

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



## **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В СУЧАСНОМУ КУЛЬТУРНО-ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ**

**Матеріали I Всеукраїнської заочної  
науково-практичної інтернет-конференції**

22 березня 2018 року

Суми  
2018

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



## **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В СУЧАСНОМУ КУЛЬТУРНО-ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ**

Матеріали I Всеукраїнської заочної  
науково-практичної інтернет-конференції

22 березня 2018 року

Суми  
2018

Друкується згідно з рішенням вченої ради  
Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка  
(протокол №11 від 29 травня 2018 року)

**Редакційна колегія:**

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

**Рецензенти:**

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

**З 46 Здоров'я людини в сучасному культурно-освітньому просторі : матеріали I Всеукраїнської заочної науково-практичної інтернет-конференції / відповід. ред. Я. М. Копитіна ; наук. ред. М. О. Лянной. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018. – 184 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.



## **ЗМІСТ**

### **РОЗДІЛ 1.**

#### **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ЯК ФІЛОСОФСЬКА, КУЛЬТУРОЛОГІЧНА, ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГІЧНА, ЕКОЛОГІЧНА, СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНА ТА МЕДИКО- БІОЛОГІЧНА КАТЕГОРІЯ**

**Бабенко В.Г., Хапсаліс Г.Л., Янченко І.М., Євдокимова Л.Г.**

Психолого-педагогічні особливості прояву уваги на заняттях із фізичної підготовки 7

**Олійникова В. В., Звіряка О. М.**

Теоретичний аналіз причин стресу та сучасних методів його корекції 11

### **РОЗДІЛ 2.**

#### **ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ, ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я, ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ, ВАЛЕОЛОГІЧНЕ ВИХОВАННЯ**

**Вільхова О. Г.**

Формування здорового способу життя в учнів молодшого шкільного віку засобами хореографічного мистецтва 16

**Сергєєва Т.П., Кананихіна О.М.**

Формування у майбутніх фахівців харчової промисловості ціннісного ставлення до власного здоров'я 19

**Ребрій Р. В. , Міхєєнко О. І.**

Формування мотивації здорового способу життя у студентів 26

### **РОЗДІЛ 3.**

#### **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ**

**Гончаренко М.С., Камнева Т.П., Чикало Т. М., Богомаз Т.О .**

Створення здоров'язбережувального компонента під час уроків у молодшій школі 30

**Лукашенко О.О., Корж З.О.**

Комплексна програма профілактики ГРВІ 35



#### РОЗДІЛ 4.

##### ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ЗДОРОВ'Я

**Кукса Н.В., Кудрявець Ю.С.**

Професійна підготовка майбутніх фахівців з ерготерапії у Сполучених Штатах Америки 40

**Кукса Н.В., Уханова Я.П.**

Зміст професійної підготовки фахівців з ерготерапії у Великобританії 49

**Козлова В.А.**

Професійна підготовка педагогів в напрямку здоров'язбереження 56

**Москаленко Б.М., Котелевський В.І.**

Професійна діяльність ерготерапевта в сфері охорони здоров'я 68

**Самойлова Н.В., Проненко А. Є.**

Необхідність моніторингу рівня сформованості психологічної компетентності студентів 75

#### РОЗДІЛ 5.

##### ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, РЕКРЕАЦІЯ ТА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ У ПРАКТИЦІ ОЗДОРОВЛЕННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

**Авраменко Н. Б., Беспалова О. О.**

Перевірка ефективності програми фізичної реабілітації дітей з плоско-вальгусною деформацією стоп 80

**Бардакова А.С., Корж З.О.**

Ефективність застосування комплексної реабілітаційної програми для дітей хворих на вегетосудинну дистонію за гіпертонічним типом 84

**Дикун Н.Ю., Корж З.О.**

Раціональне харчування як засіб фізичної реабілітації вагітних жінок з ожирінням 88

**Звіряка О. О., Руденко А. М.**

Застосування лікувальної гімнастики для дітей дошкільного віку із вальгусною деформацією нижніх кінцівок 91

**Івницький В.В., Калашник Д.С., Клим І.Я., Котелевський В.І., Звіряка О.М.**

Фізична реабілітація осіб хворих на остеохондроз ускладнений протрузією міжхребцевих дисків 99



<b>Каракай О.О., Котелевський В.І.</b>	104
Комплексний підхід до реабілітації осіб із остеохондрозом хребта	
<b>Карпенко Ю. М., Алексенко А.В.</b>	108
Застосування елементів ерготерапії у відновній роботі з особами, що перенесли інсульт	
<b>Карпенко Ю. М., Гапич Н.М.</b>	112
Можливості застосування фізичної терапії під час корекції ваги і фігури у жінок з ожирінням I-II ступеня	
<b>Корж Ю.М., Корж З.О.</b>	115
Комплексна фізична реабілітація жінок хворих на попереково-крижовий остеохондроз хребта	
<b>Котелевський В. І., Салівон С. М.</b>	124
Краніосакральна модель реабілітаційного впливу у фізичній реабілітації вертебральної патології	
<b>Кузьменко А.В., Міхеєнко О. І.</b>	130
Особливості процесу реабілітації після перелому стегна у жінок зрілого віку	
<b>Кукса Н.В., Копитіна Я.М., Ткаченко К.О.</b>	134
Реабілітація постінсультних хворих: сучасні тенденції та програмне забезпечення в умовах санаторію	
<b>Ломинога С.І., Журбенко Н.М.</b>	142
Застосування програми фізичної реабілітації при захворюваннях опорно-рухового апарату у дітей та підлітків на прикладі спортивно-оздоровчого клубу «Патріот» у місті Вінниці	
<b>Лянной Ю.О., Ковальова А. Ю.</b>	145
Педагогічні засоби і методи в реабілітаційно-корекційній роботі з дітьми з ДЦП	
<b>Правдік С.С., Кукса Н.В.</b>	150
Фізична терапія студенської молоді з вегето-судинною дисфункцією: літературний огляд	
<b>Пишна Ю.В., Копитіна Я.М., Арєшина Ю.Б.</b>	154
Методика лікувальної гімнастики при остеохондрозі поперекового відділу хребта у людей похилого віку	





