'я, студенти, адаптація, функціональні показники.

Постановка проблеми. У сучасній спортивній науці все частіше встає проблема збереження та поліпшення рівня здоров'я спортсменів, використання технологій спрямованих на формування у них здорового способу життя. Вченими встановлено наявність негативного впливу інтенсивних фізичних навантажень на зальний стан здоров'я спортсменів [1; 5], але ще більшої шкоди завдає функціонуванню організму різке припинення тренувань [14; 16]. У практиці навчально-тренувального процесу викладачі, тренери стикаються з проблемами млявості, інертності, виснаження студентів, спортсменів на заняттях. Дослідження факторів впливу на фізичний стан організму студентів 20–22 років є важливим у рамках сучасного стану розвитку інформаційних технологій, при якому студенти, окрім інтенсивних занять спортом, багато часу приділяють роботі за комп'ютером.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В дослідженнях В.С. Ашаніна та інших вчених [2–4] встановлено тісні взаємозв'язки між кількістю часу роботи за комп'ютером та фізичним станом організму досліджуваних [9; 11]. Вплив інформаційного середовища навчання та контролю знань на формування особистості студента, його інтелектуальної та когнітивної складової визначено у роботах Л.В. Філенко [10; 12–13], які не лише висвітлюють проблеми інформаційного забезпечення сфери фізичної культури та спорту, але й акцентують увагу на проблемі формування здорової, гармонійно розвинутої особистості.

Важливими факторами формування здорового способу життя, підтримки функціонування організму на високому рівні та унеможливлення адаптаційних зривів в організмі молодої людини можливе за умови раціонального використання засобів фізичної культури. Так, у дослідженнях О.В. Романюк зазначається про позитивний вплив занять калланетикою [8], у дослідженнях О.В. Церковної вказується на дозування фізичних навантажень та їх рівномірний розподіл протягом доби [15], у роботах Т.Ю. Круцевич [6] говориться про позитивний вплив засобів рекреації на рівень функціонування організму людини, формування його фізичного здоров'я. Під керівництвом О. І. Міхеєнка проведено комплексні наукові дослідження з формування здорового способу життя у людей різного віку засобами фізичної культури [7]. Вченими доказана необхідність занять фізичною культурою та спортом як здоров'яформуючий фактор.

При проведенні теоретичного огляду стану вивчення проблеми збереження здорового способу життя та підвищення функціональних можливостей організму у молодих людей 20–22 років під впливом великих фізичних навантажень та після припинення спортивних тренувань нами було виявлено наявність недостатнього висвітлення цього питання.

Мета дослідження: виявити показники рівня розвитку функціональних можливостей організму студентів 20–22 років, які закінчили спортивну діяльність та таких, що є діючими спортсменами.

Об'єкт дослідження: навчально-тренувальний процес студентів 20–22 років.

Предмет дослідження: рівень функціонального стану та адаптаційного потенціалу у студентів магістратури ХДАФК.

Методи дослідження. Для проведення дослідження ми використовували наступні комплекси методологічного інструментарію:

- теоретичні – аналіз літературних джерел передбачав висвітлення проблеми змін у функціональних показниках стану здоров'я студентів вищих навчальних закладів фізичної культури при активному тренувальному процесі та після закінчення спортивної діяльності;
- емпіричні методи дослідження використовувалися на етапі педагогічного спостереження за навчально-тренувальним процесом студентів, антропометричні вимірювання та функціональні проби використовували для визначення індивідуальних показників стану здоров'я досліджуваних;
- статистичні методи були задіяні на останньому етапі дослідження для встановлення індивідуальних та групових моделей рівня розвитку функціонального стану організму та адаптаційного потенціалу у досліджуваних.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. У дослідженні приймали участь 96 студентів магістратури Харківської державної академії фізичної культури денної форми навчання. Серед них 36 студентів (18 дівчат та 18 юнаків) не є діючими спортсменами та закінчили спортивну діяльність. 60 досліджуваних (30 дівчат та 30 юнаків) активно займаються спортом, тренуються не менше 8 годин на тиждень та ведуть активне спортивне життя. Таким чином, ми створили чотири основні групи (ОГ) досліджуваних. У досліджуваних студентів були проведені антропометричні вимірювання та функціональні проби. Ми досліджували вік (В), масу (МТ) та довжину (ДТ) тіла, показники частоти серцевих скорочень (ЧСС) у стані спокою та під впливом фізичних навантажень, визначали артеріальний тиск систоли (АТс) та діастолу (АТд).

Отримані показники ми вносили до комп'ютерної математико-статистичної бази даних, розробленої викладачами кафедри інформатики та біомеханіки. Засобами розробки було розраховано рівня функціонального стану (РФС) організму людини, використовуючи формулу (1):

$$R_{\text{ФС}} = \frac{(700 - 3 \cdot \text{ЧСС} - 2,5 \cdot [\text{ДД} + 0,33 \cdot (\text{СД} - \text{ДД})] - 2,7 \cdot \text{В} + 0,28 \cdot \text{МТ})}{(350 - 2,6 \cdot \text{В} + 0,21 \cdot \text{ДТ})} ; (1).$$

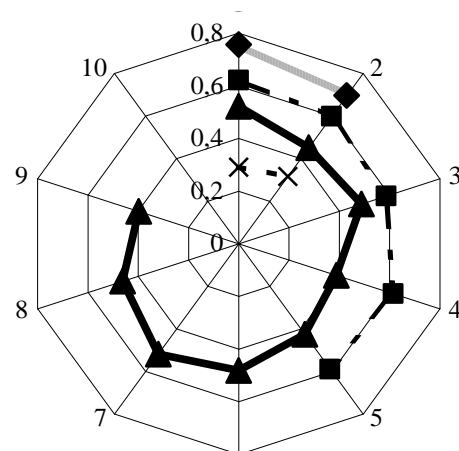
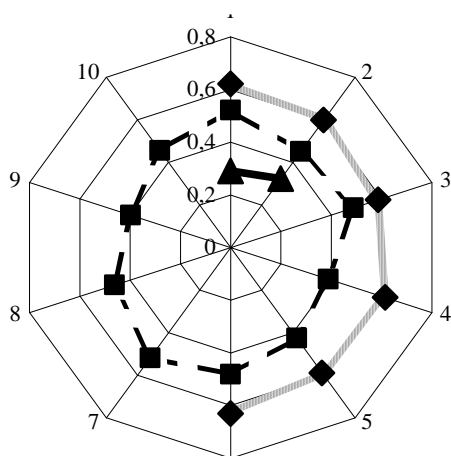
Нормативи для оцінки показників рівня функціонального стану організму досліджуваних 20–22 років представлені у таблиці 1 та детально обґрунтовані у дослідженнях В.І. Шандригось [17].

Таблиця 1.

Оцінка рівня функціонального стану організму людини

Показник	Оцінка
0,826 та більше	Високий
0,825–0,676	Вище середнього
0,675–0,526	Середня
0,525–0,376	Нижча середньої
0,375–0,225	Низька

Основна група 1 (n=18) досліджуваних дівчат, які не займалися спортом протягом тривалого часу, показала результати на середньому (33,3%) та нижче середнього (55,5%) рівня, спостерігалось дві спортсменки (рис.1(а)), які показали низький РФС.



а) ОГ1 – дівчатка (n=18)
б) ОГ2 – юнаки (n=18)

Рис. 1. Рівень функціонального стану організму студентів 20–22 років, які не займаються активними фізичними навантаженнями.

У хлопців, які не займаються спортом (рис. 1(б)), рівень функціонального стану дещо кращий між у дівчат, спостерігалось два результати вище середніх показників. Але при цьому, статистично достовірних відмінностей між показниками функціонального стану організму дівчат та хлопців ОГ1 та ОГ2 не спостерігалось ($t=1,26$; $p<0,05$).

Дещо інші результати показало дослідження рівня функціонального стану у студентів ОГ3 ($n=30$) та ОГ4 ($n=30$), які активно тренуються та виступають на спортивних змаганнях.

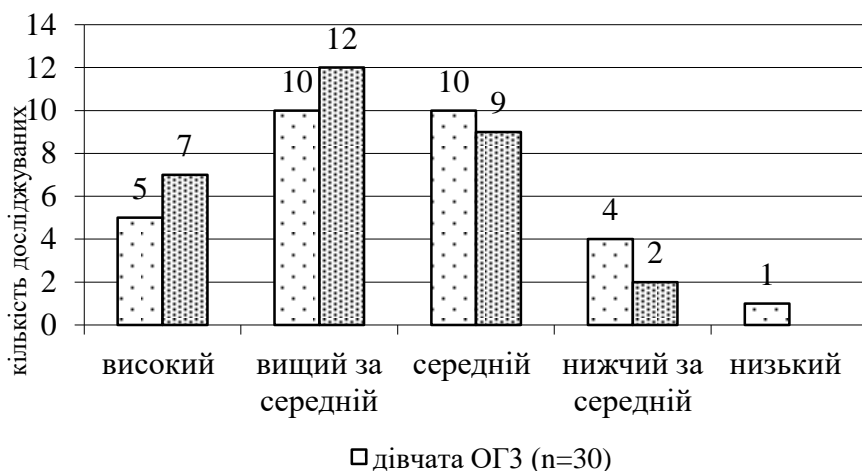


Рис. 2. Показники рівня функціонального стану у студентів-спортсменів 20–22 років

Як видно на рисунку 2, спостерігається нормальний розподіл показників як у дівчат так і у юнаків з незначною перевагою в сторону високих показників. Виявлено низький рівень функціонального стану у однієї досліджуваної студентки, що пояснюється погіршенням стану її здоров'я на момент проведення емпіричних вимірювань. Нижче за середній рівень функціонального стану спостерігалось у 13,3% дівчат та 6,6% юнаків що є спортсменами. В той час як у студентів ОГ1 та ОГ2 ці показники були значно вищі.

Таким чином, можна стверджувати що рівень функціональних показників стану здоров'я у студентів, які займаються спортом, значно кращий, ніж у тих, що закінчили спортивну діяльність та не мають фізичних навантажень протягом навчання у магістратурі.

Адаптаційні можливості організму виявляють міру індивідуального стану здоров'я. Адаптаційний потенціал (АП) студентів ми виявили та проаналізували з використанням сучасних інформаційних технологій. Для його розрахунку реєструвалися наступні показники: ЧСС, артеріальний тиск систоли та діастолі, вік, маса тіла, довжина тіла, які вводилися до комп'ютерної програми та розраховувалися за формулою 2:

$$АП = 0,011ЧСС + 0,014АТс + 0,008АТд + 0,014В + 0,009МТ - 0,009ДТ - 0,27 ; (2)$$

Оцінка адаптаційного потенціалу представлена у таблиці 2.

Таблиця 2.

Оцінка адаптаційного потенціалу

Бали	Оцінка	Рекомендації
<2,1	Нормальна адаптація	Заняття без обмежень
2,11–3,2	Напруження механізмів адаптації	Заняття по спеціальній програмі
3,21–4,3	Незадовільна адаптація	Заняття обмежені
>4,31	Зрив механізмів адаптації	Заняття ЛФК

Отримані результати дослідження свідчать про наявність достовірних відмінностей у показниках дівчат ОГ1, які не займаються спортом, та дівчат ОГ3, які є діючими спортсменками ($t=5,06$; $p>0,001$). Такі ж відмінності спостерігаються і між показниками досліджуваних юнаків в ОГ2 та ОГ4 ($t=4,82$; $p>0,001$). Середній рівень показників адаптаційного потенціалу та розсіювання результатів дослідження по групах студентів 20–22 років представлено у таблиці 3.

Результати дослідження рівня адаптаційного потенціалу у студентів-спортсменів (ОГ3 та ОГ4), та студентів, які не мають активних фізичних навантажень (ОГ1 та ОГ2)

Групи досліджуваних студентів	$\bar{X} \pm m$	σ	t; p
ОГ1 – дівчата (n=18)	3,29±0,18	0,75	t = 5,14; p>0,001
ОГ3 – дівчата (n=30)	2,22±0,11	0,60	
ОГ2 – юнаки (n=18)	3,13±0,21	0,87	t = 4,82; p>0,001
ОГ4 – юнаки (n=30)	2,06±0,08	0,46	

Таким чином, можна констатувати необхідність фізичних навантажень для молодшої людини 20–22 років у якості фактора поліпшення рівня здоров'я, функціонального стану організму та протікання адаптаційних процесів.

Перспективи подальших досліджень полягають у виявленні рівня функціонального стану, адаптаційного потенціалу та біологічного віку у людей 30–40 років, які мають фізичні тренування та таких, що не займаються фізичною культурою.

Література:

1. Апанасенко Г. Л. Индивидуальное здоровье: теория и практика. Введение в теорию индивидуального здоровья / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. – К. : Медкнига, 2011. – 107 с.
2. Ашанин В.С. Компьютерный учебник «Математические основы спортивной информатики» / В.С. Ашанин, Л.В. Кравченко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків, 1999. – №2. – С.88–90.
3. Ашанин В. С. Использование компьютерных технологий при подготовке специалистов в вузах физической культуры / В. С. Ашанин, Л.В. Філенко // Матеріали II Міжнародної наукової конференції студентів «Спортивна наука на рубежі століть». – К., 2000. – С. 49–51.
4. Ашанин В. С. Оптимізація засобів фізичного виховання при підготовці учнів та студентів 15–17 років з використанням інформаційних технологій / В. С. Ашанин, Л. В. Філенко, І. Ю. Філенко, Г. С. Полторацька // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. – Чернігів, 2017. – В.143. – С.3–7.
5. Баламутова Н.М. Мониторинг состояния здоровья студентов харьковских высших учебных заведений / Н. М. Баламутова, О. Э. Коломійцева // Слобожан. наук.-спорт. вісник, 2013. – № 1. – С. 56–59.
6. Круцевич Т. Ю. Рекреация у фізичній культурі різних груп населення : наук. посібник / Т. Ю. Круцевич. – К. : Олімпійська література, 2010. – 248 с.
7. Лянна Г. Ю. Здоровий спосіб життя та загальна культура особистості: взаємозв'язок, формування, шляхи розвитку / Г. Ю. Лянна, О. І. Міхеєнко // Проблеми здоров'я людини та фізичної реабілітації: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С.131–134.
8. Романюк О. В. Зміна кореляційних взаємовідношень показників фізичного стану студенток зі сколіозом II–III ступенів у процесі занять калланетикою / О. В. Романюк, Ю. В. Романюк, А. М. Тучак // Проблеми здоров'я людини та фізичної реабілітації: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С.193–201.
9. Філенко Л. В. Информационные технологии при подготовке студентов вузов физической культуры / Л. В. Філенко, І. Ю. Філенко, Ю. І. Петренко, Ю. М. Петренко // Матеріали міжд.науч.-практ. конф. «Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта». – Барнаул, 2015. – С.159–167.
10. Філенко Л. В. Комп'ютерні навчальні та контролюючі програми у фізичному вихованні та спорті / Л. В. Філенко // Науковий часопис. Серія 15: «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)»: зб.наук.пр. – Київ, 2016. – В.10(80)16. – С.139–145.
11. Філенко Л. В. Компьютерные обучающие программы при самостоятельной подготовке студентов высших учебных заведений физической культуры / Л. В. Філенко, Ю. І. Горбатенко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – К., 2008. – В.4. – С.70–73.
12. Філенко Л. В. Інформаційне забезпечення тестування знань при підготовці фахівців з фізичної культури та спорту в умовах кредитно-модульної системи / Л. В. Філенко, М.С. Нестеренко // Роль фізичної культури та спорту в становленні та зміцненні генофонду України. – Полтава, 2006. – С.10–14.
13. Філенко Л. В. Вплив інтелектуальних здібностей студентів на формування здорового способу життя / Л. В. Філенко, О. В. Церковна // Інтеграційні питання сучасних технологій, спрямованих на здоров'я людини: збірник наукових праць. – Харків, 2017. – В.1. – С.214–217.

14.Церковна Е. В. Проблемы поиска путей оптимизации процесса физического воспитания в высших учебных заведения // Е. В. Церковная, А. И. Приходько, А. В. Попрошаев // Педагогіка, психологія і медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків, 2008. – №8. – С. 154–158.

15.Церковна О. Аналіз структури захворюваності студентів різнопрофільних вишів для пошуку шляхів оптимізації фізичного виховання / О. Церковна, Л. Барібіна, Л. Філенко, В. Пасько, Г. Полторацька, О. Басенко // Спортивна наука України. – Львів, 2017. – №2(78). – С.47–56.

16.Церковная Е. Динамика изменений структуры и уровня заболеваемости студентов технического вуза / Е. Церковная, В. Осипов, Л. Филенко, В. Пасько // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків, 2017. – №2(58). – С.102–106.

17.Шандригось В. І. Методи дослідження фізичного стану школярів в процесі фізичного виховання / В. І. Шандригось // Методичні рекомендації на допомогу студентам денної та заочної форм навчання. – Тернопіль: ТДПУ, 2001. – 156с.

Стаття надійшла до редакції 02.12.2017 р.

РОЗДІЛ 5. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВАЛЕОЛОГІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Грибок Н.М.,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури і здоров'я
ДДПУ імені Івана Франка

Іляшевич В.В.
студент I курсу магістратури спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»
ДДПУ імені Івана Франка

ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ

У статті розглядаються особливості фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку з дефектами постави. Зосереджено увагу на фізіологічних та морфологічних показниках дитячого організму.

Ключові слова: молодший шкільний вік, постава, дефекти постави, скелет, фізичне виховання, фізичні навантаження.

Постановка проблеми. Серед захворювань опорно-рухового апарату одне з перших місць як за частотою, так і за складністю патологічних змін займають різні види порушень постави. У свою чергу, питання виправлення постави представляє одну з найбільш актуальних проблем дитячого здоров'я, так як постава розглядається не тільки як один з факторів, що характеризують певне положення тіла людини в просторі, але і як найбільш істотний показник формування стану здоров'я людини [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У працях вітчизняних і зарубіжних авторів достатньо повно вивчені процеси формування постави, причини, що призводять до різних порушень, різні методи її корекції (В. Арсланов, Л. Бородич, І. Ловейко, І. Пенькова, А. Потапчук, А. Сулімов та ін.). Але, незважаючи на досить глибоке теоретичне опрацювання даної проблеми, вона, судячи зі значного числа дітей молодшого шкільного віку, що мають відхилення в формуванні постави, залишається невирішеною в даний час.

Мета полягає у висвітленні особливостей фізичного розвитку зростаючого дитячого організму, розкритті питань організації фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку з порушеннями постави.

Викладення основного матеріалу. У науково-методичній літературі, що присвячена організації і методиці фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку, все частіше звертається увага на необхідність враховувати індивідуальні біологічні особливості розвитку організму. Основою формування фізичних якостей і їх розвитку під впливом спрямованих систематичних тренувальних впливів є морфологічні показники [1, 2 та ін.].

Загальновізано, що до молодшого шкільного віку відносяться діти 7–10 років. У цей віковий період організм дитини інтенсивно росте і розвивається. Найважливішими показниками фізичного розвитку дітей і підлітків є довжина і маса тіла. Зміна їх в процесі онтогенезу відбувається нерівномірно. Різниця між цими ланками носить не тільки кількісний, але і якісний характер [3]. За рік, наприклад, в більшості випадків, у дітей молодшого шкільного віку довжина тіла збільшується на 4–5 см, вага – на 2–3 кг, а окружність грудної клітки – на 2–3 см.

Мінімальний приріст довжини тіла спостерігається у віці з 7 до 8 років у дівчаток і з 8 до 9 років у хлопчиків. З 7,5 до 11,5 років у хлопчиків спостерігається рівномірне збільшення довжини тіла на 4,4 см в рік (на 5,76% попереднього року, або на 2,8% від остаточної довжини тіла). Тоді як рівномірний приріст тіла у дівчаток спостерігається з 8,5 до 11,5 років і становить 4,8 см в рік (5,33% показника попереднього року, або 2,78% від остаточної довжини тіла). Зростання у хлопчиків збільшується переважно за рахунок довжини ніг, у дівчаток – в більшій мірі за рахунок довжини тулуба [4].

Таким чином, істотний вплив на формування постави, з позиції розвитку рухових якостей, надають темпи зміни соматичних показників, які відображаються в збільшенні довжини тіла, його маси і інших антропометричних характеристиках.

Аналіз відмінностей фізичних, анатомічних і психологічних властивостей у дітей молодшого шкільного віку вказує на необхідність індивідуального підходу до вибору засобів і методів фізичного виховання при формуванні у дітей правильної постави.

При плануванні навчально-тренувального та виховного процесу необхідно звертати увагу на обов'язкове врахування особливостей фізичного розвитку зростаючого дитячого організму і формування його скелета [5, 6].

При плануванні фізичних навантажень важливо враховувати ступінь розвитку опорно-рухового апарату. У руховому апараті розрізняють пасивну та активну частини, функціональні значущості яких різні. До пасивної частини відносять кістки та їх сполуки, складові скелету людини. Активною частиною опорно-рухового апарату є скелетні м'язи, прикріплені до кісток. При нарузі м'язи зміцнюють окремі ланки скелета, а при скороченні приводять їх в рух. Навіть невелика зміна дисбалансу в структурі опорно-рухового апарату призводить до порушення формування постави [7].

Опорно-руховий апарат у дітей молодшого шкільного віку містить велику кількість хрящової тканини. Тому хребет, що складається з хребців і міжхребцевих дисків, має велику гнучкість. При цьому мускулатура його недостатньо розвинена. Відносно велика висота міжхребцевих дисків і недостатній розвиток м'язової системи хребта відображаються на його нестабільності. Саме тому він схильний до ірраціонального формування, що ми і спостерігаємо при численних порушеннях постави у дітей молодшого шкільного віку.

Некомфортні для організму рухові дії, такі, як різкі поштовхи під час приземлення в стрибках, нерівномірне навантаження на ліву і праву ногу, можуть викликати небажані зміни в кістках таза і зонах росту кісток. Надмірні статичні навантаження на нижні кінцівки при завершеному окостенінні призводять до плоскостопості у дітей [8].

Найбільш інтенсивне зростання кісток тазу спостерігається в перші три роки життя [2]. В процесі зрощення кісток таза можна виділити кілька етапів: 5–6 років (початок зрощення); 7–8 років (зростаються лобкова і сіднична кістки); 14–16 років (кістки таза вже майже зрощені); 20–25 років (кінець повного зрощення). Зазначені терміни, на наш погляд, необхідно враховувати при трудових рухах і виконанні фізичних вправ. Наприклад, при різних стрибках з великої висоти незрощені кістки тазу зміщуються, це призводить до неправильного їх зрощення і звуження виходу з порожнини малого таза. Порушення зрощення також викликають надмірне неправильне сидіння або стояння, перенесення великих тягарів, особливо при нерівномірному розподілі навантаження. Це, в свою чергу, може привести до торсійного розвитку не тільки таза, але і нижніх кінцівок, що є головною причиною розвитку порушень постави [4].

Все різноманіття функцій, здійснюваних опорно-руховим апаратом, можна об'єднати в дві великі групи: механічні і біологічні. До механічних функцій відносять захисну, опорну, локомоторну і ресорну [9].

Скелет, утворюючи стінки ряду порожнин (грудної порожнини, порожнини черепа, порожнини таза, хребетного каналу і т.п.), виконує захисну функцію для розташованих в порожнинах скелета життєво важливих органів. Тому неправильно сформована постава в дитячому віці може згубно надалі відбитися на будові порожнин скелета, що, в свою чергу, може не тільки знизити рівень захисту внутрішніх органів, але і викликати відхилення у функціонуванні цих органів [4].

Скелет служить жорстким, стійким до стиснення каркасом тіла. Він допомагає тілу зберігати певну форму, забезпечуючи опору для всієї маси тіла, і, протидіючи силі тяжіння, підтримувати положення тіла в просторі. Це одна з умов для здійснення пересування людини. Скелет так само є опорою для м'язів і внутрішніх органів, які фіксуючись до кісток, утримуються в своєму положенні.

Локомоторна функція скелета проявляється в тому, що кістки – це важелі, які приводяться в рух м'язами (через нервову систему), обумовлюючи різні рухові акти (біг, ходьбу, стрибки і т.п.).

Ресорна функція скелета визначається його здатністю пом'якшувати поштовхи і потрясіння (завдяки склепінній будові стопи, хрящовим прокладкам між кістками в місцях їх з'єднання, зв'язкам всередині з'єднання кісток, вигинів хребетного стовпа) [10].

Біологічні функції, які несуть кісткові утворення людини, тобто її скелет, пов'язані з обміном речовин і, перш за все, з мінеральним обміном. Кістки – це свого роду «депо» мінеральних солей кальцію і фосфору (99% кальцію у людини знаходиться в кістках) [4]. Крім того, кістки скелета людини, та й усіх хребетних, відіграють велику роль в кровотворенні. Червоний кістковий мозок, що знаходиться в них виробляє еритроцити, зернисті форми лейкоцитів і кров'яні пластинки. При цьому в кровотворній функції бере участь не тільки кістковий мозок, а й кістки в цілому. Доведено, що посилена м'язова діяльність, впливаючи на кістку, сприяє поліпшенню кровотворення. Дана обставина зайвий раз доводить необхідність повноцінної рухової активності для ефективного росту і розвитку дітей, в тому числі і дітей молодшого шкільного віку [3].

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується розробити методику фізичної реабілітації порушень постави дітей молодшого шкільного віку в умовах додаткових до шкільної програми занять з фізичної культури.

Література:

1. Бразите И.К. Эффективность влияния самостоятельно выполняемых во внеурочное время дифференцированных упражнений на физическое состояние младших школьников : автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.К. Бразите. – Шауляй, 1986. – 16 с.

2. Кравчук, Т.А. Методика оздоровительной тренировки детей 6 года жизни : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Т.А. Кравчук. – Омск, 1996. – 22 с.
3. 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.
4. Головенский, А.Н. Школьный сколиоз / А.Н. Головенский // Будь здоров. – 1997. – № 2. – С. 71 – 79.
5. Дамекер, И.С. Оценка эффективности занятий лечебной физической культурой : методические указания / И.С. Дамекер. – Л., 1986. – 40 с.
6. Лях, В.И. Ориентиры перестройки физического воспитания в общеобразовательной школе / М.И. Лях // Теория и практика физической культуры. – 1990. – № 9. – С 10 – 14.
7. Горшевская, В.С. Лечебная физическая культура : учебник для студентов медиков / В.С. Горшевская, Е.М. Древинг. – М. : Медицина, 1994. – 199 с.
8. Winter, R. Moe J. A Plea for the Routine School Examiner of Children for Spinal Peformiti / R. Winter, J. Moe. – Minn med., 1974. – P. 419–424.
9. Кашуба, В.А. Биомеханика осанки / В.А. Кашуба. – М. : Олимпийская литература, 2003. – 279 с.
10. Черилл, Изаксон. Основы йоги / Изаксон Черилл. – пер. с англ. – СПб. : Питер Паблишинг, 1997. – 224 с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Дубяга О.Ю.

студентка 7-го курсу факультету дошкільної і спеціальної освіти та історії
КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР

Проскурняк О.І.

доктор психологічних наук,
завідувач кафедри корекційної освіти та спеціальної психології
КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР

МЕТОДИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМ ІНТЕЛЕКТУ

У статті розглядається формування здорового способу життя в учнів спеціальних шкіл-інтернатів. Подані методи та форми, які доцільно використовувати для формування здорового способу життя дітей з інтелектуальними порушеннями.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, порушення інтелекту, учні спеціальних шкіл інтернатів.

Головним завданням сучасної системи спеціальної освіти є створення належних умов для розвитку і самореалізації кожної особистості з обмеженими можливостями як громадянина держави, формування громадянської свідомості підростаючого покоління. У складних соціально-економічних умовах сьогодення найбільш важливим завданням є проблема інтеграції цих дітей у суспільство. Розв'язання вищезазначених завдань неможливе без забезпечення належного рівня здоров'я дітей з вадами розвитку.

Окремі аспекти психічного та фізичного здоров'я та формування здорового способу життя у дітей з вадами розвитку вивчали: І. Бех, Л. Дробот, І. Єременко, Д. Ісаєв, В. Кащенко, М. Коренєв, В. Липа, О. Мастюкова, Є. Павлютенков, М. Певзнер, А. Селецький, В. Синьов, Л. Співак, Б. Шостак, І. Шишова та ін.

Незважаючи на значний доробок вчених, проблема збереження та покращення здоров'я дітей з вадами інтелекту є актуальною і на сьогодні, оскільки окремі аспекти цієї проблематики вивчені недостатньо. Удосконалення системи валеологічної освіти та виховання, забезпечення належного рівня фізкультурно-оздоровчої діяльності у допоміжних школах є необхідною та вкрай важливою складовою громадянського виховання, спрямованою на соціальну інтеграцію розумово відсталих осіб. Здоров'я людини передбачає збереження й розвиток її психічних і фізіологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності за максимальної тривалості життя.

Поняття здорового способу життя охоплює різноманітні елементи, що стосуються всіх сфер здоров'я: фізичної, психічної, соціальної та духовної. Здоров'я залежить не тільки від біологічних, генетичних і психофізіологічних задатків людини, а й від її культури, тобто різних способів реалізації соціальних та природних сил індивіда.

Збереження й відновлення здоров'я перебувають у прямій залежності від рівня культури особистості. Поняття «культура здоров'я» формулюють як певний рівень медико-валеологічної грамотності населення, стан соціального благополуччя, ступінь розвитку творчих сил, фізичних,

психічних і розумових здібностей людини, виражених в організації її життєдіяльності, у ставленні до самої себе, інших людей, до природи. Основним критерієм культури здоров'я визначають стан оптимальної відповідності, гармонії між біологічним, психологічним і соціальним у житті й діяльності людини [2].

У Національній доктрині розвитку освіти в Україні «виховання свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої соціальної цінності, формування гігієнічних навичок і засад здорового способу життя, збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я учнів» визначено серед пріоритетних завдань шкільної освіти [4].

Основною метою діяльності педагога має бути – створення умов для збереження та зміцнення здоров'я учнів, формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

У процесі формування в учнів навичок здорового способу життя педагогу доцільно керуватися такими пріоритетами:

- вірити в цінність кожної дитини;
- дотримуватись конфіденційності;
- надавати позитивну інформацію;
- бути порадником, а не моралістом;
- поважати думку й позицію дитини;
- акцентувати увагу дитини на власних позитивних рисах, характеристиках і здобутках.

Спеціальна школа-інтернат повинна стати «школою здорового стилю життя» учнів, де будь-яка їхня діяльність – навчальна, спортивна, розважальна, а також прийом їжі і рухова активність та ін., носитиме оздоровчо-педагогічну спрямованість і сприятиме вихованню у дітей з інтелектуальною недостатністю звичок, а потім і потреб до здорового способу життя, формування навичок прийняття самостійних рішень щодо підтримки і зміцнення свого здоров'я [3].

Найчастіше у школярів з розумовою відсталістю відсутня зацікавленість у заняттях оздоровчого характеру. На думку Г. Зайцева, це пов'язано з тим, що, по-перше, рекомендації щодо здорового способу життя насаджуються дітям найчастіше в повчально-категоричній формі і не викликають у них позитивних емоційних реакцій, а по-друге, самі дорослі рідко дотримуються зазначених правил в повсякденному житті, і діти добре це бачать. Крім того, виконання необхідних правил здорового способу життя вимагає від людини значних вольових зусиль, що вкрай важко для дитини із затримкою розвитку, що має розлади емоційно-вольової сфери. Виходячи з цього, заняття оздоровчо-педагогічного характеру повинні бути систематичними і комплексними, викликати у дитини позитивні емоційні реакції, по можливості містити елементи дидактичної гри і рухові вправи. Крім того, матеріали подібних занять повинні знаходити відображення у всіх режимних моментах навчально-виховного процесу спеціальної школи – навчальних заняттях, режимі дня, уроках фізичної культури, ритміки, виховних заняттях, позакласних і позашкільних заходах [1].

Для формування здорового способу життя дітей з інтелектуальними порушеннями необхідно об'єднати зусилля всіх дорослих, які оточують дітей, вчителів, вихователів, лікарів та ін., з метою створення навколо учнів атмосфери наповненою потребами, традиціями і звичками здорового способу життя. Таким чином, у дітей з ранніх років повинна формуватися певна культура поведінки і відповідний стиль життя. Це особливо актуально стосовно турботи про здоров'я дітей з розумовою відсталістю.

З метою реалізації завдання формування в учнів з порушеннями інтелекту навичок здорового способу життя педагогу необхідно використовувати такі форми організації виховання:

- заняття з валеології, охорони та безпеки життєдіяльності учнів;
- гурткові, клубні заняття;
- облік учнів, схильних до правопорушень, куріння, вживання алкогольних та наркотичних речовин;
- дні, тижні здоров'я та профілактики шкідливих звичок;
- колективні творчі справи; конкурси малюнків, творів;
- родинні свята та свята здоров'я;
- рольові ігри, вікторини, ігрові програми;
- екскурсії та походи по рідному краю;
- години спілкування на свіжому повітрі;
- диспути, дискусії, круглі столи;
- регулярне оновлення настінної інформації;
- презентація матеріалів періодичної преси;
- перегляд та обговорення фільмів;
- використання елементів народної педагогіки (прислів'я, приказки, народні рухливі ігри, фізична культура козаків тощо) під час проведення занять у другій половині дня;
- співпраця з батьками учнів з питань формування культури їхнього здоров'я та здоров'я їхніх дітей (профілактичні консультації, тематичні колективні та індивідуальні бесіди, лекторії, круглі столи, тренінги, зустрічі з медиками, психологами, юристами, пожежниками, інспекторами дорожнього руху тощо);
- розробка пам'яток тощо [3].

Отже, формуючи культуру здоров'я учнів з порушеннями інтелекту, педагог повинен допомогти їм усвідомити важливість розумного, дбайливого ставлення до власного здоров'я, прищепити почуття відповідальності, розуміння, що саме здоров'я визначає якість життя; формувати прагнення бути здоровим; сприяти засвоєнню системи знань і практичних навичок здорового способу життя та безпечної поведінки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Денисенко Н. Формування свідомого ставлення до здоров'я / Н. Денисенко // Дошкільне виховання. – 2008. – № 9. – С. 3–8.
2. Єжова Т.Є. Нормативно-правова основа охорони здоров'я дітей з порушеннями психофізичного розвитку в навчальних закладах / Т. Є. Єжова // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2014. – Вип. 26. – С. 99–105.
3. Желева О. І. Формування навичок здорового способу життя: метод. посіб. / О.І. Желева. – Золотоноша, 2014. – 147с.
4. Національна доктрина розвитку освіти України в XXI ст. // Освіта України. – 2002. – № 33.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2017 р.

Миджга О. В.

студентка II курсу
факультету Педагогічної освіти і соціальної роботи
Східноєвропейського національного університету
імені Лесі Українки

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ВАДАМИ ЗОРУ

У статті розглядаються основні методи адаптивного фізичного виховання молодших школярів з вадами зору, а також актуальні його проблеми, вирішення яких має на меті забезпечити краще фізичне виховання та адаптацію дітей з обмеженими можливостями до навколишнього середовища

Ключові слова: адаптивне фізичне виховання, фізична культура, інвалідність, порушення зору, адаптація.

Постановка проблеми: На сьогоднішній день досить інтенсивно розвивається та удосконалюється виховний процес. Зважаючи на те, що в Україні багато дітей з вадами зору відбувається впровадження в освітні програми різноманітних інноваційні технології, які спрямовані на повноцінний, всебічний, гармонійний розвиток молодшого школяра з даними порушеннями в соціальному середовищі.

Адаптивне фізичне виховання – новий напрям у системі освіти і науки, що вивчає аспекти фізичного виховання дітей, що мають в результаті захворювань або травм різні стійкі порушення життєво важливих функцій організму і обмеження фізичних можливостей. [1]

Адаптивне фізичне виховання – це отримання психофізичного розвантаження, великий спектр емоційних переживань, активний відпочинок і розвага, повнота спілкування з ровесниками, самодіяльна творчість. Але без належного інтересу до здійснення діяльності, без усвідомленого мотиву до заняття неможливий процес адаптивної фізичної культури і як результат – оптимальний фізичний стан. Тому саме люди які оточують дитину повинні змотивувати її до виконання певних дій та забезпечити нормальні умови для цього.

Сучасне АФВ в Україні має юридичне забезпечення і належить до державної системи реабілітації інвалідів. У світовій спільноті Україна вигідно відрізняється передовою правовою базою, що гарантує державну підтримку та забезпечення фізичного виховання і спорту інвалідів. [4]

Метою адаптивного фізичного виховання є формування і розвиток рухової активності, фізичних і психічних здібностей, що забезпечують адаптацію людини до свого стану здоров'я, довкілля, суспільства і різних видів діяльності. [1]

У ході адаптивного фізичного виховання, на думку Л. В. Шапкової, вирішуються такі завдання:

– загальні для всіх, що зумовлені потребами суспільства й відображені в державних програмах для масових і спеціальних (корекційних) освітніх установ, де базовий компонент становить основу освітнього стандарту в сфері фізичної культури;

– специфічні, що відображають особливості фізичного виховання дітей із певними порушеннями в розвитку, зумовлені наявністю основного дефекту.

В Україні до теперішнього часу сформовані основні контури освітнього, наукового, правового та інформаційного простору адаптивного фізичного виховання, але звичайно присутні певні проблеми які потребують вирішення. [1]

Виклад основного матеріалу: У процесі адаптивного фізичного виховання, яке має починатися з моменту народження дитини або з моменту виявлення тієї чи іншої патології, першочергова увага приділяється завданням корекції основного дефекту, що супроводжує захворювання і вторинні відхилення, виробленню компенсаторних механізмів здійснення життєдіяльності, якщо корекція не вдається, профілактичній роботі. [2] Для того щоб організм дитини з певними особливостями зору міг реалізувати усі свої можливості необхідний раціональний руховий режим. Виділяють такі завдання адаптивного фізичного виховання (див. табл.1) :

Таблиця 1

Завдання АФВ

Загальні задачі АФВ	Виховання гармонійно розвинутої дитини
	Зміцнення здоров'я
	Виховання вольових якостей
	Навчання життєво-важливим руховим вмінням, навичкам
Спеціальні задачі АФВ	Розвиток фізичних якостей
	Охорона і розвиток залишкового зору
	Розвиток навичок просторового орієнтування
	Розвиток і використання збережених аналізаторів
	Розвиток зорового сприйняття: колір, форма, рухи (приближення, віддалення), порівняння, розвиток рухової функції ока
	Зміцнення м'язової системи ока
	Корекція скутості і обмеженості рухів
	Удосконалення м'язово-суглобового відчуття
	Активізація серцево-судинної системи
	Зміцнення опоро-рухового апарату
Розвиток комунікативної і пізнавальної діяльності	

Одним з основних завдань реабілітаційної роботи з метою розвитку компенсаторних можливостей є кваліфікована допомога дитині. Вчителю фізкультури слід знати, що при втраті зору підвищується компенсаторна функція вібраційної чутливості, незрячі здатні на відстані відчувати наявність нерухомого, беззвучного предмету. У незрячих дітей при формуванні основних рухових дій на перший план виходить розвиток навички просторового орієнтування. При тотальній сліпоті значно збільшується роль вестибулярного апарату для збереження рівноваги і просторового орієнтування. В результаті комплексної реабілітаційної роботи з інвалідами по зору відновлюється соціальний і психологічний статус особистості, здатної утвердити себе в суспільстві серед людей, які нормально бачать.

Уроки адаптивного фізичного виховання у школах для дітей з порушенням зору варіюються залежно від стану зору, рівня фізичної підготовленості і віку. Наприклад, в 1–2-х класах тривалість підготовчої та заключної частин за часом більше, ніж у 3–4-х класах, потім в міру набуття рухового та сенсорного досвіду і адаптації організму до фізичного навантаження, тривалість основної частини уроку збільшується, що дозволяє більше часу приділяти основним завданням уроку.

Адаптивне фізичне виховання будується з урахуванням індивідуального та диференційованого підходу до регулювання фізичного навантаження, фізичної підготовленості і сенсорних можливостей дітей, а також з урахуванням емоційної насиченості. Емоційність занять залежить від різноманітності вправ, від загального тону проведення занять, інтонації і команди викладача. Змінюється тембр звуку (голосно, тихо, м'яко, суворо) з урахуванням психічного стану учнів, їх швидкої стомлюваності, специфічних особливостей розвитку та сприйняття навчального матеріалу. При навчанні незрячих руховим діям використовуються альбоми з рельєфним зображенням різних поз і рухів, наочні посібники, адаптивний спортивний інвентар.[5]

Для дітей з порушеним зором важливим є суворо встановлений порядок в спортивному залі, на спортивному майданчику. Спортивний інвентар, яким користуються діти на уроках фізичного виховання завжди повинен знаходитись у визначеному місці. Не рекомендується залишати по периметру зала предмети, що заважають орієнтуванню та руху учнів. Для цього перед уроком спортивний майданчик потрібно перевірити, щоб на ньому не виявилось зайвих предметів.[5]

У роботі з даними категоріями дітей використовуються всі методи навчання, проте, враховуючи особливості сприйняття ними навчального матеріалу, є деякі відмінності у прийомах. Вони змінюються в залежності від фізичних можливостей дитини, запасу знань і вмінь, наявності попереднього зорового і рухового досвіду, досвіду просторового орієнтування, уміння користуватися залишковим зором. Зупинимось на деяких з них:

Метод практичних вправ будується на руховій діяльності учнів. Щоб удосконалювати у дітей з порушенням зором певні вміння, необхідно багаторазове повторення досліджуваних рухів. Враховуючи труднощі сприйняття навчального матеріалу, дитина з порушенням зору потребує особливого підходу в процесі навчання: в підборі вправ, який викликають довіру в учнів, відчуття безпеки, комфортності та надійної страховки. Досвід роботи дозволяє виділити наступні напрями використання методу практичних вправ:

- виконання вправ по частинах, вивчаючи кожну фазу руху окремо, а потім об'єднуючи їх в ціле;
- виконання руху в полегшених умовах (наприклад, біг під нахилом, перекид вперед з невеликої гірки і т. д.);
- виконання руху в ускладнених умовах (наприклад, використання додаткових обтяжень – гантелі 0,5 кг, звуження площі опори при пересуванні і т. д.);
- використання супротиву (вправи в парах, з гумовими амортизаторами і т. д.);
- використання орієнтирів при пересуванні (звукові, дотикові, нюхові та ін.);
- використання імітаційних вправ (наприклад, «велосипед» у положенні лежачи, метання без снаряда і т. д.);
- наслідувальні вправи («як ходить ведмідь, лисиця», «стійка лелеки», «жаба» – присісти, поклавши руки на коліна, і т. д.);
- використання при ходьбі, бігу лідера (діти орієнтуються на звук кроків дитини із залишковим зором, яка біжить поряд або на один крок попереду);
- використання страховки, допомоги та супроводу, які дають впевненість дитині при виконанні руху;
- використання вивченого руху у поєднанні з іншими діями (наприклад, ведення м'яча в русі з подальшим кидком в ціль тощо);
- зміна в процесі виконання вправ таких характеристик, як темп, ритм, швидкість, прискорення, напрямок руху, амплітуда, траєкторія руху і т. д.;
- зміна вихідних положень для виконання вправи (наприклад, згинання та розгинання рук в упорі лежачи від гімнастичної лавки або від підлоги);
- використання дрібного спортивного інвентарю для маніпуляції пальцями і розвитку дрібної моторики руки (м'яч «їжак», масажне кільце і м'яч, ручний еспандер, для диференціювання тактильних відчуттів – відділення рису від гороху і т. д.);
- зміна зовнішніх умов виконання вправ: на підвищеній опорі, біг в залі і по траві, пересування на лижах по пухкому снігу і по накатаній лижні і т. д.;
- варіювання стану учнів при виконанні фізичних вправ в умовах перевірки (самоконтроль, взаємоконтроль, заліковий урок і т. д.); у змагальних умовах (у середині класу, шкільні, районні, міські і т. д.); використання розучених рухових вмінь у повсякденному житті;
- використання вправ, які вимагають узгоджених і синхронних дій партнерів (біг парами з передачею м'яча один одному з поступовим збільшенням відстані між партнерами і т. д.);
- зміна емоційного стану (біг в естафетах, у рухливих іграх, виконання вправ з речитативами, музичним супроводом та ін.). [5]

Метод слова: бесіда, опис, пояснення, інструктаж, виправлення помилок, вказівка, команда та ін.. Завдяки поясненню учень повинен уявити собі руховий образ. При його описанні вчитель не тільки повідомляє учням матеріал, але й дає просторову уяву про предмет і дію. Сприйняття мови на слух дозволяє дитині з порушенням зору спів ставити слова з тими предметами, які вони позначають. Мовна практика за допомогою слухового сприйняття створює умови для розуміння значень все більшого числа слів, термінів, що вживаються при засвоєнні рухів під час АФВ.