<b>Сердюк Ю.О., Копитіна Я.М.</b>	159
Програма фізичної терапії дітей підліткового віку із порушенням зору	
<b>Торішна А.В., Корж З.О.</b>	165
Ефективність застосування комплексної програми фізичної реабілітації для дітей хворих на пієлонефрит	
<b>Цибуля С.В., Корж Ю.М.</b>	169
Стоун-терапія в комплексній системі SPA технологій	
<b>Щапова А.Ю., Арєшина Ю.Б.</b>	172
Вправи функціонального фітнесу при порушеннях постави у школярів	
<b>Литвиненко Б.М., Корж Ю.М., Корж З.О.</b>	177
Сучасні підходи до застосування дихальних вправ при ожирінні у жінок	
<b>ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ</b>	181



## РОЗДІЛ 1. ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ЯК ФІЛОСОФСЬКА, КУЛЬТУРОЛОГІЧНА, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА, ЕКОЛОГІЧНА, СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНА ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНА КАТЕГОРІЯ

Бабенко В.Г.,  
Хапсаліс Г.Л.,  
Янченко І.М.,  
Євдокимова Л.Г.

Babenko V. H.,  
Khapsalis H. L.,  
Yanchenko I. M.,  
Yevdokymova L. H.

### PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL PECULIARITIES OF MANIFESTATION OF ATTENTION ON PHYSICAL TRAINING SESSIONS

*The article deals with the types, specifics and individual psychological and pedagogical peculiarities of the attention on the lessons of physical training.*

**Key words:** *attention, attentiveness, occupation, personnel, physical training.*

### ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ УВАГИ НА ЗАНЯТТЯХ ІЗ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ

*У статті розглядаються види, специфіка та окремі психолого-педагогічні особливості прояву уваги на заняттях із фізичної підготовки.*

**Ключові слова:** *увага, уважність, заняття, особовий склад, фізична підготовка.*

**Постановка проблеми.** У багатьох випадках визначеної поведінки або діяльності студента, курсанта чи слухача навчального закладу, під терміном «увага» розуміють сукупну спрямованість і зосередженість свідомості, як кожної окремої особистості так і колективу в цілому, на об'єкті чи чомусь конкретному, що забезпечує їх найбільш повне та швидке сприйняття з одночасним осмисленням, розумінням і формуванням подальших, цілеспрямованих, комплексних дій та заходів. Це може бути: діяльність чи бездіяльність, позитивні або негативні вчинки інших людей чи колективів, оприлюднені думки або слова, поведінка, події соціального чи антисоціального характеру, природні явища, щось матеріалізоване (предмет або група), їх реальні й нереальні властивості тощо.

Без усякого сумніву саме цей узагальнений вище термін є базовою основою для виникнення, вивчення, апробації, успішного впровадження, подальшого застосування й функціонування багатьох психічних і психолого-педагогічних процесів, які мають дуже тісний зв'язок із теоретично-практичною пізнавальною, тренувальною (детренувальною) та вдосконалюючою діяльністю.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Кожне планове, позапланове заняття з фізичної підготовки, робота спортивних секцій чи просто найпростіший фізкультурно-спортивний захід завжди потребують уважного, дбайливого й професійного відношення на всіх етапах його проведення незалежно від рівня підготовки всіх учасників. Важливість цих питань ніколи не залишалася без належної уваги. Свого часу їм було присвячено доволі багато наукових праць і досліджень, що надзвичайно ефективно вирішувало ряд існуючих проблем, але, виникли абсолютно





нові та з часом їх коло почало ставати дедалі більшим. Крім того, протягом останніх років, реорганізація фізичної культури торкнулася майже всіх: від найменшого дошкільного закладу, загальноосвітньої школи, коледжу, інституту, академії чи величезного університету й до цілісних систем підготовки в цивільних, мілітаризованих та правоохоронних відомствах нашої держави. Водночас уведення нових вимог, міжнародних норм, стандартів і технологій здоров'язбереження призвели до суттєвих змін безпосередньо в самих процесах налагодженого навчання, тренування та виховання.

Наразі це потребує сміливих та інноваційних думок, поглядів, розробки нових чи вдосконалення існуючих форм і методів ефективного менеджменту стосовно переважної більшості від усієї загальної наукової та науково-педагогічної діяльності.

**Мета дослідження.** Належна організація й підготовка, якісне забезпечення, безпечне та успішне проведення занять з фізичної підготовки як головних складових на шляху реалізації й нормалізації психолого-педагогічних відносин у сфері фізичного виховання та спорту, адаптація численних вітчизняних і міжнародних фізкультурно-спортивних положень та правових норм до внутрішнього законодавства України з урахуванням величезного позитивного досвіду, теорії й практики провідних зарубіжних країн [1; 3; 7].

**Об'єкт дослідження.** Фізична підготовка студентів, курсантів та слухачів закладів вищої освіти із специфічними умовами навчання.

**Предмет дослідження.** Психолого-педагогічні особливості прояву уваги на заняттях із фізичної підготовки.

**Методи дослідження.** Теоретичний аналіз на основі вивчення психолого-педагогічної, юридичної, фізкультурно-спортивної, спеціальної та прикладної літератури; аналіз нормативних документів і архівних матеріалів; анонімне опитування студентів, курсантів, слухачів різних курсів, найбільш досвідчених викладачів фізичного виховання, наукових та науково-педагогічних працівників з узагальненням їх передового досвіду, а також психолого-педагогічні спостереження за організацією навчального процесу з метою виявлення, визначення й вирішення найбільш актуальних питань стану досліджуваної проблеми.

**Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.** Кожній свідомій людині притаманна властивість управління самим собою, своїми відчуттями та діями, але, у кожній окремої особистості вони мають свою величину розвитку. Так, наприклад, один може читати книжки у шумному вагоні метрополітену чи вцент заповненому тролейбусі, а іншому, для цього, потрібна абсолютна тиша і спокійній. Зовсім різним буде і їх сприйняття: у нашому випадку, якщо поміняти місцями цих людей, то перша людина теж буде нормально сприймати прочитаний матеріал у тихому й спокійному середовищі, а друга, у шумному – через існуючий активний подразник не зможе його сприймати взагалі.

Більшість психологів і педагогів пояснюють ці явища наявністю вміння особи протягом тривалого часу направляти, зосереджувати й утримувати свою свідомість тільки на основному, без активного сприйняття чогось другорядного. Зазвичай, це називають «увагою» з окремими її видами (мимовільна, довільна, позадовільна), обсягами та концентрацією (перемикання, розподіл) [2; 4; 6; 10]. Існує багато досліджень, думок і поглядів стосовно визначення й призначення цих формулювань та термінів, але, на жаль, немає єдино спільних.

Крім того, не є великою таємницею те, що в практичній діяльності кожного викладача фізичного виховання чи інструктора спеціальної фізичної підготовки, незалежно від нього самого, іноді виникають ситуації вимушеного проведення занять в



умовах присутності великої кількості студентських, курсантських або слухацьких груп. Нерідко ці ситуації ускладнюються тим, що заняття мають проводитися не з «своєю» групою, одночасно з групами різних курсів, за різною тематикою чи направленістю тощо, але, при цьому, вони можуть об'єднуватися за метою, завданням, єдиним загальним керівництвом, спільною думкою, спортивною базою та інвентарем.

Такі заняття є справжнім випробуванням для викладачів на їх професійну придатність, індивідуальну психолого-педагогічну майстерність, злагодженість дій, стійкість духу, швидкість мислення та прийняття рішення. Є безліч безпрограшних варіантів, але стовідсотково позитивних порад на всі існуючі випадки знайти майже неможливо. Пріоритет – дотримання заходів безпеки, збереження фізичного й психічного здоров'я всіх без винятку учасників наведеного вище, отримання належного обсягу знань, умінь та навичок.

Із курсу теорії та методики фізичного виховання, педагогіки, психології [2; 4; 5; 9; 10], а також власного досвіду організації й проведення практичних занять з фізичної підготовки нам відомо, що окрім проведення традиційно загальнообов'язкових заходів у вступній та основній частині заняття, для того, щоб попередньо зосередити дещо розбалансовану свідомість студента, курсанта чи слухача (перед початком занять, після перерви, іншого заняття чи певного розумового навантаження тощо) на якомусь об'єкті, предметі або дії та забезпечити їх подальше успішне сприйняття необхідно:

- сформулювати доброзичливо-субординаційний настрій як перед заняттями чи тренуваннями, на самих заняттях (у процесі), так і по їх завершенню;
- вербально виділити головний предмет, об'єкт або дію з усього існуючого чи оточуючого середовища;
- зосередити зорову увагу саме на предметі, об'єкті або дії, конкретизуючи й характеризуючи їх основні властивості чи характеристики суто умовно відкидаючи все зайве;
- організувати початкове (пробне) дотичне відчуття (за можливістю).

Слід зазначити, що здійснивши саме цей комплекс заходів ми активізуємо у вищезазначених осіб індивідуальні функції уваги, що є частиною психічного пізнавального процесу кожної людини, у якому основною умовою досягнення успіху є вміння свідомо й конкретно спрямовано керувати своєю увагою. Це дозволяє зрозуміти, запам'ятати, засвоїти відповідно можливий обсяг наданої, отриманої та засвоєної інформації, визначити шляхи подальшої, найбільш успішної діяльності [2; 6; 8].