Метод дистанційного управління також відноситься до методу слова, він передбачає управління діями учня на відстані за допомогою наступних команд: «поверни праворуч», «поверни ліворуч», «йди вперед», «три кроки вперед, праворуч, ліворуч» і т. д. Діти з порушенням зору часто користуються звуковою інформацією. У більшості вправ при взаємодії з опорою або предметом виникає звук, на підставі якого можна скласти уявлення про предмет. Звуки використовуються як умовні сигнали, що замінюють зорові уявлення. [5]

Метод вправи по застосуванню знань, побудований на основі сприйняття інформації при навчанні за допомогою органів чуття (зір, слух, дотик, нюх). Цей метод спрямовує увагу дитини на відчуття (м'язово-рухове почуття), що виникає в м'язах, суглобах при виконанні рухових дій, і дозволяє зробити перенесення засвоєних знань у практичну діяльність. Наприклад, можна запропонувати дитині побігати за лідером, наздогнати його, звернути увагу дитини на рух рук, ніг, відчуття м'язового відчуття, а потім запропонувати бігти самостійно, намагаючись відтворити ті ж м'язові зусилля, які він відчував при бігу за лідером. [5]

Метод наочності займає особливе місце в навчанні сліпих та слабозорих. Наочність є однією із специфічних особливостей використання методів навчання у процесі ознайомлення з предметами і діями. При розгляданні предметів (спортивного інвентарю) спочатку пропонується розгляд предмета по частинах, ставиться завдання визначення його форми, поверхні, якості, кольору, а потім робиться

спроба цілісного сприйняття предмета чи дії. Вимоги до засобів наочної інформації: великі розміри предметів, насиченість і контрастність кольорів. При виготовленні наочних посібників використовуються переважно червоний, жовтий, зелений, помаранчевий кольори. Щоб сформувати у дітей повноцінне сприйняття навчального матеріалу, необхідно використовувати демонстрацію рухових дій та спортивного інвентарю. Наочність обов'язково повинна супроводжуватися словесним описом, що допоможе уникнути спотвореного уявлення про предмет, а також дозволить активізувати розумову діяльність. [5]

Метод стимулювання рухової активності. Відсутність яскравих зорових уявлень збіднює емоційне життя дітей з порушенням зору. Необхідно якомога частіше заохочувати дітей, давати їм відчуття радості рухів, допомагати позбутися комплексу неповноцінності, від почуття страху простору, невпевненості в своїх силах. По можливості створювати умови успіху. Бажано участь педагога в грі, що дозволяє зберегти темп і активність дітей. При правильному керівництві діти із зоровою депривацією опановують різні рухові вміння, що формують емоційне сприйняття рухів, особливо в ігровій діяльності, розвиток вольових якостей, сміливості і рішучості, впевненості в собі. При навчанні дітей з порушенням зору вкрай рідко застосовується який-небудь один метод, звичайно відповідно до завдань уроку використовують поєднання декількох взаємодоповнюючих методів. Пріоритет надається тому методу, який найкращим чином забезпечує розвиток рухової діяльності дітей. [5]

Адаптивне фізичне виховання інтенсивно розвивається в Україні, але деяких проблем ще не вдалося подолати. На нашу думку, головними причинами недостатнього розвитку засобів адаптивного фізичного виховання інвалідів є:

- В даний час найбільш актуальною проблемою адаптивного фізичного виховання є акцент на формування життєвої компетентності дітей і професійно необхідних умінь і навичок. Робота з формування переліку компонентів змісту життєвої компетентності ще не завершена. Тому тут звертається увага на найбільш важливі для життя вміння і навички, які повинні бути під пильною увагою педагогів та вчителів. [4]

- Необізнаність громадськості у проблемах незрячих і необхідності створення для них умов «рівної особистості». Сьогодні можна помітити, що діти неправильно, а у деяких випадках і жорстоко ставляться до своїх незрячих однолітків. Це може проявлятися агресією, приниженням тощо. Така поведінка негативно впливає на особистість дитини та може призвести до різних психічних травм.

- Практична відсутність спеціалізованих спортивних споруд, інвентарю та обладнання, невирішеність проблем пристосування архітектурного середовища, доріг та транспорту. Робота з дітьми які мають обмежені можливості вимагає дещо іншого обладнання та пристосування. Використання в адаптивному фізичному вихованні фізкультурного приладдя яке призначене для звичайних людей може призвести до травматизму.

- На сьогодні в Україні не повною мірою розвинена спеціальна підготовка працівників галузі фізичного виховання неповносправних людей у системі вищої фізкультурної освіти і необхідне для її запровадження науково узагальнене теоретичне та методологічне підґрунтя навчальної дисципліни з адаптивного фізичного виховання. Відповідно це призводить до недостатності професійних організаторів і тренерів зі спеціальною освітою.

- Відсутність цільового фінансування фізкультурно-оздоровчої роботи. Через економічну кризу погано виділяються кошти на фізкультурно-оздоровчу роботу. Особливо яскраво це помітно в провінційних районах нашої країни де адаптивне фізичне виховання знаходиться на низькому рівні.

- Недостатність науково-методичного та інформаційного забезпечення. Зважаючи на те що дана наука є досить таки молодою, ще немає великої кількості теоретичних та практичних напрацювань на які могли б спиратись молоді дослідники.

- Негативне ставлення сліпої дитини до власного життя. Діти які мають негативний досвід в даній сфері або пережили якесь емоційне потрясіння можуть втратити цікавість до пізнання світу і відповідно будуть відмовлятися працювати над собою. Відповідно завдання адаптивного фізичного виховання полягає в формуванні у тих, хто займається усвідомленого ставлення до своїх сил, твердої впевненості в них, готовності до сміливим і рішучим діям, подолання необхідних для повноцінного функціонування суб'єкта фізичних навантажень, а також потреби в систематичних фізичними вправами і в здійсненні здорового способу життя відповідно до рекомендацій валеології

Враховуючи необхідності оптимізації процесу соціальної адаптації та інтеграції незрячих дітей у суспільстві, науково-теоретичного обґрунтування подальшого розвитку адаптивної фізичної активності інвалідів в Україні актуальною є проблема розробки концептуальної моделі використання адаптивного фізичного виховання у процесі їх соціальної інтеграції та адаптації. [3]

Висновок: Адаптивне фізичне виховання – компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби індивіда з відхиленнями у стані здоров'я у його підготовці до життя, побутової трудової діяльності; у формуванні позитивного і активного відношення до адаптивної фізичної культури. У процесі занять адаптивним фізичним вихованням у людей з зоровими відхиленнями у стані здоров'я формуються комплекс спеціальних знань, життєво необхідних сенсорно- перцептивних і рухових умінь і навичок; розвиваються основні фізичні і психічні якості; підвищуються функціональні

можливості різних органів і систем; розвиваються, зберігаються і використовуються в новій якості ті що залишилися в наявності зорові характеристики.

Адаптивне фізичне виховання незважаючи на своє молоде походження зацікавило багато дослідників які проводять дослідження в даній сфері. Інтенсивний розвиток суспільства призведе до подолання наявних проблем та удосконалив методик адаптивного фізичного виховання.

Література

1. Адаптивне фізичне виховання в системі освіти [Електронний ресурс] / Т. Москалець // Нова педагогічна думка. – 2013. – № 4. – С. 164–166.
2. Соколенко О. І. Адаптивна фізична культура: навч.-метод. посіб. для магістрантів спеціальності «Фізичне виховання» / Олена Іванівна Соколенко; Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка» – Старобільськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2015. – 154 с
3. Кухаренко О. Воєвода Я.Стан, проблеми, перспективирозвитку адаптивнофізичної культури/ Кухаренко Олена, Воєвода Яніна/ Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка.– 225 с.
4. Адаптивне фізичне виховання : навч. посібник / уклад.: Осадченко Т. М., Семенов А.А., Ткаченко В.Т. – Умань : ВПЦ «Візаві», 2014. – 210 с.
5. Огорелкова Л. Загальні та індивідуальні особливості керування процесом фізичного виховання дітей-інвалідів по зору // Молода спортивна наука України. – 2004. – Вип. 7. – Т. 1. – С. 370–372.
6. Огорелкова Л. Особливості адаптивного фізичного виховання сліпих та слабкозорих дітей молодшого шкільного віку з урахуванням рівня фізичного стану // Молода спортивна наука України: Зб. наук. ст. – Львів, 2002. – Т. 2. – Вип. 6. – С. 473–477.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Прокопенко Л.І.

старший викладач кафедри природничих дисциплін
Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»,

Голосняк М. В., Олійник Ю. А.

студентки 2-го курсу
факультету дошкільної, спеціальної освіти та історії
Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ 3–4 РОКУ ЖИТТЯ ДО УМОВ ДИТЯЧОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

У статті розглядається проблема адаптації дітей до умов дошкільного навчального закладу, чинники, що впливають на дезадаптацію дитини та наведено рекомендації для батьків щодо легкої адаптації до ДНЗ.

Ключові слова: адаптація, дезадаптація, дитина, дитячий навчальний заклад, рекомендації для батьків.

Вступ дитини до ДНЗ викликає, як правило, серйозну тривогу, як у малюка, так і у батьків. Дитина в родині звикає до певного режиму, способу життя, у неї формуються певні взаємини з батьками, прихильність до них. Від того, як швидко дитина звикне до нового розпорядку дня, до незнайомих дорослих і одноліток, залежить подальший розвиток малюка і благополучне перебування в дитячому садку. Саме тому, проблема адаптації дітей до дитячого навчально закладу, на сьогодні, є однією з дуже актуальних у системі освіти.

Вивченням проблем адаптації дітей до дитячого навчального закладу займалися такі вчені: Н. Аксаріна, Ш. Амонашвілі, Н. Ватутіна, Т. Кістяк, Г. Кумаріна, А. Мудрик, О. Нутреева, С. Шибоква .

С. Шибоква вважає, що адаптація – це не тільки процес звикання дитини до дошкільного закладу, але й формування умінь і навичок у повсякденному житті [1].

Традиційно під адаптацією до дитячого садка розуміють процес пристосування дитини до умов нового середовища. Адаптація є активним процесом, який призводить чи до позитивних, чи до негативних результатів.

Проблему адаптації було досліджено протягом вересня-листопада 2017 року на базі Харківського ДНЗ №182 Харківської міської ради у молодшій групі чисельністю 15 респондентів. Для визначення ступеня адаптації дітей 3–4 років у другій молодшій групі ДНЗ нами повторно була використана Методика «Психолого-педагогічні параметри визначення готовності надходження дитини

в дошкільний заклад (Печора К. Л.)». Було з'ясовано, що 13% дітей мають легкий ступінь адаптації, 60% середній та 27% важкий ступінь.

На дезадаптацію дітей впливає широкий спектр індивідуальних реакцій (психофізіологічні і особистісні особливості дитини), сімейні стосунки та умови перебування в дошкільному закладі. Ускладнюючим чинником адаптації виступають конфлікти в сім'ї. Діти мимоволі засвоюють негативні риси поведінки батьків, що ускладнює їх стосунки з однолітками. Такі діти поведуться невпевнено, нерішуче, що стає причиною нелегкого прийняття у групі.

На успішну адаптацію дитини до умов ДНЗ впливають такі чинники:

1. Вік дитини. Відносно спокійно протікає період звикання дітей 3–4 років. У цьому віці дитина поступово виходить за рамки інтересів сімейного кола. Нічого цього ще немає у малечі 1–3, 5 років. Адаптаційний період діти переносять важко. Малюк відчуває неприйняття, паніку, якщо сторонній дорослий намагається виконати з ним якісь дії. Дитина відмовляється приймати допомогу вихователя. Дає про себе знати й нервово напруження: малюк пригнічений, усе викликає у нього сльози; не відпускає від себе маму ні вночі, ні вдень; довго не може заснути, часто прокидається з плачем [3].

2. Поведінка дитини. Поведінку в період адаптації важко передбачити навіть дбайливим мамам. Поведінку дитини під час вступу в дитячий садок умовно можна поділити на три групи:

Перша група – сюди належить більшість дітей. Вони різко бурхливо показують своє негативне ставлення до відвідування ДНЗ: голосно плачуть, кидаються на підлогу, дряпаються, кусаються, то просяться на руки, то біжать до дверей, нікого не чуючи. Втопившись від бурхливої демонстрації протесту, малюк може несподівано заснути, присівши біля столу, для того, щоб через 3–4 хвилини з новою енергією знову плакати. Діти цієї групи звикають до ДНЗ протягом 20–30 днів [5].

Друга група – кілька дітей, які після розлуки з мамою замикаються, стають дуже напружені й насторожені. У них вистачає сили тільки на те, щоб зробити кілька кроків, забитися в найближчий куточок, від усіх відгородитися. Ці діти ледь стримують плач, сидять, їхній погляд нерухомий, вони не граються, мовчать. І тільки побачивши в дверях маму, оживають, біжать до неї і гірко плачуть. Адаптація таких дітей триває 2–3 місяці.

Третя група – комунікабельні малюки. Переступивши поріг дитячого садка, вони не лякаються, а навпаки, беруть ініціативу в спілкуванні з дорослими. Протягом дня розповідають дорослому все, що знають. Із задоволенням демонструють свої вміння: самостійно одягаються, роздягаються, їдять, у ліжечку лежать спокійно. Але така іділія триває недовго (2–3 дні), на більше у дітей не вистачає обсягу інформації. Після цього, побачивши будівлю дитячого садка, вони впадають у відчай, і їх стиль поведінки стає схожим на стиль дітей першої групи.

3. Досвід дитини. Малюк з великої сім'ї (бабуся та дідусь, брати та сестри) вмійє по-різному поводитися з різними членами родини, знає, чого від кого чекати, з цікавістю обстежує незнайоме середовище. Відрізняється поведінка дітей, батьки яких живуть у маленькому сімейному колі. Їхнє коло спілкування маленьке. У дитини закріплюється симбіотичний зв'язок із матір'ю: залишившись на якийсь час без неї, дитина впадає в паніку.

4. Індивідуальні особливості малюка. Якщо дитина активна, комунікабельна, має пізнавальний інтерес, вона адаптується легко, швидко. Інший малюк повільний, спокійний, любить гратися наодинці; шум, голосні розмови однолітків дратують його. Він хоч і вмійє сам їсти, одягатися, але робить це повільно, відстає від усіх. Усе це накладає свій відбиток на його ставлення до навколишнього. Такий дитині необхідно більше часу на адаптацію. Хворобливим, сором'язливим дітям необхідно всередині тижня влаштувати вихідний. Але слід пам'ятати, що тривалі перерви затримують і ускладнюють період адаптації [4].

Протягом трьох місяців ми використовували метод ароматерапії, як засіб подолання дезадаптації. Сеанси ароматерапії проводились один раз на тиждень перед тихим часом. Перед тим, як проводити сеанси ароматерапії було зібрано інформацію щодо алергічних реакцій дітей на апельсинове аромомасло.

По закінченню курсу ароматерапії була проведена повторна діагностика дітей. Після чого ми проаналізували результати дослідження та простежили покращення рівня адаптації дітей до ДНЗ. Ми побачили, що лише у 12% дітей спостерігається важкий ступінь адаптації, у 67% середній та у 21% легкий рівень.

В результаті цього нами були розроблені рекомендації для батьків, щодо забезпечення легкої адаптації дитини в ДНЗ:

1. Не слід хвилюватися й не демонструвати свою тривогу напередодні відвідування ДНЗ, адже тривога і неспокій батьків передається дітям.

2. Розкажіть вихователю про індивідуальні особливості Вашої дитини, що їй подобається, що ні, які вміння і навички сформовані, якої допомоги потребує.

3. Важливо розповісти педагогам про методи заохочення і покарання, які використовуються в сім'ї.

4. Приводьте дитину тільки на прогулянку, де умови нагадують домашні, тут дитині легко зорієнтуватися, простіше познайомитися з вихователем та іншими дітьми.

5. Принесіть з собою улюблені іграшки. Це допоможе їй відволіктися від розлуки із близькими.

6. Поясніть малюку, що він для Вас завжди буде потрібним та незамінним.

7. У вихідні дні дотримуйтесь такого режиму дня, як і в дитячому садку.

Отже, ми можемо стверджувати, що адаптація дитини до нових для неї умов середовища – важкий та болючий процес. Соціально-психологічна адаптація відбувається неоднакова у різних дітей, відповідно до віку, типу вищої нервової системи, стану здоров'я, стилю виховання в сім'ї, родинних взаємин, рівня розвитку в дитини ігрових навичок, її контактності та емоційної залежності від матері.

Література:

1. Широкова Г. А. Справочник дошкольного психолога. / Г. А. Широкова. – Ростов н/Д: «Феникс», 2004. – 384 с.
2. Галигузова Л. Н. Педагогика детей раннего возраста: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Дошкольная педагогика и психология», «Педагогика и методика дошкольного образования» / Л. Н. Галигузова, С. Ю. Мещерякова. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. – 301 с.
3. Програма розвитку та виховання дитини раннього віку «Зернятко» / Науковий керівник О. Л. Кононко. – К. : «Кобза», 2004. – 192 с.
4. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях / Под ред. В. Тонковой-Ямпольской. – М. : Наука, 1990. – 240 с.
5. Широкова С. А. Проблемы адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ [Електронний ресурс] / С. А. Широкова. – Режим доступа: http://ipkps.bsu.edu.ru/source/metod_sluzva/dou/Shirobokova%20.pdf.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2017 р.

Христовая Т.Е.,

доктор биологических наук,

профессор кафедры теории и методики физического воспитания и спортивных дисциплин,
Мелитопольский государственный педагогический университет имени Богдана Хмельницкого

Безуглый А.А.

студент магистратуры,

Мелитопольский государственный педагогический университет имени Богдана Хмельницкого

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Показано, что средствами коррекции двигательных нарушений у детей с последствиями детского церебрального паралича являются специально подобранные физические упражнения в зависимости от нозологических форм.

Ключевые слова: *корректирующая гимнастика, детский церебральный паралич, нозологическая форма*

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа детей с последствиями детского церебрального паралича, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата. Наиболее частой формой патологии является спастичность мышц, которая обуславливается развитием контрактур, порочных установок и деформацией опорно-двигательного аппарата [4]. У детей с последствиями детского церебрального паралича страдает не только центральная нервная система, но и нервно-мышечный аппарат конечностей, что нередко приводит к тяжелым контрактурам, деформациям конечностей и инвалидности ребенка, тем самым усложняет адаптацию к условиям внешней среды, затрагивает эмоциональную сферу, интеллект. У больных детским церебральным параличом наблюдаются сопутствующие синдромы: эпилептический, гипертензионно-гидроцефальный и вегетативной дистонии [1].

Последствиями детского церебрального паралича является сложность и многообразие клинических проявлений, которые отражаются на физиологических механизмах развития ребенка. Тяжесть заболевания приводит к высокому проценту инвалидности, двигательным нарушениям, трудности в лечении пациентов с такой патологией – все это делает вопросы реабилитации детей, больных ДЦП, весьма актуальными [2].

Исследователи [3, 5] отмечают, что инвалиды с последствиями детского церебрального паралича нуждаются в мероприятиях направленных на укрепление опорно-двигательного аппарата и повышение уровня двигательной активности. Физическая реабилитация детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе выбора эффективных средств оздоровительной и коррекционной направленности на занятиях лечебной физической культурой

способствует целенаправленной коррекции и формированию двигательных навыков детей-инвалидов, что и определило актуальность нашего исследования.

Цель исследования. Формирование двигательных навыков у детей с ДЦП различных нозологических форм на основе использования наиболее эффективных положений тела.

Объект исследования – средства усовершенствования двигательных способностей детей 9–12 лет с последствиями детского церебрального паралича.

Предмет исследования – методика использования корригирующих упражнений для детей 9–12 лет с последствиями ДЦП на основе наиболее выгодных исходных положений.

В процессе проводимого исследования были использованы следующие *методы*: теоретический анализ и обобщение данных научной литературы за последние 10 лет; изучение индивидуальных карт детей с диагнозом детский церебральный паралич; педагогическое тестирование; педагогический эксперимент; врачебно-педагогический контроль; методы математической статистики.

Анализ научно-методической литературы [1, 4] и обобщение практического опыта позволили выявить особенности патологического состояния детей-инвалидов с заболеванием детский церебральный паралич, и в связи с этим остановиться на трех формах ДЦП, наиболее часто встречающихся в практике работы с детьми-инвалидами в детских реабилитационных учреждениях: спастическая диплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма.

Системный анализ патологии заболевания детский церебральный паралич и программного материала реабилитационных центров по лечебной физической культуре позволил выделить средства корригирующей гимнастики для детей-инвалидов 9–12 лет с ДЦП, способствующие увеличению произвольных движений.

Нами был разработан комплекс физических упражнений профилактической и корригирующей направленности в зависимости от врачебных показаний и противопоказаний для детей с диагнозом ДЦП по нозологическим формам. Выбор физических упражнений корригирующей гимнастики был направлен на снижение возможных дефектов относительно каждой формы. Были разработаны комплексы корригирующих упражнений в различных исходных положениях (стоя, сидя, лежа), наиболее выгодных для каждой нозологической формы. Профилирующими упражнениями для детей с заболеваниями ДЦП являются специальные упражнения на развитие гибкости, силы, координации.

Исследования проводились в первой половине дня с 10⁰⁰ до 14⁰⁰ (2016–2017 гг.) на базе Центра комплексной реабилитации для лиц с инвалидностью Мелитопольского городского совета Запорожской области, где созданы все условия для реализации методики развития двигательных и функциональных возможностей детей. В эксперименте принимали участие дети 9–12 лет с детским церебральным параличом в количестве 62 человека (41 мальчик, 21 девочка). Методика выполнения физических упражнений для детей с заболеваниями ДЦП включала в себя упражнения на гимнастическом коврике в исходных положениях стоя, сидя и лежа.

Экспериментальным путём было установлено, что испытуемые имели различные показатели эффективности выполнения упражнений в зависимости от исходного положения: в положении стоя эффективность выполнения корригирующих упражнений составляла 17%, сидя – 36%, лежа – 47%.

При выборе наиболее выгодных исходных положений при спастической диплегии нами рекомендуется применять:

- стоя – общеразвивающие упражнения с целью формирования опорности, равновесия;
- сидя – специальные корригирующие упражнения для конечностей;
- лежа – специальные упражнения для конечностей, силовые упражнения для укрепления мышц спины, упражнения на растяжение, ротацию.

При выборе наиболее выгодных исходных положений при гемипаретической форме нами доказана целесообразность использования следующих физических упражнений:

- стоя – общеразвивающие упражнения для увеличения опорности (медленный темп), коррекции асимметрии, удержания равновесия;
- сидя – специальные упражнения для рук, ног, на координацию;
- лежа – упражнения для коррекции асимметрии конечностей, укрепление мышечной силы, укрепление осанки, упражнения на растяжение, координацию.

При выборе наиболее выгодных исходных положений при гиперкинетической форме мы установили, что необходимо отдавать предпочтение таким видам корригирующих упражнений:

- стоя – общеукрепляющие и общеразвивающие упражнения (с использованием гимнастических предметов), упражнения на равновесие и координацию;
- сидя – специальные изотонические упражнения для конечностей, упражнения на расслабление мышечных групп, снижение мышечного напряжения, укрепление основных мышечных групп, устранение неконтролируемых двигательных актов;
- лежа – упражнения на растяжение, расслабление мышечных групп, снижение мышечного тонуса, дозированное расслабление мышечных групп.

Основываясь на результатах эксперимента и учета целевой направленности использования корригирующей гимнастики по нозологическим формам, установлено, что наиболее рациональным

является распределение физических упражнений корригирующей направленности для детей 9–12 лет с заболеванием ДЦП в следующем объеме (табл. 1):

Таблица 1

**Режимы выполнения корригирующей гимнастики детьми-инвалидами
в зависимости от нозологических форм ДЦП**

Исходные положения	Процентное выполнение физических упражнений
при спастической диплегии	
стоя	20%
сидя	50%
лежа	30%
при гемипаретической форме	
стоя	30%
сидя	40%
лежа	30%
при гиперкинетической форме	
стоя	20%
сидя	30%
лежа	50%

В результате эксперимента было выявлено позитивное влияние использования наиболее выгодных исходных положений на занятиях лечебной физической культурой с детьми 9–12 лет с последствиями ДЦП, которые способствуют максимальному проявлению физических возможностей клиентов.

Качество выполнения тестовых заданий определялось по степени нарушения двигательных функций у детей с ДЦП. Два балла – движения активные, но с нарушением двигательных функций. Один балл – движения только с помощью.

В результате исследования двигательных нарушений у испытуемых, два балла получили 56 человек. Один балл получили 6 детей. В начале эксперимента уровень двигательных навыков у детей 9–12 лет с нарушением опорно-двигательного аппарата не имели достоверных различий. Изучение уровня развития двигательных навыков у детей 9–12 лет с ДЦП выявило различия в зависимости от особенностей проявления нозологических форм при выполнении тестовых заданий (табл. 2).

При выполнении тестовых заданий у детей со спастической диплегией и гемипаретической формой достоверность различий была незначительна, $p < 0,05$. Имелись небольшие различия в упражнении прыжки. Незначительные различия в показателях выполнения тестовых заданий объясняются асимметрией гемипаретической формы ДЦП. При сравнении значений гиперкинетической формы со спастической диплегией и гемипаретической формой были отмечены достоверные различия по всем показателям, что связано с тяжестью проявления нозологической формы ДЦП.

Таблица 2

Уровень развития двигательных навыков у детей 9–12 лет с ДЦП до эксперимента

Показатели	Спастическая диплегия	Гемипарез	Гиперкинез	Достоверность различий, p
Метание мяча (10 попыток)	5,2±0,7	4,2±1,0	1,9±1,6	<0,05
Собирание 30 предметов за 1 мин	16,2±0,1	15,2±0,2	10,1±2,5	<0,05
Приседания за 1 мин	13,2±1,7	12,7±1,3	10,5±2,5	<0,05
Прыжки за 1 мин	14,0±1,8	12,2±1,3	8,3±1,3	<0,05

Анализ результатов тестирования детей-инвалидов с ДЦП после эксперимента показал, что показатели гибкости тестируемых групп мышц у детей с ДЦП имели тенденцию к увеличению. Причем, гибкость мышечных групп пораженных конечностей на 75% ниже показателей гибкости здоровых конечностей. Тильное сгибание здоровой конечности имело достоверные увеличения в экспериментальной группе по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). Тильное сгибание «пораженной» конечности не имело достоверных различий по сравнению с показателями экспериментальной группы до и после эксперимента ($p > 0,05$). Подошвенные разгибания в экспериментальной группе «пораженной» и здоровой конечности имели тенденцию к увеличению по сравнению с показателями до эксперимента ($p < 0,05$). Показатели гибкости детей экспериментальной группы со спастической диплегией имеют достоверное увеличение ($p < 0,05$) по сравнению с показателями контрольной группы. Показатели гибкости у детей с гиперкинетической формой имели тенденцию к увеличению по сравнению с показателями до эксперимента ($p < 0,05$).

Отмечено, что у детей с гемипаретической формой, показатели силы здоровой конечности имели большие значения, чем у «пораженной», что говорит о наличии компенсаторных механизмов. Это связано с тем, что неповрежденная конечность выполняет гораздо больший объем работы, частично компенсируя функции пораженной конечности.

Результаты тестирования детей с ДЦП после эксперимента показывают, что несмотря на тяжесть проявления форм заболевания наблюдается положительная динамика двигательных навыков по нозологическим формам (табл. 3).

Таблица 3

Динамика увеличения двигательных навыков у детей 9–12 лет по нозологическим формам ДЦП

Нозологическая форма Показатели	Спаستическая диплегия	Гемипарез	Гиперкинез	p
Метание мяча (10 попыток)	24%	21%	12%	>0,05
Собирание 30 предметов за 1 мин	26,7%	21,3%	18%	<0,05
Приседания за 1 мин	15,6%	14,4%	13,6%	>0,05
Прыжки за 1 мин	24%	19,2%	15,2%	<0,05

Установлено, что в упражнении «метание мяча» у детей со спастической диплегией и гемипаретической формой после эксперимента наблюдается прирост показателей на 24% и 21%. У детей с гиперкинетической формой показатель до эксперимента был ниже в два раза по сравнению со спастической диплегией и гемипаретической формой, что связано с высоким тоническим напряжением мышц. После эксперимента этот показатель увеличился на 12%.

Показатели теста «собирание предметов» у детей со спастической диплегией и гемипаретической формой увеличились на 26,7% и 21,3%. У детей с гиперкинетической формой также наблюдается увеличение показателя на 18%.

При выполнении приседаний в экспериментальной группе наблюдается увеличение показателей. Показатели в тесте приседания у детей со спастической диплегией имеют достоверные различия по сравнению с показателями у детей с гиперкинетической формой, при $p < 0,05$. У детей с гемипаретической формой после эксперимента имеются незначительные отличия по сравнению с показателями у детей со спастической диплегией и гиперкинетической формой. У детей с гемипаретической формой сложность выполнения теста связана с имеющейся асимметрией; у детей с гиперкинетической формой – с тоническими напряжениями мышечной системы.

При выполнении прыжковых упражнений у детей со спастической диплегией наблюдается наибольшее увеличение показателей по сравнению с гемипаретической и с гиперкинетической формой. У детей с гемипаретической и с гиперкинетической формой также наблюдается увеличение показателей ($p < 0,05$).

Таким образом, каждая нозологическая форма детского церебрального паралича предъявляет специфические требования к организации физического воспитания корригирующей направленности. Установлено, что использование исходных положений в коррекционной гимнастике способствует увеличению двигательных навыков детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

На основании проведенного эксперимента можно сделать такие выводы.

1. Средствами коррекции двигательных нарушений у детей с последствиями ДЦП являются специально подобранные физические упражнения для каждой нозологической формы

2. Исследование уровня развития двигательных навыков у детей 9–12 лет с ДЦП выявило различия при выполнении тестовых заданий в зависимости от особенностей проявления нозологических форм. У гемипаретической формы сложность выполнения тестов определялась большей асимметрией функциональных показателей конечностей. Сравнительные значения тестируемых показателей гемипаретической и гиперкинетической формы имеют достоверные различия ($p < 0,05$), что объясняется большим значением асимметрии гемипаретической формы и высоким тонусом мышц гиперкинетической формы ДЦП. При сравнении значений гиперкинетической формы со спастической диплегией были отмечены достоверные различия ($p < 0,05$) по всем показателям, что связано с отличительными особенностями гиперкинетической формы от других форм ДЦП.

3. Установлено, что использование наиболее удобных исходных положений в зависимости от двигательных нарушений детей-инвалидов с последствиями ДЦП во время выполнения корригирующей гимнастики способствует проявлению их максимальных возможностей и наиболее эффективному восприятию и выполнению тренировочных заданий.

4. Наиболее рациональным является распределение упражнений корригирующей гимнастики для детей 9–12 лет с заболеванием ДЦП в следующем объеме: при спастической диплегии: стоя – 20%, сидя – 50%, лежа – 30%; при гемипаретической форме: стоя – 30%, сидя – 40%, лежа – 30%; при гиперкинетической форме: стоя – 20%, сидя – 30%, лежа – 50%.

5. Предложенная методика использования наиболее выгодных исходных положений в корригирующей гимнастике с детьми-инвалидами способствовала оптимальному формированию двигательных навыков у клиентов с последствиями ДЦП.

Перспективы дальнейших исследований предполагают разработку методов и совершенствование средств физической реабилитации детей с последствиями ДЦП в контексте приобретения ими двигательных навыков для адаптации в социуме.

Литература:

1. Гончарова М.Н. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата / М.Н. Гончарова. – Л.: Медицина, 2000. – 312 с.

2. Слабкий Г.О. Деякі питання реабілітації дітей з церебральними паралічами (аналітичний огляд) / Г.О. Слабкий, О.В. Шевчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. – 2007. – №1. – С. 62–65.

3. Arnaud C. Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe / C. Arnaud, M. White-Koning, S. Michelsen // Pediatrics. – 2008. – № 121. – P. 54–64.

4. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health-children & youth version (ICF-CY). Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2007.

5. Dickinson H.O. Self-reported quality of life of 8–12-year-old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study / H.O. Dickinson, K.N. Parkinson, U. Ravens-Sieberer // Lancet. – 2007. – Vol. 369. – P. 2171–2178.

Стаття надійшла до редакції 22.11.2017 р.

РОЗДІЛ 6. ПИТАННЯ ОЗДОРОВЧО-ТРЕНУЮЧИХ ФІТНЕС ТЕХНОЛОГІЙ

Skinder N.

teacher of tourism, restaurant service
and disciplines of the humanities
and social sciences department
Kharkiv College of Trade and Economics KNUTE

TO BE OR NOT TO BE: SOCIOCULTURAL TRANSFORMATIONS IN MODERN FITNESS

The article examines sociocultural transformations in modern fitness, its role, main trends, standards and practices in Ukraine and abroad. Shown problematic aspects that interfere to evolve the Ukrainian fitness on the high level.

Key words: fitness, lifestyle, way of life, instructor, consumption.

Today, a lot of people around the world work on their fitness. We can not ignore or underestimate the role that fitness plays in modern society. Very often people talk about fitness as a way and style of life that helps to preserve and strengthen health, balance the emotional state, improve the physical form and well-being of people. In addition, fitness is associated with success in life and youth. The concrete way of life requires certain forms and conditions of individual and collective human activity, which is typical for concrete historical, social and economic relations. It should be said that the well-known concept of "fitness" has been little-studied so far in the context of social and humanitarian sciences and, as a rule, studied by foreign specialists. Among the Ukrainian scientists we can mention O. Chernyavska, who introduces the concept of "way of life" in the style of fitness" («спосіб життя «в стилі фітнес») [4] in her work.

The timeliness of the development of fitness movements in Ukraine is due to the deteriorating health of the population, the demographic crisis. However, society prefers the curved image of the sport way of life, rather than the classical standards that would really contribute to the preservation and improvement of health and well-being. We can agree with O. Chernyavska that: «Фітнес «по-українські» не відповідає соціальним потребам, не виконує свою основну функцію – залучення якомога більшої кількості людей до ведення фізично активного та здорового способу життя. Розвиток фітнес напрямлень переважно на збагачення окремих власників та мереж клубів, а не на вирішення соціальних проблем» [4].

The purpose of this article is to analyze the sociocultural role of fitness, its actualization in the modern world, the main trends, standards and practices which existing in Ukraine and abroad. Subject: sociocultural role of fitness in the modern world. Since the fitness phenomenon is quite multifaceted, it is interesting to consider it from the point of view of the lifestyle of the trainer, as well as the lifestyle of the client.

Analysis of recent research and publications. Various aspects of consumption in the conditions of postmodern society are analyzed in the works of T.Veblen, P.Bourdieu, G.Simmel, J.Baudrillard, etc. Lifestyle is a system of practices that are repeated in everyday behavior and determine the place of a person in social space [2]. The theoretical and methodological basis for the sociological analysis of sports, the sports industry, its social role, and the study of the consumption of the sports "product" is presented in the works of P. Bourdieu, T. Adorno, L. Lubysheva, V.Lukaschuk, and others; philosophical study of sport, its entertainment, aesthetics was received in the work of H.U. Gumbrecht. Gender studies in sports are analyzed by M. Kimmel, R. Connell, M. Messner, S. Dvorkin, S. Birrell, A. Hall, J. Hargreaves, N. Theberge and others. In modern world, fitness is not just a way to make your body beautiful, it's a fashionable and commercial phenomenon.

However, this culture appeared recently. If we analyze the development of fitness in the post-soviet space we can divide it into several stages:

1. 1990–2000 – peak of aerobics popularity, simple choreography. It's enough for a coach to watch a video in order to conduct a lesson. Everyone can be hired for a job. Clients are numerous, the number of clubs and coaches is roughly proportional.

2. 2000–2010 – the choreography becomes more complicated, appears step-2, step-3, step-4. Preparation for the class takes longer time than before. There are more guys among the instructors. In this competition survive only strong, beautiful and with strong energy people. To get a job you need to pass a casting. The profession becomes fashionable and popular. The number of coaches is higher than the number of clubs.

3. 2000-s – the program of training gex (group exercises) instructors is created, it is organized in a certain way: at first students learn to hear the music, then study the technique of basic steps, the ability to command a group and then go on to learn combinations. And only in this sequence and not vice versa.

4. 2010 – today. The aerobic instructors gradually go into yoga / pilates / rehabilitation, and their clients go with them. Increasing popularity of the direction of mind&body. There is a zumba, which very

quickly becomes popular, because the fitness has become too complicated. The number of clubs in several times higher than the number of trainers.

Now, you can find many workshops on choreography and no one on technique. However, there is a huge difference between training of the zumba coach (12 hours) and the gex trainers (100 hours). For finding a job, it does not matter how long the subject has been trained, the main thing is charisma.

Is too hard to surprise modern people. Employees of the fitness industry are trying to find new ways to attract potential customers. Places where fitness services are provided (fitness clubs) construct the social status of the people who visit them. There are luxury, premium, business and express formats. Choosing this or that club, subjects occupy a certain position in the social space. In addition, the fitness industry promotes a special demonstrative lifestyle (T. Veblen), symbolizing success and belonging to the elite, which is often accompanied by excessive demonstrative consumption.

It should be noted that the profile network and training centers for the training and certification of fitness instructors and personal trainers are also expanding: fitness consulting, management in the sports industry; actively promoted to the market of fitness food, fitness clothing, etc. For example, there are such school in Kharkiv: Academy of Fitness – Ukraine, Tetra Fitness School, Fit-Prof, KING, Safari, RDXLEVEL, fitness school of instructors and managers "Malibu" and others.

That is, the appropriate style of consumption and the audience of consumers of fitness products are formed taking into account various characteristics: types of fitness, forms of training, etc.

Unfortunately, in Ukraine the fitness movement does not spread as much as in other countries. The level of consumption of fitness services is 27%. The development of the fitness movement in Ukraine faces the following difficulties: the material capabilities of people; insufficient popularization of the appropriate lifestyle in the context of a healthy way of life, etc.

People begin to engage in fitness not to improve their health, but often to achieve the "ideal" physical parameters of the body. It should also be noted that the level of fitness development is not the same in different cities of Ukraine. Fitness services are concentrated primarily in large cities. The leading position for today is occupied by Kiev. In addition, there is the problem of unskilled staff. It is conditioned by the existence of a large number of training fitness centers, many of which are unable to provide qualified education. As a consequence, they release similar specialists. Unfortunately, today every second person who has no special education can become a trainer (instructor). Such a "specialist" will not worry about his clients, he will not be able to provide first aid if it necessary, his task is usually to get money for the class and that is all. Not all clubs have fitness testing: anthropometric and functional examination of the body, as well as questioning of clients.

Many clubs don't work in accordance with the generally accepted format, declaring and combining classes, which, from their point of view, will attract more clients.

The distribution of classes in the average club today looks approximately this way: 50% force / functional / crossfit; 30% mind & body; 10% zumba; 5% spinning; 5% aerobics, step.

It should be noted that consumers of fitness services will not be able to find aerobics and step in their pure form in many clubs, most often for example, instead of them they can find classes like fitness-mix, step + power, etc. This is explained by the fact that the majority of clients come to achieve the "ideal" physical parameters of the body and are eager to get the ideal figure in a very short time, and the choreography is generally of little interest to them and in their opinion does not contribute to rapid fat burning. Because of aerobics classes and step gradually disappear for lack of demand.

It is sad that many scientists still appeal to the fact that fitness classes can reduce the negative (from their point of view) qualities of athletes, such as aggressiveness, masculinism. At the same time, for example, Shishkina O. [5] recommends doing fitness practices in order to acquire a more expressive manifestation of feminine traits and positive changes in the psyche. Such a thesis reinforces the current stereotypes in society, according to which a woman can not be aggressive, have masculine features, because she will not look feminine, the traditional dichotomy masculinity / femininity is realized.

However, this contradicts the fact that "гендер "создается" мужчинами и женщинами, чья компетентность как членов общества является залогом их деятельности по созданию гендера " [3]. According to the theorists of gender studies, any quality – aggression, endurance, competitiveness or sensitivity, compliance, compassion – can manifest in any person, regardless of its biological sex. Therefore, the existence of fitness as a lifestyle of the trainer and the client's lifestyle is possible, which may be subjects constructing different gender identities. At the same time, from our point of view, the policy of the "Safari" club (Kharkiv) is not clear, so-called the express-studio, where fitness services are provided exclusively to women, and coaches can be both men and women. In this case, the right of men to receive fitness services in this network of express-studios is limited.

Thus, we can say that the level of consumer behavior in relation to fitness services is most influenced by globalization processes and mass culture, so one of the perceptions of fitness is understanding it as a practice for achieving ideal body shapes, improving the physical form. Under the influence of media technologies, such values as health, a healthy way of life, well-being are supplanted by the desire to meet "standards", to have outwardly attractive forms. The state and development of a particular society, the level and quality of life determine the material resources and other opportunities that in the case of Ukraine

significantly limit people's access to fitness. There is no state interest in the development of physical activity of the masses, the development of the fitness movement must manifest itself in concrete forms, mechanisms of support. As a rule, all fitness clubs are private structures. Technologies of the fitness industry are imperfect and undeveloped, divorced from Ukrainian realities, do not contribute to the spread of different types (including fitness for children, pregnant women, disabled people, etc.) and fitness forms among the population, the formation of fitness culture and the corresponding standards of services. Ideas of a healthy way of life, physical activity as its component and their impact on health in general are not sufficiently promoted in Ukrainian society, namely in the media. A sociocultural conditioned attractive image of fitness as a sport does not correspond unequivocally with a healthy way of life.

Fitness forms has its own subculture, which contains norms and values that may not coincide with general cultural values. The integration of sport and fitness in particular into the culture system of modern society makes it a qualitatively new, unique aesthetic phenomenon. There is an interpenetration of these types of human activity, which leads to the emergence of new forms. In the perspective of further research, the study of the opinions of trainers, instructors and managers of the fitness industry on the intensification of the development of the fitness movement in Ukraine, an analysis of overcoming the current problems of this industry, the improvement of fitness services in our country, and the creation of equal opportunities for their provision and reception.

Literature

1. Соціологія спорту : навч. посіб. / В. І. Лукашук. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2013. – 336 с.
2. Стилі життя: панорама змін/ За ред. М.О. Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2008. – 416 с.
3. Уэст К., Зиммерман Д. Создание гендера/ К. Уэст, Д. Зиммерманн // Хрестоматия феминистских текстов. Переводы. Под ред. Е.Здравомысловой, А.Темкиной. – СПб.: издательство «Дмитрий Буланин», 2000. – С. 193–219.
4. Чернявська О. Фітнес як стиль життя: особливості розвитку в Україні (на прикладі мегаполісів)/ О.Чернявська// Український соціологічний журнал. – 2012. – № 1–2. – С.79–89.
5. Шишкіна О.М. Позитивні зміни у психіці спортсменок, які займаються фітнесом/ О.М. Шишкіна// Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2013. – №2. – С.204–206.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Карпенко Ю.М.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Бермудес В.П.

студентка 3 курсу напрямку підготовки «Здоров'я людини»
кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Звіряка О.О.

студентка 4 курсу напрямку підготовки «Здоров'я людини»
кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

TRX В СИСТЕМІ ОЗДОРОВЛЕННЯ ЖІНОК 30–35 РОКІВ

У статті розглянуто особливості оздоровлення жінок 30-35 років, що ведуть малорухливий спосіб життя та розроблено програму тренування з використанням TRX обладнання.

Ключові слова: жінки, гіпокінезія, тренування, TRX обладнання.

Актуальність дослідження. За даними досліджень, щонайменше, 60 % населення у всьому світі не дотримується необхідного рівня рухової активності відповідно до фізіологічних норм, для позитивної дії на здоров'я. Четвертим за значимістю фактором ризику смерті в світі є відсутність рухової активності. У глобальних масштабах 6 % випадків смертей пов'язані з відсутністю рухової активності. За значимістю цей фактор поступається лише високому артеріальному тиску (13 % випадків смертей) і тютюнопалінню (9 %) та рівнозначний високому вмісту глюкози в крові (6 %) [3].

Гіпокінезія (грецьк. *huro* – зниження, зменшення, недостатність; *kinesis* – рух) – особливий стан організму, який обумовлюється недостатністю рухової активності. В окремих випадках це призводить до виникнення гіподинамії [8].