Дискусії, стосовно інформаційних обсягів уваги, тривають до сьогоднішнього дня. Зазвичай під терміном «обсяг уваги» розуміють кількість об'єктів, які людина може сприймати одночасно та утримувати їх у своїй свідомості. У праці [6, с.57] зазначено, що у середньому це може бути  $7 \pm 2$  логічно не пов'язаних між собою об'єкти. Ми не погоджуємося з цим, бо: великий обсяг вивчаємої або отриманої інформації потребує великого обсягу уваги. А як же бути з рухами чи вправами; а як це проявляється у кожній особистості окремо; а за видами спорту чи іншою оздоровчою та фізкультурно-спортивною діяльністю тощо? Загалом, середньостатистичні дані є надійним показником, але все говорить нам про те, що обсяг уваги не може бути якимось сталим поняттям, скоріше широко варіативним відповідно індивідуально обраної діяльності та можливостей кожної окремої особи.

Серед багатьох науковців психолого-педагогічного спрямування існує тверде переконання стосовно того, якщо людина свідомо «допомагатиме» сама собі регулювати обсяги, зосереджувати й стійко концентрувати увагу на чомусь



конкретному, «відкидаючи все зайве», то ця діяльність буде мати загальну максимальну ефективність [2; 6; 8; 10].

Водночас під час проведення окремих занять із видів спорту, єдиноборств, індивідуального або групового вивчення деяких складних тем, прийомів самозахисту чи заходів фізичного впливу, існує своя особливість. А саме: якщо людина свідомо «допомагатиме» сама собі зосереджувати й стійко концентрувати увагу на чомусь конкретному, «відкидаючи не все, а тільки зайве», то ця діяльність вже буде мати не тільки загальну, а й спеціальну (специфічну або конкретизовану) максимальну ефективність.

І навпаки, коли людина свідомо «не допомагатиме сама собі», займатиметься пізнавальною діяльністю та «своїми» справами одночасно, вся її пізнавальна діяльність буде ускладнена, малоефективна або зовсім зведена нанівець. Однак не можна категорично стверджувати, що у цьому випадку людина зовсім виключиться з процесу пізнання. Не дивлячись на те, що вона відволіклася від досягнення основної мети своєї діяльності, але, перебуваючи, наприклад, у спортивному залі, підсвідома мимовільна увага все ж продовжує мінімально «утримувати» її у межах заданого викладачем чи самим собою напрямку.

Вибірково опитуючи особовий склад практичних підрозділів, який брав участь у попередженні виникнення й припинення екстремальних ситуацій антисоціального характеру із високим ступенем ризику, ми знайшли реальне підтвердження вищезначених фактів, де головним персонажем стає зорове поле людини, яке з відповідною швидкістю й точністю фіксує, формує і передає за належністю отриманий обсяг як суто випадково охопленої поглядом, так і конкретно побаченої центральним чи периферичним зором інформації.

Можна сміливо стверджувати, що мимовільна увага є доволі нестійкою, якщо порівнювати її з довільною увагою. Остання ж навпаки, характеризується не тільки власною стійкістю, а й свідомим зосередженням уваги на об'єкті, меті та вольових зусиллях її досягнення [6; 8]. Проте довільна увага теж є дуже залежною від внутрішнього й зовнішнього психоемоційного стану людини, настрою, мотивації, інтересу, бажання, майбутнього завдання, набутого чи отриманого раніше досвіду.

Існує твердження, що найбільшу ефективність забезпечує післядовільна увага, яка не вимагає застосування занадто суттєвих вольових зусиль для зосередження на діяльності [5; 6; 8; 10]. Шукаючи підтвердження цих слів у діяльності студентів, курсантів і слухачів старших курсів, а також у вже досвідчених працівників цивільних і мілітаризованих структур, охоронних та правоохоронних відомств, ми виявили алгоритм або спільну закономірність, яка асоціативно здебільшого нагадує: добре підготовлений старт; свідомий розгін; належне (однотемпове чи з прискореннями) виконання певної роботи (тренувальної діяльності) циклічного чи ациклічного характеру протягом визначеного чи заданого часу; правильно виконаний фініш. Тобто: цікаве, гармонійне, організоване й свідоме спрямування уваги на початку діяльності надалі підтримується й виконується у заданому (можливому) режимі концентрації до моменту необхідності або досягнення позитивно очікуваного результату.

Слід зазначити, що все наведене вище, а також висока психолого-педагогічна майстерність кожного викладача або інструктора, єдині вимоги, управління та керівництво, належно сформована мотивація викликає бажання та інтерес, а правильно підібрані вправи, прийоми, спортивна база та матеріальне забезпечення занять комплексно нівелюватимуть зазначені раніше незручності, ускладнення й проблеми, дозволять проводити навчання або тренування з позитивним результатом за умов мінімальних затрат емоційних, вольових та



пізнавальних зусиль на максимальну активізацію й концентрацію уваги.

**Перспективи наших подальших досліджень** полягатимуть у вивченні й удосконаленні швидкості реалізації процесу активізації мислення особистості у непередбачуваних екстремальних ситуаціях.

#### **Перелік використаної літератури**

1. Адміністративне право України: підручник / В.Б. Авер'янов, Є.В. Додін, І.М. Пахомов та ін.: за заг. ред. С.В. Ківалова. – Одеса: Юридична література, 2003. – 894 с.
2. Акімова Л.Н. Психологія спорту / Л.Н. Акімова. – Одеса: Студія Неогоціант, 2004. – 127 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. Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания / Т.Ю. Круцевич. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 422 с.
6. Педагогічна психологія: конспект лекцій / укладач С.В. Кошелева. – М.: АСТ: СПб: Сова, 2005. – 94 с.
7. Про державну службу: Закон України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/889-19>.
8. 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.
9. 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.
10. Wilmore J.H. Physiology of Sport and Exercise / J.H. Wilmore, D.L. Costill. – Champaign, Illinois: Human Kinetics, 2004. – 726 p.

Стаття надійшла до редакції 05.02.2018 р.

**Олійникова В. В.,  
Звіряка О. М.**

**Oliinykova V.V.,  
Zviriaka O. M.**

#### **THEORETICAL ANALYSIS OF REASONS OF STRESS AND MODERN METHODS OF ITS CORRECTION**

*The modern looks to the studies about stress are considered in this article, a concept is exposed: the newest methods of diagnostics and correction of the stress states by means of proceeding in cardiac coherentness.*

**Keywords:** stress, test of detail of Spielberg, tolerance, diagnostics of stress.

#### **ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН СТРЕСУ ТА СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЙОГО КОРЕКЦІЇ**

*У статті розглянуті сучасні погляди на вчення про стрес, розкрито поняття, новітні методи діагностики та корекції стресових станів за допомогою відновлення серцевої когерентності.*

**Ключові слова:** стрес, тест тривожності Спілберга, когерентність, діагностика стресу.





**Постановка проблеми.** В умовах сьогодення підвищена увага до проблеми стресу обумовлена тим, що людина постійно розширює сфери своєї діяльності і все частіше знаходиться в екстремальних умовах. Разом з тим професійна діяльність сучасної людини супроводжується суттєвим зменшенням фізичної роботи, і навпаки, збільшенням розумових та психічних навантажень.

Створені цивілізацією та науково-технічним прогресом гіподинамія та гіпокінезія негативно впливають на системи дихання, кровообігу, обміну речовин, опорно-рухового апарату, нервові та гуморальні механізми. Безумовно, все це призводить до зниження резистентності організму та розвитку стресу. Останній, нерозривно пов'язаний з професійною діяльністю людини, в негативному сенсі, що призводить до розвитку захворювань та невротичних процесів. Світова статистика свідчить, що 50-70% всіх звернень до лікаря відбуваються насамперед через стрес, а найбільший відсоток використання медикаментів у західних країнах - антидепресанти. Проблема стресу дуже давня, проте наукове пізнання її відбулося лише в останні десятиліття, що відображається в розвитку сучасної науки про людину, а також у прагненні задовільнити актуальні потреби суспільства [1].

Наведені факти підтверджують актуальність проблеми стресу і пошуку шляхів забезпечення стресостійкості людини в повсякденних, екстремальних умовах за рахунок розвитку цілісних та системних реакцій організму.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Досконало питаннями у дослідженні стресу цікавилися багато вчених психологів, фізіологів, фахівців із психології праці, інженерної психології та менеджменту: Г.Л. Апанасенко (1990), А.Б. Леонова (1993), Ю. В. Щербатих (2000), Л.Л. Панченко (2005), Л.Б. Наугольник (2015), Говард Мартін та Док Чілдре (1991), Давид Серван-Шрейбер (2002).

Засновником вчення про стрес є канадський вчений Ганс Сельє. У своїх наукових працях він зазначає, що стрес має різне значення для різних людей: *distress* (англ.) – горе, нездужість, виснаження; *stress* (англ.) – тиск, напруга, біль, страх. Кожне з цих умов може стати стресом, але виділити одне з них неможна. Кожна людина відчуває стрес по-різному і при різних умовах, проте медичні дослідження показали, що організм реагує при будь-якому стресі стереотипно. Однаковими біологічними змінами. Тобто різні фактори (стресори) визивають однакову біологічну реакцію стресу [2; 4].

Існує декілька напрямів рішення даної проблеми. Перший з них пов'язаний з дослідженням фізіологічних механізмів стійкості людини до емоціонального стресу та його патологічних наслідків. Другий – психологічна підготовка людини до стресових ситуацій. Найбільш новим методом, який має перспективи розвитку сучасних досліджень, є психофізіологічне забезпечення стресостійкості людини. Цей метод потребує розробки ефективних засобів впливу на фізіологічні функції практично здорової людини [4; 9].

**Мета дослідження** – дослідити сучасні погляди на проблему стресових станів людей та визначити найбільш ефективні засоби корекції стресу.

**Об'єкт дослідження** – стрес та причини його виникнення.

**Предмет дослідження** – аналіз сучасних методів корекції стресових станів людини.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури.

**Виклад основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.** Стрес – це стан організму, що виникає в процесі взаємодії з навколишнім



середовищем, що супроводжується суттєвою напругою в умовах, коли звичайна нормальна адаптивна реакція є недостатньою. Вивчаючи це питання, легко дійти висновку, що стрес можна контролювати, що основною причиною його виникнення є невміння свідомо або підсвідомо застосовувати адекватні внутрішні процеси для подолання важких ситуацій та відповідних до них станів [7].