Гіподинамія (грецьк. *huro* – зниження; *dinamis* – сила) – сукупність негативних морфо-функціональних змін в організмі внаслідок тривалої гіпокінезії [3].

Процеси дозрівання і старіння відбуваються безперервно, нерівномірно і неодноразово. До першого періоду зрілого віку відносять чоловіків і жінок від 21 до 35 років, до другого періоду – жінок у віці 36-55 років і чоловіків – 36-60 років; літніми вважаються жінки у віці 56-74 років, а чоловіки – 61-74 років. Період від 75 до 90 років відносять до старечого віку, а людей старше 90 років – до довгожителів [1]. На підставі цього можна зробити висновок, що жінок 30-35 років можна віднести до I періоду зрілого віку. Після 20-25 років (кінець формування організму) починаються процеси інволюції, які зачіпають всі клітини, тканини, органи, системи організму та їх регуляцію. Всі вікові зміни зводяться до трьох типів: показники та параметри, що знижуються з віком; мало змінюються і поступово зростають.

А. Сікура, В. Пліско вказують, що можливість ефективної профілактики й нівеляції негативних наслідків гіподинамії шляхом впровадження цілеспрямованих загальнонаціональних програм в інтеграції з масовим залученням населення до занять оздоровчою фізичною культурою вже доведена в ряді держав, таких як Японія, США, Канада. За останні 10 років смертність працездатного населення від захворювань серцево-судинної системи в зазначених країнах знизилась на 30-40% порівняно з минулими десятиріччями. На сьогодні регулярно займаються фізичними вправами (ходьба, біг, плавання, велоспорт) в США – 65%, в Німеччині – 67%, в Норвегії – 50%, в Японії – 80% дорослого населення. Натомість в Україні ці показники залишаються в 5-6 разів нижчими [8].

Л. Шлепаков зазначає, що в нашій країні на сьогодні недостатньо розробленими залишаються питання, пов'язані з ефективною боротьбою з гіпокінезією шляхом масового залучення населення працездатного віку до оздоровчо-рекреаційної діяльності. Натомість, активно досліджується проблема оптимізації рухової активності підростаючого покоління та студентської молоді [10].

Водночас у жінок, які займалися різноспрямованими тренувальними заняттями, підвищилися показники дихальної системи, а саме: збільшилися сила й потужність дихальних м'язів, підвищилася життєва ємність легень. Дані, отримані О. Лихачовим, свідчать про розширення можливостей жінок, котрі займаються фітнес-аеробікою, як до аеробної, так і до анаеробної продуктивності при м'язовій діяльності. Зазначимо, що науковцем [6] також зареєстровано зменшення прояву негативних емоцій, підвищення самоконтролю та підйом настрою після занять, що загалом позитивно вплинуло на якість життя жінок цієї вікової групи. Розроблена під керівництвом В. Клапчука [5] методика занять оздоровчим фітнесом сприяла корекції тілобудови жінок першого зрілого віку та підвищенню рівня розвитку їхніх фізичних якостей. За даними І. Дикуна [4], найбільш сприйнятливими до впливу вправ степ-аеробіки в жінок першого зрілого віку є параметри фізичного здоров'я, зокрема маса тіла, життєва ємність легень, час відновлення частоти серцевих скорочень після навантаження.

Вивчаючи особливості фізичного стану жінок першого зрілого віку, які займаються пілатесом, Ю. Томіліна [9] з'ясувала, що в процесі тренувань жінкам удається нормалізувати масу тіла й підвищити рівень психоемоційних показників. Під дією пілатесу в учасниць експерименту покращилися показники дихальної системи та фізичної працездатності, знизився рівень больових відчуттів у ділянці шиї й спини. При цьому за індексом Робінсона у жінок, які мають досвід занять пілатесом, статистично значуще вищий рівень функціонування серцево-судинної системи, ніж початківців. Крім того, серед досліджених жінок виявилось на 25 % більше осіб із вищим за середній рівнем фізичного стану, порівняно із тими, котрі нещодавно почали заняття. Вочевидь, заняття фітнесом, незалежно від його різновиду, приносять задоволення та безсумнівну користь жінкам першого зрілого віку.

Аналіз науково-методичної і спеціальної літератури дозволив визначити такі організаційно-методичні аспекти складання оздоровчих програм для жінок 30-35 років, які страждають на гіпокінезію: визначити рухові вподобання жінки; з'ясувати основні завдання, які жінка намагається вирішити за допомогою тренувань; визначити наявність медичних протипоказань; оцінити фізичний стан жінки; оцінити психоемоційний стан жінки; виявити наявність больових відчуттів у ділянці спини й рівня сприйняття навантажень; запропонувати індивідуальну програму занять оздоровчим фітнесом [7].

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально апробувати програму оздоровлення жінок з гіпокінезією з використанням TRX обладнання.

Завдання дослідження:

1. На основі аналізу наукових літературних джерел з'ясувати сучасний стан дослідженості проблеми оздоровлення жінок, які страждають на гіпокінезію.
2. Розробити комплексну програму оздоровлення жінок 30-35 років з гіпокінезією з використанням TRX обладнання.

Експериментальне дослідження проводилось на базі фітнес центру «АЯКС». У дослідженні брали участь 28 жінок 30-35 років, які страждають на гіпокінезію.

З метою перевірки ефективності розробленої програми було сформовано дві групи – основну (далі – ОГ) і групу порівняння (далі – ГП). Жінки ОГ (14) осіб займалися за розробленою оздоровчою

програмою з використанням TRX обладнання, жінки ГП (14) – за загальноприйнятою методикою корегуючої гімнастики. Заняття з жінками ОГ проводилися у другій половині дня 3 рази на тиждень.

Організація дослідження передбачала реалізацію трьох послідовних етапів. На першому етапі дослідження проаналізовано сучасний стан дослідженості проблеми оздоровлення жінок з гіпокінезією, визначено оптимальні оздоровчі засоби і методи для таких жінок, підібрано методики вивчення функціонального стану ОРА, серцево-судинної та дихальної систем у жінок, які взяли участь в експериментальному дослідженні.

На цьому етапі було сформульовано науковий апарат роботи: мета, завдання, предмет, об'єкт. Попередньо визначено базу дослідження та здійснено ознайомлення з контингентом жінок, які перебували на базі дослідження.

На другому етапі – розроблено програму оздоровлення для жінок 30-35 років із гіпокінезією; визначено організаційно-методичні особливості реалізації оздоровчих засобів, які включено до експериментальної програми, для цієї категорії жінок.

На третьому етапі – здійснено дослідження ефективності розробленої програми оздоровлення для жінок з гіпокінезією з використанням TRX обладнання; проведено аналіз і узагальнення отриманих результатів дослідження; сформульовано загальні висновки.

На основі вивченого науково-теоретичного матеріалу була розроблена методика проведення індивідуальних занять для жінок 30-35 років із гіпокінезією з використанням TRX обладнання, метою якої було зміцнення фізичного здоров'я, покращення функціональних можливостей та витривалості, корекція фігури жінок.

Заняття для жінок 30-35 років із гіпокінезією проводились у форматі оздоровчої рекреації три рази на тиждень і мали добровільний та самостійний характер. Усі жінки постійно займалися за розробленою нами програмою, яка включала в себе: заняття на TRX обладнанню, програма оздоровчого харчування, програми на розвиток гнучкості. Усі вони можуть гармонійно поєднуватись в рамках одного заняття.

Програма занять будувалася з урахуванням основних принципів оздоровчого тренування. Заняття складалося з чотирьох блоків: підготовчого (використовується в якості розминки), аеробного (в якому вирішується основне завдання оздоровчої тренування), силового і відновного (що включає вправи на розслаблення). У кожному занятті враховувалися побажання жінок, вони виконували лише ті вправи, які їм подобалися. Таким чином, індивідуальна програма тренувань складалася тренером, але могла видозмінюватися в залежності від бажань жінок.

Завдання розробленої комплексної програми оздоровлення жінок 30–35 років з гіпокінезією були наступними:

- оптимізація роботи кардіо-респіраторної системи;
- підвищення працездатності та аеробної продуктивності;
- підвищення загального рівня соматичного здоров'я;
- покращення загального самопочуття, активності та настрою.

Програма оздоровчого харчування займала одне з провідних місць в оздоровленні жінок 30-35 років з гіпокінезією, так як потребує кардинальної зміни способу харчування, та переслідує основну мету – зниження ваги жінок .

Діету рекомендували низькокалорійну, збалансовану, збагачену мінеральними речовинами та вітамінами, невід'ємною частиною якої були продукти, до складу яких входили хондропротектори, що містять мукополісахариди, хондроїтин та інші компоненти.

Пацієнтам рекомендували в основу частину раціону включати свіжі фрукти та овочі, а також і свіжо вичавлені соки, так як вони багаті вітамінами та мінералами, які сприяють нормалізації обміну речовин та відновленню хрящової тканини.

Діету призначали з поступовим зниженням добової калорійності та збільшенням прийомів їжі до 5-6 разів на день невеликими порціями, що забезпечувало адаптацію організму до зниження ваги без погіршення самопочуття та загального стану здоров'я.

Спочатку рекомендували різко не обмежувати раціон харчування, тому висококалорійні продукти виключали з раціону поступово. Не складали конкретних меню, тому що кожна пацієнтка мала свої індивідуальні смакові звички та фінансові можливості. Для цього кожній були роздані таблиці, в яких була зазначена калорійність, як окремих продуктів, так і різних страв. Продукти, що входили до раціону харчування пропонували обробляти на пару і приймати невеликими порціями 5-6 раз на день для кращого їх засвоєння.

Таким чином, збалансованість дієтичного раціону передбачала дрібне харчування розраховане на 1000-1500 ккал, з включенням 100-110 г. вмісту білків, 80-90г. жирів, і не більше 100-50г. вуглеводів на добу. Рекомендований розподіл добової калорійності складав: сніданок – 25%, другий сніданок – 10%, обід – 35%, полуденок – 10%, вечеря – 20%. Останній прийом їжі рекомендували приймати до 20.00 години.

Так, як 93,3% жінок мали ожиріння I ст., то не рекомендували вживати будь-які продукти, які пройшли обробку копченням, в'ялені та смажені харчові вироби (риба, м'ясо), міцний чай, каву або какао, генно- модифіковані харчові інгредієнти, продукти, які містять транс жири, напої алкогольного

походження, газовану солодку воду.

Особливу увагу приділяли питному режиму, так як вода – цінний і доступний спосіб налагодити обмінні процеси в організмі. Пропонували дотримуватися наступного питного режиму: вживати воду із розрахунку 33 мл на 1 кг маси тіла. 2/3 норми добового режиму вживати у першій половині дня, а 1/3 норми вживати у другій половині дня.

Для реабілітації та покращення стану пацієнтів було розроблено комплекс вправ з використанням фітнес-тренажеру – функціональні петлі TRX.

Функціональні петлі TRX представляють собою універсальний тренажер, з гімнастичними кільцями, до яких кріпиться стрічка, що нагадує парашутні стропи. Тренажер був розроблений фахівцями Воєнно-Морського Флоту США для тренування морських піхотинців і доопрацьований Fitness Anywhere. Програма TRX Suspension Training це ефективна методика функціонального тренінгу з використанням власної ваги для роботи з м'язами всього тіла.

Заняття на тренажері TRX підходять для людей з будь-яким рівнем фізичної підготовки і ефективно сприяють розвитку сили, витривалості, гнучкості та рівноваги. Функціональні петлі TRX дають можливість повноцінно і безпечно тренуватися, використовуючи весь обсяг рухів. Робота з власною вагою, без додаткового обтяження, дозволяє зняти вертикальне навантаження, включаючи в тренувальний процес одночасно 90% всіх м'язів.

Комплекс вправ на функціональних петлях TRX, як метод фізичної реабілітації, допомагає відновити кровообіг і трофіку всіх тканин і структур хребта, зміцнити кістково-м'язовий природний корсет спини і зняти навантаження з деформованих і ослаблених хребців, сприяє зниженню ваги, підвищенню працездатності та аеробної продуктивності, оптимізації роботи кардіо-респіраторної системи. З цією метою застосували комплекс різнобічних фізичних вправ, які зосереджені саме на підвищенні загального рівня соматичного здоров'я та відновленні функцій м'язів, хребта та опорно-рухового апарату.

Курс занять в умовах центру включав три періоди: підготовчий (5-6 занять), основний (28-30 занять), заключний (4-5 занять).

Заняття з використанням функціональних петель TRX проводилися протягом 3 місяців 3 рази на тиждень. Тривалість занять у підготовчому періоді була 30-45 хв., в основному – 60-75 хв. і на заключному – 50 хв. Заняття проходили в другій половині дня з 19 год до 20 год.

Кожне заняття включало в себе: розминку (загальна суглобова гімнастика, легка розтяжка), основний комплекс спеціальних вправ на функціональних петлях TRX і стретчинг (комплекс вправ на розтягування м'язів із застосуванням петель TRX і вправ на килиму).

У підготовчому періоді використовували комплекс вправ з меншим навантаженням. При проведенні основного періоду – комплекс вправ з підвищеним навантаженням. У заключному періоді – комплекс вправ основного періоду, але зі зменшенням кількості повторень.

Основний комплекс спеціальних вправ складався з силового тренування і фізичних вправ з елементами стретчинга (вправи, які спрямовані на розвиток гнучкості та розтяжки). У кожному з комплексів, силові вправи мали спрямований вплив на глибокі м'язові групи тулуба з індивідуально підібраним дозуванням. Їх підбір проводили за допомогою збільшення амплітуди рухів і зміни кута розташування центру ваги тіла. Це давало можливість підібрати оптимальне навантаження, враховуючи фізичну підготовленість кожної пацієнтки, розвивати рухові якості, зміцнювати м'язовий корсет основних м'язових груп тулуба та кінцівок, що покращувало рухливість хребетного стовпа та оптимізувало роботи кардіо-респіраторної системи. Комплекс вправ з використанням функціональних петель TRX.

Висновки. Негативний кумулятивний вплив гіподинамії та гіпокінезії призводить до негативних змін в організмі, які проявляються зниженням функціональної активності органів і систем; порушенням процесів нервової і гуморальної регуляції; появою трофічних і дегенеративних змін опорно-рухового апарату, його нервово-м'язового і кісткового компонентів; порушенням обмінних процесів; збільшенням об'єму жирової тканини. З'ясовано, що оздоровчий фітнес розглядається на сьогодні як найбільш збалансована програма фізкультурно-оздоровчої діяльності, спрямованої на досягнення й підтримання оптимального фізичного стану людини в умовах сучасної цивілізації.

Аналіз науково-методичної і спеціальної літератури дозволив визначити такі організаційно-методичні аспекти складання оздоровчих програм для жінок 30-35 років, які страждають на гіпокінезію: визначити рухові вподобання жінки; з'ясувати основні завдання, які жінка намагається вирішити за допомогою тренувань; визначити наявність медичних протипоказань; оцінити фізичний стан жінки; оцінити психоемоційний стан жінки; виявити наявність больових відчуттів у ділянці спини й рівня сприйняття навантажень; запропонувати індивідуальну програму занять оздоровчим фітнесом.

Експериментальна програма оздоровлення жінок 30-35 років із гіпокінезією включала такі засоби: заняття на TRX обладнанню, програма оздоровчого харчування, програми на розвиток гнучкості.

Список використаної літератури.

1. Бальсевич В. К. Онтокінезіологія человека / В. К. Бальсевич.– Москва : Теорія і практика фізическої культури, 2000. – 275 с.

2. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004. – Режим доступа: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_russian_web.pdf
3. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2010. – Режим доступа: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/ru/index.htm>
4. Дикун І. Й. Вплив гіподинамії на загальний стан здоров'я людини / І. Й. Дикун – К. : Основа, 2013. – 134 с.
5. Клапчук В.В. Кількісна оцінка рівня фізичного здоров'я та рекреаційно-оздоровчі режими: Навчальний посібник. / В. В. Клапчук, В. В. Самошкін. – Днепропетровськ : ДДІФКІС, 2009. – 38 с.
6. Лихачев О.Е. Мотивы занятий оздоровительной физической культурой женщин 35–45 лет / О. Е. Лихачев, И. М. Лавриенко // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2008. – № 11(45). – С. 56-59.
7. Мартинюк О. Показатели физического состояния женщин, занимающихся оздоровительной аэробикой / О. Мартинюк // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2016. – №4. – С. 73-78
8. Сікура А. Гіпокінезія як різновид залежності / А. Сікура, В. Пліско // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк : ВНУ, 2012. – № 3 (19). – С. 247–252.
9. Томіліна Ю. програмування фізкультурно-оздоровчих занять пілатесом для жінок першого періоду зрілого віку / Ю. Томіліна, Л. Єракова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2017. №3. – С. 66-71.
10. Шлепаков Л. М. Аналіз факторів, що впливають на процес залучення дорослого населення до регулярної рухової активності на місцевому рівні / Л. М. Шлепаков, О. М. Вареник // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 11. – С. 99–103.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Н. В. Кукса,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Ю. О. Самодій
магістр спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА ПРОГРАМА ДЛЯ ЖІНОК ІЗ ГІПОКІНЕЗІЄЮ

У статті представлено результати дослідження ефективності оздоровчо-рекреаційної програми для жінок 30–50 років із гіпокінезією.

Ключові слова: гіпокінезія, жінки, малорухливий спосіб життя, оздоровчо-рекреаційна програма

Постановка проблеми. Обмежена рухова активність є одним із серйозних факторів ризику погіршення стану здоров'я громадян України, де більше третини (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя [3, с. 46].

Поряд зі збільшенням об'єму жирової тканини, кумулятивний ефект гіподинамії та гіпокінезії при малорухливому способі життя людини, обумовлює негативні зміни в інших органах і системах організму, а саме трофічні і дегенеративні зміни опорно-рухового апарату, порушення процесів нервової і гуморальної регуляції, детренованість серцево-судинної і дихальної систем, психічні розлади та ін. [3–4]. Малорухливий спосіб життя є однією з причин зниження регулятивно-адаптаційних ресурсів організму людини, що проявляється розладами ендокринної регуляції, зниженням резистентності до інфекційних та респіраторних захворювань. Результатами тривалої гіпокінезії і гіподинамії є функціональні розлади діяльності центральної і вегетативної нервової систем: вегето-судинна дистонія, астенія, зниження розумової працездатності, швидке наростання втоми і виснажливості, порушення сну. В осіб з малорухливим способом життя часто спостерігаються схильність до стресорних реакцій, дисфорія, підвищена тривожність, затяжні депресії [3].

Аналіз останніх досліджень та публікацій свідчить, що на сучасному етапі проблема формування здорового способу життя, зокрема, підвищення рухової активності різних категорій населення, не втрачає своєї актуальності. Так, у наукових працях висвітлено окремі аспекти оптимізації рухової активності дітей дошкільного віку (А. Вольчинський, Н. Гнесь, Т. Кравчук, Н. Левінець, С. Тітаренко та ін.), школярів (І. Боднар, Н. Брайко, М. Гончерюк, В. Золочевський, Т. Кулемзіна, О. Томенко, С. Трачук, Є. Федоренко, О. Хуртенко та ін.), студентської молоді (Б. Без'язичний, Т. Вінярська, М. Горобей, Н. Земська, П. Данчук, В. Коновалов, О. Куц, С. Лазоренко, Ю. Павлова та ін.). Питанням впливу рухової активності на біологічний вік та тривалість життя людини присвячено наукові дослідження Н. Десятнікової, В. Жеребченко, О. Коваль, Г. Коробейнікова, Н. Феденяка та ін. Актуалізації на сьогодні набуває проблема мотивування різних категорій населення до рекреаційно-оздоровчої рухової активності (Л. Долженко, З. Коритко, Р. Стасюк, Є. Федоренко, Є. Франків, Ю. Юрчишин та ін.). Натомість наслідки малорухливого способу життя та тенденції до поширеності цього явища, насамперед, серед осіб зрілого віку, вимагають подальших наукових розвідок в аспекті програмного й організаційно-методичного забезпечення оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб різних вікових категорій.

Мета статті полягає у висвітленні результатів дослідження ефективності оздоровчо-рекреаційної програми для жінок із гіпокінезією.

Виклад основного матеріалу дослідження. Експериментальне дослідження проводилось на базі КУ «Сумського міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) «Берегиня». У дослідженні брали участь 28 жінок 30–50 років.

Організація дослідження проводилась в три етапи. На першому етапі було проаналізовано сучасний стан дослідженості проблеми оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок з гіпокінезією, визначено методи дослідження та оптимальні форми оздоровчо-рекреаційної рухової активності з урахуванням функціональних можливостей, побажань та нахилів жінок. Попередньо визначено базу дослідження та здійснено ознайомлення з контингентом жінок, які погодились на участь в експериментальному дослідженні. На другому етапі – розроблено оздоровчо-рекреаційну програму для жінок з малорухливим способом життя; визначено організаційно-методичні особливості її реалізації. На третьому етапі – здійснено дослідження ефективності експериментальної оздоровчо-рекреаційної програми для жінок із гіпокінезією; проведено аналіз й узагальнення отриманих результатів дослідження; сформульовано загальні висновки.

Метою оздоровчо-рекреаційної програми було зміцнення фізичного здоров'я, покращення функціональних можливостей та витривалості, корекція фігури жінок з гіпокінезією. Заняття проводилися три рази на тиждень і мали добровільний характер. Жінки займалися за розробленою програмою, яка включала елементи кардіоаеробіки, силове тренування (заняття з обтяженнями на тренажерах), програм на розвиток гнучкості і координації рухів (пілатес, калланетика), які гармонійно поєднувались в рамках одного заняття.

Програма занять будувалася з урахуванням основних принципів оздоровчого тренування. Заняття складалося з чотирьох блоків: підготовчого (розминка), аеробного (в якому вирішується основне завдання оздоровчого тренування), силового, відновного (загальна релаксація). Індивідуальна програма тренувань складалася тренером з фітнесу та варіювалася з урахуванням нахилів та побажань конкретної жінки. Під час визначення рівня і характеру фізичних навантажень оздоровчого тренування враховувалися морфофункціональні особливості, характерні для цієї вікової категорії жінок, коли починаються процеси інволюції, прогресують прояви старіння, знижується працездатність організму та його адаптаційні можливості, порушується регуляція внутрішнього середовища. Заняття в цьому віці повинні бути спрямовані на підтримку кислотно-лужної рівноваги організму, підвищення працездатності, урівноваження та стабілізації психоемоційного стану, покращення загального самопочуття [2, с. 56].

С. Шлозберг та Л. Непорент зазначають, що неминучі вікові зміни, які відбуваються в організмі, можуть бути значно уповільнені під впливом правильно організованих оздоровчих занять і використанні цінностей оздоровчої фізичної культури [1]. Такі заняття повинні забезпечувати: вдосконалення пропорцій статури (зниження маси тіла, зменшення обхоплювальних розмірів частин тіла); відновлення втраченого, внаслідок малорухливого способу життя і вікових змін, рівня функціонування основних життєво-важливих систем організму (серцево-судинної, дихальної, м'язової); досягнення нормативних показників розвитку основних фізичних якостей (витривалості, сили, гнучкості, спритності); профілактику захворювань, спричинених віковими змінами в організмі; поліпшення настрою і самопочуття; врахування основних інтересів, потреб та індивідуальних схильностей у виборі засобів і плануванні результатів занять [5].

Вищезазначене слугувало основою вибору засобів, методів і технологій під час складання індивідуальних оздоровчо-рекреаційних програм для жінок з гіпокінезією. Для зниження маси тіла, гармонізації пропорцій тілобудови, профілактики типових захворювань, властивих даному контингенту, рекомендується займатися 3 рази на тиждень по 1,5 години під контролем динаміки показників серцево-судинної і дихальної систем.

Для визначення морфофункціональних показників фізичного розвитку жінок виміряли зріст, масу тіла, обхват плеча і гомілки; в стані спокою реєстрували АТ та ЧСС. Під впливом занять за розробленою оздоровчо-рекреаційною програмою протягом року у жінок спостерігалися позитивні зміни показників їх морфофункціонального стану. Вивчення соматометричних показників жінок показало, що середньостатистична довжина тіла обстежуваних склала 167,5 см. Крім того, за результатами дослідження було встановлено такі середньостатистичні показники на початку експерименту, як маса тіла – 79,3±1,6 кг, окружність грудної клітки – 104±1,3 см, окружність стегон – 118±1,9 см (таблиця 1).

Таблиця 1

Динаміка морфофункціональних показників фізичного розвитку жінок з гіпокінезією

Показник	На початок експерименту	На кінець експерименту
Індекс маси тіла	25,35±1,91	23,85±1,1
Індекс Кетле	395,95±1,3	375,95±1,1
Окружність грудної клітки, см	104±1,3	103±1,3
Окружність стегон, см	118±1,9	110±1,1
САТ, мм рт. ст	123±1,6	120±1,8
ДАТ, мм рт. ст	79,1±1,1	74,9±1,2
ЧСС, уд/хв	75,1±1,2	79,0±1,3
МСК, л/хв	40,9±0,5	40,3±0,6

З метою більш детальної оцінки співвідношення між масою тіла і довжиною тіла обстежених жінок, було розраховано індекс маси тіла (ІМТ), який дозволяє встановити ступінь відхилення наявної (фактичної) маси від еталонної. Ураховуючи, що згідно з даними ВООЗ фізіологічна норма індексу маси тіла коливається в межах 18,5–24,9 кг*м², можна стверджувати, що середньостатистичний ІМТ жінок, які взяли участь в експериментальному дослідженні, має значення більше за прикордонне (25,35±1,91), що свідчить про надлишкову масу. Визначене середнє значення індексу Кетле також було близьке до прикордонного. Середньостатистичний масо-ростовий індекс становив 395,95 г*см⁻³, що свідчить про перевищення нормативного показника масо-ростового індексу (N=375 г*см⁻³), що також вказує на надмірну масу тіла у жінок цього віку на початку дослідження.

Після циклу оздоровчо-рекреаційних занять на кінець експериментального дослідження зафіксовано тенденцію до зниження зазначених показників, що свідчить про дієвість запропонованої оздоровчої програми.

Фізіологічні показники протягом року занять характеризувалися досягненням стабільності за артеріальним тиском, ЧСС в стані спокою та МСК. Систолічний тиск на кінець експерименту склав 120±1,8 мм, тоді як на початку становив 123±1,6 мм; діастолічний відповідно – 74,9±1,2 мм і 79,1±1,1 мм. Показники ЧСС в стані спокою характеризувалися незначним та недостовірним підвищенням з 75,1±1,2 уд/хв до 79,0±1,3 уд/хв. МСК практично не змінилось: вихідні показники на початок експерименту – 40,9±0,5 та по закінченню – 40,3±0,6 л/хв.

За результатами дослідження було визначено організаційно-методичні аспекти рекреаційно-рухової діяльності для жінок зрілого віку із гіпокінезією: використовувати концепцію активного відпочинку, яка дозволяє економити час занять; постійно оновлювати програму занять, використовувати нові вправи, незвичні варіанти і послідовність їх виконання. використовувати різні види занять – односпрямовані і комбіновані; інтервальні і колові тренування; виявляти інтереси групи жінок; навчити прийомам самоконтролю на заняттях; регулярно проводити функціональне тестування; інформувати про спрямованість виконуваних вправ тощо.

Висновки. Результати дослідження ефективності експериментальної програми для жінок із гіпокінезією дозволили констатувати такі зміни морфофункціональних показників під впливом оздоровчо-рекреаційних занять: 1) зниження маси тіла (у середньому на 1,3 кг); 2) зменшення маси жирової тканини (на 1,5 кг); 3) найбільш виражене зменшення шкірно-жирових складок на боках, животі, стегні; 4) стабілізацію показників вегетативних функцій (АТ, ЧСС в спокої і при навантаженні, МСК). З'ясовано, що індивідуально-типологічні зміни суттєво впливають на перебіг адаптаційних перебудов в жіночому організмі протягом тривалих оздоровчо-рекреаційних занять, спрямованих на корекцію тілобудови. Доцільно відзначити і позитивні психологічні аспекти, пов'язані з оздоровчо-рекреаційними заняттями, а саме, емоційність, бадьорість та гарний настрій.

Література

1. Вейдер С. Лучшие программы мира. От каланетики и пилатеса до стрипаэробики и танца живота. Ростов н/Д:Феникс,2006. 186 с.
2. Жигалова Я.В., Тарасова Л.В. Построение комплексных оздоровительных программ для женщин 30–50-летнего возраста // Теория и практика физической культуры, 2003. №6. С.56–57.

3. Кукса Н.В., Самодій Ю.О. Гіподинамія як проблема сучасного суспільства. Проблеми здоров'я людини та фізичної реабілітації: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції / відповід. ред. Я.М. Копитіна; наук. ред. М.О. Лянной. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2016. С. 160–164.

4. Хіміч І.Ю. Дефіцит рухової активності як фактор погіршення здоров'я, зниження розумової і фізичної працездатності студентів вузів / І.Ю. Хіміч // Теорія та методика фізичного виховання. 2012. № 8. С. 43–48.

5. Хоули Э. Т. Оздоровительный фитнес. Киев: Олимпийская литература, 2000. 367 с.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2017 р.

Німенко В.О.

студент 4 курсу факультету фізичного виховання,
спеціальність фізична реабілітація,
Запорізький національний університет

Іванська О.В.

старший викладач кафедри фізичної реабілітації,
Запорізький національний університет

ВПЛИВ ФІТНЕС-АЕРОБІКИ НА РОЗВИТОК КООРДИНАЦІЇ РУХІВ СТУДЕНТІВ

Нами було проаналізовано теоретичний аналіз проблеми малої інтенсивності рухової активності, і це є одним з найважливіших критеріїв в оцінці рівня стану здоров'я серед студентів. Розвиток фізичного виховання є одним із важливих чинників у формуванні, зміцненні та збереженні здоров'я молодого покоління. Було обґрунтовано, серед студенток 18–20 років, підвищити рівень фізичної підготовленості за допомогою фітнес-аеробікою. Під час дослідження були зміни позитивні, у фізичній підготовленості, та поліпшилась координація рухів дівчат.

Ключові слова: *фітнес-аеробіка, студенти, рухові якості, ритмічна гімнастика, координація.*

Вступ. Проблема впливу занять фітнес-аеробікою на розвиток координації рухів у студентів нині висувається як одна з найважливіших для забезпечення нормального функціонування суспільства. Дефіцит рухової активності, обмеження можливостей режиму студентів негативно впливає на фізичний розвиток, стан здоров'я, розвиток рухових якостей сучасної молоді [3]. У зв'язку з цим, однією із сприятливих умов впливу на рухові якості студентів потрібно вважати збільшення рухової активності через удосконалення засобів та методів фізичного виховання, розширення та розробку форм занять фізичною культурою. Однак незважаючи на велику кількість науково дослідних робіт, присвячених розвитку та вдосконаленню координаційних здібностей студентів, ще недостатньо вивченим залишається питання про доцільність використання фітнес-аеробіки для розвитку координаційних здібностей на заняттях зі студентами [1; 5].

Аеробіка (Ритмічна гімнастика) – комплекс фізичних вправ (ходьба, біг, стрибки та ін.) які виконують під музику, тому вона зветься ритмічна гімнастика.

Фітнес-аеробіка це засіб протистояння факторам, які спонукають розвиток серцево-судинних захворювань: гіподинамії, нервовим перенапругам, надлишковому харчуванню. За допомогою вправ, що виконуються в аеробному режимі, і харчування з низьким вмістом тваринних жирів в організмі людини найбільш активно руйнується надлишковий холестерин – головний ворог судин. Фізичні навантаження усувають гіподинамію, а емоційність при проведенні занять поліпшує настрій, ліквіднуючи негативний вплив стресів [2].

Мета – перевірити ефективність застосування фітнес-аеробіки на розвиток координації рухів у студентів вищих навчальних закладів у процесі фізичного виховання.

Об'єкт дослідження – студенти вищих навчальних закладів I–III курсів, віком від 18 до 20 років.

Головними завданнями фізичного виховання студентів є зміцнення здоров'я організму, розвиток і вдосконалення рухів, підготовка до майбутньої професійної діяльності. Позитивний вплив занять аеробікою на організм підтверджується вітчизняними та зарубіжними дослідниками [4].

У дослідженні взяли участь 50 студентів жіночої статі I–III курсів Запорізького національного університету. З них відповідно: 25 осіб I–III курсу займалися ЗФП і були віднесені в контрольну групу; 25 осіб III курсу, що займалися фітнес-аеробікою, були віднесені до експериментальної групи. Вік студенток 18–20 років. За станом здоров'я та результатами медогляду всі студентки віднесені до основної медичної групи. Студентки контрольної групи займалися на навчальних заняттях ЗФП відповідно робочої програмою з фізичного виховання два рази на тиждень. Студентки

експериментальної групи займалися за розробленою робочою програмою з фітнес-аеробіки 3 рази на тиждень.

Для контролю за динамікою розвитку координації студенток ми спостерігали за результатами тестів на визначення рівня координації. В рівних умовах дівчата контрольної і експериментальної групи склали 4 тестових завдання: 1) статична рівновага; 2) ходьба по прямій лінії із заплученими очима; 3) метання в ціль; 4) зміна руху.

Результати дослідження. Для визначення змін у тестуванні на розвиток координації на початку і в кінці семестру ми використовували t – критерій Стюдента для порівняння показників початкового та кінцевого тестування. Відмінності вважалися достовірними у випадку, якщо $p < 0,05$. На початку проведення експерименту між показниками тестів контрольної та експериментальної груп різниця була недостовірною (табл. 1). Результати тестування координаційних здібностей студентів контрольної і експериментальної групи наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Показники рівня розвитку координаційних здібностей контрольної та експериментальної груп (n = 25, p < 0,05)

№ п/п	Тестування рівня координації	Етапи експерименту	Контрольна група (n=25)		Експериментальна група (n=25)		p
			М	σ	М	σ	
1	Статична рівновага, с	До	22,36	18,13	24,84	13,06	p > 0,05
		Після	25,1	14,84	31,1	13,73	p > 0,05
P			p < 0,05		p < 0,001		-
2	Ходьба по прямій, см	До	78,9	58,1	113,2	100,2	p > 0,05
		Після	69,4	67,3	90,5	84,4	p > 0,05
P			P < 0,001		P < 0,001		-
3	Ходьба після 5 обертів, см	До	202,7	132,54	192	109,73	p > 0,05
		Після	187,4	122,2	157,2	89,5	p > 0,05
P			P < 0,001		P < 0,001		-
4	Метання в ціль, бали	До	0,85	0,7	0,86	0,63	p > 0,05
		Після	0,97	0,6	1,25	0,54	p > 0,05
P			p < 0,05		p < 0,001		-

Примітки: М – середнє арифметичне, σ – стандартне відхилення.

Результати тестування підлягали обробці методами математичної статистики. Заняття з аеробіки складалося з трьох частин: підготовча, основна (аеробні зв'язки, силова частина), заключна частина. Згідно розробленої робочої програми з фітнес-аеробіки, в основній частині ми використовували різноманітні зв'язки базової і танцювальної аеробіки. ЧСС студенток не перевищувала піку аеробного навантаження 170–180 уд/хв.

Після проведення експерименту за всіма показниками відбулися позитивні зміни в обох групах. Проведений порівняльний аналіз показників координаційних здібностей студентів контрольної та експериментальної груп на початку експерименту показав, що різниця у показниках рівня розвитку координації між ними не достовірною. У кінці експерименту в обох групах майже у всіх тестуваннях покращилися результати. Так різниця в показниках в тестуваннях на статичну рівновагу, ходьба по прямій, ходьба після 5 обертів та метання в ціль до і після експерименту є не достовірною. Достовірною різниця тільки в тестуванні „зміна руху”. Це свідчить про те, що на заняттях з експериментальною групою були використані аеробні вправи підвищеної координаційної складності. Припускаємо, для того щоб достовірною різниця була в інших проведених тестах, потрібно збільшити тривалість експерименту. Кожного заняття аеробні зв'язки містили елементи новизни, які вплинули на моторику студенток і розвинули координацію рухів, про це свідчить достовірною різниця в результатах тестування.

Висновки. Результати педагогічного експерименту дали можливість виявити, що аеробні вправи ефективно впливають на розвиток координаційних здібностей студенток як у групі ЗФП, так і в групі з фітнес-аеробіки. Доведено, що застосування фітнес-аеробіки дозволяє отримати більш виражений позитивний ефект на вивчення різноманітних рухових завдань зі зміною руху. Покращення координації рухів як фактору, що забезпечує економічність і ефективність дії за часово-просторовими та динамічними характеристиками, вплинуло на розвиток професійно-важливих фізичних якостей для дівчат у загальній, координаційній витривалості та спритності. Використання комплексів аеробних (базових) зв'язок в системі розроблених занять удосконалює розвиток

координації рухів, покращує якість виконання довільних рухів у просторі, покращує координаційні перебудови при рухових переключеннях.

Перелік використаної літератури.

1. Бренч С. В. Фитнес—аэробика как новый вид спортивной деятельности / С. В. Бренч // Физическая культура : воспитание, образование, тренировка. – 2010. – № 5. – С. 77 – 79.
2. Левицкий В. В. Анализ путей совершенствования специалистов по фитнесу / В. В. Левицкий // Олімпійський спорт і спорт для всіх : тези доп. IX Міжнар. наук. конгр. – К., 2005. – С. 913.
3. Малина Р. М. Исследование двигательной активности и физического фитнеса в различные периоды жизни / Роберт М. Малина // Наука в олимпийском спорте. – 2010. – № 3. – С. 16–28.
4. Усачов Ю. Особенности формирования терминологии современного фитнесу / Юрий Усачов // Теория і методика фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 1. – С. 84–86.
5. Черненко О. Є. Навчальна програма „Спортивне-педагогічне вдосконалення (аеробіка)” / О. Є. Черненко. // Запоріжжя : ЗНУ, 2009. – 17 с.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2017 р.

Пірогова К.І.

аспірантка кафедри водних видів спорту,
Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту

ВИКОРИСТАННЯ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ

Сучасність вимагає необхідності удосконалення занять оздоровчим фітнесом, що викликане попитом для вирішення індивідуальних потреб кожної жінки. На підставі даних аналізу науково-методичної літератури розглянуті сучасні дослідження спрямовані на використання засобів оздоровчого фітнесу серед жінок першого періоду зрілого віку. Виявлено поодинокі дослідження використання засобів аквафітнесу з використанням диференційованого підходу до проведення занять з жінками першого періоду зрілого віку.

Ключові слова: оздоровчий фітнес, жінки, перший зрілий вік, аквафітнес, диференційований підхід.

Постановка проблеми. На сучасному етапі реформаційних перетворень в Україні здоров'я громадян є одним із складників національного розвитку. Проте, на жаль, на сьогодні спостерігається погіршення стану здоров'я населення України [2,16,22]. Певної актуальності набуває проблема збереження і зміцнення фізичного стану жінок першого періоду зрілого віку. Це завдання ефективно вирішується шляхом залучення людей до фізкультурно-оздоровчих занять [7,10].

Аналіз останніх досліджень. Великий оздоровчий ефект на думку авторів [6,9,18] досягається за рахунок використання засобів фітнесу, який надає оздоровчий ефект та активізує найважливіші функціональні системи організму [7,9,12]. Ряд досліджень присвячено вивченню впливу фітнесу на організм жінок [6].

Значну кількість досліджень присвячено проблемі визначення ефективності різних видів оздоровчих занять із жінками першого періоду зрілого віку з використанням спеціального обладнання, зокрема ряд вчених: Г.М. Жерносек [8], О.Ю. Лядська [14], Д.О. Подкопай [18] довели ефективність застосування степ-платформ, фітболів, слайдів (методика «Силове ковзання»). Інша група вчених приділяє найбільшу увагу системі організації фізкультурно-оздоровчих занять з жінками першого періоду зрілого віку з використанням аеробіки [20], пілатесу [3], ритмічної гімнастики [11], занять з обтяженням [13], аквафітнесу [5].

Однак кожна з методик застосування сучасних форм рухової активності має як переваги, так і недоліки. Тому, в даний час розвиток сфери рекреаційної і оздоровчої фізичної культури не може обійтися без науково обґрунтованого впровадження сучасних інноваційних технологій у фітнес індустрію.

Мета дослідження – проаналізувати дані науково-методичної літератури з проблеми використання оздоровчого фітнесу серед жінок першого періоду зрілого віку.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел та інтернет ресурсів.

Результати дослідження. На основі даних літературних джерел серед жінок першого періоду зрілого віку нами виявлені різні дослідження авторів присвячені використанню оздоровчого фітнесу серед призначеного контингенту.

Так наприклад А.М. Жерносек [8] розробив технологію з використанням степ-аеробіки в оздоровчому тренуванні з жінками першого періоду зрілого віку. На думку автора, впровадження результатів даного дослідження в практичну діяльність інструкторів і викладачів з оздоровчої аеробіки дозволить надалі точніше визначати дозування вправ, їх чергування, а також виявити перелік вправ,

виконання яких слід індивідуалізувати (обмежити, виключити, змінити темп і амплітуду) в залежності від характеристик контингенту займаються.

В. А. Чубаковой [20] проведена комплексна експериментальна оцінка таких програм занять з оздоровчої аеробіки, як класична (базова) аеробіка, фітбол-аеробіка, аеробіка на основі спортивних єдиноборств, стретчинг, а також різних видів розминки за допомогою методів глибокого медико-біологічного дослідження впливу фізичного навантаження на організм жінок першого зрілого віку.

Методика оздоровчого тренування для жінок зрілого віку на основі використання ізотонічних вправ, спрямована на зміцнення м'язів спини і черевного преса, розвиток координаційних здібностей, гнучкості, еластичності суглобово-зв'язкового апарату, підвищення загальної фізичної працездатності і функціональних можливостей організму, розроблена і апробована А. С. Купцової, Т. Б. Кукоби, В. П. Шульпин [13].

У роботі В. О. Буркова [2] науково обґрунтована методика проведення занять з жінками першого зрілого віку за програмою Пілатес «Метворк», що включає чотири етапи:

- базовий курс (з навчанням техніки виконання вправ з концентрацією уваги на м'язових відчуттях і узгодженості рухів і дихання);
- програми початкового рівня складності (зі збільшенням темпу виконання вправ базового рівня);
- програма середнього рівня складності (закріплення техніки виконання базових вправ і освоєння нових, розучування переходів від однієї вправи до іншого з метою виконання всіх вправ послідовно без пауз відпочинку);
- програма для добре підготовлених (з високою координаційною складністю рухів в різноманітних умовах збереження рівноваги, з вимогою до естетичної сторони техніки виконання).

У дослідженні О. Ю. Лядської [14] обґрунтовано організаційно-методичні основи оздоровчих занять з використанням фітболу з жінками першого зрілого віку для корекції їх статури, підвищення рівня здоров'я і фізичної підготовленості.

Наукова новизна роботи О. В. Солодяннікова [18] визначається сукупністю вперше отриманих експериментальних матеріалів, які обґрунтовують процес занять степ-аеробікою жінок з використанням результатів біомеханічних досліджень рухів:

- біомеханіки традиційних і нетрадиційних (степу навпаки) базових степ-кроків в заняттях степ-аеробікою;
- визначення особливостей методики навчання базових кроків жінок першого зрілого віку та їх комбінацій в заняттях степ-аеробікою.

М. П. Івлєв [11] для жінок першого зрілого віку розробив методику на основі занять ритмічною гімнастикою. В основі методики представлений алгоритм складання комплексів з урахуванням вікових особливостей, професійну приналежність, руховий режим, функціональні можливості, а також мотиви до занять ритмічною гімнастикою, підбір засобів і методів, при виборі вправ і параметрів навантаження, організації з'єднань, «ланцюжків», серій, частин, створення фонограми з урахуванням структури комплексу, темпу виконання вправ, оцінки інтенсивності навантаження і коригування програми на основі отриманих даних.

Розроблена методика дозволила визначити:

- принципову структуру занять ритмічною гімнастикою, яка містить вправи – з'єднання – «ланцюжка» – серії – частини – комплекс;
- виробити диференційований підхід до змісту комплексів для першого зрілого віку, що виражається як у загальній структурі комплексів тренувального режиму, так і в підході до інтенсивності занять по темпу рухів, координаційної складності вправ, амплітудою, підбору музичного супроводу занять;
- виділити два етапи в освоєнні програм – втягуючий і тренувальний.