Л.Л. Панченко виділяє один з факторів стресу – емоційну напругу, що зумовлюється фізіологічною зміною роботи ендокринної системи людини. Це стан, що формується в умовах збільшення психоемоційної напруги та сприяє зменшенню стійкості психомоторних функцій, соматовегетативними реакціями та зниженням працездатності [9]. Основну увагу у власних дослідженнях Г. Сельє також приділяв біологічним та фізіологічним аспектам проблем стресу. Традиційним стало поняття стресу як фізіологічної реакції організму, тобто реакції ендокринних залоз, що контролюються гіпофізом, на дію негативних факторів. У функціональному відношенні стрес виражається загальним адаптивним синдромом і поділяється на стадії: реакція тривоги (фаза шоку), резистентність організму зменшується, а потім вмикаються захисні механізми; спротиву, коли напруга функціонування систем досягає пристосування організму до нових умов; виснаження, в котрій виявляються неспроможність захисних механізмів [1].

Близьким за значенням є думка П. Д. Горизонтова, який розглядав стрес, як «загальну адаптаційну реакцію організму, що розвивається у відповідь на загрозу порушення гомеостазу».

Таким чином, ті чи інші умови викликають емоційну напругу, не за рахунок їх складності, а в результаті невідповідності цим умовам емоціонального механізму індивідуума. Саме ця теорія є основою сучасних поглядів на природу стресу.

Сучасний науковець, нейробіолог Давид Серван-Шрейбер пов'язує стрес з діяльністю мозку людини. Він стверджує, що мозок людини містить в своїй структурі так званий емоційний мозок. Його структура, клітинна будова, біохімічні процеси мають відмінності від неокортекса. Він контролює все, що складає психологічну рівновагу та більшу частину фізіології організму: функціонування серця, артеріальний тиск, синтез гормонів, травну систему та імунітет. Науковець стверджує, що емоційний мозок має механізм самолікування, та здатність відновлювати рівновагу [5].

В.Я. Апчел, спираючись на класифікацію А.Б. Леонової, виділяє три типи методів оцінки функціональних станів: фізіологічні, психофізіологічні (за поведінкою) та суб'єктивні. Також до цих методів додають показники працездатності, що отримують шляхом професіографічних змін [1]. У своїх роботах Л.Л. Панченко надає розвернуту характеристику та обґрунтування цих методів [9].

Фізіологічні методи дослідження дозволяють розглянути стрес як коливання гомеостатичних процесів з обов'язковим обліком соціальної обумовленості біологічної адаптації. До них відносять: дослідження роботи ЦНС за допомогою електроенцефалограми; дослідження показників роботи вегетативної нервової системи; дослідження біохімічних показників стресу; біоритмологічний підхід; комплексна оцінка здоров'я за Г.Л. Апанасенко. Серед фізіологічних методів дослідження найчастіше застосовуються наступні: реєстрація частоти серцевих скорочень; визначення показників артеріального тиску; електрокардіографія; визначення параметрів функціонування дихальної системи (частота і глибина дихання, газовий склад видихнутого повітря). Болгарські вчені з Інституту гігієни в Софії дійшли висновку, що незалежно дослідження окремих реакцій організму на





стрес (зміни серцевого ритму, артеріального тиску та дихання) менш інформативне, ніж аналіз їх взаємодії. У своїх дослідженнях вони показали, що у досліджуваних з низькою стресорною реакцією хвилеподібна активність життєво важливих функцій організму високо синхронізована. Висока інформативність кореляцій між диханням і ритмом серцевої діяльності при вивченні індивідуальної схильності до стресу була показана і іншими вітчизняними авторами. Найбільш простим і оперативним методом оцінки функціонального стану людини при стресі є вимірювання частоти її серцевих скорочень [9].

Психофізіологічні методи поділяються на оцінку основних властивостей нервової системи та оцінку ефективності психічних процесів. При чому важливим показником негативного стресу є значні зниження стійкості психічних та психомоторних процесів [9].

Найбільш відомим та використовуваним методом суб'єктивної оцінки є тест Спілберга. Автор виділяє три аспекти розуміння тривоги: тривога, як існуючий стан; тривога, як складний процес, що містить компоненти загрози; тривожність, як особиста якість людини. Бланк шкали самооцінки Спілберга включає 40 питань, 20 із яких призначені для оцінки рівня ситуативної тривожності, інші – оцінка рівня особистісної тривожності [6; 8].

Вивченню адаптації людини до стресових ситуацій за останнє десятиріччя приділяється велика увага лікарів, реабілітологів, психологів та соціологів. Аналіз наукових джерел [3; 6] засвідчує, що дослідників все більше цікавлять особливості прояву стресових переживань на психологічному рівні: аналізуються характерні перебудови в мотиваційній структурі діяльності; роль емоційних регуляторів поведінки; стійкість різних когнітивних функцій.

На сьогоднішній день існує багато методів корекції стресу: аутогенне тренування; методи релаксації; системи біологічного зворотного зв'язку; дихальна гімнастика; музикотерапія; фізичні вправи; психотерапія; фізіотерапевтичні заходи (масаж, сауна, електросон); іглорефлексотерапія [8]. За даними експериментальних досліджень, у стійких до стресу тварин переважає парасимпатичний вплив на серце. У таких представників в гіпоталамусі збільшений вміст катехоламінів, речовин Р-пептиду, що провокує дельта-сон, а також збільшений вміст бета-ендорфіну та антиоксидантів. Виявлення цих даних надало можливість спрямованого збільшення стійкості осіб, що схильні до стресу, за допомогою спеціального впливу. Адаптація до фізичного навантаження супроводжується формуванням ланок фізіологічного захисту кровообігу та зміцнення антиоксидантних систем. Крім того, адаптація характеризується збільшенням резистентності організму до факторів, що порушують серцеву та кровоносну систему в цілому, а також зменшенням потреби міокарду в кисні [7; 10].