Диференційовані програми занять аквафітнесом відповідно до структури і рівня фізичного стану жінок першого зрілого віку розроблено Н. О. Гоглюватою [5]. Фахівцем для жінок із середнім і вище середнього рівнями фізичного стану рекомендується програма занять переважно аеробного спрямованості з використанням вправ високої інтенсивності (50–60% від МПК). Для жінок з низьким і нижче середнього рівнями фізичного стану пропонується програма занять аеробної спрямованості середньої інтенсивності (40–50% від МПК) з переважним використанням силових комплексів вправ, що виконуються в опорному положенні і біля бортика басейну з акцентом на основні м'язові групи протягом тривалого часу [5].

В даний час використовується досить багато самих різних форм організації тренувальних дій на заняттях з аквааеробікою, які об'єднують можливість поліпшення фізичного стану, показників різноманітних систем і функцій організму [1,5].

Внаслідок цього розробка раціональних форм і методів організації занять в групах аквааеробіки на основі диференційованого підходу є актуальною проблемою

Аналіз науково-методичної літератури дозволив констатувати широкий арсенал застосування оздоровчого фітнесу серед жінок першого періоду зрілого віку. Слід зазначити, що запропоновані

розробки авторів були спрямовані на поліпшення фізичного стану жінок, але побудова занять з диференційованим підходом представлена фрагментарно [1,5,9].

Перспективи подальших досліджень полягає в розробці технології з застосуванням диференційованого підходу до занять аквафітнесом з жінками першого періоду зрілого віку.

Література:

1. Александр К. Аквааэробика полное руководство по подготовке. М.: Эксмо, 2012. 232 с.
2. Бибик Р. В. Характеристика структуры мотивации к физкультурно-оздоровительной деятельности женщин первого зрелого возраста. *Олимпийский спорт и спорт для всех* : междунар. науч. конгресс, 12–15 сентября 2011 г. : тезисы докл. Кишинев, 2011. С. 489–491.
3. Буркова О. В. Влияние системы пилатеса на развитие физических качеств, коррекцию телосложения и психоэмоциональное состояние женщин среднего возраста : 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры»: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2008. 24 с.
4. Василец В.В., Врублевский Е.П., Костюченко В.Ф. Сравнительный анализ изменений компонентного состава тела под влиянием тренировочной загрузки оздоровительного характера. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта* 2015. №1 (119). С. 48–53.
5. Гоглюватая Н. О. Программирование физкультурно-оздоровительных занятий аквафитнесом с женщинами первого зрелого возраста : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. наук по физическому воспитанию и спорту : спец. 24.00.02. «Физическая культура, физическое воспитание различных групп населения». Киев, 2007. 20 с.
6. Гиптенко А. В. Влияние фитнеса на уровень физического состояния женщин первого зрелого возраста. *Физическое воспитание студентов*. 2009. № 1. С. 13–15.
7. Грец И. А., Самсонова Е. П. Влияние физкультурно-оздоровительных занятий фитнес-йогой на здоровье женщин 25–40 лет. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*, 2010. №. 1.
8. Жерносек А.М. Технологии применения занятий степ-аэробикой в оздоровительной тренировке : дис. канд. пед. наук : 13.00.04. М., 2007. 129 с.
9. Задорожная Н. Н. Влияние занятий аквааэробикой на организм женщин разного возраста. *Физическая культура, спорт, здоровье*, 2012. №1. С. 58–63.
10. Иващенко Л. Я., Благий А.Л., Усачев Ю.А. Программирование занятий оздоровительным фитнесом. Киев : Наук. мир, 2008. 198 с.
11. Ивлев М. П. Содержание и методика занятий ритмической гимнастикой с женщинами зрелого возраста : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры». М., 1987. 23 с.
12. Котов В., Масляк І. Динаміка показників фізичного здоров'я жінок молодого та середнього віку під впливом вправ бодіфітнесу. *Спортивний вісник Придніпров'я*, 2008. № 3–4. С. 21–24.
13. Купцов А. С., Т. Б. Кукоба Шульпина В. П. Развитие силовых способностей женщин зрелого возраста с азличным соматотипом в процессе оздоровительной тренировки. URL: <http://www.sportogtu.narod.ru>.
14. Лядська О.Ю. Організаційно-методичні основи оздоровчого тренування з фітболом жінок першого зрілого віку: дис. канд. наук з фізичного виховання та спорту: спец. 24.00.02: «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення». Дніпропетровськ, 2011. 212 с.
15. Лысенко К. Р., Борисова М. В. Польза занятий аквааэробикой для студенток. *Actualscience*. 2016. Т. 2. №. 11. С. 97–98.
16. Основы персональной тренировки / под. ред. Роджера В. Эрла, Томаса Р. Бехля; пер. с англ. И. Андреев. К.: Олимп. лит., 2011. 724 с.
17. Павлова Н., Зендик О. Основні напрями та принципи оздоровчої фізичної культури. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2017. Т. 3. С. 110–114.
18. Подкопай Д.О. Физическая подготовка женщин на основе использования скользящих опор : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.04: «Теория и методика физ. воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной ФК». Краснодар, 2001. 23 с.
19. Солодяников О. В. Методика оздоровительных занятий степ-аэробикой на основе биомеханических исследований базовых шагов : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04; Нац. гос. ун-т физ. культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта. СПб., 2009. 146 с.
20. Чубакова В. А. Педагогические технологии проведения занятий различными видами оздоровительной аэробики с женщинами молодого возраста (21–35 лет) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры». М., 2006. 23 с.
21. Шишкіна О. М. Вплив занять фітнесом на психофізіологічну сферу жінок. Слобожанський науково-спортивний вісник. Харків, 2012. №5. С. 111–113.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2017 р.

ФІТБОЛ-АЕРОБІКА, ЯК УНІВЕРСАЛЬНИЙ НАПРЯМ ОЗДОРОВЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

У статті розглядаються шляхи підвищення ефективності фізичного виховання школярів та використання фітбол-аеробіки на уроках фізичної культури.

Ключові слова: здоров'я, школярі, фізкультурно-оздоровчі технології, фітбол-аеробіка, фізична підготовленість

На даний час в нашій країні все більшої популярності набуває проблема збереження і зміцнення здоров'я населення. Особливо це стосується підростаючого покоління. У сучасному світі на організм дітей впливають безліч різних чинників: кліматичних, екологічних, соціально-економічних, що в цілому створюють дуже велике навантаження на адаптаційні можливості організму і призводить до їх зриву. За таких обставин орієнтація на здоровий спосіб життя, залучення до занять фізичною культурою і спортом повинні стати дієвим засобом адаптації дітей до мінливих умов життєдіяльності, пов'язаних із значним прискоренням ритму життя, суттєвим загостренням екологічної ситуації, різким зниженням рухової активності, як головного регулятора стану і функцій організму [1].

Разом з тим, традиційне фізичне виховання не здатне повною мірою задовольняти сучасним реаліям і нести оздоровчі функції. Одним із шляхів підвищення ефективності фізичного виховання є застосування на уроках фізичної культури різних сучасних фізкультурно-оздоровчих технологій (фітнес-технологій), які дозволяють забезпечити розширення і збільшення функціональних можливостей, підвищення резистентності організму та профілактику захворюваності школярів.

У зв'язку з кризовим станом здоров'я підростаючого покоління, особливої актуальності набуває розробка оздоровчих фітнес-технологій для дітей і підлітків, призначених для формування, збереження та зміцнення їх здоров'я [5].

Фітнес-технології – це технології, що забезпечують результативність в заняттях фітнесом. Більш точно їх можна визначити, як сукупність наукових методів, кроків, прийомів, сформованих в певний алгоритм дій, який реалізується в інтересах підвищення ефективності оздоровчого процесу та забезпечує гарантоване досягнення результату на основі вільного мотивованого вибору занять фізичними вправами з використанням інноваційних засобів, методів, організаційних форм занять, сучасного обладнання. Грамотне та цілеспрямоване впровадження фітнес-технологій в заняття фізичною культурою для оздоровлення, розвитку і виховання дітей і підлітків є в даний час одним з основних завдань модернізації освіти.

Фактори, що визначають актуальність застосування фітнес-технологій у навчальному процесі:

- зниження рівня здоров'я і фізичної підготовленості учнів;
- зниження інтересу в середніх і старших класах до традиційних форм і засобів фізичного виховання;
- недостатня освіченість учнів та їх батьків в сфері фізичної культури, що обмежує їх можливості перейти до цілеспрямованого поліпшення свого здоров'я, організації здорового способу життя.

Урок фізичної культури як був, так і залишився головною ланкою в системі фізичного виховання загальноосвітньої школи. Він є для всіх учнів обов'язковою формою занять. Зміст і форма його проведення в значній мірі обумовлюють рівень фізичної підготовленості та спортивної захопленості школярів. Дуже важливо, щоб він разом із загальноприйнятими завданнями мав інструктивну спрямованість і стимулював учнів до самостійних занять, як у школі, так і вдома [2].

Мета фітнес-технологій в системі фізичного виховання: формування позитивної мотивації учнів для усвідомлених самостійних занять з фізичної культури, формування в учнів теоретичних знань в області фітнесу, умінь і навичок до здатності спрямованого використання різноманітних засобів фітнесу для збереження і зміцнення здоров'я, психофізичної підготовки і самопідготовки до майбутнього життя, а також сприяння самореалізації та самовдосконаленню, розвитку фізичних, інтелектуальних і моральних якостей особистості.

Основні завдання, які вирішуються на уроках фізичної культури з використанням фітнес-технологій:

- виховувати стійкий інтерес до предмету;
- формувати потребу і вміння самостійно займатися фізичними вправами, свідомо застосовувати їх з метою підвищення працездатності та зміцнення здоров'я;
- формувати адекватну самооцінку стану свого здоров'я;

- удосконалювати функціональні можливості основних систем організму; розвивати рухові здібності;
- сприяти вихованню моральних і вольових якостей, психічних процесів і властивостей особистості;
- розробляти «фітнес - програми» – системи зміцнення здоров'я;
- складати індивідуальні програми для самостійних занять учнів;
- оволодіти нетрадиційними системами фізичного виховання, новими танцювальними напрямами, різновидами аеробіки.
- ведення самоконтролю – системи спостережень за своїм здоров'ям, ведення зошитів, щоденників самоконтролю.

В ході занять, під музичний супровід можна змінювати темп вправ і підвищувати їх інтенсивність. Танцювально-ритмічна гімнастика, різні види аеробіки знаходять відображення в тій чи іншій спрямованості уроків фізичної культури: легкоатлетичній, гімнастичній, ігровий тощо.

Одним із популярних різновидів фітнес-технологій є фітбол-аеробіка. Це новий, сучасний напрям оздоровчої аеробіки, який передбачає використання великих гімнастичних м'ячів – фітболов.

Виконання вправ на фітболі дозволяє досягти оздоровчого ефекту, який підтверджується досвідом роботи спеціалізованих корекційних та реабілітаційних медичних центрів Європи та України. В процесі занять вирішується цілий комплекс завдань за рахунок включення в роботу одночасно рухового, вестибулярного, слухового, зорового, тактильного і нюхового аналізаторів, що позитивно впливає на фізичний і психоемоційний стан школярів і викликає великий інтерес у дітей [3].

Однією з головних особливостей м'яча є його вібраційний вплив на організм, що виникає при виконанні пружинних погойдувань, які впливають практично на всі органи і системи життєдіяльності людини. За рахунок вібрації й амортизаційної функції м'яча, при виконанні вправ поліпшується обмін речовин, кровообіг і мікродинаміка в міжхребцевих дисках, що сприяє розвантаженню хребетного стовпа, мобілізації різних його відділів, корекції лордозів, кіфозів. При виконанні вправ, сидячи на фітболі, найбільший контакт з ним мають сідничні горби і крижі. Через крижі відбувається поширення ритмічних коливань на весь хребетний стовп, що сприяє зміні динаміки спинномозкової рідини. Вправи на м'ячах тренують вестибулярний апарат, розвивають координацію рухів і функцію рівноваги, мають стимулюючий вплив на обмін речовин організму, активізують моторно-вісцеральні рефлекси. Заняття з м'ячем зміцнюють м'язи спини і черевного преса, створюють хороший м'язовий корсет, сприяють формуванню правильного дихання, моторних функцій. Вібрація на м'ячі несе свій оздоровчий ефект і для психіки людини: швидка вібрація призводить до активізації, прискорення швидкості протікання психічних процесів; повільна вібрація – до розслаблення, релаксації [4].

Комплексний вплив уроків фізичної культури, з інтеграцією засобів сучасних фітнес-технологій, зокрема фітбол-аеробіки, дозволить збільшити ефективність фізичного виховання дітей, підвищити їх фізичну підготовленість, зміцнити здоров'я й адаптаційні можливості організму. Також, застосування фітболів на уроках фізичної культури впливає і на емоційний стан дітей: позитивна емоційна атмосфера на заняттях, як відомо, сприяє більш ефективному процесу навчання руховим умінням і навичкам, і підвищує інтерес до занять фізичними вправами.

Оздоровча гімнастика-фітбол спрямована на розвиток фізичних, психічних та інтелектуальних якостей людини, сприяє загартовуванню організму, підсилює захисні властивості імунної системи до простудних та інфекційних захворювань, допомагає розвитку та вдосконаленню дихальної системи дітей, поліпшенню психофізичний стан; розвиває та зміцнює здоров'я, попереджає порушення опорно-рухового апарату, розвиток плоскостопості, формує правильну поставу. При виконанні комплексів оздоровчої гімнастики відбувається сильний, але адекватний віку та психофізичному стану дитини вплив механічної та психічної енергії на організм як на цілісне утворення.

Фітбол-гімнастика дозволяє вирішувати найрізноманітніші оздоровчі, лікувальні, виховні та освітні завдання. Тому фітбол-гімнастика, як сучасна форма занять, безумовно, має перевагу перед традиційними підходами.

У процесі занять фітбол-гімнастикою слід:

- ознайомити дітей з різними видами фітболів;
- навчити правильно сидіти на футболах;
- навчити погойдуватися і стрибати на футболах;
- навчити виконувати вправи в різних положеннях.

Для забезпечення безпеки, охорони життя і здоров'я дітей, потрібно керуватися основними правилами фітбол-гімнастики:

- підбирати фітбол таким чином, щоб забезпечити при посадці кут в 90° між тулубом і стегном, стегном і гомілкою, гомілкою і стопою; для більшої стійкості ноги в опорі стопи на підлозі розташовувати на ширині плечей;

- перед заняттям переконатися, що поблизу відсутні гострі предмети, які можуть пошкодити футбол;
- простежити, щоб на дітях був зручний одяг, що не заважає рухам;
- починати заняття з простих вихідних положень і вправ, поступово переходячи до більш складних, вирішуючи завдання створення м'язового корсету і поліпшення якості управління рухами;
- виключити під час занять швидкі та різкі рухи, скручування в шийному та поперековому відділах хребта, інтенсивне напруження м'язів шиї та спини. Різкі повороти, скручування, осьове навантаження ушкоджують міжхребцеві диски, які відіграють роль амортизаторів. Надмірні рухи (на рівні анатомічного бар'єру рухливості) збільшують нестабільність хребетно-рухових сегментів;
- при виконанні вправ у положенні лежачи на животі та лежачи на спині, голова й хребет повинні складати одну пряму лінію. Не допускаються нахили і закидання голови вперед-назад, оскільки це призводить до посилення шийного лордозу та появи симптомів нестабільності шийного відділу хребта, що часто зустрічається у дітей і підлітків. З цієї ж причини не можна захоплюватися стрибками на футболах;
- при виконанні вправ фітбол не повинен рухатися, за винятком вправ, пов'язаних з його прокатуванням і переміщенням;
- при виконанні вправ у положенні лежачи на животі з упором руками на підлозі долоні повинні розташовуватися паралельно на рівні плечових суглобів;
- стежити за технікою виконання вправ, дотримуватися прийому страхівки та вчити самостраховці;
- на кожному занятті створювати позитивний емоційний фон, бадьорий, радісний настрій.

Одним з ефективних засобів для створення позитивного настрою є музичний супровід. Крім того, необхідно звертати увагу на естетику виконання вправ.

Впровадження фітнес-технологій в урок фізичної культури викликає позитивну мотивацію до уроку, великий інтерес і бажання займатися в учнів, сприяє збереженню і зміцненню здоров'я, є дієвим засобом підвищення рівня фізичної активності. Висока ефективність занять може бути досягнута за умови чітко організованої системи роботи, яка включає в себе взаємодію всіх напрямків: робота з дітьми, батьками, класними керівниками, співпраця з іншими фахівцями і зацікавленими організаціями, а також наявності програмно-методичної та матеріальної бази [3].

Навчання дітей фітбол-гімнастиці з дотриманням основних вимог до проведення і послідовності етапів приводить до наступних результатів:

- відбувається зміцнення опорно-рухового апарату;
- удосконалюються серцево-судинна і дихальна системи;
- розвиваються фізичні якості дитини, підвищується працездатність, знижується стомлюваність;
- поліпшуються процеси саморегуляції і самоконтролю.

Таким чином, комплекси вправ з різних напрямків фітнесу можна включати в школі, як у позакласну роботу (гуртки, секції, фізкультурно-оздоровчі заходи в режимі навчального та подовженого дня тощо), так і в основну форму навчально-виховної роботи – урок. Програми із застосуванням різних напрямків фітнесу і його технологій сприяють залученню школярів до систематичних занять фізичною культурою, поліпшенню стану їх здоров'я, профілактиці різних захворювань; підвищенню рівня фізичної підготовленості й ефективному розвитку рухових здібностей. Фітбол-гімнастика надає широкий спектр оздоровчого впливу на дитячий зростаючий організм, сприяє розвитку творчості, фантазії; в процесі рухової діяльності формується самооцінка школярів: дитина оцінює своє «Я» за безпосередніми зусиллями, яких вона доклала для досягнення поставленої мети. У зв'язку з розвитком самооцінки розвиваються такі особистісні якості, як самоповага, совість, гордість.

Література:

1. Борилкевич В.Е. Об интеграции понятия «фитнес» / В.Е. Борилкевич // Теория и практика физической культуры. – 2003. – № 2. – С. 45–46.
2. Грудина С.В. Актуальность внедрения фитнес-технологий в учебно-воспитательный процесс школьников / С.В. Грудина // Теория и практика образования в современном мире: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, ноябрь 2012 г.). – СПб.: Реноме, 2012. – С. 70–72.
3. Никанорова Т.С. Здоровячок. Система оздоровления школьников / Никанорова Т.С., Сергиенко Е.М. – Воронеж, 2007. – 85 с.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник / В.М. Мухін. – К.: Олімп. літ-ра, 2010 – 488 с.
5. Єресько О. Методичні рекомендації щодо вивчення предмета «Основи здоров'я» / О. Єресько // Здоров'я та фізична культура. – 2005. – № 6. – С. 13–15.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2017 р.

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ІННОВАЦІЇ В ОЗДОРОВЧОМУ ФІТНЕСІ

В статті визначаються основні положення сучасного оздоровчого фітнесу та його нововведення.

Ключові слова: фітнес, фізична активність, оздоровлення, здоровий спосіб життя, фізичні вправи.

Основний текст. Значення фізичної активності у житті людини з'ясовано давно. «Ніщо так не виснажує та не руйнує людину, як тривала фізична бездіяльність», – говорив Аристотель. У мудрому вислові Авіцени сказано, що «...людина, яка помірно та послідовно займається фізичними вправами, не потребує ніякого лікування». Фізичні вправи зміцнюють мускулатуру, покращують діяльність серцево-судинної системи, зберігають рухливість суглобів і еластичність зв'язок, стимулюють обмінні процеси, позитивно впливають на нервову систему, підвищують опірність до простудних захворювань, протидіють негативним явищам гіпокінезії.

Фітнес відкриває великі можливості для цілеспрямованого впливу на всі системи організму людини за допомогою спеціальних вправ різної інтенсивності і тривалості. Система занять у цілому супроводжується елементами танцю; сучасною музикою; позитивними емоціями; святковим настроєм, тобто всім тим, що приваблює людей.

Заняття можна проводити в спортивних залах, в домашніх умовах, на відкритому повітрі, під керівництвом інструктора чи самостійно з використанням сучасної аудіо- та відеотехніки. За допомогою фітнесу забезпечується ефективна організація вільного часу і дозвілля населення, відкриваються можливості для спілкування, що сприяє соціальній самореалізації особистості. У процесі систематичних занять фітнесом реалізуються ідеї здорового способу життя.

Фітнес – одна з найпопулярніших у всьому світі систем оздоровлення, яка дозволяє задовольнити сучасні потреби різних вікових груп населення, що бажають зробити свою фігуру красивою, а здоров'я міцним. Її головні відмінні риси – індивідуальний підхід до тих, що займаються і персональний підбір дієти. Основа фізичного тренування у фітнесі аеробні вправи [4].

Слово «фітнес» походить від англійського Fitness, тобто – бадьорість, здоров'я, стрункість, відмінна спортивна форма.

Завдання фітнесу – це зміцнення здоров'я, підвищення життєвого тону, зростання загальної та спеціальної працездатності, виховання фізичних якостей, формування та корекція вад статури, психопрофілактика, психокорекція, психорегуляція, набуття життєвої енергії, бадьорості, життєрадісного настрою, протидії та опору до стресів [2].

У той же час, фітнес – це мистецтво запобігати ушкодженню, перевантаженню, організації раціонального навантаження, вміння завжди зберегти присутність духу в найскрутніших обставинах, вміння швидко відновити сили й загальний стан.

Одним видом фітнесу є оздоровчий фітнес. Оздоровчий фітнес є сьогодні інновацією, тому що він має ознаки інноваційності і сприяє вирішенню життєво важливих проблем суспільства.

Оздоровчий фітнес можна визначити як ступінь збалансованості фізичного, психічного, соціального станів, що мають у своєму розпорядженні необхідні резерви для забезпечення поточної життєдіяльності без зайвої фізичної і психічної напруги в стані гармонії з навколишнім середовищем.

Ідеологія оздоровчого фітнесу реалізується в оздоровчих програмах, у яких об'єднані методи і засоби, що поєднують фізичні навантаження (вправи) і ментальні дії, орієнтовані на регуляцію психічного (духовного) стану. Прикладом подібного підходу є програма типу «Mind – Body» (Фітнес духу і тіла).

Проведений аналіз науково-методичної літератури дозволив виявити соціально-педагогічні передумови впровадження оздоровчого фітнесу в систему фізкультурної освіти.

До них відносяться [5]:

- перехід суспільства від тоталітарного, консервативного до демократичного, варіативного, інноваційного;
- соціальний запит на здорову, успішну, гармонійно розвинуту людину, суспільна потреба в здоровому способі життя підростаючого покоління, формуванні в молодих людей ціннісного відношення до свого здоров'я, духовного і фізичного розвитку;
- модернізація фізичної культури студентів і пошук концептуальних ідей по оздоровленню і підвищенню рівня фізичного розвитку, фізичної підготовленості молоді;
- гуманізація фізкультурної освіти і її потреба в нових ідеях;
- перегляд організаційно-методичних основ організації фізкультурно-оздоровчої роботи, свобода вибору програм і технологій в закладах освіти;

– доступність, популярність, різноманітність напрямків фітнесу, його широка стратифікація, великі можливості задовольнити потреби в руховій активності різного контингенту, що займається в умовах освітньої установи.

Оздоровчий фітнес розглядається як соціокультурне явище, що відноситься до предметної сфери фізичної культури, родовим поняттям якої є загальнолюдська культура. Будучи універсальним феноменом соціокультурної діяльності, фітнес здобуває властивий їй ціннісний вимір і реалізує цілий спектр цінностей: вітальні, естетичні, соціальні, політичні, культурні.

Серед факторів, що визначають підхід до розгляду фітнесу як соціокультурного явища, може бути виділений ряд важливих соціокультурних проблем, вирішенню яких він сприяє в сучасному суспільстві [3]:

1) соціалізація людей, що займаються фітнесом, створення найбільш широких можливостей для самопізнання, самоідентифікації і самоактуалізації особистості та її сприятливих взаємодій із соціумом;

2) сприяння появі нових культурних форм через творчу активність людей у сфері фітнесу;

3) залучення людей до культурних цінностей різних країн і народів у процесі занять фітнесом за рахунок використання фрагментів мистецтва різних національних культур;

4) розвиток галузі фітнес-індустрії та мережі платних фітнес-послуг на базі державних установ різних типів;

5) створення передумов для розвитку фітнесу як сфери наукових досліджень;

6) виявлення основ для розвитку системи підготовки фітнес-спеціалістів, системи підготовки кадрів з фізичної культури, розробка нових професійних освітніх програм.

Соціокультурні функції оздоровчого фітнесу реалізуються шляхом перетворення людських ресурсів, елементів культури і суспільства, трансформуючи їх засобами фітнес-технологій у відповідні суспільному запиту психофізичні кондиції молодшої людини.

Сучасною наукою і практикою вироблена велика різноманітність засобів, форм, методів, фізкультурно-оздоровчої роботи з людьми різного віку. Серед провідних варто назвати такі системи занять, як аеробне тренування з використанням циклічних вправ (ходьба, біг, плавання, вправи на кардіотренажері), різні напрямки фітнесу (спінбайк-, сайклінг-, фітбол-, данс-, аква-, степ-, класичний та інші види аеробіки, атлетична гімнастика, шейпінг, стретчинг, пілатес, слайдинг, калланетика та ін.), оздоровча і лікувальна гімнастика. Розглянемо деякі види оздоровчого фітнесу:

Калланетика – це найуніверсальніший на сьогодні комплекс вправ для всіх вікових категорій, комплексів і характерів.

Пілатес (Pilates) – це безпечний комплекс вправ без ударного навантаження, що дозволяє розтягнути й зміцнити основні м'язові групи, не забуваючи при цьому й про більш дрібні слабкі м'язи, сприяє зняттю навантаження з попереку й плечового пояса.

Окрему групу складають види фітнесу, побудовані на динамічному навантаженні.

Бокс-, карате-аеробіка, тай-бо, кі-бо поєднують у собі комплекс вправ з аеробіки й бойових мистецтв.

Степ-аеробіка (step) – це танцювальні фізичні вправи, які проводяться з використанням спеціальної платформи (степу).

Памп-аеробіка – силова аеробіка з міні-штангою вагою від 2 до 20 кілограмів. Танцювальна аеробіка (dance) зміцнює м'язи, стимулює роботу серцево-судинної системи, поліпшує координацію рухів і поставу, спалює зайву вагу.

У ході ретроспективного аналізу науково-методичної літератури, педагогічних спостережень і узагальнення досвіду фізкультурної роботи була розроблена типологія сучасних систем фізкультурно-оздоровчих занять за ознакою їх націленості на підвищення рівня різних складових фізичної кондиції, а також вирішення особистісно-значимих проблем тих, хто займається.

Також розроблені класифікації оздоровчих фітнес-програм на основі різних ознак за: цільовою, віковою, технічною оснащеністю, функціональним впливом.

Ознаками оздоровчих фітнес-програм, що характеризують спрямованість на досягнення цілей фітнесу, повинні бути [1]:

- інноваційність;
- інтегративність і модифікаційність;
- варіативність;
- мобільність;
- адаптивність до контингенту тих, що займаються;
- естетична доцільність і результативність;
- вимоги до музичного супроводу занять.

Окремо хочемо сказати про музичний супровід на заняттях з оздоровчого фітнесу.

Музика, яка використовується на заняттях, є саме тою ланкою, від якості якої залежить ефективність та привабливість аеробіки для тих, хто займається.

При проведенні занять широко використовується сучасна музика під яку виконують рухи танцювального характеру, які відповідають стилю музики. Це визначає необхідність спеціальної підготовки тренера. Від вміння тренера проводити різні види вправ під музичний супровід, збагачувати уроки естетичним змістом, звертати увагу тих, хто займається на виразність, точність та красу рухів у деякій мірі залежить ефективність занять.

Слід відмітити, що у деяких оздоровчих заняттях музика використовується, як фон для зняття монотонності від однотипних рухів. (атлетична гімнастика, каланетика, стретчинг). В інших – музика використовується як лідер, тобто задає ритм, характер та керує темпом рухів (аеробіка, шейпінг, фітнес та ін.).

Заняття з музичним супроводом мають і більше оздоровчо-гігієнічне значення. Музичний ритм організовує рухи, підвищує настрій тих, хто займаються. Позитивні емоції викликають прагнення виконувати рухи енергійніше, що збільшує вплив на організм, сприяє підвищенню працездатності, а також оздоровленню та активному відпочинку. Музика може бути використана як фактор навчання, так як рухи легше запам'ятовуються.

Серед багатьох показників, які визначають кваліфікацію спеціаліста, в першу чергу потрібно виділити музикально-рухові вміння, які використовуються при проведенні занять.

При виборі пісенного матеріалу щоб уникнути можливих помилок, необхідно уважно прослухати текст. Слід пам'ятати, що музика та пісні, які використовуються в оздоровчих заняттях повинні мати позитивне емоційне забарвлення.

Проведене дослідження дає можливість установити місце фітнесу в системі фізичної культури і зв'язки з фізкультурною освітою, фізичною рекреацією, фізичною реабілітацією, спортом. Нами визначено, що фітнес – це соціальна, динамічна, відкрита, самоорганізована, керована система.

Системоутворюючим фактором фітнесу є об'єктивні вимоги суспільства до фізичної культури особистості, до підвищення і збереження рівня фізичної дієздатності і здоров'я.

Системорегулюючим фактором є свобода вибору, добровільна діяльність, мотивація, що визначає собою сукупність різних об'єктивних і суб'єктивних умов.

Нами виявлено тенденції розвитку фітнесу в Україні. До них відносяться: посилення ролі духовного фактора у фітнесі й індивідуалізація програм; упровадження фітнесу в сферу оздоровлення працівників на виробництві; активний розвиток дитячого фітнесу; інтеграція фітнесу в сферу освіти; упровадження інформаційних технологій і комп'ютеризація фітнес-програм.

Оздоровчий фітнес визначений як складне, багатогранне, поліфункціональне соціальне явище, яке можна розглядати як процес і результат поліпшення фізичного удосконалення людей, підвищення рівня їх фізичної дієздатності і стану здоров'я, як сукупність матеріальних і духовних цінностей, як складну динамічну, керовану систему, як специфічний продукт наданих населенню оздоровчих, рухових, видовищних послуг.

Отже, оздоровчий фітнес забезпечує різносторонній розвиток фізичних здібностей при поліпшенні самопочуття під час занять. Дозволяє зберегти і укріпити здоров'я, урівноважує емоційний стан, удосконалює фізичну форму. Оздоровчий фітнес дозволяє людині жити повноцінно, бути вільною від контрольованих чинників ризику. За допомогою оздоровчого фітнесу розвиваються потенційні фізичні здібності.

Невід'ємний компонент фітнес-програм – оцінка фізичного стану тих, хто займається. Оцінюються основні складові: антропометричні показники, функціональний стан серцево-судинної системи, сила і витривалість м'язів, гнучкість.

По закінченню необхідно підкреслити, що доступні та ефективні форми рухової активності, які спеціально організовані в рамках програм занять оздоровчим фітнесом особливо потрібні з урахуванням негативних тенденцій у стані здоров'я молоді. У зв'язку з цим, перспективним напрямком подальших досліджень є обґрунтування і розробка раціональних фізичних навантажень в оздоровчому фітнесі з метою покращення функцій різних систем організму, підвищення його адаптації до несприятливих факторів зовнішньої середовища.

Література:

1. Білокопитова Ж., Мовчан Л., Щербаків Н., Гімнастика: краса і здоров'я. – К.: Здоров'я, 2016. – 104 с.
2. Виру А.А. Аеробные упражнения. – М.: физкультура и спорт, 2014. – 142 с.
3. Горцев Г. Аеробіка. Фітнес. Шейпінг. – М.: Вече, 2017. – 320 с.
4. Лисицкая Т.С., Ростовцева М.Ю., Ширковец Е.А. Ритмическая гимнастика: методика и физиологическое воздействие // Гимнастика. – 2017. Вып.1. – С. 24–29.
5. Манина Т.И. Водопьянова Н.Е. Эта многоликая гимнастика. Л.: Лениздат, 2015. – 80 с.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2017 р.

Щапова А.Ю.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Арщина Ю.Б.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ФІТНЕС ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ СЕРЕДЬНОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті розглядається можливість застосування функціонального фітнес-тренування з метою корекції порушень постави у дітей середнього шкільного віку. Виявлено, що дані заняття спрямовані на підвищення показників розвитку основних фізичних якостей, створення «м'язового корсету» тулуба, що відіграє провідну роль у формуванні правильної постави.

Ключові слова: постава, середній шкільний вік, фітнес, функціональне тренування, школярі.

Постановка проблеми. Постава відіграє важливу роль у життєдіяльності людини, сприяючи раціональному використанню механічних властивостей опорно-рухового апарату і становлячи основу для нормального функціонування життєво важливих систем організму. Тому у фізичному вихованні дітей шкільного віку одним з основних завдань є формування правильної постави [1; 11].

Причинами порушення постави часто також стають: недостатня рухова активність дітей, або гіпокінезія, акселерація дітей, одноманітні вправи, а також нераціонально побудований процес фізичного виховання. Причиною порушень постави можуть бути і нераціональний одяг, захворювання внутрішніх органів, зниження зору, слуху, недостатня освітленість робочого місця, невідповідність меблів зросту дитини та інші [11; 17].

Разом з тим, як показують результати аналізу спеціальної літератури, більшість наукових робіт присвячених проблемі постави, стосуються дітей молодшого шкільного віку, у той час як для підліткового віку, коли відзначається бурхливе статеве дозрівання, таких досліджень недостатньо. Так, згідно з даними В.О. Кашуби [8], А.Г. Хріпкової і Д.В. Колесова [2121; 22], у період статевого дозрівання у школярів спостерігаються зміни у співвідношенні ваго-ростових показників основних ланок тіла, які супроводжуються нерівномірним підвищенням загального центру ваги і зміною пружних властивостей м'язів. Дані про те, що ці та інші фактори можуть бути причиною порушення постави у школярів у пубертатному віці, продемонстровано також і у дослідженнях зарубіжних авторів [24; 25]. Підтвердженням даного припущення є результати досліджень Б.А. Нікітюка [13], в яких, зокрема, показано, що до завершення статевого дозрівання кількість школярів з ознаками порушення постави збільшується. Отже, проблема формування правильної постави у підлітків, стоїть не менш гостро, ніж у учнів молодшого шкільного віку.

Різні дослідники у своїх працях приходять до єдиної думки, що саме школа може і повинна бути місцем профілактики порушень постави. Ряд науковців присвячували свої роботи проблемі формування правильної постави у школярів, проте проблема так і залишилася розробленою недостатньо. За статистикою, функціональні порушення постави спостерігаються у 40–60% учнів [2; 5; 14].

Багато засобів фізичного виховання в школі не відображають сучасних модних тенденцій, здаються дітям нецікавими – звідси й низька мотивація до занять. У спортивних секціях існує тенденція відбору обдарованих дітей, в результаті чого інші учні шкіл виявляються «поза спортом», не отримуючи необхідну дозу фізичної активності, відповідно віку, що покликана забезпечити оптимальний розвиток організму [19]. Під час аналізу наукової та методичної літератури, пов'язаної з питаннями корекції порушень постави у школярів не було виявлено досліджень, які б стосувалися використання оздоровчого фітнесу, зокрема, одного з його нових напрямків – функціонального тренування – при порушеннях постави у школярів.

Отже, актуальність даної теми пов'язана з тим, що порушення постави – часте явище серед дітей середнього шкільного віку. Проте у методи корекції даних порушень потребують подальшого вивчення та розробки.

Мета дослідження: науково обґрунтувати можливість застосування функціонального фітнес-тренування для дітей середнього шкільного віку із порушеннями постави.

Об'єкт дослідження: функціональне фітнес-тренування при порушеннях постави у дітей середнього шкільного віку.

Предмет дослідження: особливості застосування функціонального фітнес-тренування при порушеннях постави у дітей середнього шкільного віку.

Основним **методом дослідження** став аналіз спеціальної наукової та методичної літератури за проблемами порушень постави у школярів, а також застосування функціонального фітнес-тренування.

Результати дослідження. Існують дані, що у більшості дітей шкільного віку порушення постави мають нестійкий функціональний характер. Порушення постави поступово може призвести до зниження рухливості грудної клітки, діафрагми, погіршення ресорної функції хребта, що у свою чергу, негативно впливає на діяльність центральної нервової системи, серцево-судинної і дихальної систем. Внаслідок прояву загальної функціональної слабкості, дисбалансу у стані м'язів і зв'язкового апарату дитини, функціональні порушення постави стають супутником багатьох хронічних захворювань [1; 6; 11; 14; 20].

Функціональні порушення постави у фронтальній площині обумовлені асиметрією м'язового тону на правій і лівій половині тулуба. Основною причиною локального м'язового гіпертону є тривале статичне навантаження на м'яз з мінімальною інтенсивністю протягом тривалого часу [4; 9; 15].

Як відомо, характерною особливістю повсякденного життя школярів є високі статичні навантаження. Слід зазначити, що у положенні сидячи без опори, особливо велике навантаження припадає на поперековий відділ хребетного стовпа. З огляду на особливості фізичного розвитку дітей у даний віковий період, а саме відносну слабкість м'язово-зв'язкового апарату, хребет змушений пристосовуватися до підвищених навантажень, що, як правило, супроводжується формуванням порочного рухового стереотипу [4; 18].

Порушення постави не є захворюванням, це стан, який при своєчасно розпочатих оздоровчих заходах не прогресує і є зворотним процесом. Тому питання ранньої діагностики та профілактики порушень постави у дітей заслуговують на особливу увагу. Завдання оздоровчої фізичної культури, спрямованої на профілактику порушень постави не можуть бути зведені лише до впливу на «вражену» ділянку м'язової системи. Важливим завданням є всебічне відновлення і зміцнення здоров'я дитини, підвищення функціональних можливостей до рівня, що забезпечує повноцінне існування у конкретних соціальних умовах [15].

Функціональні можливості організму визначаються рівнем розвитку фізичних якостей дітей. Спеціальні дослідження виявили тенденцію до зниження рівня розвитку основних фізичних якостей школярів [10; 23].

Становлення і вдосконалення постави багато в чому залежить від ступеня розвитку різних м'язових груп, що забезпечують фіксацію і регуляцію пози, від пропорційності їх розвитку, а також від рівня розвитку статичної витривалості. Загальна слабкість м'язів, дисгармонійний розвиток статури, нерідко буває причиною так званих функціональних порушень постави. Дані наукових досліджень свідчать про досить низькі показники функціонального стану опорно-рухового апарату, статичної витривалості м'язів спини та м'язів живота у дітей середнього шкільного віку із порушеннями постави [1; 20].

Таким чином, оптимізація рухового режиму з урахуванням функціонального статусу учнів із порушеннями постави сприятиме підвищенню функціонального стану опорно-рухового апарату і досягненню оздоровчого ефекту у даній групі дітей. Розробники проблем, пов'язаних із корекцією постави у школярів наголошують, що процес фізичного виховання для них має бути орієнтованим на підвищення функціональної і загальнофізичної підготовки, зберігаючи спрямованість на профілактику і корекцію порушень їх постави [1; 2].

З даної точки зору, а також з точки зору стимулювання інтересу школярів до занять шляхом залучення нових, сучасних видів фізичної активності, доцільним може стати використання функціонального фітнес-тренування з метою корекції порушень постави.

Функціональний тренінг – вид тренування, заснований на природних рухах людини, спрямований на розвиток основних фізичних якостей, рухових здібностей, корекцію пропорцій статури, а також вдосконалення роботи основних життєво важливих систем організму [16].

Функціональне тренування – це комплекс засобів і методів, спрямований на всебічний розвиток організму з метою максимальної його адаптації до навколишніх умов життя. Головними принципами занять вважаються: 1) залучення та активізація великої кількості м'язів одночасно шляхом використання багатосуглобових вправ, а також, видозмінених повсякденних рухів; 2) навчання швидкій реакції на зміну положення у просторі під час виконання як динамічних, так і статичних вправ. Під час побудови функціонального фітнес-тренування вправи добираються так, щоб задіяти велику кількість м'язів-стабілізаторів, які на більшості інших занять не працюють або працюють неефективно. Саме вони відповідають за рівновагу, баланс, гнучкість, впевненість рухів та координацію. А найважливіше – за підтримання оптимального положення тіла у статиці та динаміці, формування «м'язового корсету» тулуба, створення раціонального м'язового балансу, тобто формування правильної постави. На заняттях опрацьовуються всі частини тіла і покращується взаємодія між ними. Важливим є приділення значної уваги правильній техніці виконання вправ [3; 7; 12].

Як можна побачити, саме ці моменти є найважливішими для школярів із порушеннями постави.

Висновки. Проведений аналіз літературних джерел дозволив виявити недостатню розробленість проблеми корекції порушень постави у дітей середнього шкільного віку. Дані спеціальних досліджень свідчать про зворотність порушень постави у більшості школярів, їх функціональний характер.

Водночас, у дітей шкільного віку, які мають порушення постави, відмічаються низькі показники розвитку основних фізичних якостей, загальна слабкість м'язів, зокрема незадовільна статична витривалість м'язів спини та живота.

З метою коригуючого впливу для даної групи дітей може бути застосоване функціональне фітнес-тренування, що, з одного боку, вирішить перелічені вище проблеми, а з іншого – дозволить збільшити зацікавленість учнів у заняттях руховою активністю.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці, апробації та встановленні ефективності програми рухової активності для дітей середнього шкільного віку з порушеннями постави, складовою частиною якої є функціональне фітнес-тренування.

Література:

1. Аболишин А.Г. Физическая реабилитация детей среднего школьного возраста с нарушением осанки : автореф. дисс. ... канд. пед. наук. Малаховка, 2005. 26 с.
2. Агайари А. Коррекция нарушений осанки у школьников 11–13 лет средствами адаптивной физической культуры : автореф. дисс. ... канд. пед. наук. Москва, 2006. – 19 с.
3. Гуськов С.И., Дегтярева Е.И. Новые виды физической активности женщин – веление времени. Москва: Теория и практика физической культуры, 2007. 256 с.
4. Гришин Т.В., Никитин С.В. Методы профилактики нарушений осанки у детей в общеобразовательных школах. *Вестник гильдии протезистов-ортопедов*. 2000.–№ 3. С.38–42.
5. Дубогай А.Д. Исследование содержания двигательных режимов и уроков физической культуры, способствующих исправлению нарушений осанки школьников младших классов : автореф. дисс. ... канд. пед. наук. Киев, 1978. 27 с.
6. Епифанов А.В., Епифанов В.А. Выпрями спину. Москва: Эксмо-Пресс, 2011. 160 с.
7. Иванов І.В., Говсієвич А.Г. Побудова фітнес-програм функціонального тренування жінок І зрілого віку (21–35 років). *Фізична культура, спорт та здоров'я*. 2015. С. 155–156.
8. Кашуба В.А. Биомеханика осанки. Киев: Олимпийская литература, 2003. 280 с.
9. Калб Т.Л. Проблемы нарушения осанки и сколиозов у детей. Причины возникновения, возможности диагностики и коррекции. *Вестник новых медицинских технологий*. 2001. № 4. С. 62–64.
10. Кофман Л.Б. Педагогические принципы и модели организации физкультурно-спортивной деятельности детей и молодежи : автореф. дисс. ... д-ра пед. наук. Москва, 1998.– 72с.
11. Макарова Ю.В. Профилактика нарушений осанки у детей младшего школьного возраста. *Педагогическое мастерство: материалы IX Междунар. науч. конф.* (Москва, ноябрь 2016 г.). М.: Буки-Веди, 2016. С. 183–185.
12. Муравов И.В. Физическая культура и активный отдых в разные возрастные периоды. Киев: Здоров'я, 2003. 189 с.
13. Никитюк Б.А., Гладышева А.А. Анатомия и спортивная морфология. Москва: ФиС, 1989. 176 с.
14. Пенькова И.В. Профилактика нарушений осанки детей младшего школьного возраста : автореф. дисс. ... канд. пед. наук. Омск, 1997. 24 с.
15. Поликарпова О.А. Профилактика нарушений осанки средствами гимнастики у детей младшего школьного возраста на основе индивидуального подхода : автореф. дисс. ... канд. пед. наук. Санкт-Петербург, 2007. 26 с.
16. Савин С.В., Степанова О.Н. Программы функциональной фитнес-тренировки: содержание, конструирование, особенности реализации. *Известия Тульского государственного университета. Физическая культура. Спорт*. 2016. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/programmy-funktsionalnoy-fitness-trenirovki-soderzhanie-konstruirovanie-osobennosti-realizatsii> (дата звернення: 8.12.2017).
17. Садовой М.А., Трегубова И.Л., Садовая Т.Н. Теоретические и прикладные аспекты выявления заболеваний позвоночника. *О реализации программы «Здоровая семья»* (по материалам Научно-практической конференции). Новосибирск, 1996. С. 28–31.
18. Спиринов В.К., Денисов А.С. Методика ранней диагностики нарушения осанки и коррекция осанки у детей с учетом их типологических особенностей. Великие Луки: Великолукский гос. ин-т физ. культуры, 2002. 82 с.
19. Стрельченко Л., Арешина Ю. Зміст занять оздоровчим фітнесом для дітей молодшого шкільного віку. *Збірник наукових праць Волинського національного університету імені Л. Українки «Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві»*. 2011. № 1. С. 28–32.
20. Фаттахова Л.С. Комплексная диагностика и реабилитация детей школьного возраста с различными видами нарушений осанки : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Самара, 2003. 25 с.

21. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. Девочка, подросток, девушка. Москва: Просвещение, 1982. 312 с.
22. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. Мальчик, подросток, юноша. Москва: Просвещение, 1982. 268 с.
23. Шарманова С., Федорова А, Калугина Г. Формирование правильной осанки в процессе физического воспитания детей дошкольного и младшего школьного возраста. Челябинск: УралГАФК, 1999. 208 с.
24. Lerman J.A., Sullivan E., Haynes R.J. The Pediatric Outcomes Data Collection Instrument (PODCI) and functional assessment in patients with adolescent or juvenile idiopathic scoliosis and congenital scoliosis or kyphosis. *Spine*. 2002. № 27 (18). P. 2052–2057.
25. Mellin G., Poussa M. Spinal mobility and posture in 8- to 16-year-old children. *Journal of Orthopaedic Research*. 1992. № 10. P. 211–216.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2017 р.

РОЗДІЛ 7. ПИТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Герасимчук А.В.

студентка II курсу факультету Педагогічної освіти і соціальної роботи
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

Ульяницька Н. Я.

кандидат біологічних наук,
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичної терапії
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ АРТ-ТЕРАПІЇ ПРИ РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті розглядаються методи арт-терапії, які сприяють гармонійному всебічному розвитку особистості дитини дошкільного віку та ефективність їх впровадження в освітній процес педагогами дошкільних навчальних закладів.

Ключові слова: арт-терапія, музикотерапія, піскова терапія, ігротерапія, казкотерапія.

Сьогодні досить інтенсивно розвивається та удосконалюється навчальний процес, в освітні програми впроваджуються різноманітні інноваційні технології, які спрямовані на всебічний гармонійний розвиток дитини дошкільного віку. Базовий компонент дошкільної освіти України акцентує увагу на використанні нового підходу до педагогічної діяльності, застосуванні нових методів і засобів ведення навчально-виховного процесу [1].

Зважаючи на стрімкий розвиток дітей ХХІ століття зміст освіти ускладнюється, значна увага зосереджується на розвитку інтелектуальних та творчих здібностей, на зміну традиційним методам навчання приходять інноваційні технології, які ефективно впливають на розвиток пізнавальної та особистісної сфери дошкільника.

У процесі навчання важливе місце відведене для педагога, який має створити позитивну атмосферу та сприятливі умови для гармонійного і максимального розвитку здібностей дошкільника.

З метою розвитку дрібної моторики, пізнавальних процесів, творчих здібностей варто застосовувати таку інноваційну технологію, як арт-терапія.

Арт-терапія (лат. ars – мистецтво, грец. therapeia – лікування) являє собою методику лікування за допомогою художньої творчості. Арт-терапія сьогодні вважається одним з найбільш м'яких, але ефективних методів. Під час навчання застосовується рід таких художніх прийомів, як малювання, ліплення, музика, фотографія, кінофільми, книги, акторська майстерність, створення історій тощо [6].

Арт-терапія або як його ще сьогодні називають «лікування мистецтвом» – досить новий, проте популярний засіб психотерапії. Особливо актуальною арт-терапія є для дітей. Мистецтво – це чудова можливість для малюка «відкритися», поділитися своїми емоціями та страхами. Адже іноді так важко висловити словами всі ті емоції, що заповнюють нашу душу. Саме арт-терапія допоможе віднайти душевну гармонію. Арт-терапія виступає, як засіб розвитку малюка, а також є невід'ємним елементом лікування дітей з особливими потребами.

Як зазначав відомий український поет, громадський діяч та педагог В. А. Сухомлинський: «Діти повинні жити у світі краси, гри, казки, музики, малюнка, фантазії, творчості.»

В організації освітнього процесу та при постановці навчально-виховних завдань, доцільно використовувати різні інноваційні технології (див. схему 1)

Використання музикотерапії. На сучасному етапі музична терапія далеко просунулася в дослідженні впливу музичного досвіду на розвиток особистості. Усіх турбує відповідь на запитання: «Як музика може відкривати усі сторони різноманітної особистості?», а ключ потрібно шукати в минулому, коли ми ще були в утробі матері й відчували ритм материнського серця, музику її тіла, музику її подиху й голосу.

Музикотерапія допомагає збагатити дитині знання про навколишній світ, прищепити любов до музики, навчити слухати й розуміти. Для того щоб музикотерапія позитивно вплинула на розвиток і виховання малят, необхідно враховувати особливості дітей. Відомий композитор Дмитро Кабалевський сказав: «Музика, як будь-яке мистецтво, допомагає дітям пізнавати світ, виховує дітей» і він не помилився, адже дійсно, музика може покращити наш емоційний стан, розвиває творчі здібності і просто збалансувати емоційні процеси.



Музикотерапія – це спеціалізована форма психотерапії, яка заснована на музиці. Музикотерапія як цілісне використання музики в якості основного та ведучого фактора дії на розвиток дитини включає такі напрями, як вокалотерапія (співи), музикотерапія в рухах (танці, музично-ритмічні ігри, які також сприяють розвитку рухових якостей малюка), музикування на музичних інструментах (сопілка, барабани тощо) та інші [8].

Вона поділяється на два види: **активну**, коли дитина сама грає і **пасивну**, коли виступає в ролі слухача. Для першого варіанту необхідні музичні інструменти, наприклад: маракаси, барабани, дзвіночки, дудки і т.д. Можна створювати музичні інструменти з підручних засобів, а саме: в якості барабанів використовувати пусті коробки, пусті пляшки, таким чином ми додатково розвиватимемо уяву дітей і створюватимемо музику.

Емоції впливають на наш організм в цілому, а особливо на всі психічні процеси: на відчуття, сприйняття, уяву, мислення, волю, пам'ять. Хороший настрій дитини є основою її фізичного, духовного і психологічного здоров'я, позитивного ставлення до світу та оточуючих. Для кращого сприйняття дітям на заняттях із музикотерапії пропонується ігровий матеріал для розвитку тактильного сприйняття (м'які іграшки, ґумові іграшки за методикою М. Монтессорі) [7].

Музичні здібності у дітей починають проявлятися у ранньому віці від 1 року до 3 років: емоційна чуйність, музичний слух, почуття ритму. Уже на другому році життя діти можуть слухати невеликі музичні твори і не просто радіти, а й виражати свій емоційний стан – бадьорий, задерикуватий, як приклад, під час слухання пісні «Конячка» О. Тимчивої; спокійний, доброзичливий стан під час слухання пісні «Кішка» Ан. Александрова. Одне із найважливіших завдань у процесі формування музичного сприйняття є навчити дітей прислухатися до мелодії, слів пісні й упізнавати її під час повторного прослуховування.

Важливою складовою музикотерапії є формування музично-сенсорних здібностей у дітей дошкільного віку. Музичне переживання, власне кажучи, завжди є сенсорним, оскільки музика - і найпростіші співзвуччя, і складні образи – насамперед сприймається чуттєво [8]. Тому сенсорні процеси є показниками цілісного сприйняття, розрізнення виразних почуттів, а також проявів, пов'язаних зі сприйняттям окремих властивостей музичних звуків, що особливо важливо для дітей молодшого віку.

Для вихователя особливо важливо підібрати мелодію відповідно до емоційного стану дитини, щоб не погіршити ситуації. Використання музики допомагає подолати бар'єр замкнутості у дитини, сприяє її адаптації до нового колективу, розвиває комунікабельність та ефективно впливає формування естетичних почуттів. Даний вид арт-терапії сприяє позитивному формуванню психологічних умов для формування творчих якостей у дітей дошкільного віку.

Піскова терапія.

Піскова терапія як різновид арт-терапії зорієнтована на притаманний кожній дитині внутрішній потенціал здоров'я і сили. Вона акцентує увагу на природному вияві думок, почуттів та настрою в творчості, прийняття дитини такою, якою вона є. Для дітей – це ігровий спосіб розповісти про свої проблеми, продемонструвати свої страхи та позбавитися їх, а також зняти емоційне напруження. Адже гра для дитини – це необхідна, природна й улюблена діяльність. В Україні ця теорія виникла не так давно. Розвинули й запропонували її Кард Густав Юнг і Дора Калфф (його учениця).

Найулюбленіший і найцікавіший матеріал для ігор і занять дітей – це усім відомий пісок. Батьки купують своїй дитині багато іграшок, але, зазвичай, найперші – це відерце, совок та формочки. Перші контакти малюків один із одним відбуваються в пісочниці. Як засвідчує практика, пісок є чудовим засобом для розвитку та саморозвитку дітей, а в поєднанні з ігровою діяльністю збільшується позитивний вплив на емоційний стан дитини. Можна сказати, що пісок вбирає в себе негативну психічну енергію. Ігри піднімають настрій у дітей, викликають емоції радості, спонукають до продуктивної діяльності. Діти стають більш впевненими й здатними долати життєві труднощі,

навчаються розуміти себе й інших. У них починають формуватись навички позитивної комунікації, а ще розвивається тактильна чутливість і дрібна моторика рук.

Власне, метою пісочної терапії є творче самовираження людини. Цей психотерапевтичний метод спрямований на розв'язання особистісних проблем через роботу з образами підсвідомого. Робота з образами у пісочній терапії сприяє самопізнанню, особистісному зростанню, розкриттю творчих ресурсів тощо.

Принцип терапії піском запропонував ще Карл Юнг, чудовий психотерапевт, засновник аналітичної терапії. Пісок має властивість пропускати воду. У зв'язку з цим він вбирає негатив і стабілізує емоційний стан.

Дія піску на дітей досить часто порівнюється з магнітом, пісок, мов притягує та заворює свою особливістю та багатогранністю. Перш ніж вони встигають усвідомити, що роблять, їхні руки самі починають просіювати пісок, будувати тунелі, гори і т. д. А якщо до цього додати мініатюрні фігурки, іграшки, тоді з'являється цілий світ, і дитина повністю поринає у гру [5].

Дана теорія сприяє самоактуалізації дошкільника, а також розвитку когнітивних процесів, а саме мислення, пам'яті, уваги і т. д.. Вона допомагає дитині:

- розвивати позитивну Я-концепцію;
- стати відповідальнішою у своїх діях і вчинках;
- формувати більшу здатність до самоприйняття;
- вчитися більше покладатися на себе;
- опанувати почуття контролю;
- розвивати сенситивність у подоланні труднощів;
- розвивати самооцінку;
- знаходити віру в себе.

Зазвичай, для ефективної та результативної роботи з дітьми пісочниця має бути відповідно обладнана. Для занять з підгрупою дітей використовується дерев'яний ящик розміром 90x70x10 см.

Для індивідуальних занять використовується декілька пластмасових таць менших розмірів.

Пісок має бути жовтого або світло-коричневого кольору, сертифікований. Перед використанням його просіяти, промити, прожарити. Використовується пісок сухим або мокрим. Для проведення певних ігрових вправ можна зафарбувати пісок у різні кольори.

Піском заповнити третину ящика.

Мокрий пісок після закінчення роботи просушити, вирівняти та збризкати водою.

Іноді замість піску можна використати йодовану сіль.

Можна також використовувати ігрові матеріали, а саме: лопатки, широкі щітки, сита, воронки, різноманітні пластикові пасочки різної величини – геометричної форми, у формі тварин, транспортних засобів, людей тощо.

Казкотерапія. У давнину і до сьогодні сформувалась своєрідна традиція розповідати дітям казки. Накопичена століттями мудрість через історії, міфи і легенди передається з покоління в покоління. Вони допомагають дітям формувати життєві принципи і правильні моральні цінності. Використовуючи казки і придумування історій, можна допомогти дитині у вирішенні різного роду проблем і подоланні труднощів дорослішання.

Казка, мов країна мрій у яку із радістю хоче потрапити кожен малюк. Вона впливає на духовний світ дитини, заохочує її до набуття нових знань і умінь, створює певні зразки поведінки, сприяючи формуванню високих моральних цінностей та позитивного світогляду дитини. У дитячій казкотерапії найчастіше застосовують чотири види казок: художні, дидактичні, психокорекційні та медитативні [3].

До художніх казок відносять народні, авторські казки, а також притчі, байки, легенди, білини. Саме з них дитина дізнається, що життя – це активне протистояння двох важливих елементів: зла й добра. Причому добро завжди винагороджується, а зло – неодмінно карається.

Дидактичні казки застосовують для подання в ігровій формі навчального матеріалу. Причому їхніми героями зазвичай стають абстрактні поняття або явища природи (Доброта, Сила, Вітер, Сонце), неживі предмети (іграшки), символи (цифри, букви, звуки), для яких спеціально створюється казковий образ світу. Ці казки можуть розкривати зміст і важливість певних знань. Тобто у формі дидактичних казок вихователі можуть реалізовувати навчальні завдання.

Психокорекційні казки створюють з метою м'якого впливу на поведінку дитини. Вони дозволяють коригувати поведінку дитини або її особистісні риси характеру (сором'язливість, неохайність, примхливість, жадібність тощо). Також психокорекційна казка може навчати дітей чемності, доброзичливого та дбайливого ставлення до оточуючих і природи.

Медитативні казки створюють для того, щоб допомогти дитині зняти психоемоційне напруження, налаштувати її на позитивне сприйняття навколишнього світу тощо. Головна особливість медитативної казки – відсутність конфлікту й негативних героїв. Найпоширеніша її форма – подорож.

Під час проведення занять з казкотерапії важливо пам'ятати, що дитина здатна концентрувати увагу протягом 15–20 хвилин, тому потрібно робити паузи, щоб надмірно не перенавантажувати дитину.

Ігротерапія. Велике значення для дітей дошкільного віку надається ігровій діяльності. Про першочергове значення гри для природного розвитку дитини свідчить той факт, що ООН проголосила гру універсальним і невід'ємним правом дитини.

В оновленому Базовому компоненті дошкільної освіти дитячу гру розглядають як одну з основних освітніх ліній, що передбачає «розвиток у дітей творчих здібностей, самостійності, ініціативності, організованості в ігровій діяльності та формування у них стійкого інтересу до пізнання довкілля і реалізації себе в ньому» [1].

Ігрова терапія викликає великий інтерес у фахівців, що працюють із дітьми дошкільного віку, тому що вона виступає універсальним засобом для розвитку дитини[4].

Т. Шульга, В.Слот, Х.Спаніард виділяють ряд ознак, за якими гру можна віднести до терапевтичного засобу:

1. гра надає природні умови для самовираження дитини;
2. сюжет гри, ігрові дії та ролі розкривають емоції дитини, її приховані страхи;
3. у грі дитина несвідомо виражає емоціями те, що потім може усвідомити, вона вчиться краще розуміти власні емоції та керувати ними;
4. гра дозволяє дорослому (педагогу, психологу) більше дізнатися про історію життя дитини;
5. гра – це найдоступніший спосіб формування дружніх відносин між дитиною та дорослим.

А.С. Макаренко говорив: «Якою буде дитина в грі, такою вона буде і в праці, коли виросте. Тому виховання майбутнього діяча відбувається перш за все в грі. Отже, гра, її організація – ключ в організації виховання.»

Варто зауважити, що даний вид арт-терапії є молодю галуззю сучасної психології, яка орієнтується переважно на роботу з дітьми, хоча в педагогіці почала використовуватись значно раніше. Поява ігротерапії припадає на першу половину ХХ століття, вона поступово розповсюджувалась по широкому спектру напрямів, завдяки широкій різноманітності своїх методів.

Великого змісту розвитку особистості під час ігрової діяльності надавало багато видатних педагогів, зокрема, Ф. Фребель. Він зазначав, що «гра породжує радість, свободу, достаток, спокій в собі і біля себе, мир з миром»

У грі розвиваються не тільки психічні процеси: мислення, мова, пам'ять, увага, а й такі важливі якості особистості, як наполегливість, зосередженість, уміння дотримуватися певних правил. Засобами гри виховуються такі почуття, як співчуття, вміння прийти на допомогу, дружба.

Гра є одним з найцікавіших та найпопулярніших видів людської діяльності, вона виступає провідною діяльністю дошкільника, засобом його всебічного розвитку, важливим методом виховання. Дитяча гра – це діяльність, спрямована на орієнтування в предметній і соціальній дійсності, в якій дитина відображає враження від їх пізнання [2]. Водночас гра є могутнім виховним засобом, у ній, за словами К. Ушинського, реалізується потреба людської природи.

Як зазначав Л. Виготський, «Підпорядковуючи поведінку усім відомим умовним правилам, гра вчить розумній і свідомій поведінці. Вона є першою школою думки для дитини...»

Отже, як висновок можна сказати, що арт-терапія, яку ще часто усі називають «лікування мистецтвом», представляє собою ефективний і захоплюючий комплекс методів психологічної та педагогічної корекції, яка спрямована на оздоровлення та творчий розвиток дитини. Даний метод був розроблений в середині минулого століття і з ефективністю почав застосовуватись в Європі та США.

Тепер терапія мистецтвом здобула надзвичайно широкої популярності, та отримала загальне поширення, а саме для лікування, навчання, розвитку дошкільнят, а також дітей-інвалідів.

Арт-терапія ефективно впливає не лише на інтелектуальний розвиток дитини, а й на розвиток її пізнавальної сфери, а саме, процесів мислення, уваги, уяви та пам'яті. Творчий характер занять допомагає дитині віднайти щось нове в собі, розвинути свої здібності та таланти.

Запропонована терапія дає можливість виразити свої внутрішні почуття, переживання, негативізм, у символічній формі пережити ще раз важливі події.

Зважаючи на прискорений розвиток суспільства сьогодення, педагогам слід інтегровано підходити до організації навчально-виховного процесу з дітьми, використовуючи різноманітні інноваційні технології для повноцінного і гармонійного розвитку особистості дитини дошкільного віку.

Література:

1. Базовий компонент дошкільної освіти України (нова редакція) // Дошкільне виховання. – 2012. – № 7. – С. 4–19.
2. Бондар Л. М. Використання методів арт-терапії в роботі з дітьми дошкільного віку / Л. М. Бондар // Педагогічний пошук. – 2014. – № 1. – С. 54–57.
3. Казкотерапія як засіб розвитку дошкільнят / Л. Л. Шалімова. – Х.: Вид-во «Ранок», 2013. – 160 с. – (Сучасна дошкільна освіта).
4. Литвиненко С. А. Ігротерапія // Світлана Литвиненко. – К. : Шкільний світ, 2010. – 128 с.
5. Власюк, М. Арт-терапія : лікування мистецтвом / М. Власюк // Відкритий урок: розробки, технології, досвід. – 2008. – № 7/8. – С. 90.

6. Вознесенська, О. Особливості арт-терапії як методу / О. Вознесенська // Психолог. Шкільний світ. – 2005. – № 39. – С. 5–8.
7. Музыкотерапия // Психотерапевтическая энциклопедия; Под. ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: «Питер», 2000. – С.392 – 394.
8. Радынова О.П. и др. Музыкальное воспитание дошкольников: Пособие для студ. пед. ин-тов, учащихся пед. уч-щ и колледжей, муз. руководителей и воспитателей дет. сада / О.П. Радынова, А.И. Катинене, М.Л. Палавандишвили; Под ред. О.П. Радыновой. – М.: Просвещение: Владос, 1994. – 223 с.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2017 р.

Калашник И. К.

студент 4 курса факультета физического воспитания,
специальность «физическая реабилитация»,
Запорожский национальный университет

Иванская Е. В.

старший преподаватель кафедры физической реабилитации,
Запорожский национальный университет

ГАРДЕНОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЭРГОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Нами было рассмотрено методику гарденотерапии для реабилитации людей пожилого возраста. Проанализованно было как теоритический материал, и применили на практике методику эрготерапии–гарденотерапию. Уникальная программа позволяет индивидуализировать работу. Результатом нашего исследование показало что использования гарденотерапии позитивно влияет на пожилых людей и получают удовольствие от процесса выращивания и ухода за растениями.

Ключевые слова: гарденотерап, эрготерапия, психоэмоциональное состояния, социум.

Введение. Гарденотерапия – это особое направление психосоциальной, профессиональной реабилитации при помощи приобщения к работе с растениями. Практика показывает, что пожилые люди с удовольствием выращивают растения и ухаживают за ними. Особое эмоциональное настроение, связанное с выполнением необходимой работы, психически успокаивает. Гарденотерапию можно применять совместно с элементами других технологий социокультурной деятельности – музыка, библиотерапией, оригами. Гарденотерапия слово имеет два корня «гарден» – «сад» и «терапия» – «лечение».

Гарденотерапия или садовая терапия является частью эрготерапии, основанной на использовании растений для улучшения психического состояния пациентов. Методика воздействует на тело, разум и душу людей, поэтому позволяет корректировать поведенческие и эмоциональные расстройства, широко используется в рамках реабилитационного периода после тяжелых заболеваний. Тематику занятий строят с учетом времени года, интересов пациентов, погодных условий, праздников. Во время терапии врач учитывает темп развития специальных навыков, степень самостоятельности, способность работать в коллективе [3].

Уникальная программа позволяет индивидуализировать работу: способным пациентам рекомендованы сложные и долгосрочные проекты, менее подготовленным людям – простые задания. При этом сохраняется развивающий и обучающий аспект терапии.

Метод широко применяют для реабилитации пациентов с онкопатологиями, болезнью Альцгеймера, ментальными нарушениями, хроническим алкоголизмом, а также лиц, которые приняли участие в боевых действиях. Основная задача гарденотерапии – улучшение физического и психического состояния пациентов.

Садовый участок, на котором проводят занятия, проектируется так, чтобы садоводство приносило максимум удовольствия пациентам. Если пациент не способен самостоятельно передвигаться, удерживать равновесие, то для него физически трудно выполнять традиционную садовую работу. В таких случаях используются облегченные методики ухода за растениями, комфортабельные сиденья [1].

Цели гарденотерапии

Многолетняя практика использования гарденотерапии показала, что пожилые люди получают удовольствие от процесса выращивания и ухода за растениями. Это успокаивает пациентов, позволяет улучшить психоэмоциональное состояние. Садовую терапию широко назначают наряду с прочими видами социокультурной деятельности: оригами, библиотерапия, дизайн, музыкотерапия, рисование.

Гарденотерапия преследует такие цели:

1. Улучшение моторных и трудовых навыков (мышечная координация, тренировка хватательных навыков);
2. Тренировка мелкой моторики рук, что возвращает их ловкость, гибкость пальцев, разрабатывает мелкие суставы
3. Оздоровление пациентов. Благодаря длительному пребыванию на свежем воздухе, использованию растений, которые выделяют фитонциды, удается снизить риск развития инфекционных заболеваний;
4. Оказание психологической поддержки пожилым людям посредством взаимодействия с растениями;
5. Актуализация когнитивных функций, творческого потенциала, коммуникативных навыков;
6. Профилактика развития чувства одиночества;
7. Повышение способности адаптироваться в социуме.

Садовая терапия приводит к перераспределению агрессивной энергии, поэтому пациенты становятся более уравновешенными, доброжелательными и внимательными [4].

Преимущества методики

Использование методов гарденотерапии позволяет добиться таких результатов:

1. Эмоциональная готовность. Повышается восприимчивость пациентов к миру природы, формируется положительное отношение к растениям. Работа с природными материалами приводит к совершенствованию психических познавательных процессов, наполняет жизнь новыми впечатлениями. Улучшается эмоциональное настроение и общее самочувствие, снижается тревожность;
2. Деловая готовность. Люди реализуют собственные знания и навыки в различных социально-бытовых ситуациях. Улучшается память, концентрация внимания, снижается стресс и риск развития депрессивного состояния;
3. Повышение физической активности и чувственной стимуляции;
4. Снижение выраженности эмоциональных переживаний, появление чувства любви к себе, уверенности в собственных силах;
5. Развивается тактильная и психологическая чувствительности к живому.

Гарденотерапия позволяет людям осознать свое место в мире посредством рефлексии, направленной на себя и окружающие объекты природы. Во время занятий пациенты слушают тишину, перье птиц, учатся распознавать ароматы и многообразие оттенков растений. У пожилых людей формируется позитивный взгляд на жизнь, активная жизненная позиция [3].

Цель работы – проанализировать эффективность гарденотерапии в реабилитации людей пожилого возраста.

Задачи работы:

1. Выявить позитивное влияние гарденотерапии на психоэмоциональное состояние людей пожилого возраста.
2. Определить влияние гарденотерапии на мелкую моторику рук.
3. Проанализировать влияние гарденотерапии на возвращение в социум людей пожилого возраста.

Объект исследования – люди в возрасте 60–65 лет.

Организация и результаты исследования. Исследование проходило на базе «Запорожского городского ботанического сада» в исследовании принимали участие 20 пожилых людей, женского пола, возрастом 60 – 65 лет. Исследование длилось с 4 сентября по 4 декабря 2017г.

Программа занятий включает в себя подбор семян, черенков, отростков, проращивание, посадка в горшочки, полив и уход за растением, оформление собственной композиции с готовым растением.

Перед началом мероприятий необходимо особое внимание уделить состоянию комнаты в которой будет проходить занятие, она должна быть хорошо освещена. Она также должна иметь достаточно места для размещения стола, стульев и необходимого инвентаря. Помимо этого необходимо подготовить нужное количество горшков для растений (пластиковых или одноразовых), а также семян, черенков, отростков, земли, песка и воды.

Для обработки результатов исследования был проведен опрос по опроснику «САН», до начала исследования и после его окончания.

В результате данного исследования было выявлено что гарденотерапия позитивно влияет на психоэмоциональное состояние людей пожилого возраста, а именно средние показатели по самочувствию, настроению и активности которые до начала исследования составляли – 30,4±2б и это был нижний предел среднего уровня, возросли и теперь среднее значение составляет – 51,8±2б и это является высоким уровнем психоэмоционального состояния.

Помимо выше сказанного, было определено что повысился уровень мелкой моторики рук, стали быстрее выполняться задания, облегчился перенос длительных нагрузок на пальцы рук [4].

Также пожилые люди которые занимались гарденотерапией стали быстрее возвращаться в социум, больше времени проводить с семьей на свежем воздухе, выполнять прогулки и заниматься любимым делом со старыми друзьями.

Вывод. С нашей работы можно сделать выводы, что современная методика гарденотерапия среди пожилых людей позитивно влияет на физическое и психоэмоциональное состояния после перенесенных заболеваний. Также улучшилось мелкая моторика рук после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Также было проанализировано влияние гарденотерапии на возвращение в социум людей пожилого возраста, они стали более жизнерадостные, веселыми и желанием продолжением жизни.

Использованная литература

1. Кузеванов В.Я. Ресурсы Ботанического сада Иркутского государственного университета: Образовательные, научные и социально-экологические аспекты. Справочно-методическое пособие. / В.Я., Кузеванов, С.В. Сизых – Иркутск: Изд-во Ирк. гос. ун-та, 2005.

2. Сизых С.В., Кузеванов В.Я. Реабилитация и социальная адаптация с использованием американского опыта садовой терапии /Ботанические сады России в системе непрерывного экологического образования: Материалы 1-й Всероссийской конференции по экологическому образованию в ботанических садах –Москва, 2004.

3. Цыбуля Н.В., Фершалова Т. Д. Фитонцидные растения в интерьере. Оздоровление воздуха с помощью растений. Новосибирское книжное издательство. – Новосибирск, 2000, С. 309

4. Сизых С.В., Садовая терапия (гарденотерапия): Использование ресурсов ботанического сада для социальной адаптации и реабилитации. / С.В. Сизых, В.Я. Кузеванов., С.И. Белозерская., В.П. Песков.–Москва. 2010. С.485.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2017 р.

Кондрахіна Т. С.

студентка 4 курсу факультету фізичного виховання,
спеціальність фізична реабілітація,
Запорізький національний університет

Іванська О. В.

старший викладач кафедри фізичної реабілітації,
Запорізький національний університет

ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

На основі теоретичного аналізу проблеми встановлено, що психічний та фізичний розвиток дітей у віці 3–5 років, є одним з найважливіших критеріїв в оцінці стану здоров'я. В нашій роботі було розглянуто, як теоретично та практично методику Арт-терапії для дітей дошкільного віку з особливими потребами. Нами запропоновано програму арт-терапії для дітей з особливими потребами в дитячому садку, в кінці дослідження оцінили вплив арт – терапії і результат був позитивний, також діти стали більш відкриті та довірливі.

Ключові слова: особливі потреби, Арт-терапія, діти, ізотерапія, психологічні проблеми.

Вступ. З давних часів відомо людству що, мистецтво впливає позитивно на життєдіяльність і здоров'я дітей та дорослих людей. Мистецтво допомагало людям виробляти психічну стійкість і активність до життя після стресових ситуацій. Особливості мистецтва здатне давати надію і зміцнювати впевненість у собі, оцінювати, розкрити творчий потенціал людини [3].

Термін арт – терапія походить від англійських слів art – «Мистецтво, Майстерність» і Therapy – «лікування, терапія» і дослівно розуміється як терапія мистецтвом. Його ввів британський художник і лікар Адріан Хілл. Ще в 1938 р, займаючись з хворими, він зробив висновок, що творчість допомагає пацієнтам швидше видужувати, відволікає їх від страждань і переживань, допомагає успішніше опиратися хвороби.

Мета роботи – охарактеризувати основні підходи до використання Арт-терапії для дітей з особливими потребами.

Об'єкт – діти з особливими потребами у віці 2–3 роки.

Арт-терапія – це зцілення за допомогою будь-якої художньої творчості (малюнок, живопис, ліплення, музика, танець та ін.). Вона незамінна в тих ситуаціях, де вербальний спосіб комунікацій неможливий і небажаний. Наприклад, часто неможливо словами виразити певні переживання і стан. Через художні образи наше несвідоме взаємодіє зі свідомістю.

Існують різні напрямки арт-терапії. В даний час їх дуже багато і вони продовжують збільшуватися.

Види і методи арт-терапії в роботі з дітьми:

Існує досить багато окремих видів і напрямків в арт-терапії. Більш того, весь час з'являється щось нове. Але до основних видів лікування творчістю можна віднести:

– *Ізотерапія* – лікування за допомогою засобів малювання, образотворчого мистецтва. Матеріали для такої терапії – папір, пензлі, фарби, рідше – олівці, ручки [5].

– *Пісочну терапію* – заняття з використанням спеціально організованої пісочниці. Крім безпосереднього ящика з піском, в терапії використовуються маленькі фігурки, природні матеріали та інше.

– *Бібліотерапія* – спеціальна робота з текстом. Так, можна читати текст, вибирати і виписувати слова які запам'яталися, складати з них пропозиції і т.д..

– *Казкотерапія* – лікувальний вплив за допомогою терапевтичної метафори. Клієнти казкотерапевта вивчають готові казки, програють їх, змінюють початок або закінчення, пишуть свої казки.

– *Музикотерапія* – заняття за допомогою прослуховування музики, створення власних ритмів, гри на музичних інструментах.

– *Тканинну терапію* – за допомогою роботи з тканинами.

– *Кольоротерапія* – використання для терапії різних кольірних поєднань і образів.

– *Лялькотерапія* – вона має на увазі створення ляльок з різних матеріалів, і подальшу взаємодію з ними: програвання історій, творів, сюжетів і т.д.

– *Мандалотерапія* – заняття з дітьми за допомогою створення мандал. Їх можна малювати на папері або на піску, створювати з різних матеріалів.

– *Фототерапію* – створення фотографій і подальшої терапевтичної роботи з ними.

– *Метафоричні асоціативні карти(МАК)* – заняття за допомогою роботи з метафоричними асоціативними картами.

– *Тістопластика* – терапія за допомогою впливу на пластилін, тісто, глину, інші пластичні матеріали.

– *Колажування* – лікування і наповнення ресурсами за допомогою створення колажів.

– *Кінотерапія* – терапія за допомогою кінофільмів і роликів.

– *Танцювально-рухова терапія* – лікування за допомогою танцю [2].

Однак не будь-яку творчість можна віднести до арт-терапії. Звичайне ліплення, танець, малювання ще не є лікуванням. Але потрібним чином спрямована, скоординована творчість здатна допомогти:

- відреагувати непрожиті емоції, докопатися до справжніх почуттів і думок;
- діагностувати психологічні проблеми;
- в адекватній формі випустити агресію та інші негативні прояви;
- полегшити процес комунікації, встановлення відносин з іншими людьми;
- підвищити самооцінку;
- навчитися контролювати власний внутрішній стан;
- впоратися зі страхами, тривожністю, багатьма психосоматичними проявами;
- придбати нові, більш конструктивні моделі поведінки в тій чи іншій ситуації;
- отримати задоволення від самовираження.

Здавалося б, «просто» дитячі пустощі. А який величезний вплив вони надають на людину!

Арт-терапія прекрасно працює і з дорослими «пацієнтами». Але з діточками вона в буквальному сенсі творить чудеса! Мабуть великим тіткам і дядькам, не так-то легко відключити в собі контролера і «наглядача» і безоціночно творити.

У роботі з дітьми, особливо маленькими, найчастіше використовуються ізотерапія, казкотерапія, пісочна терапія, тістопластика і куклотерапія. Так як, це саме те, що найбільше на світі люблять діти: малювати, читати казки, ліпити, грати в пісочниці і з ляльками. Арт-терапія лікує приємно і безболісно.

Методи дослідження. Наше дослідження проводилось в Дошкільному навчальному закладі (яслі-садок) № 100 «Гармонія» в м.Запоріжжя, ми проводили Арт-терапію для дітлахів. До садочку ходять здорові діти, та діти з особливими потребами і діти-переселенці з східної частини України. Період дослідження з вересня 2017 р. до грудня 2017 р.

Обґрунтування результатів.

Проводили ми такі види Арт-терапії, як :

1. Ізотерапія

Фактично всі діти люблять малювати. Чому б не позайматися разом з діточками. Для ізотерапії можна використовувати такі матеріали: папір, пензлі і фарби, олівці, фломастери, ручки, олівці. Все, чим можна малювати. Для початку запропонували дитині самій вибрати, чим би їй зараз хотілося помалювати [4].

- Каракулі

Дуже проста і доступна вправу. Запропонували дитині взяти олівці чи фарби, і намалювати будь-які лінії. Можна малювати будь-яким кольором, з будь-якою силою натиску, будь-якої форми і розміру. В ході малювання спробували знайти в лініях якийсь образ, разом з дитиною домалювали його.

А можна і не шукати в каракулях сенс, і просто водити олівцем по паперу, таким чином самовиражатися.

- Малювання рукою

Чудовий спосіб дозволити дитині випробувати неймовірну радість! Адже зазвичай «бруднити» руки не можна, а тут раптом можна! Запропонували малюкові помалювати всієї долонькою, кінчиками пальців, кісточками пальців, ребром долоні, використовуючи гуаш. Не давати якимось певним завданням, просто дозволили дитині розкріпатися, завдаючи розмашисті, безладні мазки, і відчуючи незвичайні тактильні відчуття і виходячи за рамки дозволеного.

За допомогою даної вправи можна скорегувати стан страху, пригніченості, тривожності.

- Малювання музики

Запропонували дитині фарби, пензлики, папір, увімкнули запис класичної музики (Моцарта). І попросили намалювати музику, яку він чує, використовуючи будь-які лінії і колір. Так, як він сам відчує.

Завдяки даної вправи дитина вчиться висловлювати на папері свої емоції і почуття, а також розвиває уяву.

2. Пісочна арт-терапія для дітей.

Пісок – чудове середовище для розвитку навичок дитини і навіть для корекції і терапії наявних проблем. Сам по собі пісок приємний на дотик, сипучий, легко заповнює будь-яку форму, з ним діти можуть грати годинами. Згадайте хоча б, що відбувається на берегах морів і річок, а також біля великих пісочниць у дворі. Дітей не відірвати від піску!

«Чарівні» властивості піску не могли залишитися непоміченими фахівцями. Пісочниця активно використовується в психологічному, арт-терапевтичному процесі. Правда, психологічна пісочниця повинна мати певні розміри –50 * 70 * 8 см, і зсередини пофарбована в синій або блакитний колір, як символ неба і води.

Але в домашніх умовах ми можемо використовувати і підручні засоби – невеликі підноси, скриньки, навіть пластикові тазики, наповнені піском. Головна умова –пісок повинен бути безпечним для дитини, тобто чистим і стерильним. Для цього можна купити спеціальний пісок, або взяти звичайний, промити його і прожарити в духовці [6].

Також для ігор знадобляться невеликі фігурки – висотою до 8 см. Це можуть бути ляльки, фігурки тварин, дерева, будиночки, предмети інтер'єру, природні матеріали. У психологів зазвичай є ціла колекція таких іграшок. Але вдома досить мати хоча б мінімальний набір.

- Знайомство з піском

На самому початку пропонували дитині «познайомитися» з пісочницею. «Привітання» з піском. Поковзатись долоньками по піску прямими лініями, круговими рухами, як змійки, або зигзагоподібно. Потім те ж саме зробили ребрами долонь.

Набрали пісок в долоню або відразу в дві, і висипали тонкою цівкою. Закопали в пісок долоньки, потім їх «знайшли», примовляючи: «А де ж наші ручки? Куди вони сховалися?».

Поклали на пісок розкрити долоню і закрили очі. Потім насипали пісок на палець, а малюк повинен вгадати, на який палець потрапив пісочок.

Залишити сліди на піску. Можна запропонувати малюкові пострибати пальчиками по піску, як зайчик, пройтися, як великий ведмідь, або проповзти, як ужик.

- Створення чарівного світу

Для того щоб познайомитися ближче з переживаннями і почуттями дитини, ми запропонували їм наступну вправу [3]. Потрібна пісочниця і набір маленьких фігурок. Інструкція до завдання така:

«Уяви, що ти –справжній чарівник. Перед тобою –казкова країна. І ти можеш наповнити її всім, чим хочеш. Створити будь-які природні умови, населити людьми, тваринами або іншими істотами. Розташовуй їх так, як тобі хочеться».

Зазвичай дітки з величезною радістю починають творити, відразу занурюються в свій світ. Уже по тому, з чого дитина починає «будівництво», як він підходить до процесу, можна багато чого довідатися про нього самого. Він швидко-швидко все побудував, діючи великими мазками. Або зволікає, довго обмірковує своє рішення, не може ніяк визначитися з місцем для фігурки. А, може, переставляє якихось персонажів весь час, не в силах підібрати їм місце.

Коли світ був створений, і малюк сказав, що він закінчив, обговорили з ним картину. Розпитували, хто живе в цій чарівній країні, як вона називається, чим займаються жителі, що з ними відбувається. Якщо дитина озвучила якусь проблему з героєм –наприклад, цей тигр дуже злий, і йому погано –спробували разом знайти рішення. Може, тигру просто потрібен друг. Або він повинен робити те, що йому подобається. «Йшли» за дитиною, продовжуючи його думку.

Аналогічно можна запропонувати дитині створити картину «Моя сім'я», «Мої друзі», і дізнатися, яким малюк бачить своє оточення, що можна змінити в цій системі в кращу сторону. Арт-терапія проводиться для дітей 2–3 років, 3 рази на тиждень, через день по 5–10 хвилин [4].

Вправ і технік арт-терапії в роботі з дітьми існує безліч. Вони допомагають розвивати уяву, моторику, реалізовувати творчі здібності.

Не намагайтеся впливати на результат творчості. Мета арт-терапії – не створення шедеврів, а просте і доступне самовираження, можливість познайомитися зі своїм внутрішнім світом і допомогти йому стати яскравіше, веселіше, світліше. Хоча, деколи люди відкривають в собі просто дивовижні таланти.

Висновки. З нашого дослідження можемо зробити висновки, що методика реабілітації з використанням Арт-терапії, для реабілітації дітей з особливими потребами, позитивно впливає на здоров'я як на психічне та і на фізичне. Нами подальше буде використано цей метод для вивчення психічного здоров'я дітей, як здорових так з вадами в стані здоров'я.

Перелік використаної літератури.

1. Золоткова Є.В. Виховання і навчання дошкільнят з порушеннями розвитку / Є.В. Золоткова, Н.Г. Мінаєва, В.В. Чумакова – Саранськ, 2004. – 116 с.
2. Кисельова М.В. Арт-терапія в роботі з дітьми: рук. для дит. психологів, педагогів, лікарів і фахівців, що працюють з дітьми / М.В. Кисельова. – СПб.: Мова. – 2006. – 158 с.
3. Копитін А.І. Арт-терапія дітей та підлітків / А.І. Копитін, Е.Е. Свістовская. – Москва: Когито-Центр, – 2007. – 196 с.
4. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапії: підходи, діагностика, система занять / Л.Д. Лебедева – СПб.: Мова, – 2003. – 54 с.
5. Рибаківа С.Г. Арт-терапія для дітей з ЗПР: Навчальний посібник / С.Г. Рибаківа – СПб.: Мова, – 2007. – 139 с.
6. Тарасова Є.Г. Цілющі сили мистецтва. Арт-педагогічні техніки і прийоми. Метод. Посібник / Є.Г. Тарасова – Тамбов: ТОІПКРО, – 2006. – 12 с.
7. Тригер Р.Д. Психологічні особливості соціалізації дітей з затримкою психічного розвитку / Р.Д. Тригер. – СПб.: Пітер, – 2008. – 8 с.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2017 р.

Кукса Н.В.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Карпенко Ю.М.

викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Магомедова П. Р.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ЗМІСТ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ В ОКРЕМИХ ГАЛУЗЯХ МЕДИЦИНИ

У статті розглядається застосування ерготерапії у ортопедії, неврології, педіатрії та психіатрії, визначено основні завдання ерготерапії у окремих галузях медицини.

Ключові слова: ерготерапія, дисципліна, медицина, клініка, фахівці.

Актуальність теми дослідження. В епоху глобальної екологічної, демографічної та соціально-економічної кризи актуалізуються проблеми збереження й відновлення фізичного, психічного, духовного і соціального здоров'я населення. У документах ООН, ВООЗ, ВОП наголошено, що функціональна спроможність людини впродовж усього життя є ключовим аспектом у понятті «здорова людина», кінцевою метою і результатом процесу фізичної реабілітації. Зміна пріоритетів і життєвих цінностей у суспільстві, необхідність відродження природних підходів до вирішення проблем здоров'я зростання попиту населення на фізично-реабілітаційні послуги зумовлюють потребу у кваліфікованих фахівцях, здатних розробляти й застосовувати сучасні комплексні оздоровчо-реабілітаційні технології для відновлення, зміцнення та збереження здоров'я різних соціально-демографічних груп населення (Лянной Ю. О., 2017).

Інтенсивний розвиток ерготерапевтичної освіти в Україні з початку ХХІ ст. потребує фундаментальної переорієнтації змісту, форм і методів професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації з урахуванням змін оздоровчо-освітньої парадигми та інноваційних ідей зарубіжного досвіду, зокрема європейських країн та США (Мальцева Н. М., 2015).

Ерготерапевтичні методики в реабілітації – це лікування фізичних або психічних порушень шляхом використання специфічної діяльності, з допомогою якої людина може досягти максимального рівня функціонування у всіх аспектах життєдіяльності. Основною частиною роботи ерготерапевта є аналіз порушення повсякденної діяльності, аналіз факторів середовища та їх модифікація з метою покращення якості життя пацієнтів [4].

В Європі, Канаді та США ерготерапія – самостійна дисципліна, котру викладають 3–5 років за програмою бакалаврата та спеціаліста. Термін «ерготерапія» (occupational therapy) вперше був прийнятий в 1930 році в Англії. Активне становлення ерготерапії за підтримки держави відбулося в США та країнах Центральної Європи після Першої світової війни. У 1954 р. було створено Всесвітню федерацію окупаціональних терапевтів чи ерготерапевтів (WFOT), яка нині об'єднує близько 70 країн [6].

Професійна підготовка фахівців з ерготерапії в країнах Європи, США та Канади відома високою якістю професійних стандартів у галузі охорони здоров'я і освіти; диверсифікована за освітніми програмами, дипломами, кваліфікаціями; гнучка за формами і режимами організації підготовки; інноваційна за методами технологіями навчання; ефективна за інструментами і механізмами моніторингу академічних результатів; ґрунтована на практико-орієнтованій парадигмі навчання. Встановлення загальних закономірностей та виявлення особливостей професійної підготовки фахівців з ерготерапії в освітній практиці закордонних країн створює нові можливості для вдосконалення педагогічного процесу, кращого розуміння переваг і недоліків національної системи фізично-реабілітаційної освіти, прогнозування її розвитку на основі наукового зіставлення педагогічної емпірії закордонного досвіду та України [5].