Давид Серван-Шрейбер, враховуючи вищевказаний вплив стресу на серцеву систему, пропонує простий та ефективний метод корекції, що дозволяє збільшити варіабельність серцевого ритму і тим самим надати йому когерентного стану. Когерентність в даному випадку є впорядкованою та синхронізованою роботою серця. Сьогодні цей метод використовують для корекції стресових станів, аритмії, тахікардії. Під впливом когерентності всі системи організму набувають гомеостазу. Різні етапи цього методу були розроблені та протестовані каліфорнійським інститутом Heart-math, що займається вивченням серцевої когерентності. Всього метод має три етапи: концентрація уваги на внутрішньому стані; концентрація та контроль дихання; контроль роботи всього організму.



Дослідженням цього методу також займався доктор Фред Лускін зі Стенфордського університету. Він працював з пацієнтами, що мали такі симптоми, як задуха, втома, що супроводжувались депресивними станами. Ціллю його роботи було досягнути стану когерентності у хворих. Через півроку в дослідній групі рівень стресу зменшився на 34 відсотки. В Англії, такі підприємства як Shell, British Petroleum, Hewlett Packard, Unilever, HongKong Shanghai Bank Corporation, постійно здійснюють профілактику стресу своїх працівників саме за допомогою навчання їх методу когерентності. У США такі заходи постійно проводять великі компанії. Досліди доводять, що цей метод запобігає стресу на трьох рівнях: фізичному, емоційному та соціальному [5].

**Перспективи подальших досліджень.** Розробити та апробувати комплекс заходів спрямованих на зниження варіабельності серцевого ритму обумовлених стресом та старінням.

**Висновки.** Сучасний розвиток світу, технологій, темп життя впливають на людину не найкращим чином, призводячи її до постійного стресу. Усунення стресових станів потребує новітніх корекційних методів. Злагоджена робота медиків, психологів, фізіологів, спеціалістів з фізичної реабілітації надає можливість розширити спектр заходів та збільшити ефективність профілактики стресів у людей різного віку.

#### **Список використаної літератури**

1. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессоустойчивость человека: пособие. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 84 с.
2. Васильев В.Н. Зоровье и стресс: пособие. Москва: Знание, 1991. 160 с.
3. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса: пособие. Санкт-Петербург: Питер, 2009. 336 с.
4. Ганс Селье. Психология и психотерапия: пособие. Москва: Прогрес, 1989. 126 с.
5. Д. Серван-Шрейбер. Антистресс. [пер. с англ. Э. А. Болдиной]: пособие. Москва: РИ-ПОЛ классик, 2013. 352 с.
6. Исламова Э. Б. Как победить стресс, тревогу и депрессию без лекарств и психоанализа //Сборник научных статей 5-й Международной молодежной научной конференции. 2017. № 1. С. 122-124.
7. Макарова И.Н. Массаж и лечебная физкультура: учебник. Москва: Эксмо, 2009. 256 с.
8. Наугольник Л. Б. Психология стрессу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
9. Панченко Л. Л. Диагностика стресса: уч. пособ. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2005. 35 с.
10. Щербатых Ю. В. Влияние личностных особенностей на величину артериального давления у студентов в норме и в условиях эмоционального стресса // Артериальная гипертензия. 2000. № 2. С. 74-76.

Стаття надійшла до редакції 16.03.2018 р.



## РОЗДІЛ 2. ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ, ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я, ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ, ВАЛЕОЛОГІЧНЕ ВИХОВАННЯ

Вільхова О. Г.

Vil'khova Oksana Hryhorivna

### FORMING A HEALTHY LIFESTYLE FOR YOUNG SCHOOLER SCHOOLS BY CHOREOGRAPHIC ARTICLES

*The article analyses the complex and contradictory process of formation of a positive attitude of junior schoolchildren attending choreographic collectives to a healthy way of life. There are four categories that characterize a healthy lifestyle in modern society. New recreational directions, which were formed in choreographic art, were discovered. The negative factors influencing the health of children of elementary school age are named.*

**Key words:** health, healthy lifestyle, junior schoolchildren, children's choreographic collectives, professionalism of pedagogues-choreographers.

### ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УЧНІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ХОРЕОГРАФІЧНОГО МИСТЕЦТВА

*У статті аналізується складний і суперечливий процес формування позитивного ставлення молодших школярів, які відвідують хореографічні колективи, до здорового способу життя. Визначено чотири категорії, які характеризують здоровий спосіб життя у сучасному суспільстві. Розкрито нові оздоровчі напрямки, які сформувались у хореографічному мистецтві. Названо негативні фактори, які впливають на здоров'я дітей молодшого шкільного віку.*

**Ключові слова:** здоров'я, здоровий спосіб життя, молодші школярі, дитячі хореографічні колективи, професіоналізм педагогів-хореографів.