Як показав бібліографічний аналіз, тематика порівняльно-педагогічних досліджень у контексті окресленої проблеми поступово розширюється, зокрема на дослідницькому полі заслуговують на увагу результати досліджень Г.М. Завгородньої (ерготерапія як розділ професійної підготовки лікарів лікувальної фізичної культури), А. Кавакзе (організаційно-методичні особливості підготовки фахівців фізичної реабілітації у Йорданії), С. Гук (структура та зміст професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в університетах Великої Британії), Ю. О. Лянної (професійна підготовка магістрів з фізичної реабілітації: закордонний досвід).

Здобуття вищої освіти з фізичної терапії та ерготерапії, відіграє фундаментальну роль для забезпечення професійної ідентичності і є важливим інструментом сприяння свободі пересування та визнання права на професійну діяльність фахівців з фізичної терапії та ерготерапії у зарубіжних державах. Тому дослідження різних аспектів професійної підготовки фахівців з ерготерапії у інших країнах слугуватиме потребам розвитку галузі охорони здоров'я в Україні.

Водночас зазначимо, що досвід країн Європи, США та Канади з професійної підготовки фахівців з ерготерапії в Україні не вивчався, що підтверджує актуальність дослідження.

Мета роботи – проаналізувати зміст професійної діяльності ерготерапевтів в окремих галузях медицини.

Як наука ерготерапія існує більше 80 років. З точки зору медицини вона досліджує проблеми боротьби з наслідками хвороб, профілактику інвалідності. За матеріалами 6-го конгресу ERGO в Парижі (2000 р.) зазначається, що функціональні порушення та інвалідність дуже часто використовувались як тотожні поняття в країнах Європи. Однак, вони перестали порівнюватися після того, як Всесвітня Організація охорони здоров'я постановили, що «інвалідність» має відношення до оточуючого середовища, тоді як термін «функціональне порушення» повинен використовуватися для визначення наслідків захворювань або травм як основної частини фізичного або психічного функціонального стану людини. За кордоном ерготерапія знаходить застосування в різних сферах: неврології, психіатрії, педіатрії, ортопедії, геріатрії та працетерапії [5].

В педіатрії ерготерапія проводиться з дітьми від перших днів життя до підліткового віку, якщо у них затримка розвитку, обмежена самостійність і дієздатність, спостерігаються ознаки інвалідності або вони вже відносяться до категорії інвалідів. Головною метою ерготерапевта є досягнення максимально можливого рівня відновлення самостійності, наприклад: покращення рухової функції, регуляції тону та координації; розвиток та поліпшення пізнавальної сфери, концентрації та уваги; перетворення та інтеграція інформації, отриманої через органи чуття (сенсорна інтеграція) і забезпечення відображення об'єктивної реальності та орієнтація в навколишньому середовищі; компенсація рухових порушень дитини за допомогою допоміжних пристосувань.

В ортопедії ерготерапія призначається пацієнтам всіх вікових груп з патологічними симптомами в сфері ортопедії, травматології і ревматології. Лікування методом ерготерапії в даній спеціалізації включає: вправи на розвиток рухливості, м'язової активності, витривалості, сили та відновлення чутливості; тренування побутових навиків з метою збереження індивідуальної самостійності і самообслуговування під час особистої гігієни, в побуті, під час праці та навчання; адаптація до ампутованої культі та тренування ходи на протезах; виготовлення спеціальних шин;

консультування і виготовлення відповідних допоміжних засобів, а також зміна побутового та трудового середовища.

Неврологія займається лікуванням захворювань центральної нервової системи: інсульт, черепно-мозкові травми, розсіяний склероз. Ерготерапія в якості лікувального фактору включає такі заходи: гальмування або ліквідація патологічних рухів та поз, поліпшення координації, рівноваги; перетворення та інтеграція інформації, отриманої через органи чуття (сенсорна інтеграція); відновлення нейропсихологічних функцій: уваги, концентрації, спостережливості, пам'яті, пізнання предметів і сприйняття простору, часу та оточуючих.

Ерготерапія в психіатрії займається з пацієнтами всіх вікових груп психіатричними, невротичними та психосоматичними розладами, а також з наркотичними захворюваннями: порушення в розвитку особистості та поведінки, депресії, шизофренія, порушення харчування, афективні розлади, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.

Основними завданнями ерготерапії в психіатрії є розвиток, поліпшення та збереження: основних психічних функцій – енергійність, мотивація, завзятість, витривалість, вміння самостійно планувати режим дня; пізнавальної функції; психічної стабільності та впевненості в собі; самостійного способу життя й загальної працездатності.

За кордоном ерготерапія застосовується в наступних закладах: в клініках і лікарнях – в галузі ортопедії, травматології, ревматології, неврології, геріатрії, педіатрії, психіатрії та психосоматики; в закладах для дітей-інвалідів – спеціальні шкільні, дошкільні та позашкільні навчальні заклади, центри корекційно-розвивального навчання і реабілітації; в геріатричних закладах; в закладах соціальної, медичної і професійної реабілітації, в майстернях для інвалідів; в соціальних медичних пунктах та при домашній реабілітації [1].

Висновки. Отже, ерготерапія – це спеціальність, яка ґрунтується на науково доведених фактах того, що цілеспрямована активність допомагає поліпшити функціональні можливості людини (рухові, емоційні, когнітивні, психічні) і зробити її менш залежною від допомоги оточуючих. Закордонний досвід підготовки ерготерапевтів в Україні є соціально значущий, він дозволить якісно здійснювати освітній процес студентів за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для досягнення високого рівня знань, умінь та навичок в професійній діяльності і підвищити загальну психолого-педагогічну культуру спеціаліста.

Список використаної літератури.

1. Завгородня Г. М. Ерготерапія як розділ професійної підготовки лікарів лікувальної фізкультури // Проблеми безперервної медичної освіти та науки: наук. журнал. Харків, 2013. №4. С. 50–53.
2. Лянной Ю. О. Професійна підготовка майбутніх магістрів з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах : теоретико-методичний аспект : [монографія]. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С.Макаренка, 2016. 566 с.
3. Малахов В. А. Актуальные вопросы восстановительного лечения и медико-социальной реабилитации в Украине // Новости медицины и фармации: наук. журнал. 2016. №316. С. 11–15.
4. Мальцева М. Н., Шмонин А. А. Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации // Непрерывное образование взрослых. Материалы международного форума. СПб: ИННОВА, 2015. С.9–331.
5. Материалы 6-го конгресса ERGO. Париж, 2000.
6. Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada / Canadian Association of Occupational Therapists, 2012. 33 p.

Стаття надійшла до редакції 06.12.2017 р.

Кукса Н.В.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Мудрик О.В.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ

У статті розглянуто сучасні підходи до реабілітації постінсультних хворих у контексті діяльності кінезітерапевта (фізичного терапевта) та ерготерапевта.

Ключові слова: інсульт, ерготерапія, ерготерапевт, кінезітерапевт, реабілітація, постінсультні хворі.

Постановка проблеми. На сьогодні інсульт залишається провідною медико-соціальною проблемою в неврології, зважаючи на значний відсоток летальності і високий рівень інвалідизації постінсультних хворих. За даними ВООЗ інсульт посідає друге місце за смертністю в Україні, а за інвалідизацією – перше місце [2].

Статистичні дані МОЗ України свідчать, що найчастіше інсульт відзначається в осіб працездатного віку (приблизно 35,5%). Унаслідок мозкового інсульту 30–40% хворих помирають упродовж перших 30 днів і до 50% – впродовж одного року від початку захворювання, 20–40% пацієнтів, які вижили, стають залежними від сторонньої допомоги і лише 10% повертаються до повноцінного життя. Найбільш тяжкою формою гострого порушення мозкового кровообігу є геморагічний інсульт, 90% випадків якого закінчується летально. Смертність внаслідок ішемічного інсульту становить приблизно 22%. У структурі гострих порушень мозкового кровообігу домінує ішемічний інсульт, який складає 80% випадків; відповідно, геморагічний інсульт становить 20% випадків. На сьогодні спостерігається негативна тенденція до збільшення частоти захворюваності на інсульт. Так, за останні 10 років захворюваність на мозковий інсульт в Україні зросла на 5% [7].

На сучасному етапі науковцями активно здійснюється пошуки нових підходів до реабілітації постінсультних хворих, яка підпорядковується загальним принципам відновлювальної стратегії та тактики: ранній початок реабілітаційних втручань, комплексність, мультидисциплінарність, соціальна спрямованість, систематичність і послідовність, тривалість, а також систематичний контроль ефективності реабілітації.

Важлива роль в системі комплексної реабілітації постінсультних хворих належить кінезіотерапії та ерготерапії. Ерготерапія спрямовується на покращення функціональних можливостей (рухові, сенсорні, емоційно-вольові, когнітивні, психічні), відновлення втрачених функцій, досягнення максимальної самостійності і незалежності людини в побуті, соціальну адаптацію і покращення якості її життя в цілому [5, с. 20]. На сьогодні у багатьох визнаних моделях і програмах з нейрореабілітації ерготерапевти є обов'язковими членами мультидисциплінарної команди фахівців.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ерготерапія – міждисциплінарна спеціальність, що інтегрує знання з психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії. Методологічною основою ерготерапії є Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та проблемно-орієнтований підхід у реабілітації [9, с. 68–73].

У світі наразі функціонують такі спілки й організації ерготерапевтів як Всесвітня федерація ерготерапевтів (The World Federation of Occupational Therapists, WFOT); Національна спілка з розвитку ерготерапії (National Society for the Promotion of Occupational Therapy – NSPOT); Рада ерготерапевтів європейських країн (Council of Occupational Therapists of the European Countries, COTEC); Європейська мережа закладів вищої освіти з ерготерапії (The European Network of Occupational Therapy in Higher Education, ENOTHE); Шведська асоціація ерготерапевтів (The Swedish Association of Occupational Therapists, FSA); Німецька спілка ерготерапевтів (German Association of Occupational Therapists, Deutscher Verband der Ergotherapeuten); Американська асоціація ерготерапії (The American Occupational Therapy Association, AOTA); Канадська асоціація ерготерапевтів (Canadian Association of Occupational Therapists); Російська асоціація ерготерапевтів (Русская Ассоциация Эрготерапевтов, РАЭТ) тощо [10, с. 412]. Натомість у нашій країні ерготерапія знаходиться на початковому етапі свого розвитку.

Окремі аспекти ерготерапії та кінезіотерапії в системі комплексної реабілітації постінсультних хворих висвітлено в наукових працях Г. Гайгера [3], Н.І. Піонтківської, Ю.В. Фломіна, Н.І. Самосюк [8], Н.А. Супонєвої, М.Н. Мальцевої, О.О. Зіміна [9] та ін. Науковці відзначають складність відновлення порушених функцій та труднощі і тривалість соціально-побутової адаптації постінсультних хворих, що вимагає пошуку нових і вдосконалення існуючих підходів до реабілітації хворих цієї нозології.

Мета дослідження: здійснити теоретичний огляд сучасних підходів до реабілітації постінсультних хворих.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація постінсультних хворих.

Предмет дослідження: кінезіотерапія й ерготерапія в реабілітації постінсультних хворих.

Викладення основного матеріалу. Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу різної локалізації й поширеності, що викликає морфологічні зміни в тканинах мозку і порушення функцій ЦНС. Розрізняють геморагічний (крововилив у мозок чи його оболонки) та ішемічний (стеноз, спазм або блокуванням судин тромбом чи емболом) інсульти. У клінічній практиці ішемічний інсульт по-іншому називають «інфаркт мозку» [6, с. 65]. Геморагічний інсульт є однією з найтяжчих форм цереброваскулярної патології, що часто супроводжується набряком головного мозку та відзначається високим рівнем інвалідизації. У хворих після перенесеного інсульту спостерігаються різні порушення: рухові (геміпарез, атаксія, дисфагія), сенсорні (гемігіпестезія, геміанопсія), когнітивні (амнезія, афазія, виконавча дисфункція, апраксія, агнозія) й емоційно-вольові (апатія, депресія, агресія) [1]. Спонтанне відновлення порушених функцій при інсульті у більшості випадків триває протягом 3 місяців від моменту захворювання, для когнітивних порушень (афазія, неглект та ін.) цей період є більш тривалим [8].

Етапи реабілітації постінсультних хворих залежать від періодів інсульту. Розрізняють такі періоди реабілітаційного відновлювання після інсульту [6, с. 67]:

1. гострий – до 6-и тижнів;
2. ранній відновлювальний – від 3-х до 6-и місяців;
3. пізній відновлювальний – до 1-ого року;
4. резидуальний – понад 1 рік.

Метою фізичної реабілітації постінсультних хворих є інтенсифікація спонтанного відновлення, а при неможливості істинного відновлення або реорганізації порушених функцій реабілітаційні заходи спрямовуються на реадaptaцію пацієнта. Отже важливим принципом реабілітації таких хворих є їх рання активізація і мобілізація. При цьому науковці зазначають, що відсутність реабілітаційних втручань до кінця першого місяця від початку хвороби суттєво знижує можливості хворих щодо відновлення рухових функцій паретичних кінцівок. Найбільш активно відновлення рухових дисфункцій при інсульті відбувається в перші 3–6 місяців захворювання. Відновлення складних рухових навичок таких як, самообслуговування, побутових та трудових навичок може тривати від 1 до 2 років.

Провідним засобом відновлення моторики в постінсультних хворих є кінезітерапія, що включає індивідуально підібрані методики лікувальної гімнастики, активно-пасивні техніки, рефлекторні вправи тощо [4, с. 21–22]. На кожному етапі реабілітації реалізуються конкретні завдання: у гострому періоді терапія спрямовується на підтримку та збереження життя пацієнта, а основним завданням реабілітації є профілактика ускладнень (пролежні, тромбоемболія, застійні явища респіраторної системи, контрактури) та поступова активізації хворого за умови стабілізації життєвоважливих функцій. Тривалість гострого періоду в середньому становить при ішемічному інсульті – 1–4 тижнів, при геморагічному – 1,5–6 тижнів. У ранньому відновлювальному періоді реабілітаційні заходи спрямовуються на розвиток активних рухів, зниження спастичності, пригнічення синкінезій, відновлення і вдосконалення локомоторних функцій, підвищення витривалості до фізичних навантажень, тренування стійкості вертикальної пози (рівноваги), навчання навичок самообслуговування, елементарних трудових дій [4, с. 23–24]. У пізньому відновлювальному й резидуальному періодах реабілітація спрямовується на компенсацію порушених функцій та реадaptaцію пацієнта. Акцент здійснюється на тренуванні стійкості вертикальної пози, утриманні балансу і вдосконаленні ходьби, тренуванні побутових навичок й елементів самообслуговування, закріпленні окремих рухів [6, с. 88].

Надання соціально-медичної допомоги постінсультним хворим здійснюється в рамках комплексної реабілітаційної програми із залученням фахівців мультидисциплінарної команди (МДК), яка складається з: членів сім'ї чи осіб, які доглядають за пацієнтом, невропатолога, реаніматолога, лікаря лікувальної фізкультури (ЛФК), фахівців з фізичної реабілітації (кінезітерапевта, ерготерапевта), логопеда-афазіатора, психолога та ін. Реабілітаційна програма розробляється індивідуально, з урахуванням тяжкості та наслідків інсульту, проблем та потреб пацієнта [7]. Визначальна роль у підборі методів та засобів індивідуальної програми реабілітації для постінсультного хворого належить, насамперед, фахівцям з фізичної реабілітації – ерготерапевту та кінезітерапевту.

Кінезітерапевт – фахівець з відновлення втрачених/порушених рухових можливостей, сенсорних порушень, який володіє спеціалізованими прийомами і методами, що допомагають відновити у пацієнта нормальний рух у суглобах та м'язах, відновити навички самостійного сидіння, стояння, пересування, та надає рекомендації щодо практичних занять для зміцнення та відновлення організму [8].

Методичні особливості кінезітерапії полягають у багатократному тренуванні ізольованих рухів з поступовим переходом від одного виду руху на інший, повторенні складноорганізованих рухів, які потребують більш точної координації та рівноваги. При вираженій астенії і загальній слабкості хворого доцільним є проведення занять під час гідротерапії або у спеціальних приладах-підйомниках [8].

Ерготерапевт – фахівець з відновлення або розвинення функціональних можливостей (рухових, сенсорних, психічних), втрачених умінь і навичок, що забезпечують незалежність людини у повсякденному житті, шляхом включення її в різні види діяльності (соціально-побутова, навчально-трудова, рекреаційна), які мають для неї сенс, а також адаптації довікля до проблем та потреб людини.

Ерготерапія передбачає відновлення і розвиток активності осіб з обмеженими можливостями в усіх сферах їх життєдіяльності: активність у побуті (навички самообслуговування, комунікація і соціалізація, мобільність у громаді та ін.), активність у праці і продуктивній діяльності (виконання домашніх обов'язків, турбота та догляд за іншими людьми, навчання, праця), активність у відпочинку (вибір ігор, виду відпочинку, хобі та ін.) [5].

При складанні ерготерапевтичної програми для конкретного пацієнта враховуються його індивідуальні можливості, здібності, звички, переваги, спосіб життя, особливості оточуючого середовища, та акцентується увага на проблемах, пов'язаних з обмеженням діяльності в повсякденному житті. Фахівці з ерготерапії допомагають правильно облаштувати помешкання

пацієнта, підібрати необхідні технічні засоби та спеціальні пристосування, які дозволять полегшити повсякденну життєдіяльність та підвищити рівень незалежності пацієнта від оточуючих.

У світовій практиці програма фізичної терапії для постінсультних хворих передбачає комплексне використання реабілітаційних засобів і методів. На основі аналізу існуючих реабілітаційних втручань для постінсультних хворих науковцями (Н.І. Піонтківська, Ю.В. Фломін, Н.І. Самосюк) виокремлено такі:

- позиціонування – викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення з метою профілактики патологічних поз, болю, контрактур;
- тренування мобільності – спрямоване на тренування навичок переміщення в ліжку (повертання на бік, сидання, вставання), ходьби по прямій поверхні, через перешкоди або по сходах;
- відновлення амплітуди рухів – передбачає виконання пасивних й активних вправ, спрямованих на зниження спастичності, відновлення рухливості в суглобах;
- силове тренування – спрямоване на покращення м'язової сили та координації рухів;
- кардіотренування – використання спеціальних аеробних (циклічних) вправ помірної інтенсивності впродовж тривалого періоду;
- тренування перенесення ваги тіла;
- метод «дзеркальної» терапії – дозволяє відновити функцію ураженої кінцівки шляхом зворотного візуального зв'язку;
- ортезування;
- відновлення навичок самообслуговування;
- вправи для дрібної моторики;
- вправи на покращення координації та рівноваги;
- методика тимчасового обмеження активності неураженої кінцівки – при тренуванні та відновленні функцій в ураженій кінцівці обмежується використання здорової кінцівки;
- когнітивне тренування – спрямоване на покращення пам'яті, уваги, мислення, зменшення проявів апраксії;
- сенсорне тренування – комплексний вплив на всі органи відчуття, спрямований на відновлення сприймання схеми-будови тіла, чутливості ураженої половини тіла, зменшення наслідки агнозій та неглекту;
- дихальні вправи – передбачають покращення вентиляції легень, підвищення екскурсії грудної клітки, евакуації секретів з метою профілактики дихальних порушень та ускладнень;
- адаптація оточуючого середовища чи помешкання – з метою підвищення рівня безпеки пацієнта та функціональної незалежності;
- кінезіотейпінг – передбачає використання клейкої еластичної стрічки з метою зменшення набряку, болю та активізації рухів у паретичних кінцівках;
- роботизована механотерапія – використання роботизованих пристроїв в умовах ігрового або віртуального середовища для тренування функцій кінцівок, що передбачає наявність зворотного зв'язку;
- арт-терапевтичні технології [1; 8].

Серед авторських методів, що використовуються в системі фізичної реабілітації постінсультних хворих, відзначають такі:

- метод Бобат – спрямовується на відновлення паралізованих/паретичних м'язових груп, зниження м'язової спастики, покращення координації рухів, навчання активних рухів, необхідних для повсякденного життя;
- методика за Шеррінгтоном – застосовується для усунення м'язової спастики;
- метод за Джонстоном – це комплекс рухів, спрямований на регулювання тону, зниження м'язової спастики, поліпшення стабільності тулуба і проксимальних суглобів кінцівок, з використанням надувних бандажів, так званих «Сплінтс», що дозволяє відновити правильні рухові навички;
- метод Роода – передбачає активування паралізованих м'язів із застосуванням локальних термічних і механічних подразників для нейром'язової фасилітації глибоких м'язів, використання швидкого розтягування м'язів як пропріоцептивного подразника з одночасним проведенням інгібіції м'язів-антагоністів;
- метод Войта – відновлення моторних функцій за принципом рефлекс- локомоції, що дозволяє відновити природні патерни рухів шляхом впливу на певні точки організму при певному положенні тіла, внаслідок чого стимулюються вроджені рефлекси пацієнта;
- метод Бруннштрома – активація паралізованих м'язів кінцівки з одночасною контракцією проксимальних м'язів тієї ж кінцівки або з одночасною контракцією м'язів протилежної кінцівки;
- метод Аффолтера – метод впливу на тактильні відчуття, доступних для сприйняття хворого. Можливість сприймання дотиків, виконання рухів, пересування предметів тощо – допомагає пацієнтові встановити контакт з довкіллям;
- метод Тауба – вимушене використання паралізованої кінцівки при імобілізації здорової руки;
- методика Перфетто – комплекс когнітивних вправ, спрямованих на тренування дрібних, тонко-моторних рухів, з чітким принципом від простого до складного;

- метод Брюггера – заснований на утриманні певного положення тіла з метою нівеляції больового синдрому, що забезпечує корекцію статички всього тіла, зменшуючи м'язові скорочення [3, с. 47–48].

Аналіз сучасних поглядів на проблему реабілітації постінсультних хворих дозволив визначити роль кінезіотерапевта і ерготерапевта у функціональному відновленні та реадaptaції таких пацієнтів. З'ясовано, що методологічним підґрунтям розробки індивідуальної програми реабілітації постінсультних хворих є мультидисциплінарний і проблемно-орієнтовний підходи.

На сьогодні у фахівців з фізичної терапії та ерготерапії накопичено значний арсенал засобів і методів постінсультної реабілітації, грамотний підбір яких дозволяє інтенсифікувати процес відновлення порушених функцій та мобілізувати адаптаційні ресурси постінсультних хворих.

Література:

1. Восстановление двигательных функций после инсульта: нейрофизиологические основы и мишени для реабилитационных вмешательств / И.З. Самосюк, Ю.В. Фломин, Н.И. Самосюк, Н.И. Пионтовская // Международный неврологический журнал. 2012. № 8 (54). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-34099>

2. Всесвітня організація охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Світова статистика охорони здоров'я 2015–2016: статистика інсульту. URL: <http://www.who.int/mediacentre> (дата звернення: 28.11.2017).

3. Гайгер Г. Современная эрготерапия в комплексной реабилитации больных, перенесших инсульт // Лечеб. физкультура и спортив. медицина. журн. 2009. N 8 (68). С. 46–49.

4. Кадыков А.С., Чернишова Л.А., Шапаронова Н.В. Реабилитация после инсульта // Неврология: науч. журн. 2003. № 25. С. 21–24.

5. Ключкова Е.В., Мальцев С.Б. Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для республики Таджикистан: метод. пособ. Душанбе, 2010. 46 с.

6. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: навч. посіб. Київ: Вид-во НУФВСУ «Олімпійська література», 2006. 196 с.

7. МОЗ України [Електронний ресурс]. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги: Мозковий інсульт. URL: <http://www.moz.gov.ua> (дата звернення: 28.11.2017).

8. Піонтківська Н.І., Фломін Ю.В., Самосюк Н.І. Фізична реабілітація – важливий крок до незалежного життя після інсульту // Неврологія: междун. неврол. журн. 2012. №8 (54). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-34099>

9. Супонева Н.А., Мальцева М.Н., Зимин А.А. Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Вестник восстановительной медицины: науч. журн. 2017. № 2 (78). С. 68–73.

10. Шевцов А.Г. Кваліфікаційна характеристика окупаціонального терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць / за ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський, 2016. Вип. 7 (2). С. 409–424.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Литвиненко В.А.,

кандидат педагогічних наук,

доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії

Навчально-наукового інституту фізичної культури

Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Алексенко А.В.

студентка спеціальності «фізична реабілітація»

Навчально-наукового інституту фізичної культури

Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З КОМПРЕСІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ХРЕБТА

У статті розглядається особливості застосування арт-терапії, а саме пісочної терапії та казкотерапії в процесі реабілітаційної роботи з дітьми з компресійними переломами хребта.

Ключові слова: пісочна терапія, казкотерапія, компресійні переломи хребта, реабілітаційна робота, діти.

Постановка проблеми: Пошкодження хребта відносяться до числа найбільш важких травм, які становлять 0,4–0,5% усіх переломів кісток скелета. Значне число травмованих (20–40%) закритих ушкоджень хребта ускладнюються пошкодженням спинного мозку різного ступеня тяжкості та є

однією з найбільш частих патологій дитячого віку, що свідчить про досить високий відсоток серед загальної популяції дитячого населення. Також слід зазначити, що зберігається значний відсоток незадоволених результатом лікування. Частіше за все, при подібних травмах виникають компресійні переломи тіл хребців, зазвичай, у нижньому шийному, грудному нижньому і верхньому поперековому відділах, тобто в тих місцях, де більш рухлива частина хребта переходить в менш рухому.

Такі пошкодження хребта викликають падіння з висоти на голову, сідниці, нижні кінцівки; різке надмірне згинання або розгинання хребта – при обвалах, падіннях важкого предмету, при автомобільних аваріях (удар ззаду) та ін.; внаслідок яких виникає надмірне раптове напруження м'язів, що прикріплюються до остистих чи поперечних відростках; дія прямої травми (удару). На фоні чого спостерігається слабка емоційна стійкість, порушення самоконтролю, агресивність поведінки та її провокуючий характер, труднощі пристосування до побуту, відчуття страху.

Є.С. Слепович відзначає проблеми у сфері соціальних емоцій у дітей, вони не готові до емоційно теплих стосунків, у них можуть бути порушені емоційні контакти з близькими дорослими, вони слабо орієнтуються у морально-етичних нормах поведінки. Зазначені особливості дітей створюють додаткові труднощі для діагностичної та корекційної роботи з ними [5].

Ще в 20-і роки минулого століття психотерапевти А. Фрейд, М. Клейн, Г. Хаггельмут назвали дитячу гру методом лікування, при якому діти покращують свій психо-емоційний стан, вчать долати конфлікти та негаразди. Починалося все з малювання: малюк малює свій будинок, свою сім'ю і таким чином, символічно висловлює те, що поки йому не вдається висловити – свої страхи, емоційний стан, психологічні травми. Поки дитина не уміє визначити об'єктивно весь світ, вона відображає в своїх іграх свій психічний стан і рівень уміння спілкуватися з іншими дітьми та батьками [9].

Мета: проаналізувати можливості арт-терапії, а саме пісочної терапії та казкотерапії в процесі реабілітаційної роботи з дітьми з компресійним переломом хребта; створення оптимальних умов для покращення їх психо-емоційного стану; зацікавлення дитини в швидкому одужанні; активізація її просторової уяви, образно-логічного мислення, тренування дрібної моторики рук; формування гармонійного образу світу; удосконалення координації рухів, орієнтації у просторі; стимуляція вербальної і невербальної активності у процесі гри, формування навичок позитивної комунікації; розвиток її сенсорної сфери, зокрема тактильно-кінестетичної чутливості.

Об'єкт дослідження: реабілітація дітей з компресійним переломом хребта.

Предмет дослідження: застосування арт-терапії в процесі реабілітації дітей з компресійним переломом хребта.

Результати дослідження: Завдяки арт-терапії, світ дитинства знову відкриває перед людиною свої двері, і ці ж двері ведуть в несвідомі і приховані в ньому таємниці. Техніка «пісочної терапії» виникла в рамках юнґіанського аналітичного підходу і багато в чому базується на роботі з символічним змістом несвідомого як джерелом внутрішнього росту і розвитку. Автором цього методу, що виник в п'ятдесятих роках минулого століття, вважається швейцарський юнґіанський аналітик Дора Калф.

Головним принципом, покладеним Дорою Калф в основу роботи, є «створення вільного і захищеного простору», у якому пацієнт – дитина чи дорослий – може виражати і досліджувати свій світ, перетворюючи свій досвід і свої переживання, часто незрозумілі або тривожні, у зримі і відчутні образи. «Картина на піску, може бути зрозуміла як тривимірне зображення будь-якого аспекту душевного стану. Неусвідомлена проблема розігрується в пісочниці, подібно драмі, конфлікт переноситься з внутрішнього світу в зовнішній».

Погоджуюсь з думкою В.А.Литвиненко, що у ході гри з піском активізуються самозцілюючі резерви дитини, які виявляються за певних умов у процесі терапії. Пісок поглинає негативну психічну енергію дитини, стабілізує її емоційний стан і гармонізує її психоемоційне самопочуття. Процес пісочної терапії починається тоді, коли в результаті творчого імпульсу на поверхні пісочниці дитина створює певний образ. Кожного разу при контакті з піском відбувається своєрідне занурення у «безсвідоме». Створення пісочної композиції відображає зміст психічного життя дитини [6].

Вважається, що витоки «пісочної терапії» належать відомому письменнику-фантасту Г. Уеллсу, який у своїй книзі «Ігри на підлозі» описує, як його сини, граючи з мініатюрними фігурками, знаходили вираження і полегшення труднощів у відносинах з членами сім'ї та один з одним. Відтак, саме дана праця надихнула дитячого психіатра Маргарет Лоуенфельд, що заснувала Лондонський інститут дитячої психології, поставити на полиці свого кабінету мініатюрні фігурки. Перша ж дитина, що побачила ці фігурки, перенесла їх у пісочницю, що стояла поруч, і стала грати з ними в піску, що й поклато початок «техніці побудови світу» – завдяки діагностичній та терапевтичній методиці, яку детально розробила та описала Маргарет Лоуенфельд.

Отже, пісок – загадковий матеріал, що має здатність зачаровувати людину своєю піддатливістю, здатністю приймати будь-які форми: бути сухим, легким або вологим, щільним і

пластичним. Гра в пісок захоплює дітей – про що свідчать їх приємні почуття під час гри в «пасочки», під час будівлі замку на морському березі або під час того, як висипається сухий пісок з вашої долоні.

Пісок має властивість пропускати воду. У зв'язку з цим фахівці стверджують, що він поглинає негативну психічну енергію, взаємодія з ним очищає енергетику дитини, стабілізує емоційний стан, через це – більше шансів на швидке одуження. Так чи інакше, спостереження і досвід показують, що гра в пісок позитивно впливає на емоційне самопочуття дітей, це робить її прекрасним засобом для «турботи про душу» [9].

Сам принцип пісочної терапії був запропонований ще К.Г. Юнгом, психотерапевтом, засновником аналітичної психотерапії. Основна ідея пісочної терапії формулюється так: гра з піском надає дитині можливість позбутися від психологічних травм за допомогою перенесення зовні, на площину пісочниці, фантазій і формування відчуття зв'язку і контролю над своїми внутрішніми спонуканнями. Встановлення зв'язку з несвідомими переживаннями, та їх вираження в символічній формі значною мірою полегшують здорове функціонування психіки. Дитина в процесі пісочної гри має можливість висловлювати свої найглибші емоційні переживання, вона звільняється від страхів, і пережите не розвивається у психічну травму.

Так, К.Г. Юнг стверджував, що процес «гри в пісок» вивільняє заблоковану енергію і «активізує можливості самоцілення, закладені в людській психіці». Дора Калф, побачила в цій методиці не тільки можливість допомоги дітям висловлювати почуття, але й спосіб посилити зв'язок з глибокими несвідомими шарами психіки і допомогти процесу індивідуалізації та розвитку трансцендентної функції, які вона вивчала у К.Г. Юнга.

Зараз цей метод використовується без будь-яких обмежень. У ході творчої гри з піском активізуються самозцілюючі резерви дитячої психіки, які виявляються за певних умов – у процесі терапії. Пісок поглинає негативну психічну енергію людини, стабілізує її емоційний стан і гармонізує психоемоційне самопочуття дитини. Для дітей із мовленнєвими порушеннями особливо важливою є невербальна експресія через взаємодію із піском та водою [5].

Пісочна терапія – це можливість висловити те, для чого важко підібрати слова, стикнутися з тим, до чого важко звернутися безпосередньо, побачити в собі те, що зазвичай йде від свідомого сприйняття

В.А. Литвиненко вважає, що традиційна робота в ході пісочної терапії, як різновид невербально-символічної гри, відбувається шляхом побудови дитиною або реабілітологом пісочної композиції у пісочниці із застосуванням різноманітних іграшок, дрібних предметів, піску, воду. Після закінчення сеансу, пісочна картина розбирається, іграшки повертаються на місце, поверхня пісочниці розрівнюється. Багаторазове руйнування і відтворення світу пісочної композиції впливає на створення відчуття безпеки та довіри, і зниження тривожності, що є досить актуальним у ході психоемоційної роботи з дітьми [6; 8].

Гра на піску з фігурками особливо плідна в роботі з тими дітьми, які ніяк не можуть висловити свої переживання. Діти з заниженою самооцінкою, підвищеною тривожністю та сором'язливістю зазвичай охоче обирають фігурки і переключають на них свою увагу. Діти ж з нестійкою увагою дуже експресивні; гра дає їм багаті кінестетичні відчуття. Агресивні діти легко обирають персонажів, які символізують «агресора» та його «жертву». Діти, що пережили психічну травму, знаходять для себе таку гру дуже корисною: вона допомагає їм пережити травматичні події і, можливо, позбавитися від пов'язаних з ними переживаннями. Успішним може бути застосування цієї техніки з дітьми, які переживають стрес у результаті втрати близьких людей або розлуки з ними.

На стадії «хаосу» дитина вистачає безліч іграшок, безладно розставляє їх на пісочному аркуші, часто перемішує їх з піском. Подібні дії відображають наявність тривоги, страху, недостатньо позитивної внутрішньої динаміки. Через «хаос» відбувається поступове «проживання» психоемоційного стану та звільнення від нього. Багаторазове повторення психотравмуючої ситуації дозволяє змінювати емоційне ставлення до неї. Стадія «хаосу» може займати від одного до декількох занять. Можна помітити, як від картини до картини зменшується кількість використовуваних фігурок і з'являється сюжет.

У таких дітей можна спостерігати стадію «боротьби». В «пісочницю» несвідомо переносяться внутрішні конфлікти: агресія, образи, тривога, нездужання, реальні конфліктні взаємини. На стадії «вирішення конфлікту» можна спостерігати більш благополучні картини: світ, спокій, повернення до природних занять [8].

Слід зазначити, що ще одним цікавим та ефективним засобом арт-терапії, наряду з пісочною терапією, що застосовується в реабілітаційній роботі з дітьми з компресійним переломом хребта є казкотерапія.

Основним принципом роботи з дітьми з компресійним переломом хребта під час казкотерапії є те, що вони безпосередньо, повно проживають творчий процес, оскільки вони поринають у казку; вони є справжніми героями тієї чи іншої казки, оповідання, вірша. Отже, у дітей розвивається довільна

увага, пам'ять, мислення. Але найголовніше, що дитина набуває успішного досвіду в розв'язанні проблемних ситуацій, а це робить її впевненішою, здатною й надалі долати життєві труднощі та здатною подолати хворобу.

У замкнених дітей з компресійним переломом хребта зникає підозрілість та недовіра до оточуючих, поліпшується настрій. Вони з задоволенням взаємодіють із однолітками, з оточуючими, реагують на зміни. Сором'язливі діти з *компресійним переломом хребта* навчаються спілкуватися з однолітками та дорослими, активно діють у різних ситуаціях, самостійно та разом із товаришами вирішують завдання. Агресивні діти з *компресійним переломом хребта* уникають конфліктів, поступаються, діляться з товаришами, набувають навичок культури спілкування. В них з'являється хороший настрій. Позитивні емоції переважають в усіх видах діяльності в усіх дітей, та покращують психоемоційний стан, та швидке одужання [7].

Ефективність використання казкотерапії для дітей з компресійним переломом хребта забезпечується специфікою ігрової та навчальної діяльності дітей, а також є цікавою для них, оскільки дозволяє їм вільно мріяти і фантазувати.

Казка дозволяє розширити рамки звичайного життя, боротися зі складними явищами і почуттями, і в доступній формі пізнавати світ почуттів і переживань. Вона дає можливість дитині з компресійним переломом хребта ідентифікувати себе з близьким для нього персонажем, порівнювати себе з героєм, зрозуміти, що у нього є такі ж проблеми, як у героя казки. За допомогою казкових образів, їх дій, дитина може знайти вихід з різних складних ситуацій, побачити шляхи вирішення виниклих конфліктів, засвоїти моральні норми і цінності, розрізнати добро і зло.

Висновки. Пісочна терапія – це унікальна можливість досліджувати свій внутрішній світ за допомогою безлічі мініатюрних фігурок, «пісочниці» підноса з піском, деякої кількості води, а головне, відчуття свободи та безпеки самовираження, що виникає в спілкуванні з реабілітологом. Це можливість висловити те, для чого важко підібрати слова, стикнутися з тим, до чого важко звернутися безпосередньо, побачити в собі те, що зазвичай йде від свідомого сприйняття.

Пісочна гра – це самий органічний для дитини спосіб висловити свої переживання, досліджувати світ, вибудовувати відносини, і спосіб звичний, добре знайомий, це його реальність. Дитина грає в те, що у неї «болить». Відіграючи свої емоції, дитина кожного разу сама себе лікує.

Отже, ігри з піском є засобом сенсорного розвитку дітей, збагачення їхнього словника, розвитку творчого потенціалу, та швидке одужання. Отже, їх застосування сприяє оздоровленню, збереженню та зміцненню як фізичного, так і психічного здоров'я кожної дитини.

Казкотерапія є методом формування позитивної навчальної мотивації, морально-духовному, особистісно розвитку дітей з компресійним переломом хребта через потужний вплив казки на їх емоційно-чуттєву сферу.

Перспективи та подальші розвідки дослідження вбачаємо в практичному впровадженні засобів пісочної терапії та казкотерапії в процесі реабілітаційної роботи з дітьми з компресійним переломом хребта.

Список використаної літератури

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учебник для вузов / Е.А. Медведова, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Академия, 2001. – 248 с.
2. Власова О.В. Развитие дрібної моторики рук / уряд. О.В. Власова; іл..О.В.Зеркалій.– Харків.: Основа, 2011. – 159 с.
3. Зінкевич-Евсигнеева Т.Д. Чудеса на песке : практикум по песочной терапии \ Т.Д. Зінкевич-Евсигнеева, Т.М. Грабенко.–СПб.:Речь,2007. – 340 с.
4. Кисельова М.В. Арт-терапия в работе с детьми : руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. / М.В. Кисельова – СПб.: Речь, 2006. – 160 с.
5. Копитин А.И. Арт-терапия / А.И. Копитин.–СПб.: Питер, 2001. – 320 с.
6. Литвиненко В.А. Основы арт-терапии: навчально-методичний посбник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. / В.А. Литвиненко – Суми : ФОП Цьома С.П., 2016. – 136с.
7. Молодушкіна І.В. Загадковий світ емоцій. Розвиток емоційної сфери дошкільників / І.В. Молодушкіна; уряд. – Харків.: Основа, 2010.–207 с.
8. Шик Л.А. Пісочна терапія в роботі з дошкільниками / Л.А.Шик, Н.І. Дикань, О.М. Гладченко, Ю.М. Черкасова. – Харків.: Основа, 2010. – 127 с.
9. Штейнхардт Л.Ш. Юнгианская песочная психотерапия / Л.Ш. Штейнхардт – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Литвиненко В.А.,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Кривопишина Я.В.
магістрантка спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ В ГАЛУЗІ ЗДОРОВ'Я ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

У статті розглядається професійна підготовка майбутніх фахівців в галузі здоров'я за допомогою впровадження в навчально-виховний процес інноваційних технологій, зокрема застосування арт-терапії, що спрямована на здобуття ними нового досвіду, свободи мислення, креативності, фантазії; виховання в них якостей, необхідних для розвитку успішної творчої особистості.

Ключові слова: професійна підготовка, інноваційні технології, арт-терапія, освітній процес.

Постановка проблеми. Останнім часом, в Україні відбувається етап значних перетворень в політичній, соціальній та економічній сферах. Відповідно, суттєві зміни торкнулися й освітянської галузі. Останнім часом, в національній освіті відбулися значні зміни щодо гуманізації та демократизації навчально-виховного процесу, про що зазначається в таких нормативних документах, як Закон України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Про вищу освіту»; Державній національній програмі «Освіта (Україна XXI століття)»; Національній доктрині розвитку освіти.

Національною доктриною розвитку освіти визначено один із пріоритетних напрямків виховання студентської молоді, що передбачає формування у них позитивної мотивації до здорового способу життя та культури здоров'я в цілому. Ідея формування мотивації у сучасної молоді, власне, до здорового способу життя реалізується повною мірою в Національній доктрині розвитку освіти України у XXI ст., в якій йдеться про те, що формування здоров'я нації через освіту є одним із пріоритетних напрямків державної політики в галузі освіти.

Проблемі формування мотивації до культури здоров'я особистості приділяли увагу такі вчені, як Л. Безугла [1,2], В. Горашук [4], А. Кузьмінський [5] та ін.

Останнім часом, у зв'язку з погіршенням стану здоров'я шкільної молоді, а також зниженням інтересу учнів до ведення здорового способу життя, особливо актуальною постає проблема підготовки майбутніх фахівців в галузі здоров'я, основною метою роботи яких, є виховання здорових школярів. У теперішній час, саме, робота вчителів основ здоров'я має надзвичайно важливе значення у формуванні високого рівня культури здоров'я учнів основної школи, яке повинно здійснюватися, як у навчальній (під час викладання предмету «Основи здоров'я»), так і поза навчальній діяльності. Між тим зазначимо, що особливе місце у вихованні здорових школярів займає позакласна робота з основ здоров'я, яка може передбачати включення інноваційних технологій, до числа яких можна віднести й арт-терапію.

Як зазначає В.А. Литвиненко, арт-терапія є синтезом декількох галузей наукового знання (мистецтва, медицини, психології), а в психолого-корекційній практиці – це сукупність методик, заснованих на застосування різних видів мистецтва в своєрідній символічній формі, що дозволяють за допомогою стимулювання художньо-творчих (креативних) нахилів людини здійснювати корекцію психо-соматичних порушень, психоемоційних процесів та відхилень в особистісному розвитку. Сутність арт-терапії полягає у терапевтичному та корекційному впливі мистецтва на суб'єкт і проявляється в реконструюванні психо-травмуючої ситуації, за допомогою художньо-творчої діяльності та створення нових позитивних переживань, виявлення креативних потреб. [7]. Отже, арт-терапія, як інноваційна технологія, визначається як «лікувально-профілактична й корекційна діяльність з використанням мистецтва; як складова психотерапії та складний синтез декількох галузей наукових знань.

Отже, сучасність вимагає від майбутнього фахівця в галузі здоров'я застосування в своїй педагогічній практиці інноваційних технологій, зокрема й арт-терапії, та їхнє подальше впровадження у шкільну практику з метою зміцнення здоров'я дітей.

Адже, зацікавленість учнів в інноваційних технологіях, можливість варіювати зміст позакласної роботи з основ здоров'я шляхом включення арт-терапії, спираючись на інтереси підлітків, сприяє розширенню можливостей у вихованні в учнів ціннісного ставлення до власного фізичного та психічного здоров'я, бажання його зміцнювати та зберігати. Разом з тим, організація і проведення

позакласної роботи з основ здоров'я з використанням арт-терапії вимагає якісної підготовки майбутніх фахівців в галузі здоров'я [6].

Метою статті є спроба визначити характерні особливості засобів, форм і методів інноваційного навчання, розкрити специфіку застосування арт-терапії в процесі професійної підготовки майбутніх фахівців в галузі здоров'я.

Об'єкт дослідження – професійна підготовка майбутніх фахівців в галузі здоров'я.

Предмет дослідження – професійна підготовка майбутніх фахівців галузі здоров'я із застосуванням інноваційних технологій.

Виклад основного матеріалу. Отже, враховуючи вищезазначене, підготовка студентів до викладання курсу «Основи здоров'я» має займати одне з найважливіших місць професійної підготовки відповідних фахівців в галузі здоров'я. Адже, аналіз навчального плану підготовки майбутніх учителів основ здоров'я переконує в тому, що більшість предметів не передбачають у своїй сукупності навчального матеріалу щодо методик застосування інноваційних технологій.

У зв'язку з цим, існує потреба у доповненні дисциплін, передбачених навчальним планом щодо підготовки майбутніх учителів основ здоров'я, саме, інноваційними технологіями, які б відповідали змісту програми навчального курсу основи здоров'я та передбачали б їх інтеграцію до позакласної роботи з метою формування у дітей мотивації до здорового життя.

Як зазначає Ю.В. Бистрова, освітні інноваційні технології характеризуються цілеспрямованим процесом часткових змін, що ведуть до модифікації мети, змісту, методів, форм навчання, способів і стилю діяльності, адаптації освітнього процесу до сучасних вимог часу і соціальних запитів ринку праці. Крім того, впровадження й утвердження нового в освітній практиці зумовлене позитивними трансформаціями, а отже, має стати засобом вирішення актуальних на даний час завдань конкретного навчального закладу і витримати експериментальну перевірку для остаточного застосування інновацій [3].

Передусім, це має полягати в сучасному моделюванні, організації нестандартних лекційно-практичних, семінарських занять; індивідуалізації засобів навчання; кабінетного, групового і додаткового навчання; факультативного, за вибором студентів, поглиблення знань; проблемно-орієнтованого навчання; науково-експериментального при вивченні нового матеріалу; розробці нової системи контролю оцінки знань; застосуванні комп'ютерних, мультимедійних технологій; навчально-методичної продукції нового покоління.

Таким чином, серед сучасних технологій навчання, своєчасність і корисність яких підтверджена досвідом роботи ВНЗ, слід виділити: особистісно-орієнтовані, інтеграційні, колективної дії, інформаційні, дистанційні, творчо-креативні, модульно-розвивальні тощо. Вони мають стати основою для ефективного дидактико-методичної, психологічної, комунікативної взаємодії студента і викладача та прояву компетентних навичок [3; 6].

Одним із стратегічних напрямків реформування освіти в Україні є гуманістична спрямованість педагогічного процесу, що ґрунтується на засадах глибокої поваги до особистості учня, врахування особливостей його індивідуального розвитку, а також створенні особливого психологічно комфортного навчального середовища в загальноосвітньому навчальному закладі. Цим зумовлений інтерес науковців до пошуку нових, адекватних часу методів психотерапевтичних впливів, які спрямовані на самовизначення особистості, розвиток здібностей до рефлексії, що дає змогу знаходити зовнішні та внутрішні механізми для активізації особистісного зростання і творчого саморозвитку.

Як вже зазначалося, на даний час, одним із засобів гармонізації та розвитку особистості є терапія мистецтвом або арт-терапія. Арт-терапія є одним з найбільш безпечних та ресурсних видів сучасних технологій. Адже мистецтво, як форма суспільної свідомості, що акумулює та культивує систему світоглядних уявлень та ціннісних орієнтацій людства, є унікальним засобом впливу на особистість. Протягом тисячоліть тривають наукові дискусії щодо їх ролі у формуванні творчої, художньої та інтелектуальної особистості. Як специфічно-художня форма відображення світу, мистецтво неодноразово виступало засобом гармонізації душевного стану людини, було надійним джерелом духовного становлення особистості й розглядалося як обов'язковий компонент навчання та виховання молодого покоління [7].

Висновки. Таким чином, проведений аналіз сучасних методично-наукових досліджень, нормативних документів і навчальних програм показав, що професійна підготовка майбутніх фахівців в галузі здоров'я має передбачати соціалізуючо-терапевтичний і соціально-виховний вплив на учнів, формувати в них життєву компетентність і позитивні соціально-ціннісні установки, починаючи з етапу педагогічної практики.

Отже, проблема застосування майбутніми фахівцями в галузі здоров'я інноваційних технологій, зокрема арт-терапії, у межах освітнього процесу в загальноосвітній школі є досить актуальною, оскільки оптимізує педагогічну діяльність, сприяє соціалізації та адаптації учнів, розкриває їх соціально-комунікативні, навчальні та творчі здібності. Відтак, соціально-виховна та естетично-терапевтична концепція професійної активності майбутніх фахівців в галузі здоров'я спрямовані на здобуття школярами нового досвіду, підтримки свободи мислення й фантазії, а також виховання в них успішної, самостійної особистості тощо.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямку вбачаємо у висвітленні питань, пов'язаних з удосконаленням теоретико-методичної системи професійної підготовки майбутніх фахівців в галузі здоров'я щодо використання інноваційних технологій, зокрема арт-терапії.

Література:

1. Безугла Л. І. Самовдосконалення майбутніх учителів у педагогіці В. О. Сухомлинського / Л. І. Безугла // Наукові записки. – Вип. 52, Ч. 2. – Серія: Педагогічні науки. – Кіровоград: РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2003. – С. 54 – 56.
2. Безугла Л. І. Використання самостійної роботи по формуванню культури здоров'я при підготовці майбутніх вчителів / Л. І. Безугла // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. – Спец. вип. №22. – Х. – Донецьк, 2005. – С. 3 – 5.
3. Бистрова Ю.В. Інноваційні методи навчання у вищій школі / Ю.В. Бистрова // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2015. – Вип. 4. – С. 19–21.
4. Горашук В. П. Формирование культуры здоровья детей и учащейся молодежи средствами массовой информации / В. П. Горашук // Духовність особистості. – 2011. – Вип. 1. – С. 14–21.
5. Кузьмінський А. І. Педагогіка / А. І. Кузьмінський, В. Л. Омеляненко. – К. : Знання, 2007. – 447 с.
6. Інноваційні педагогічні технології: теорія та практика використання у вищій школі : монографія / І. І. Доброскок, В. П. Коцур, С. О. Нікітчина [та ін.] ; Переяслав-Хмельниць. держ. пед. ун-т ім. Г. Сковороди, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих АПН України. – Переяслав-Хмельниць. : Вид-во С. В. Карпук, 2008. – 284 с.
7. Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. / В. А. Литвиненко – Суми : СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2016. – 140 с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Литвиненко В.А.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Литвиненко А.Є.

студентка спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛЯЛЬКОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

У статті розглядається особливості застосування елементів імаготерапії, а саме лялькотерапії, в процесі корекційно-реабілітаційної роботи дітей з розумовою відсталістю молодшого шкільного віку; проведено теоретичний аналіз досліджень та підходів щодо застосування імаготерапії (лялькотерапії).

Ключові слова: імаготерапія, лялькотерапія, розумово відсталі діти, реабілітаційна робота, молодший шкільний вік.

Постановка проблеми. Через вдосконалення навчально-виховного процесу загальноосвітніх закладів для дітей з розумовою відсталістю, одним із основних завдань спеціальної школи є максимально всебічний розвиток учнів, що у майбутньому дозволить їм якомога краще інтегруватися у суспільство. Як відомо, що при розумовій відсталості збагачення досвіду протікає уповільнено та спотворено. У дітей цієї категорії аномально розвинені практична та пізнавальна діяльність, що гальмує процес накопичення уявлень і перешкоджає появі нових інтересів та потреб [3].

Науковець В. А. Литвиненко вважає, що корекційно-розвивальна робота із застосуванням імаготерапії базується на основі застосування улюбленого персонажу або ляльки дитини, з якими розігрується історія, пов'язана з конкретною ситуацією дитини [5].

Як зазначає О.О. Медведєва, діти з порушеннями розвитку є особливою категорією, в роботі з якими мистецтво використовується не тільки як засіб їх художнього розвитку та формування художньої культури, але і робить на них лікувальний вплив, є способом профілактики та корекції відхилень у розвитку [6].

Вчена І. А. Гусєва вказує, що напрямки роботи із застосуванням імаготерапії з дітьми, що потрапили у важку життєву ситуацію, зумовлені необхідністю особистісною та соціальною адаптацією

дітей. Підтримка, допомога у їх реабілітації, успіх в емоційному і розумовому розвитку полягає в безперервному створенні сукупності методик, методів, засобів, форм контролю соціально-педагогічної діяльності [2].

Л.С. Виготський наголошував на тому, що «дивитися й слухати, отримувати задоволення – це здається такою нескладною психологічною роботою, виконуючи яку абсолютно не відчуваємо необхідності ні в якому спеціальному навчанні. А тим часом це й складає основну мету й завдання загального виховання...» [3].

Виходячи з аналізу літературних джерел, зазначимо, що досить актуальним та корисним на сьогодні є включення елементів імаготерапії (зокрема лялькотерапії) у навчально-виховний процес розумово відсталих дітей.

Адже, якщо дитина приймає участь у виставі, то вона опановує сюжетно-рольову гру, засвоює соціальні ролі, вчиться розв'язувати життєві проблеми та набуває позитивного досвіду у спілкуванні з однолітками й дорослими. Участь у театральній діяльності допомагає всебічно розвивати та виховувати дитину з розумовою відсталістю.

Мета дослідження проаналізувати можливості застосування лялькотерапії в процесі реабілітації дітей молодшого шкільного віку дітей з розумовою відсталістю та охарактеризувати особливості її використання з корекційно-реабілітаційною метою.

Об'єкт: застосування арт-терапії в роботі з дітьми з розумовою відсталістю.

Предмет: особливості лялькотерапії в роботі з розумово відсталими дітьми молодшого шкільного віку.

Результати досліджень: Досвід застосування вітчизняними і зарубіжними вченими та практиками імаготерапії у роботі з дітьми, доводить ефективність її методів. Основною ідеєю лялькового театру є здатність створити виставу за допомогою ляльок, які допомагають акторам театру створити яскраві образи, передати характерні риси людського характеру і форми поведінки. У діалозі героїв вистави міститься повчальний зміст, важлива інформація та соціальні норми [1].

Є. Н. Васіна зазначає, що лялька як продукт художньої творчості дитини виступає її самосвідомості як частини «Я», що виноситься назовні, на об'єкт навколишньої дійсності [2].

Н. О. Зінов'єва запропонувала методику для дітей, що мають проблеми у соціалізації (рекомендується набір із 15–20 різних ляльок: агресивні, миролюбні, ляльки, що зображують родину, вчителів, вихователів, міліцію, лікарів, ляльки-відьми, ляльки-тварини тощо).

Досить ефективними у лялькотерапії є пальчикові ляльки. Психологічний ефект таких ляльок полягає у тому, що, неконтактна, сором'язлива, нерішуча дитина, незважаючи на те, що лялька знаходиться на її руці, розглядає її відокремленою від себе. Завдяки цьому може активно включитися в ігрову діяльність, розкривати свої найпотаємніші почуття, за принципом: це – не я, це – лялька [3].

Головною і неодмінною рисою будь-якої лялькової вистави є вміння розважити глядачів, а часом, не лише спонукати посміятись, а й поміркувати. Тож, учні, незалежно від того є вони акторами чи глядачами, несвідомо піддаються виховному впливу, засвоюють корисні знання та вчать робити правильні висновки. Яскраві образи ляльок та динамічні дії з ними допомагають сконцентрувати та утримувати увагу дітей. Зміст вистави зрозумілий дітям, тому сприймається досить легко [7].

Як правило, виступи лялькового театру відбуваються перед великою аудиторією, що допомагає учням спеціальної школи позбутися страху публічного виступу. По-перше, ляльководи, якими зазвичай виступають діти, знаходяться за ширмою, а отже не мають прямого контакту з глядачами. По-друге, діти, ніби граючись, спілкуються не тільки між собою, а й з глядачами [4].

Лялькотерапія використовує також елементи музики, танцю, образотворчого мистецтва. Дітям надається можливість намалювати свою ляльку-образ, одягнути її на своєму малюнку так, як цього хоче дитина. Слід зазначити, що дуже часто діти соромляться співати або танцювати. А коли дитина бере ляльку-рукавичку, одягає її на свою руку, вставляє пальці у м'які руки рукавички-ляльки, яка по розміру така ж сама як рука дитини, то вже співає або танцює не дитина, а лялька, а дитина нібито ховається за ляльку. Слід особливо підкреслити, що за допомогою театральної ляльки у дітей з певними проблемами у розвитку формується соціальна стійкість [1].

У учнів початкових класів продовжує формуватися опорно-руховий апарат, слабо розвинені м'язи рук. Тому підбираючи п'єсу, вчитель має передбачити, як довго дитина буде тримати ляльку, якою буде лялька (чи не заважка для дитини), чи зручно учню буде знаходитись за ширмою [6].

Навіть якщо в силу дефекту учень не здатен вивчити, розказати, або прочитати текст слів персонажу, його необхідно залучати до постановки вистави. Справа у тому, що в учнів молодших класів спеціальної школи ще недостатньо розвинене мовлення, дикція, чітка артикуляція, виразність, сила голосу, тому, зазвичай, тексти вистав та слова автора бере на себе вчитель або вихователь. Іноді роль ляльководи може заключатися в тому, що він буде просто мовчки керувати лялькою, або, навіть, тільки тримати її. Але для розумово відсталого дитини виконання цієї дії буде дуже важливим, адже таким чином вона перебуває у колективі однолітків, виконує вимоги керівника та вчиться спілкуванню [7].

Важливим показником розвитку особистості розумово відсталого дитини стає прагнення бути «на рівні». Заохоченням, у даному випадку, можуть виступати: похвала, грамоти, солодкі подарунки, фотокартки у газеті тощо [2].

Перспективи та подальші розвідки досліджень полягають у практичному впровадженні імаготерапії в реабілітаційній роботі з дітьми молодшого шкільного віку з розумовою відсталістю.

Література

1. Антонець М.О. Лялькотерапія як один з методів виховання духовних пріоритетів у дитини / М.О. Антонець // Збірник наукових праць «Простір арт-терапії». – Вип. 1(7). – К.: Арт-терапевтична асоціація, 2010. – С. 4–11.
2. Гусева І.А. Социокультурная реабилитация детей, попавших в трудную жизненную ситуацию в условиях реабилитационного Центра [Електронний ресурс] / І.А. Гусева. – Режим доступу: <http://nsportal.ru/shkola/tekhnologiya/library/2014/01/07/rol-kukly-v-razvittii-devochki-art-terapiya>
3. Калініна Л.А. Використання лялькотерапії як напряму арттерапії у корекційній роботі з дітьми, які мають проблеми у розвитку / Л.А. Калініна // Педагогіка. – № 5. – 2009. – С.25–29.
4. Литвиненко В.А. Застосування імаготерапії в реабілітаційній роботі з дітьми дошкільного віку // Литвиненко В.А., Литвиненко А. Є. – Суми : Вид-во Сум ДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С. –.124–127.
5. Литвиненко В.А. Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. / В.А. Литвиненко – Суми: ФОП Цьома С.П., 2016. – 136 с.
6. Медведева О.О. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании / О.О. Медведева, І.Ю. Левченко, Л.Н. Комісарова, Т.А. Добровольська – Издательство Академия., 2001. –114 с.
7. Нагорна О. Фізична реабілітація дітей з розумовою відсталістю молодшого шкільного віку [Електронний ресурс] / О. Нагорна. – Режим доступу: <http://www.stationline.org.ua/pedagog/106/18892-fizichna-reabilitaciya-ditej-iz-rozumovoyu-vidstalistyu-molodshogo-shkilnogo-viku.html>.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Литвиненко В. А.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Логвин Я. О.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ

У статті теоретично обґрунтовано можливості застосування арт-терапії в професійній підготовці майбутніх ерготерапевтів, розкрито її особливості в роботі з особами обмеженими можливостями та нездатними до самообслуговування. Проаналізовано наукові пошуки західноєвропейських, російських та українських дослідників з питань виникнення ерготерапії як науки, ефективність арт-терапії в підготовці ерготерапевтів.

Ключові слова: ерготерапія, арт-терапія, професійна підготовка.

Постановка проблеми. Ерготерапія (в перекладі occupational therapy – окупаційна терапія) – це комплекс реабілітаційних заходів, який спрямований на відновлення повсякденної діяльності людини з урахуванням наявних фізичних обмежень [11].

Повсякденна діяльність включає в себе самообслуговування, трудову діяльність, дозвілля, які неодноразово пов'язані з цим міжособистісними відносинами. Кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людини, допомогти стати самостійною, соціально пристосованою і незалежною у побуті особою [8].

В Україні ерготерапія порівняно новий метод реабілітації. Аналіз літературних джерел дозволяє стверджувати, що ця галузь реабілітації почала формуватися на Заході в післявоєнні роки, коли з фронту поверталися люди, які потребували реабілітації. Їх доводилося заново вчити робити самі звичні речі, які є необхідними для їх повсякденного життя (самостійно вмиватися і одягатися, тримати виделку, підтримувати чистоту в будинку). Окрім цього, ці люди потребували й соціальної адаптації. Ерготерапія була направлена на те, щоб пробудити в них бажання вчитися чомусь новому, спілкуватися на рівних зі своїм оточенням [10].

Водночас, на сьогодні в Україні існує цілий ряд серйозних медико-соціальних проблем, пов'язаних з погіршенням стану здоров'я населення, таких як прогресуюча депопуляція, висока смертність населення від нещасних випадків, травм, отруєнь, зростання інвалідизації населення. Людина, яка перенесла захворювання, травму або має порушення розвитку від народження, часто виявляється залежною від сторонньої допомоги і не завжди може знайти рішення проблем, які

пов'язані з обмеженими можливостями догляду за собою, ведення домашнього господарства, роботи, виконання дозвільної діяльності [12].

Слід зазначити, що під впливом системи повноцінної і комплексної реабілітації можливе повне відновлення фізичного, духовного і соціального благополуччя постраждалих осіб. Проблеми погіршення здоров'я населення та інвалідизації загострюються на тлі недостатньої ефективності медичних і соціальних програм, а також значного обмеження фінансування наукових і лікувальних медичних і соціальних установ, що займаються проблемами реабілітації [4].

Відтак, за останні роки питання реабілітації стає більш актуальним. До вже перерахованих причин можна додати й такі, як різкий підйом деяких соціально-значущих патологічних станів, як то вроджені аномалії розвитку, серцево-судинна патологія, онкологія, рання наркоманія, ВІЛ-інфекція, травми, психічні порушення тощо. Водночас, останнім часом, медична модель реабілітації все більш заміщається соціальною моделлю, а ерготерапія є невід'ємною частиною сучасної соціальної реабілітації для людей різних вікових категорій [12].

Адже, у систему ерготерапії входить складний реабілітаційний комплекс заходів, який спрямований на відновлення природної, повсякденної діяльності людини із урахуванням наявних патологічних змін і фізичних обмежень. Саме ерготерапевт допомагає хворому заново навчитися працювати, доглядати за собою в побутовому плані, спілкуватися з оточуючими та розважатися [6].

Беручи до уваги той факт, що серед методів виховання соціально дезадаптованих осіб останнім часом, усе ширше застосовують альтернативні методи, до числа яких можна віднести арт-терапію.

Як зазначає А. Оляс, арт-терапія – це використання творчості в лікувальних цілях. Завдяки застосуванню свідомих творчих дій є можливість розв'язання багатьох проблем. Мистецтво є відображенням людських мрій, ідеалів, цінностей і прагнень. У ньому відтворені почуття, позитивні та негативні емоції людини [5].

Дослідження, проведені О. А. Медведєвою зазначають, що арт-терапія – синтез декількох галузей наукових знань (мистецтва, медицини, психології), а в лікувальній й психокорекційній практиці є сукупністю методик, побудованих на застосуванні різних видів мистецтва у своєрідній символічній формі, що дозволяють за допомогою стимулювання художньо-творчих (креативних) проявів особи з особливими потребами здійснювати корекцію порушень психосоматичних, психоемоційних процесів та відхилень в особистісному розвитку [2].

Ерготерапевта, також можна назвати артпедагогом, адже особи, які професійно займаються арт-терапією, спеціально підбирають художні твори картини, музику, композиції кольорів та форм, літературні твори, щоб створити для осіб, які потребують реабілітації відповідне естетичне середовище [11].

Для майбутніх ерготерапевтів необхідно знати більш детально, ергономіку і то, як люди виконують різні види діяльності, крім того, вони повинні бути в змозі виробляти більш простіші адаптації для людей з різними порушеннями.

Аналіз основних дослідження та публікацій. Проблеми розвитку ерготерапії та підготовці майбутніх ерготерапевтів висвітлені у численних дослідженнях таких вчених, як Л. О. Вакулєнко (2010), І. В. Таран (2016), І. Р. Мисула (2005), В. А. Епіфанов (2005), А. А. Модєстова (2010), Н. Ф. Дементьєвої (2009) та інші [12].

За словами О. С. Андрєєва ерготерапія – один з методів медичної реабілітації хворих та інвалідів, який за своєю суттю має не тільки медичну, а й яскраво виражену соціальну спрямованість. Вона включає різноманітні види фізичних вправ, що містять елементи побутової і професійної діяльності [8].

На думку Н. Ф. Дементьєвої, рух та мистецтво стимулюють фізіологічні процеси, мобілізують волю, дисциплінують, привчають до концентрації уваги, створюють бадьорий настрій, направляють активність в русло предметної, результативною і дає задоволення діяльності, тому доцільно використовувати арт-терапію [1].

В науково-педагогічній літературі арт-терапія розглядається як засіб, що дозволяє контролювати емоційне самовідчуття та психологічне здоров'я особистості, групи, колективу засобами художньої діяльності (Г. В. Бурковський, В. М. Богданович, А. І. Захаров, О. А. Карабанова, А. І. Копитін, Л. Д. Лебедева, О. М. Вальдєс, М. В. Кисєлева, М. Ю. Алексєєва, Р. Б. Хайкін та ін.) [8].

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати можливості арт-терапії та можливості її застосування в професійній підготовці майбутніх ерготерапевтів.

Об'єкт – професійна підготовка майбутніх ерготерапевтів .

Предмет – застосування арт-терапії в професійній підготовці майбутніх ерготерапевтів.

Виклад основного матеріалу.

Ерготерапія – це особлива дисциплінарна спеціальність, метою якої є допомога людям з різними фізичними або психічними порушеннями в досягненні максимальної незалежності від оточуючих в своєму повсякденному житті (самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку), незалежно від того, які у нього є порушення, обмеження життєдіяльності чи обмеження участі в житті суспільства [9].

Історія розвитку ерготерапії в різних країнах налічує понад 100 років. Як спеціальність ерготерапія почала формуватися після Другої Світової війни, коли суспільство зіткнулося з проблемою масової інвалідизації людей працездатного віку та необхідністю їх реабілітувати [11].

На сьогодні дана спеціальність викладається в університетах і коледжах всіх розвинених країн, а також в країнах Африки, Азії та Південної Америки. Більше 50 років тому була створена Всесвітня Федерація ерготерапевтів (WFOT), яка зараз налічує близько 60 країн-членів [11].

В даний час ерготерапія – це спеціальність, яка ґрунтується на науково доведених фактах про те, що цілеспрямована активність (діяльність), яка має для людини сенс, допомагає покращити її функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні, психічні) [12].

Невід'ємною частиною ерготерапевтичного втручання є постійна співпраця фахівця з сім'єю або зацікавленими особами. Цей аспект діяльності підкреслюється багатьма фахівцями: К. А. Семеновою, Е. Н. Танюхіною, В. П. Шестаковим, Н. М. Махмудовою, А. А. Модестовою, Н. Ф. Дементьєвою. Для досягнення успіху в професійній підготовці майбутнього ерготерапевта, повинна проводитися постійна цілеспрямована робота, більша частина якої виконується з пацієнтом в домашніх умовах [13].

Ерготерапевт навчає членів сім'ї деяким правилам догляду за особою з обмеженими можливостями (годування, умивання і т. п.), допомагає підібрати оптимальну позу для різних видів діяльності (навчання, гри, сну тощо), надає постійну консультативну допомогу. Члени сім'ї зобов'язані ознайомитися і погодитися з планом ерготерапевтичної роботи, брати участь у змінах плану, підборі необхідного адаптивного обладнання, повинні правильно і безпечно користуватися ним. Тому, для більш ефективного досягнення результату використовують один з видів терапії – арт-терапію [5].

У процесі арт-терапевтичної роботи накопичується інформація про сильні сторони особистості пацієнта і його ресурси, які майбутні ерготерапевти використовуватимуть для створення ефективних персоналізованих програм психотерапевтичних і соціально-побутових заходів, спрямованих на якнайшвидше відновлення порушених функцій. Відтак, арт-терапія сприяє психоемоційному розвантаженню й підвищенню функціонального стану пацієнта [5].

Арт-терапія є одним з багатьох видів терапевтичного впливу на людину різних природних та штучно створених засобів. В даному методі крім основних корекційно-розвивальних напрямів, також використовуються вербальні канали комунікації [2].

У ерготерапевтичній практиці арт-терапія розглядається як сукупність методик, які побудовані на застосуванні різних видів мистецтва у своєрідній символічній формі, які дозволяють за допомогою стимулювання креативних проявів дитини здійснити корекцію психоемоційних, поведінкових та інших порушень особистісного розвитку [7].

Сутність арт-терапії полягає в терапевтичному та корекційному впливі мистецтва на суб'єкта, яке проявляється: реконструкції психотравмуючої ситуації за допомогою художньо-творчої діяльності; актуалізації переживань і виведенні їх у зовнішню форму через продукт художньої діяльності; створення нових, емоційно позитивних переживань та їх накопичення; актуалізації креативних потреб та їх творчому самовираженні [3].

Таким чином, ерготерапія разом з арт-терапією, яка являється одним із методів до підготовки майбутніх ерготерапевтів, спрямована на покращення якості та способу життя осіб з обмеженими можливостями. Отже, сфера діяльності ерготерапевтів охоплює побутову, трудову діяльність осіб з обмеженими можливостями, а також організацією змістовного дозвілля (рекреаційну діяльність та творчу).

Висновки. Ерготерапія вважається порівняно новою міждисциплінарною спеціальністю, яка спрямована на покращення можливостей пацієнта з обмеженими можливостями та досягнення максимальної незалежності від оточуючих в своєму повсякденному житті (самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку та творчої діяльності). На сьогодні ерготерапія – це спеціальність, яка ґрунтується на науково доведених фактах про те, що цілеспрямована активність (діяльність), що має для людини сенс, допомагає покращити її функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні, психічні).

В свою чергу, арт-терапія – це вид психотерапії та психологічної корекції, заснований на мистецтві та творчості. Арт-терапія сприяє психоемоційному розвантаженню й підвищенню функціонального стану пацієнта, сучасні методи якої включають в себе безліч видів та напрямків.

Таким чином, ерготерапія в поєднанні з арт-терапією є ефективним методом для розвитку функціональних можливостей для осіб з обмеженими можливостями, які необхідні для життєдіяльності, що дозволяє зробити висновок про необхідність застосування арт-терапії в професійній підготовці майбутніх ерготерапевтів з метою подальшого її інтеграції в практичну діяльність.

Список використаної літератури

1. Акименко В. М. Новые логопедические технологии : учеб.-метод. пособие / В. М. Акименко. – 2-е изд. – Ростов н/Дону : Феникс, 2009. – 105 с.

2. Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании : учеб. для студ. сред. и высш. учеб. заведений / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. – М. : Академия, 2001. – 247 с.
3. Багрій І. П. Теоретичне осмислення поняття «занятості» у заняттєвій терапії / І. П. Багрій // Теоретичні та практичні аспекти розвитку педагогіки та психології : збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 14–15 червня 2013 року). – Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2013. – С. 109–112.
4. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под. ред. В. А. Епифанова. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
5. Копытин А. И. Системнае арт-терапие : теоретическое обоснование, методологии применение, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты : автореф. дис. .. доктора мед. наук : 19.00.04 / А. И. Копытин. – С-Пб., 2010. – 28 с.
6. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Місулі, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 405 с.
7. Робочий навчальний план базової вищої освіти за напрямом «Соціальна робота» / Національний університет «Львівська політехніка». – Львів, 2015. – 5 с.
8. Физическая терапия и эрготерапия как новые для России специальности (Современные подходы в реабилитации) / Сост. Е. В. Клочкова. – СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003. – 15 с.
9. Холостова Е. И. Оккупационная терапия как новое направление реабилитологии / Е. И. Холостова. Под. ред. А. Н. Дашкиной, А. И. Осадчих // Развитие социальной реабилитации в России. – М. : Социально-технологический институт МГУС, 2000. – С. 32–34.
10. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : [монографія] / А. Г. Шевцов. – К. : «МП Леся», 2009. – 483 с.
11. Эрготерапия (Occupational Therapy) – новая профессия в сфере реабилитации для Украины – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.uaua.info/mamforum_arch/theme/516316.html. Эрготерапія і життєдіяльність [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.ergoterapia.wordpress.com/2013/01/30/ergoterapia_jittjedijalnistj Эрготерапія та ергономіка – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://studfiles.net/preview/1764160>

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Литвиненко В. А.,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Луценко І.О.
студентка спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

МУЗИКОТЕРАПІЯ В ОЗДОРОВЧІЙ РОБОТІ З ДОРОСЛИМИ

У статті представлено новий погляд на музикотерапію, як засіб арт-терапії, що заснований на психосоматичній регуляції функцій організму людини, який впливає на психоемоційну, духовну фізичну, інтелектуальну, соціальну, естетичну сфери людини. Розглядаються особливості підвищення соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, її адекватної соціалізації в суспільстві за допомогою музики.

Ключові слова: музикотерапія, ритм, психоемоційний вплив, оздоровча робота.

Постановка проблеми. У сучасному світі гостро порушується питання про корекцію порушень психологічного напруження, зняття духовного дискомфорту та усунення соматичних захворювань. Ключовим завданням є зняття психоемоційної напруги, гармонізація особистості, забезпечення релаксації, позитивний психічний і соматичний вплив на різні системи організму, підвищити життєвий тонус. Музикотерапія займає особливе місце серед сучасних видів арт-терапії, що знаходить перспективу в статусі від технології вирішення медичних, реабілітаційних, розвиваючих, корекційних, і виховних завдань до експертної системи активного впливу на особистість людини.

Поєднання медичних, педагогічних, психотерапевтичних методів з керованим музичним впливом може виступити для кожної людини, так і суспільства в цілому – така суть новітньої парадигми музикотерапії як новітньої технології самореалізації людини [1].

Відтак, актуальність теоретичного дослідження обумовлена необхідністю вивчення музикотерапії як лікувального засобу в регуляції функції організму людини, а також необхідністю вивчення оздоровчого впливу музикотерапії на організм людини.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні можливостей музикотерапії в оздоровчій роботі з дорослими.

Результати дослідження та їх обговорення. Музикотерапія – це використання звуків і музики в лікуванні і реабілітації людини, включає в себе відтворення, фантазування, імпровізацію за допомогою людського голосу і вибраних музичних інструментів чи прослуховування спеціально підібраних музичних творів.

У нашій країні питання музичної терапії отримали широке висвітлення в працях Б.М. Теплова, В.І. Петрушина, Е.В. Назайкінського, В. В. Медушевої, Г.С. Тарасова, Л.Л. Бочкарева, А.В. Торопової, В.Г. Ражнікова та ін [3, 7, 8].

Дослідження С.С. Корсакова, довели, що музика здатна впливати на серцеву діяльність, м'язову роботу, сенсорні процеси, увагу та пам'ять [6].

Музика знімає психологічне напруження, заспокоює і розслаблює, викликає позитивні емоції; вона активізує приховані можливості підсвідомості, мобілізує резерви організму, допомагаючи у боротьбі з хворобами [3].

Ритм у музиці має тісний зв'язок з серцевим ритмом – мелодія з ритмом, який є рідший за пульс, заспокоює і розслабляє організм, а музика з ритмом, який є частіший за пульс, збуджує і наповнює прагненням до діяльності.

Фізіологічна дія музики заснована на тому що нервова система, а з нею мускулатура володіють здатністю засвоєння ритму. Музика як ритмічний подразник стимулює фізіологічні процеси організму, які проходять ритмічно як в руховій, так і у вегетативній сфері.

Музикотерапія – стародавній метод лікування. Давньогрецькі філософи Піфагор, Платон, Плутарх писали про профілактичну і лікувальну силу дії музики на людину. Ідею про позитивний вплив музики як засобу гармонізації індивіда розвивав Аристотель. Давньокитайські лікарі вважали, що музикою можна вилікувати будь-які захворювання; виписували музичні рецепти для впливу на хворий орган.

Відомий американський дослідник Д. Кембелл рекомендує щодня протягом п'ятнадцяти хвилин слухати класичну музику тим, хто відчуває в своїй роботі стресові перевантаження.

Науковці встановили, що струнні інструменти найбільш ефективні при хворобах серця. Кларнет покращує роботу кровоносних судин, флейта надає позитивний вплив на легені і бронхи, а труба ефективна при радикулітах і невритах. Але серед музичних інструментів можна виділити лідера по впливу на стан людини, яким вважають, саме, орган.

За роки досліджень було встановлено взаємозв'язок між хворобами і творами композиторів, які сприяють лікуванню: для зняття головного болю (для стабілізації серцевого ритму – арії Верді; для подолання неврозів, дратівливості – Чайковський «Пори року»; від депресії – Моцарт «Симфонія № 41» (ре-мінор), Бетховен «Симфонія № 5»; для спокійного сну – Шуберт «Серенада», «Аве Марія», Бетховен «Місячна Соната», Чайковський «Баркарола»; для лікування кишечника, печінки, при запаленні апендикса – Мендельсон «Весільний марш»; при ревматизмі – Бах «Токката»).

Англійський лікар Демінгут встановив, що ефективним засобом від хвороб є прослуховування мелодії Моцарта; даний музичний феномен до кінця не вивчений («Ефект Моцарта») [3].

В.А Литвиненко вважає, що музика – це найшляхетніше мистецтво, яке особливо сильно діє на духовний стан людини. У музиці є ряд особливостей, однією з яких є потреба в емоційному та руховому самовираженні. Естетична насолода музики, катарсично впливає на людини, сприяє відчуттю стану катарсису [5].

Адже, терапевтичну дію музикотерапії доводить такий феномен як катарсис, який викликає насолоду, стабілізацію емоційного стану, емоційну розрядку, полегшення усвідомлення власних переживань, допомагає зняти больові симптоми. При порушенні принципу індивідуальності може досягнути розчарування, обтяжуючі відчуття, байдужість, відсутність інтересу, байдужість [4].

Слід зазначити, що підвищити ефект музикотерапії можна за допомогою ароматерапії, дихальних і рухових вправ, залучення живопису, поезії, кольоротерапії та танцетерапії. Доведенням ефективної рухової діяльності є те, що м'язи під музику чуйно реагують на щонайменші зміни настрою людини і її думок [6].

Виділяють дві основні форми музикотерапії: рецептивну та активну. Активна музикотерапія – це активна музична терапевтична діяльність: відтворення, фантазування, імпровізація за допомогою людського голосу та музичних інструментів. Рецептивна форма музикотерапії передбачає процес сприйняття музики з терапевтичною метою й може широко використовуватися педагогами незалежно від наявності спеціальної музичної освіти [7].

У свою чергу рецептивна музикотерапія існує в трьох формах: комунікативна (спільне прослуховування музики, спрямоване на підтримку взаємних контактів і взаєморозуміння довіри); реактивна (спрямована на досягнення катарсису); регулятивна (сприяє зниженню нервово-психічного напруження) [2].

Слухання музики можна поєднувати з одночасним спостереженням пластичного кольорового руху. За прозорим екраном рухається людина, освітлена червоним, синім, зеленим або жовтим світлом. Регулярні ритмічні рухи проєктуються на екран. Світло різного кольору створює враження пластичності. Це поєднання допомагає позбавлятися тяжких емоційних переживань [1].

За В. Петрушеним існує три музикотерапевтичні школи: шведська школа (засновник – А. Понтвик) висунула концепцію психорезонансу, яка полягає в тому, що саме музика здатна проникнути в глибинні шари людської свідомості, що вступають в резонанс з озвученою музичною гармонією, що проявляється назовні для аналізу і розуміння.

Лікувальний ефект шведського напрямку музичної психотерапії ґрунтується на ідеях традиційного психоаналізу. Під час такого сеансу, за допомогою музики пацієнта доводять до катарсисної розрядки і цим полегшують його стан. У зв'язку з цим велике значення має підбір музичних творів, які викликають необхідні переживання.

Американські музикотерапевти розробили великі каталоги лікувальних музичних творів різних жанрів і стилів урахуванням стимулюючої або заспокійливої лікувальної дії. Німецька школа (Швабе, Келер, Кеніг), виходячи з тези психофізичного єдності людини, основна увага направила на розвиток різних форм комплексного використання цілющого впливу різних видів мистецтв [8].

Таким чином, підсумовуючи викладене, ми стверджуємо, що музикотерапія є позитивним чинником становлення й розвитку гармонійної особистості через вплив на: емоційно-почуттєву сферу; інтелектуальні здібності; психотерапевтичний і фізіологічний стан тощо.

Висновки. Отже, музикотерапія є складовою частиною психотерапевтичних методик, загальне завдання яких – збереження психічного здоров'я й запобігання емоційним розладам. Основною метою музикотерапії є подолання бар'єрів у спілкуванні, покращення розуміння себе та інших, зняття психічного напруження, створення можливостей для самовираження, набуття навичок адекватної групової поведінки та соціалізації людини в суспільстві.

Перспективи і подальші розвідки дослідження полягають в практичному впровадженні музикотерапії в оздоровчій роботі з дорослими.

Література

1. Блинов О. А. Процесс музыкальной психотерапии: Систематизация и описание основных форм работы / О.А Блинов // Психол. журнал. – 1998. – № 3. – С. 2–3.
2. Декер-Фойгт Г. Г. Введение в музыкотерапию / Г. Г. Декер-Фойгт. – СПб.: Питер, 2013. – 128 с.
3. Елькин В.М. Целительная магия музыки/ В.М Елькин // СПб.: «Респекс» – 2000 –224 с.
4. Литвиненко В. А. Основи арт-терапії / В.А. Литвиненко – Суми: ФОП Цьома С.П., 2016. – 136 с.
5. Литвиненко В.А. Застосування танцетерапії в оздоровчій роботі з дорослими / В.А Литвиненко, І.О Луценко. – Суми : Сум ДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С. 127–131/
6. Новицкая Л.П. Влияние различных музыкальных жанров на психическое состояние человека / Л.П Новицкая //Психол. журнал, 1984. – Т.5. – №6. – С. 79–85.
7. Федій О.А. Музикотерапія в професійній діяльності сучасного педагога /О.А Федій // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, 2012. – С. 22–23.
8. Шестаков В. П. Від етосу до афекту / В. П. Шестаков – М., 2010. – 159 с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Литвиненко В. А.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Миненко О. О.

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В ПРОФЕСІЙНІЙ ОСВІТІ

У статті представлено теоретичне обґрунтування застосування арт-терапії в професійній освіті, та застосування засобів арт-терапії в різних сферах.

Ключові слова: арт-терапія, професійна освіта, засоби арт-терапії.

Постановка проблеми. За останні роки в професійній освіті і в освіті загалом відбулося багато змін. Більшість експертів погоджуються з тим, що глобалізаційні зміни привели до потреби

запровадження кардинальних змін в економіці, управлінні і освіті. І саме освіта, в першу чергу, потребує постійних динамічних змін. Професійні навички, які вважалися еталоном професіоналізму, мають інтегруватися з новими навичками і новим баченням розв'язання проблем. В сучасному світі необхідно активно реагувати на безліч викликів, кількість яких збільшується з кожним днем.

Проблема підготовки фахівців які здатні застосовувати у професійній діяльності новітні методи роботи, з кожним роком все актуальніша. Одним із таких методів є арт-терапія, яка набуває все більшої популярності в останні роки.

Активне поширення сфер застосування засобів арт-терапії пов'язане із тим, що спектр проблем при вирішенні яких можуть бути використані засоби арт-терапії, достатньо широкий, внутрішні і міжособистісні конфлікти, кризові стани, в тому числі вікові кризи, травми, втрати, невротичні та психосоматичні розлади, в консультація і терапія дітей і підлітків, для розвитку особистості, при проблемах у сімейних та дитячо-батьківських відносинах, при психологічних травмах, під час педагогічної корекції, у роботі з обдарованими дітьми, для естетичного виховання особистості. Даний перелік можна продовжувати, адже засоби арт-терапії є універсальними та гнучкими методами психотерапії, які можна застосовувати у багатьох життєвих ситуаціях.

На сьогодні арт-терапія дуже активно розвивається за кордоном та в нашій країні, застосовується як з метою терапевтичного впливу, так й при розв'язанні діагностичних, корекційних, психопрофілактичних завдань, і стає усе більш популярної в професійному середовищі [1].

В даний час різні засоби арт-терапії представлені практично у всіх країнах як в медицині (при нервово-психічних, соматичних захворюваннях), так і в психології (загальній, медичній, спеціальній), оскільки при будь-якій структурі порушення порушується афективна сфера. В сучасній практиці засоби арт-терапії використовуються також педагогами, бізнес-тренерами, гувернерами, соціальними педагогами та соціальними працівниками, лікарями, психотерапевтами, представниками творчих професій, менеджерами з персоналу тощо.

Одним із прикладів впровадження арт-терапії в професійній освіті є дисципліна «Основи арт-терапії» на кафедрі здоров'я, фізичної терапії та ерготерапії в Сум ДПУ імені А.С. Макаренка.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На думку С. Гончаренка професійна освіта – це процес і результат професійного становлення і розвитку особистості, який супроводжується оволодінням знаннями, навичками і вміннями з конкретних професій і спеціальностей.

Проблеми професійної освіти займалися такі вчені як Р. С. Гуревич, І. А. Зязюн, Н. Г. Ничкало, Г. Є. Гребенюк, І. М. Козловська та ін.); професійна підготовка фахівців в Україні (А. О. Лігоцький, П. М. Олійник, М. Піндера, О. О. Гаврилюк, В. О. Зайчук, О. О. Кіяшко та ін.[3].

У наш час в практиці широко використовують такі терміни як «арт-терапія» та «артпедагогіка» (арт – мистецтво). За визначенням науковців (О.А. Медведєва, І.Ю. Левченко, Л.Н. Комісарова, Т.А. Добровольська та інші) сутність арт-терапії полягає в терапевтичному та корекційному впливі мистецтва на суб'єкт та проявляється в реконструюванні ситуації за допомогою художньо-творчої діяльності.

Проблему використання засобів арт-терапії досліджували М. Авраменко, О. Бреусенко-Кузнєцов, О. Вознесенська, О. Деркач, Л. Калініна, С. Коновець, О. Титаренко, Л. Фірсова, Ю. Шевченко та ін. У сучасній науково-педагогічній практиці проблему використання методів арт-терапії соціальними працівниками частково розглядали А. Капська, М. Лукашевич, І. Мигович, Л. Тюття, Є. Холостова, В. Шахрай та інші. Особливий інтерес становлять праці вчених (У. Дутчак, Н. Когутяк, С. Литвин-Кіндратюк, О. Наконечна, О. Філь та ін.), які розкривають особливості професійної підготовки фахівців до використання арт-терапії.

В науково-педагогічній літературі арт-терапія розглядається як засіб, що дозволяє контролювати емоційне самовідчуття та психологічне здоров'я особистості, групи, колективу засобами художньої діяльності (Г.В. Бурковський, А.І. Захаров, Т.Д. Зінкевич-Євстигнєєва, О.А. Карабанова, А.І. Копитін, Є.Н. Лебедєва, Л.Д. Лебедєва, Г.М. Назлоян, Р.Б. Хайкін) [4].

Наразі існує багато праць українських і російських вчених стосовно загальних принципів та окремих напрямків арт-терапії. Це праці О. А. Бреусенко-Кузнєцова, О. Л. Вознесенської, А. В. Гнездилова, Т. М. Грабенко, Т. Д. Зінкевич-Євстигнєєвої, О. І. Копитіна, Д. Ю. Соколова, А. П. Чуприкова та інших.

Як зазначає Т. Мірошніченко, існують різні погляди на визначення самого поняття «арт-терапія». На думку М. Кисельової арт-терапія – це засіб, пов'язаний з розкриттям творчого потенціалу індивіда, звільненням його прихованих енергетичних резервів, знаходженням ним оптимальних способів вирішення своїх проблем.

В енциклопедії освіти арт-терапія визначається як «лікувально-профілактична й корекційна діяльність з використанням мистецтва; складова психотерапії, складний синтез галузей наукових знань – педагогіки, психології, мистецтва, медицини, ергономіки» [3].

З точки зору Н.Є. Пурніс, арт-терапія – це метод художньої терапії, спрямований на корекцію емоційної, когнітивної, комунікативної, регулятивної сфери особистості, і приводить до розвитку особистісного потенціалу, розкриття творчого потенціалу [5].

Т. А. Тамакова дослідила можливості усвідомлення студентами професійної ідентичності за допомогою методів арт-терапії [6].

Мета дослідження – проаналізувати науково-методичну літературу щодо застосування арт-терапії в професійній освіті.

Об'єкт дослідження – застосування інноваційних технологій в професійній освіті.

Предмет дослідження – теоретичне обґрунтування застосування арт-терапії в професійній освіті.

Виклад основного матеріалу. М. Захаров вважає, що професійна освіта, передбачає озброєння студентів певною сукупністю знань про соціально-економічні та психологічні особливості різних професій та про умови правильного вибору однієї із них. Вона передбачає також виховання в особі позитивного ставлення до різних видів професійної й суспільної діяльності, формування мотивованих професійних намірів, в основі яких лежить усвідомлення нею соціально-економічних потреб суспільства і своїх психофізіологічних можливостей.

Важливо зрозуміти і кваліфіковано протистояти тим проблемам, які стоять перед нами, і максимально вигідно скористатися тими можливостями, які приносять будь-які зміни, дозволяє саме професійна освіта.

Так, «Український педагогічний словник» дає таке визначення професійної освіти: «Професійна освіта – це підготовка в навчальних закладах спеціалістів різних рівнів кваліфікації в одній з галузей народного господарства, науки, культури; невід'ємна складова частина єдиної системи народної освіти. Зміст професійної освіти включає поглиблене ознайомлення з науковими основами й технологією обраного виду праці; прищеплення спеціальних практичних навичок і вмінь; формування психологічних і моральних якостей особистості, важливих для роботи у певній сфері людської діяльності» [8].

Арт-терапія відноситься до відносно молодого та інтенсивно розвиваючої форми психологічної допомоги, але сам термін «арт-терапія» був вперше використаний А. Хіллом в 1938 р. і з часом почав набувати широкого поширення. На початку так називали різні засоби використання всіх видів мистецтва і творчої діяльності з терапевтичними цілями.

Всі арт-терапевтичні засоби базуються на твердженні, що коли людина, не замислюючись про художню цінність своїх творів, малює, ліпить, пише вірш, пише казку, танцює – у створених нею образах відображається її внутрішнє «Я». Творчість включає в себе дуже обширний спектр засобів діяльності, тому в арт-терапії постійно з'являються нові напрямки, які дозволяють знайти свій спосіб самопізнання і самовираження майже для кожного. До найвідоміших засобів арт-терапії можна віднести: ізотерапію, музикотерапію, данс-терапію, казко-терапію, ігротерапію, драматерапію, бібліотерапію, артсінтез-терапію (сім видів мистецтв, об'єднаних єдиною тренінговою системою: асоціації, живопис, віршування, драматургія, пластика, театр, риторика), пісочну терапію, кольоротерапію, фототерапію, відеотерапію, маскотерапію, анімаційну або мульттерапію.

Ізотерапія – за характером спрямована на роботу з малюнком: діагностичне малювання; проективне малювання, або образно-символічне рефлексивне малювання, або вимальювання емоцій; безпредметне малювання, або абстрактне медитативне малювання (за А. Будза); трансове малювання, або автоматичне малювання (за В. Якову) малювання форм для зміцнення почуттів.

Ізотерапія включає такі види як: малювання – одна з основних технік арт-терапії. Малювати можна чим завгодно, але одним із найкращих інструментів є крейда, адже її легше контролювати, тому якщо людина не закомплексована вона може перенести всі свої відчуття з життя на малюнок, але якщо людина закомплексована, то краще малювати аквареллю – це допоможе їй відчувати себе більш розкутою і вона зможе краще відтворити свої емоції. Колаж – робиться з вирізок з журналів, газет, фотографій, з природних матеріалів та кольорового паперу. При створенні колажу у людини не виникає напруги, в зв'язку з відсутністю художніх здібностей, саме тому цей спосіб дозволяє кожному одержати успішний результат.

Пісочна терапія – включає в себе створення різних форм з піску, вибір і аранжування мініатюрних предметів і фігурок, що нагадує одну з форм сучасного мистецтва – предметну скульптуру. Створення композицій із піску не вимагає особливих умінь. Роботи можуть бути як дуже простими, так і дуже складними, єдиний критерій успішної роботи – її аутентичність – неповторність, динаміка, тобто все те, що викликає в глядача емпатійні відгуки.

Музикотерапія (музична терапія) – це процес міжособистісного спілкування, у якому можна застосовувати музику та всі сторони її впливу – фізичну, інтелектуальну, соціальну, емоційну, естетичну і духовну – з метою не тільки покращення але й збереження здоров'я.

Танцювальна терапія – це засіб психотерапії, який використовує рух для розвитку соціального, когнітивного, емоційного та фізичного життя людини. За допомогою танців можна допомогти людям розвинути навички спілкування, створити позитивний образ себе і емоційну стабільність.

Драматерапія – це театральні постановки на різну тему які позитивно впливають на пам'ять, увагу, уяву, мислення, почуття та волю. У спектаклі можуть обіграватися ситуації з життя учасника заняття, його взаємини та конфлікти з іншими людьми.

Фототерапія – робиться серія авторських фотографій, які потім аналізуються. Важливо використовувати сімейні фотографії, оскільки зображені події залишились у минулому,

вони підсвідомо продовжують впливати на людину. Фотографії допомагають пригадати минуле, усвідомити помилки, побачити образи.

Кольоротерапія – це застосування різних кольорів та їхня дія на нервову систему людини. Існує два напрями кольоротерапії це безпосередній вплив на мозок людини та створення необхідного кольорового лікувального середовища навколо особистості.

На думку Л. С. Злочевської, засоби арт-терапії через самовираження і самопізнання допомагають зрозуміти й оцінити своє минуле, розглянути сьогоднішнє, створити образи й перспективи майбутнього. Потенційний шлях до професійного самовизначення, самореалізації, самоактуалізації в студентської молоді відкриває нові риси характеру, те потаємне і незвідане, активізує вольові й мотивуючі фактори. [7]

Висновки. Після вивчення навчально-методичної літератури можемо зробити висновки, що застосування арт-терапії сьогодні виходить за межі первинного психотерапевтичного значення і застосовується також в сфері освіти. Залучення до процесу професійної освіти засобів художньої діяльності у формі арт-терапевтичних методик обумовлене потребами покращити професійну підготовку майбутніх фахівців. Арт-терапія є унікальною та все доступною для кожної людини.

Застосування арт-терапії має місце перш за все у процесі професійної підготовки та супроводу професійного становлення майбутніх фахівців різних сфер. Використання арт-терапевтичних засобів в освіті дозволяє студентам застосовувати всі засоби арт-терапії не тільки в майбутній професії, але й аналізувати свої власні особливості, діагностувати свій рівень розвитку професійної самосвідомості тощо.

Література

1. Вознесеньська О. Л. Арт-терапія в Україні: стан та перспективи розвитку/ Олена Вознесеньська // Львівсько-Ряшівські наукові зошити : Культура – Мистецтво – Освіта – Терапія в міждисциплінарній перспективі. – Вип. 2.– 2014. – Wydawnictwo uniwersytetu rzeszowskiego. – P. 93–103.
2. Брюховецька О. Арт-терапевтичні технології у процесі особистісно-орієнтованої підготовки майбутніх психологів які отримують другу вищу освіту / О. Брюховецька // Післядипломна освіта в Україні. – 2014 – №1. – С. 3–4.
3. Грищук Ю.В. Визначення професійної світи і навчання: сучасні акценти / Ю.В. Грищук // педагогічний процес: теорія і практика. – 2014. – №6. – С.16–18.
4. Литвиненко В.А. Основи арт педагогіки: Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів / В.А. Литвиненко. – Суми: Сум ДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. – 146 с.
5. Пурніс Н. Е. Арт-терапія в психологічному супроводі персоналу/ Н. Е. Пурніс // Видавництво «Мова», 2008. – с. 14–15.
6. Тамакова Т. Усвідомлення професійної ідентичності студентами-медиками (за допомогою арт-терапії) / Т. Тамакова // Простір арт-терапії: Збірник наукових праць. – Вип. 2 (4). – К., 2008. – С. 58 – 64.
7. Злочевська Л. Арт-терапія як метод розвитку мотивації до творчої праці у профорієнтаційній роботі з учнівською молоддю / Л. Злочевська // Простір арт-терапії: Збірник наукових праць. – Вип. 1. – К., 2007. – С. 116 – 125.
8. Краснолуцький К. К. Проблематика розвитку професійної освіти в Україні: сучасні тенденції та перспективи / К. К. Краснолуцький // Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. – 2013. – №2. – С. 24–25.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Литвиненко В. А.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Руденко Ю.П.

студентка спеціальності «фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ КАЗКОТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті розглядаються теоретичні основи застосування казкотерапії в корекційно-розвивальній роботі з дітьми молодшого шкільного віку, які мають емоційні, комунікативні порушення, порушення процесу соціальної адаптації та відхилення в особистісному розвитку.

Ключові слова: казкотерапія, казка, арт-терапія, молодший шкільний вік, корекція, реабілітація, соціальна адаптація.

Постановка проблеми. Проблема соціальної адаптації та відхилення в особистісному розвитку молодших школярів в сучасних умовах набуває все більшої значущості. Загострення соціально-економічного середовища, велика кількість суперечливої і негативної інформації, зниження виховного потенціалу сім'ї негативно позначаються на процесах соціальної адаптації та особистісного розвитку дітей, оскільки вони найбільш схильні до впливу чинників навколишнього середовища. Найбільш ефективним методом формування соціальної адаптації та особистісного розвитку дітей молодшого шкільного віку є казкотерапія.

Казкотерапія – метод, що використовує казкову форму для корекції емоційних порушень і вдосконалення взаємостосунків з навколишнім світом. За допомогою казкотерапії можна надати допомогу дітям з проблемами (агресивним, невпевненим, сором'язливим, з проблемами прийняття своїх почуттів, а також дітям з психосоматичними захворюваннями).

Казка представляє собою потужний засіб психокорекції. Інтеграція особистості, розвиток творчих здібностей і адаптивних навичок, удосконалення способів взаємодії з навколишнім світом, а також навчання, діагностика і корекція – ось основні можливості казкотерапії [1].

М.А. Панфілова вважає, що метод казкотерапії – це дивовижний за силою психологічного впливу засіб роботи з внутрішнім світом людини, потужний інструмент розвитку. Використання казкотерапевтичних технологій дозволяє допомогти людині впоратися зі своїми проблемами, відновити емоційну рівновагу чи усунути наявні у нього порушення поведінки, подолати дезадаптацію, сприяти інтелектуальному розвитку. [3].

Соціально-психологічні аспекти адаптації стали предметом дослідження таких психологів, як А.А. Бодалев, Р.А. Бал, Л.П. Гримак, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубінштейн, Н.Н. Березовина, О.Л. Берак, В.О. Давидова, Н.Ф. Тализіної та багатьох інших дослідників. Про вплив казки на розвиток особистості дитини писали такі психологи та вчені: Е. Фромм, Е. Берн, Е. Гарднер, А. Менегетті, М. Осоріна, Є. Лисіна, О. Петрова, Р. Азовцева, Т. Зінкевич-Євстигнєєва, О. Деркач, О. Федій, Д. Фролов, О. Хомякова, О. Хухлаєва, Т. Яценко та інші. Розробкою цього методу в Україні займаються О. Бреусенко-Кузнецов, Г. Нижник, Д. Соколов, Л. Терлецька, Н. Цибуля та ін.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні застосування казкотерапії в корекційно-розвивальній роботі з дітьми молодшого шкільного віку та охарактеризувати особливості її використання при порушеннях процесу соціальної адаптації, емоційних, комунікативних порушеннях та відхиленні в особистісному розвитку.

Завдання дослідження: Проаналізувати науково-методичну літературу з питань застосування казкотерапії в корекційно-розвивальній роботі з дітьми молодшого шкільного віку при порушеннях процесу соціальної адаптації, емоційних, комунікативних порушеннях та відхиленні в особистісному розвитку.

Результати досліджень: За численними дослідженнями, казкотерапія здійснює потужний вплив на розвиток і формування особистості та її соціальної адаптації. І. Євтушенко визначає такі механізми впливу казки на особистість: наслідування поведінки героя, ототожнення (ідентифікація) себе з персонажами, проекція власних переживань на героя, катарсис та сублімація як наслідок переживань подій казки [6].

На думку Н.А. Волкової, казкотерапія, розрахована для дітей молодшого шкільного віку, із зниженим рівнем самооцінки. Самооцінка є цінністю, яка приписується індивідом собі або окремим своїм якостям. Для кращої адаптації, відчуття щастя і здатності долати труднощі, дитині необхідно мати позитивно високу самооцінку. Діти з заниженою самооцінкою швидко здаються, бачать непереборні перешкоди там, де їх, по суті немає. Вони насилу знаходять собі друзів, гірше адаптуються в соціумі. Їм властива нудьга, відчуття тривоги, пасивність, образливість, підвищена чутливість до негативу. Таким чином, стає очевидним необхідність надання своєчасної соціально-психологічної допомоги даній категорії дітей [4].

О.Бреусенко-Кузнецов вказує на особливу важливість казкотерапії як системи передачі життєвого досвіду, розвитку соціальної чутливості, творчих здібностей та інтуїції особистості. Називаючи казкотерапію словесним варіантом ширшого поняття арт-терапії, визначає цей метод як такий, що покликаний допомогти людині в особистісному зростанні [2].

Як зазначає О. Федій, ефективність казкотерапевтичного методу в роботі з дітьми молодшого шкільного віку забезпечується такими положеннями: 1) казка – один із засобів, що дозволяє об'єднати дорослого та дитину, дає можливість зрозуміти один одного; 2) казка дає слухачеві необхідну гаму переживань, які викликають добрі, серйозні почуття; 3) казка – це засіб соціалізації дитини, що допомагає увійти в суспільне життя, адаптуватися в ньому та самовиразитися у соціумі; 4) казка – це вид мистецтва, що має своєрідну терапевтичну функцію; 5) казка має профілактичну функцію (виховання здорового способу життя) [8; 10].

В.А. Литвиненко вважає, що в казкотерапії є можливим застосування вже готових казок (народних, авторських), після сприйняття яких проводиться бесіда дитиною щодо подій самої казки. Казки можуть бути пов'язані як з особистісним досвідом дитини, так і можуть бути складеними спеціально-направленим сюжетом згідно із мовленнєвими проблемами дитини. Казки можуть

застосовуватися в різній інтерпретації: аналіз, твір, розповідь з наступним змалюванням сюжету, інсценування сюжету за допомогою лялькового персонажу, розігрування казки у пісочниці.

Розвиток усного мовлення у дітей молодшого шкільного віку передбачає: 1) емоційний та експресивний розвиток дитини; 2) розширення активного словникового запасу на основі актуалізації творчих здібностей дитини; 3) розвиток творчої уяви на основі зорового та слухового сприйняття [7].

Т.Д. Зінкевич-Євстигнієва виділяє такі переваги казкотерапії: охоплення широкого вікового діапазону – від 3-х років без обмежень верхньої межі; широкий спектр рішення різноманітних психологічних проблем; синтез різноманітних новітніх психологічно-корекційних підходів, що дозволяє на його основі надавати ефективнішу допомогу; можливість використання її як ефективного методу навчання школярів, у разі адаптації в її рамках навчальних програм; структурна гнучкість – можливість реалізації як в цілому, так і окремими елементами чи блоками, в залежності від мети реабілітаційної роботи. Учена обґрунтовує концепцію комплексної казкотерапії, що базується на 5 видах казок: художніх, дидактичних, психокорекційних, психотерапевтичних, медитативних. У художніх казках показано єдність природи і людини, представлено ідею про те, що навколишній світ є живим, кожний об'єкт має право на своє власне життя. Дидактичні казки доцільно широко застосовувати у початковій школі, оскільки вони створюються з метою засвоєння навчального матеріалу, узагальнення та систематизації набутих знань, умінь і навичок дітей. При створенні дидактичної казки використовується принцип одухотворення абстрактних символів (цифр, звуків, букв, знаків арифметичних дій тощо) [5; 8].

Т.Д. Зінкевич-Євстигнієва пропонує такий алгоритм створення дидактичної казки-завдання:

1) введення в казкову країну, в якій живе одухотворений символ, розповідь про вдачу, звички, життя в цій країні;

2) руйнування благополуччя. У ролі руйнівника можуть виступати злі казкові персонажі (дракон, Коцїй), стихійні лиха (ураган, злива), важкий емоційний стан (нудно, сумно, відсутність друзів);

3) звернення до дитини: щоб відновити країну, потрібно виконати навчальне завдання.

Особливістю психокорекційних казок є здійснення продуктивного виховного впливу на вирішення дітьми психологічних проблем, наслідком якого є зміна у поведінці дитини і розуміння нею правил поведінки без сторонньої допомоги з боку дорослої людини (реабілітолога, психолога, батьків). У психокорекційних казках дитині пропонується моделі поведінки, які він може використовувати для подолання емоційних та поведінкових відхилень та дискомфорту.

Метою використання психотерапевтичних казок у роботі з молодшими школярами є розкриття глибинного змісту подій, надання психологічної підтримки, позбавлення дитини від негативних переживань, пов'язаних з конкретною проблемною ситуацією або психоемоційною травмою. Медитативні казки можна використовувати реабілітологом для зняття психоемоційного напруження, з метою профілактики у дітей перевтоми на заняттях, розвитку особистісного потенціалу. Ця група казок спрямована на створення умов для оптимального налагодження взаємодії дитини з оточуючими. Основне завдання медитативних казок полягає в тому, щоб навчити дитину прислуховуватись до себе, своїх почуттів та станів. Особливістю медитативних казок є відсутність конфліктів і злих героїв [5].

Одним із перших в українській педагогічній науці роботу із застосуванням казкових мотивів та образів запровадив В.О. Сухомлинський, який приділяв значну увагу використанню казки при роботі з дітьми. За твердженням педагога завдяки казці дитина пізнає світ не лише розумом, але й серцем. Він використовував різноманітні прийоми роботи з казковими образами, зокрема такі, як:

– читання казок педагогом та дітьми по ролях – таке читання дозволяє дитині глибше проникнути у сутність казки, емоційно сприйняти її, відчувати та зрозуміти героїв казки;

– виготовлення дітьми казкових героїв з паперу, тканини тощо – те, що діти брали участь у виготовленні ляльок, за твердженням педагога позитивно впливало на їх розвиток та комунікативні вміння, створювати атмосферу доброзичливості і спонукання до творчості;

– створення дітьми власних казок, які є одним з найцікавіших для дітей видів поетичної творчості. Разом із цим це важливий засіб розумового розвитку.

В.О. Сухомлинський значну увагу приділяв використанню прийому вигадання власної казки із розумово відсталими дітьми. За його словами: «Якщо мені вдалося домогтись того, що дитина, у розвитку мислення якої зустрічалися серйозні труднощі, вигадувала казку, пов'язувала у своїй уяві декілька предметів оточуючого світу, значить можна сказати з певністю, що дитина навчилася мислити» [8; 9].

Висновки. Казкотерапія – це метод, у якому казкова форма застосовується для інтеграції особистості, розвитку її творчих здібностей, удосконалення взаємодії з навколишнім світом. Метод казкотерапії коригує ситуативні дезадаптивні реакції, навчає і здійснює попередню підготовку до знайомства з новою соціальною ситуацією, організовує їх поведінку, підвищує самооцінку, дозволяє розвинути у них вміння помічати і реагувати на зовнішні зміни середовища.

Використання методу арт-терапії дозволяє простим та ефективним способом підвищити якість життя і відновити порушені процеси соціальної адаптації.

Отже, казкотерапія як інноваційний метод корекції та розвитку дітей молодшого шкільного віку має великі можливості у формуванні позитивної навчальної мотивації, морально-духовному, особистісно творчому розвитку дітей молодшого шкільного віку через потужний вплив казки на їх емоційно-чуттєву сферу.

Перспективи та подальші розвідки досліджень вбачаємо у практичному впровадженні казкотерапії в корекційно-розвивальну роботу з дітьми молодшого шкільного віку.

Література:

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учебник для вузов / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Академия, 2001. – 248 с.
2. Бреусенко-Кузнецов А.А. Ландшафтная легендотерапия: открытие образа Амазонки / А.А. Бреусенко-Кузнецов // Простір арт-терапії: Зб. наук. ст. / ЦІППО АПН України, ГО «Арттерапевтична асоціація». – К.: Міленіум, 2009 – Вип. 1 (5). – С.54–72.
3. Валявко С. М. Використання казкотерапії у підготовці дітей з порушеннями розвитку до нової соціальної ситуації / С.М. Валявко, М.А. Панфілова. Вісник московського міського педагогічного університету. «Серія педагогіка та психологія» – № 4 (29). –2008. – С. 85–91.
4. Волкова Н.А. Сказкотерапия как фактор нравственного развития младших школьников. / Волкова Н.А., Слизкова Е.В. / Концепт. – 2014 – №2. – С.28–29.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по креативной терапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко. – СПб. : Речь : Сфера, 2001. – 400 с.
6. Євтушенко І. В. Використання казок в роботі психолога / І. В. Євтушенко, С. М. Аврамченко. – К. : Марич, 2011. – 96 с.
7. Литвиненко В.А. Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. / В.А. Литвиненко – Суми: ФОП Цьома С.П., 2016. – 136 с.
8. Литвиненко В.А. Застосування казкотерапії в корекційно-реабілітаційній роботі з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку // В.А. Литвиненко., Ю.П. Руденко – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – 206 с.
9. Сухомлинский В. А. О воспитании. / Сухомлинский В. А. – М.: Политиздат, 1982. – 270 с.
10. Федій О. А. Естетотерапія / О. А. Федій. – К. : Центр учбової літератури, 2007. – 256 с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Литвиненко В.А.,

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

Сидоренко К. О.,

магістр спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОЗДОРОВЧІЙ РОБОТІ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті представлено особливості застосування арт-терапевтичних технологій в контексті оздоровчої роботи з дітьми старшого дошкільного віку (5–6 років).

Ключові слова: арт-терапевтичні технології, технології, оздоровча робота, старший дошкільний вік.

Постановка проблеми. Останнім часом арт-терапевтичні технології набувають все більше популярності, що дозволяють створювати умови для виявлення потенційних можливостей і стимулювання особистості дитини, її зростання, для її корекції та розвитку (самореалізації, самовираження, підвищення адаптивних здібностей, зміни стереотипів її поведінки, прояву соціальної і творчої активності).

На сьогодні все частіше застосовують арт-терапевтичні технології для оздоровлення дітей. В даний час діти дошкільного віку за певних негативних причин можуть мати невиражені, затамовані відчуття тривоги, відчуття незадоволеності та самотності, відчувати потребу у спілкуванні, прийнятті

та розумінні. Але не завжди у своєму повсякденному житті діти можуть подолати самотійно ці негативні стани та задовольнити свої потреби [6].

Використовуючи арт-терапевтичні технології з дітьми старшого дошкільного віку можна вирішити ці питання і сприяти задоволенню потреб, таких як: спілкування, обмін досвідом, позитивне сприйняття самого себе, емоційна підтримка і самовдосконалення, подолання відчуття самотності, освоєння нових моделей поведінки, а також співвідношення своїх відчуттів і думок з реальністю, визнання і розуміння іншими, а також в тому, щоб бути самим собою. Тому застосування різних арт-терапевтичних технологій у формуванні особистості є актуальною проблемою на сьогодні [3].

Аналіз основних досліджень і публікацій. Даною проблемою застосування арт-технологій в освітньому процесі займались у своїх працях вчені: О. Л. Вознесенська, А. І. Копитін, В. Л. Кокоренко, Л. Л. Лебедев. Наукові уявлення про можливості арт-технологій спираються на фундаментальні психолого-педагогічні дослідження, О. С. Газмана, С. В. Кульневича, інноваційну технологію особистісно орієнтованого навчання та виховання О. А. Деркача [2].

Мета статті – теоретично обґрунтувати арт-терапевтичні технології як сучасні технології для оздоровлення дітей старшого дошкільного віку та в подальшому впровадити їх в навчально-виховний процес сучасних дошкільних навчальних закладів.

Об'єкт – застосування арт-терапевтичних технологій в оздоровчій роботі.

Предмет – застосування арт-терапевтичних технологій в оздоровчій роботі з дітьми старшого дошкільного віку.

Викладення основного матеріалу. На сучасному етапі розвитку суспільства, зміст освіти ускладнюється, зосереджуючись на розвитку творчих та інтелектуальних здібностей дитини, корекції її емоційно-вольової та рухової сфери тощо. Відтак, на зміну традиційним підходам приходять інтерактивні методи навчання й виховання, що передбачають активізацію пізнавального розвитку дітей. Адже, у щоденній життєдіяльності дитини, коли вона проявляє свою ініціативу, самотійність, активність, використовує набутий досвід та взаємодіє з іншими людьми, відбувається становлення її, як особистості [9].

За даними К. О. Баханова, технологія (від грецької мови – мистецтво, майстерність, вміння, причина, методика) – сукупність прийомів, методів, процесів та переробки матеріалів, що використовується в будь-якій галузі діяльності [2].

Ми розглядаємо у нашій статті поняття арт-терапевтичні технології – це технології створення та використання методів (способів), засобів за допомогою залучення дитини до мистецтва, з метою передачі почуттів, емоцій та інших проявів психіки [2].

Як зазначає Л. Л. Лебедева, особливість використання арт-терапевтичних технологій у педагогічній практиці як інноваційної технології особистісно-орієнтованого навчання полягає у розв'язанні деяких психолого-педагогічних завдань: діагностичних, психотерапевтичних, корекційних і розвиваючих тощо [8].

Розглядаючи поняття арт-терапевтичні технології, необхідно зазначити, що арт-терапія, в першу чергу – це створення та використання різних засобів мистецтва для дослідження гармонізації тих сторін внутрішнього світу людини, для вираження яких слова не підходять [6].

За даними М. В. Кисельової, існують різні погляди на визначення самого поняття «арт-терапія», а саме, що арт-терапія є «методом, пов'язаним з розкриттям творчого потенціалу індивіда, звільненням його прихованих енергетичних резервів, знаходженням оптимальних способів вирішення його проблем» [2].

Використання арт-терапевтичних технологій у навчально-виховному процесі забезпечує створення унікального єдиного арт-терапевтичного простору, що позитивно впливає на становлення й особистісному зростанні дітей [10].

Завдяки арт-терапевтичних технологій, дитина навчається спілкуватись з навколишнім світом, використовуючи образотворчі, рухові та звукові засоби, дозволяє здійснювати позитивний вплив на формування емоційної сфери, спонукає до подальшого розвитку компенсаторних властивостей збережених функціональних систем, має змогу самотійно висловлювати свої почуття, потреби та мотивацію своєї поведінки, діяльності і спілкування, необхідні для її повноцінного розвитку та пристосування до навколишнього середовища [6].

Старший дошкільний вік – найважливіший та відповідальний період у житті дитини. В дитячому садочку дитина отримує перший досвід взаємодії з іншими людьми, намагається знайти своє місце серед них, вчиться жити у злагоді з самим собою та оточуючими і отримує перші елементарні знання. У цей період відбувається бурхливий розвиток всіх пізнавальних процесів, тобто дитина активно пізнає себе та навколишній світ, психіка дитини в цей період дуже ранима і вимагає дбайливого до себе ставлення, адже, розвивається відчуття і сприйняття, через маніпуляцію з предметами. За допомогою малювання, конструювання, ліплення, аплікації, дитина виробляє продукт, відображаючи в ньому враження і життєвий досвід [7].

Специфіка використання арт-технологій у роботі з дітьми старшого дошкільного віку передбачає використання гнучких форм психотерапевтичної роботи, в процесі якої можна ставити творчі задачі, придумати, складати, робити щось самотійно, комбінувати свої враження, знаходити

варіативні рішення. Арт-терапевтичні технології надають дитині можливість програвати, переживати, усвідомлювати конфліктну ситуацію, яку-небудь проблему найбільш зручним для психіки дитини способом, тобто занурюватись у ситуацію наскільки дитина готова до її переживання [1].

Для ефективного розвитку вищих психічних процесів у старшому дошкільному віці формується загальний емоційний фон психічного життя дитини, розвиток сенсорно-перцептивної сфери, моторики. Серед сучасних можливостей подальшого удосконалення належна увага надається таким арт-технологіям, як монотипія (на склі, пластмасовій дошці, робиться малюнок гуашовою фарбою), малювання пальцями, малювання на мокрому папері, краплетерапія, ниткографія, пісочна терапія, ізотерапія та ін [7].

Важливо ще й те, що на заняттях з елементами арт-терапії дитина може висловлювати і негативні емоції, як би «виплескуючи» їх на продукти своєї діяльності. Він може порвати якщо до недовподоби малюнок, деформувати і трансформувати роботу з тіста або глини, бруднитися, розкидати, розмазувати, образотворчими матеріалами, повністю зафарбувати свою роботу і створити на її місці нову. Це хороший спосіб зниження емоційної напруги та стимулювання на направлену активність дитини [6].

Дітям з підвищеною емоційністю та тривожністю потрібно вибирати такі матеріали, що вимагають широких, вільних рухів, які включають все тіло, а не тільки область кисті і пальців. Таким дітям слід пропонувати фарби, великі кисті, великі листи паперу, прикріплені на стінах, глину і пластилін. Найбільший ефект для ослаблення емоційної напруженості і тривожності мають завдання «малювання пальцями», «чарівні плями» [7].

В дошкільних навчальних закладах арт-терапевтичні технології показано проводити з дітьми старшого дошкільного віку за такими показаннями, як упертість; агресія; страхи; заїкуватість; часта зміна настрою; затримки мовленнєвого та психічного розвитку; проблеми спілкування з однолітками або дорослими; зміна місця проживання; в процесі підготовки до школи; сором'язливість і невпевненість в собі; гіперактивність тощо.

Завдяки арт-терапевтичним технологіям, дитина здатна активізувати свій внутрішній світ, відчувати свій успіх в творчій справі. Якщо дитина бачить, що має успіх у виявленні і відображенні своїх емоцій, створенні унікальних виробів, малюнків, до неї приходять успіх у спілкуванні, а взаємодія зі світом стає більш конструктивним. Успіх у творчості в її психіці несвідомо переноситься на звичайне життя. Арт-технології дозволяють зробити цей процес радісним, цікавим, успішним, індивідуальним для кожного [4].

Водночас, особливості застосування арт-терапевтичних технологій у процесі оздоровчої роботи з дітьми даного віку полягають в тому, що такі технології створюють у них позитивний емоційний настрій; дають можливість на символічному рівні експериментувати з різними почуттями; сприяють творчому самовираженню, розвитку уяви, естетичного досвіду; підвищують адаптаційні здібності дитини до повсякденного життя. Відтак, у дитини знижується втома, негативні емоційні стани та їх прояви, які подекуди можуть бути пов'язані з навчанням [5].

Висновки. Арт-терапевтичні технології є одним з найбільш цікавих та ефективних методів оздоровчої роботи, взаємодії з дітьми старшого дошкільного віку на сьогоднішній день. Адже, дитина може не говорити або може не визнавати свої проблеми, але при цьому ліпити, рухатися і виражати себе через рухи тілом, тобто брати участь в арт-терапевтичній оздоровчій роботі.

Арт-терапевтичні технології представляють собою застосування образотворчого мистецтва, що передбачає взаємодію між автором художньої роботи, самою роботою і фахівцем. Створення візуальних образів розглядається як важливий засіб міжособистісної комунікації і як форма пізнавальної діяльності особистості, що дозволяє йому висловити ранні або актуальні «тут-і-тепер» переживання, які йому непросто висловити словами.

Таким чином, арт-терапевтичні технології, доцільно використовувати не тільки з дітьми старшого дошкільного віку, а й з їх батьками. Застосування таких технологій дозволяє здійснювати більш ефективний вплив на формування їх емоційної сфери, спонукає до подальшого розвитку творчих здібностей, покращує соціальну адаптацію дитини та батьків.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у практичному застосуванні різноманітних оздоровчих арт-терапевтичних технологій з дітьми старшого дошкільного віку та їх батьками в умовах сучасного дошкільного навчального закладу.

Література

1. Алексеева М. Ю. Развитие творческого мышления младших школьников средствами арт-терапии / М.Ю. Алексеева // Издательство Курского государственного университета.: автореферат. Курск, 2007. – С. 1–3.
2. Брюховецька О. В. Арт-терапевтичні технології у процесі особистісно орієнтованої підготовки майбутніх психологів, які отримують другу вищу освіту / О.В. Брюховецька // матер. зб. кафедри загальної та практичної психології ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України, 2014. – С. 12–13.

3. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии / М.: Бетенски: Изд-во ЭКСМО-Пресс, Золотник, М., 2002. – 256 с.
4. Ермолаева-Томина Л. Б. Психология художественного творчества: учебное пособие для вузов / Л.Б. Ермолаева-Томина. М.: Академический Проект, 2003. – 304 с.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Путь к волшебству. Теория и практика арт-терапии: книга для заботливых ищущих родителей, психологов, педагогов, дефектологов и методистов / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Санкт-Петербург, 1998. – 352 с.
6. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми / М.В. Киселева. СПб.: Речь. 2006. – 125 с.
7. Кулакова Е. С. Арт-терапевтические технологии в работе с детьми младшего возраста // Дошкольное образование, 2015. – С. – 12–14.
8. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий: психологический практикум / Л.Д. Лебедева. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
9. Сорока, О. В. Арт-терапія як фактор збагачення творчості вчителя початкової школи / О.В. Сорока // Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка. Тернопіль, 2012 . С. – 145–151.
10. Фірсова Л. С. Арт-терапія у соціально-педагогічній роботі / Л.С. Фірсова // Вісник Черкаського університету імені Б. Хмельницького. Сер.: Педагогічні науки. Черкаси, 2009. Вип. 144. С. – 160–164.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2017 р.

Пехарева С.В.

кандидат педагогических наук,
доцент кафедры теории и методики дошкольного образования
Коммунального учреждения «Харьковская гуманитарно-педагогическая академия»
Харьковского областного совета

Пехарева А.С.

кандидат психологических наук,
преподаватель кафедры коррекционного образования и специальной психологии
Коммунального учреждения «Харьковская гуманитарно-педагогическая академия»
Харьковского областного совета

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РИСУНОЧНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕНДЕРНЫХ ВЗАМОДЕЙСТВИЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Статья посвящена изучению особенностей гендерного взаимодействия часто болеющих детей при помощи проективных, рисуночных методик. Определено, что у часто болеющих детей отсутствует гендерный концепт, что свидетельствует о необходимости проведения с такими детьми арт-терапии.

Ключевые слова: часто болеющие дети, гендерное взаимодействие, рисуночные методы, арт-терапия.

Ситуацию частых и длительных ОРЗ можно рассматривать как условие дефицитарного развития, отягощенного биологическими вредностями, которые ведут к нарушению всей системы отношений личности ребенка [1,2,3].

Наряду с очевидными соматическими проявлениями и угрозой развития сопутствующих заболеваний частые и длительные ОРЗ влекут за собой ряд психологических и социальных трудностей – психологический стресс, заниженную самооценку, негативное отношение к телу, субдепрессивные состояния, нарушение социальных отношений, снижение качества жизни, связанного со здоровьем [6]

Соматическое неблагополучие в значительной степени меняет характер взаимодействия и взаимоотношения детей, как результат затрагиваются разнообразные отношения и сферы функционирования личности ребенка, в частности его отношений с противоположным полом.

Среди диагностических средств, используемых в мировой психологической практике, рисуночные методы стоят на первом месте. В последние годы в нашей стране появилось довольно большое количество отечественных и переводных работ, в которых описываются рисуночные тесты: А.Кларк, В.С. Мухина, Л.Н. Бочерникова, Н.П.Сакулина, В.Гудинаф, Д.Бук, К.Кох и др. [4]

Цель статьи – установить особенности гендерного взаимодействия часто болеющих детей с помощью рисуночных методов.

Методы исследования. Беседа, психодиагностический метод. Психодиагностический метод был реализован посредством модифицированной проективной методики «Рисунок мужчины и женщины» (РМиЖ).

Выборка исследования. В исследовании приняли участие 62 ребенка (29 мальчиков, 33 девочки) младшего школьного возраста, частота эпизодов ОРЗ колеблется от 4 до 6 раз в год. Группу контроля составили 62 здоровых ребенка, (30 мальчиков, 32 девочки) с частотой от 1 до 3 эпизодов ОРЗ в год. Исследование проводилось в период клинического благополучия детей.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате анализа детских рисунков можно выявить представления их автора о различных аспектах его семейной ситуации или ситуации общения с противоположным полом. В частности, в рисунках проявляются отношения доминирования-подчинения, рассматривается отражение в рисунке конкретных функций, выполняемых разными персонажами, оценивается насколько тесны эмоциональные связи между персонажами.

В оригинале методики РМиЖ автором описано семь типов гендерных установок личности, анализ детских рисунков дал возможность выделить присущие данному возрасту типы гендерных установок. Так, было выделено пять типов гендерных установок: изоляция, сотрудничество, независимость, индифферентность, агрессия, дружелюбие. В таблице 1 приведена частота встречаемости гендерных установок; в таблице 2 достоверность различий между типами гендерной установки.

Таблица 1

Частота встречаемости гендерных установок (Гр.1, Гр.2)

Тип гендерной установки	Гр.1	Гр.2
	Абс.; %	Абс.; %
Изоляция	9; 15%	4; 6%
Сотрудничество	8; 13%	16; 26%
Независимость	11; 18%	6; 10%
Индифферентность	27; 44%	12; 19%
Агрессия	4; 6%	8; 13%
Дружелюбие	3; 5%	16; 26%

Значимо чаще здоровые дети изображали рисунок, отображающий тип установки «сотрудничество». На таких рисунках персонажи заняты общим делом (решают задачу, готовятся к совместному выступлению, помогают взрослым, обустривают площадку для игр), расположены на небольшом расстоянии друг от друга, фигуры изображены одинакового размера, практически одинаково прорисованы, нет явного предпочтения к одному из персонажей. Отмечено, что дети, изобразившие такой тип рисунков, первым персонажем изображали героя своего пола. К рисованию приступали с охотой. Предложение придумать историю к нарисованному не вызывало затруднений, дети легко и с воодушевлением рассказывали об изображенных отношениях. Приведем несколько примеров.

Саша, 9 лет. «Я бы сказал, что занятия окончены, мальчику и девочке предстоит еще немного побыть в классе, пока за ними приедут родители. Они решают время не терять и решить заданную домашнюю работу. Работа продвигается быстро. Они решат, конечно, задачу по математике, они оба умные, может немного ленивые, мальчик больше ленивый, но он умеет побороть свою лень. Потом придут их родители. И каждый из них поедет домой довольный, что будет больше времени на отдых, можно будет поиграть мальчику в фифа»

Также здоровые дети отличаются от ЧБД по установке «дружелюбие». На таких рисунках персонажи обращены лицом к друг другу, что указывает на их заинтересованность. Авторы таких рисунков открыты для общения с противоположным полом, существует психологическая заинтересованность. Об этом свидетельствуют как графические репрезентации, так и составленные по ним рассказы. Приведем пример составленного рассказа.

Рисунки ЧБД отображают гендерную установку «индифферентность». На таких рисунках персонажи представлены в анфас на значительном расстоянии друг от друга. Между фигурой мальчика и девочки отсутствует четкая дифференциация, герои отличаются несколькими признаками, чаще отсутствуют признаки пола вообще, все это является показателем слабой полоролевой дифференциации ЧБД.

Рассказы детей не имеют сюжетной линии, дети скорее отвечают на вопросы, причем односложно, часто не выдерживая логической цепочки. Приведем примеры.

Виталик, 9 лет. «Мальчик идет в школу. Девочка тоже идет в школу. Раньше они были каждый у себя дома. Потом придут в школу».

В целом нужно отметить, что составленные рассказы здоровых детей отличаются от рассказов ЧБД развернутостью повествования, жизнерадостностью, психологическими характеристиками, приписываемыми персонажам. ЧБД дают односложные, невыразительные рассказы, описывают лишь внешние стороны изображаемого, им не свойственно приписывать героям психологические

особенности. Таким образом, частые заболевания отягощают внутренний мир ребенка, создают постоянное напряжение, восприятие концентрируется на неприятных переживаниях, становится суженным, односторонним. О суженности восприятия также свидетельствует то, что на рисунках ЧБД в отличие от рисунков здоровых, фиксируются только заданные в инструкции фигуры (мальчик и девочка), в то время как здоровые дети помещают графические репрезентации фигур в систему окружающего мира, рисунки дополняются предметами, фигурами других детей, животных, то есть у здоровых детей существует гендерный концепт, помещаемый в систему окружающей действительности и являющийся ее частью; в то время как для ЧБД таковой концепт отсутствует, отношения между полами не встраиваются в окружающую действительность и не являются частью системы значимых отношений.

Таблица 2

Разница в частоте встречаемости типов гендерных установок

Тип гендерной установки	φ-критерий
Изоляция	1,493
Сотрудничество	-1,842*
Независимость	1,319
Индифферентность	2,953**
Агрессия	-1,232
Дружелюбие	-3,464**

Примечание: ** $p < 0,001$; * $p < 0,005$

Выводы. У ЧБД отсутствует гендерный концепт, помещаемый в систему окружающей действительности, гендерные отношения не являются ее частью; доминирует гендерная установка «индифферентность», свидетельствующая о эмоциональной незначимости лиц противоположного пола в системе отношений, слабой полоролевой дифференциации.

Данные результаты свидетельствуют о необходимости проведения с детьми, которые часто болеют психокоррекционной работы. В качестве такой работы может быть предложены методы арт-терапии.

Так как, арт-терапия – это специализированная форма психотерапии, основанная на использовании средств искусства, как правило, изобразительного, ее цель состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. Отечественный опыт применения арт-терапии отражен в работах М.Ю. Алексеевой, Л.Д. Лебедевой, А.В. Гришиной [4].

Изобразительная деятельность, подобно игре, позволяет «более глубоко осмысливать интересующие ребенка сюжеты» и предоставляет естественную возможность для развития моторики, воображения, гибкости и пластичности мышления. Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам и переживаниям, желаниям и мечтам. Используя методы арт-терапии, в частности: рисунок мужчины и женщины, рисунок семьи, рисунок семья животных, песочную терапию, сказкотерапию и прочие можно скорректировать отношения часто болеющих детей к себе и противоположному полу.

Литература

1. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления/ В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. – Саратов: Радуга, 1986. – 183с.
2. Арина Г.А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г.А. Арина, Н.А. Коваленко // Школа здоровья. – 1995. – Т.2. – С.116–125.
3. Вылегжанина, Г.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию часто болеющего ребенка дошкольного возраста к разным видам деятельности: основные подходы и методы изучения [Текст] / Г.Г.Вылегжанина, В.А.Ковалевский // Вестник КрасГУ. – Красноярск, 2010. – Гуманитарная серия. – 3/1. – С. 108–113.
4. Грабенко Т.Н. Коррекционные, развивающие и адаптирующие игры: методическое пособие для педагогов, психологов и родителей / Т.Н.Грабенко, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Детство-пресс, 2014. – 64 с.
5. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию к выздоровлению у часто болеющего ребенка дошкольного возраста / Ж.Г. Дусказиева // Мотивационно-потребностное развитие ребенка: материалы 10-й Регион. науч.- практ. конф. 27-28 февраля 2008 г. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2012. – С.52–57.
6. Михеева А.А. Психологическая помощь часто болеющим детям / А.А.Михеева, Е.О. Смирнова // Школа здоровья. – 1999. – № 1. – С.55–73.

Статья надійшла до редакції 06.12.2017 р.

Навчальне видання

ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Матеріали III Всеукраїнської заочної
науково-практичної інтернет-конференції

Суми : Вид-во СумДПУ, 2017 р.
Свідоцтво №231 від 02.11.2000 р.

Відповідальний за випуск: ***М. О. Лянной***
Комп'ютерна верстка: ***Я. М. Копитіна***

Здано до складання 16.01.2018 р. Підписано до друку 16.01.2018.
Формат 60 x 84/16. Гарн. Arial. Папір друк. Друк ризогр.
Умовн.-друк. арк. 11,9. Обл.-вид. арк. 29,3.
Тираж 100. Вид. № 61.

СумДПУ імені А. С. Макаренка
40002, м. Суми, вул. Роменська, 87

Виготовлено на обладнанні СумДПУ імені А. С. Макаренка