**Постановка проблеми.** У сучасному демократичному суспільстві, яке системно закладає підґрунтя для формування морально, фізично, духовно цілісної особистості, досить важливим є акцент на збереженні здоров'я підростаючого покоління. Не секрет, що основи здоров'я дорослої людини закладаються, починаючи ще з дошкільного і молодшого шкільного віку. Питання виховання здорового способу життя дітей та молоді в сучасній Україні за своєю практичною значимістю вважається одним з найактуальніших. Занепокоєння дослідників викликає значне погіршення здоров'я населення нашої держави. Основним показником здоров'я нації є його тривалість життя. В Україні, за даними Держкомстату, тривалість життя чоловіків – 57 років, жінок – 63 роки. Тоді як в економічно розвинених країнах, зокрема США, Японії, Франції, Норвегії, Швеції, Канаді та ін., тривалість життя жителів на 10-15 років більша [2; с. 64]. Одним із найефективніших засобів, які допомагають зберегти здоров'я особистості, є заняття дітей молодшого шкільного віку хореографією. Це прекрасне мистецтво, яке навчає координації рухів, правильній поставі та володіння корпусом, розвиває силу та еластичність м'язів ніг, сприяє планомірному розвитку творчих здібностей, виховує естетичний смак, вольові риси характеру, загартовує організм.



**Аналіз останніх досліджень і публікацій** показав, що до проблеми формування здорового способу життя на сучасному етапі звертаються багато вчених-дослідників: І. Гондол, Т. Денисовець, В. Жамардій, Л. Константиновська, М. Криловець, О. Мурашкевич, С. Соболева, Т. Творогова, Ж. Торибаєва, О. Породько-Лях, Л. Хомич та ін. У своїх роботах вони намагаються вирішити проблему збереження здоров'я, розглядають питання співпраці школи та сім'ї у контексті формування здорового способу життя, забезпечення довголіття тощо.

Вплив виховного потенціалу хореографічного мистецтва на формування особистості дитини розглядають у своїх наукових доробках такі сучасні вчені: Л. Андрощук, Т. Благова, В. Богута, О. Бурля, В. Володько, Ю. Гончаренко, О. Жиров, В. Кирилюк, П. Коваль, Б. Колногузенко, С. Легка, Т. Луговенко, О. Мартиненко, А. Овсянникова, Т. Сердюк, А. Тараканова, О. Таранцева, Т. Черніговець, Д. Шариков, В. Шевченко, А. Шевчук, В. Шкоріненко та ін. У своїх працях вони порушують питання формування естетичних цінностей, дружніх взаємин між вихованцями, розвитку їх творчих здібностей, розкривають свій педагогічний досвід впливу танцювального мистецтва на оздоровлення дітей та молоді.

**Метою** нашої статті є аналіз впливу хореографічного мистецтва на формування здорового способу життя дітей молодшого шкільного віку.

**Об'єкт** дослідження – розвиток хореографічного мистецтва в Україні.

**Предмет** – виховання здорового способу життя молодших школярів засобами хореографії.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети, використано комплекс методів дослідження, зокрема емпіричних (пошуково-бібліографічний, онлайн-огляд тематичних веб-сторінок) та загальнонаукових (опис, характеристика, аналіз, синтез, узагальнення, порівняння).

**Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.**

Відомий римський філософ Сенека стверджував: «Уміння продовжити життя – в умінні не скорочувати його» [3, с.112]. На жаль, реалії сучасного життя переконують у тому, що населення України не достатньо приділяє увагу популяризації здорового способу життя дітей та молоді. Особливо, на нашу думку, це потрібно робити у середовищі молодших школярів, адже вже у початкових класах загальноосвітніх шкіл нашої держави до 80 % дітей мають відхилення у стані здоров'я, а за період шкільного навчання більшість із них набувають хронічних захворювань. Неправильне сидіння молодших школярів за партами під час уроків часто призводить до захворювань хребта. Великий вплив на здоров'я дітей має несвоєчасне і незбалансоване харчування, використання мобільних телефонів, які є джерелом електромагнітного випромінювання тощо [1, с. 8].

На думку сучасних дослідників, здоровий спосіб життя складається з чотирьох категорій:

1. економічної (рівень життя);
2. соціальної (якість життя);
3. соціально-психологічної (стиль життя);
4. соціально-економічної (устрій життя) [3, с. 113].

Гарний фізичний розвиток молодших школярів – це фундамент якісного життя у майбутньому. Кожна доросла людина іноді дивується енергійності і рухливості учнів школи I ступеня, життєва енергія яких прагне знайти вихід і реалізуватися в оточуючому середовищі. Тому у цей період батькам буде доцільно віддати дитину у



хореографічний колектив. У більшості сучасних шкіл, на жаль, фізичний розвиток учнів вважається справою другорядною. На батьківських зборах частіше всього батьки висловлюють занепокоєння невдачами у навчанні, але ж здоров'я та фізичний розвиток підростаючого покоління не менш важливі, ніж урочна діяльність [4, с. 26].

Педагогічний досвід використання хореографічного мистецтва у процесі оздоровлення дітей молодшого шкільного віку важливий для вирішення таких завдань фізичного та морального розвитку як формування правильної осанки, координація рухів, профілактика плоскостопості, розвиток почуття ритму, уміння слухати і розуміти музику, підпорядковувати їй рухи тощо. Протягом останніх десятиліть у результаті інтеграції хореографії у такі сфери як психологія, фізіологія, медицина сформувались нові оздоровчо-мистецькі напрями як танцювальна терапія, корекційна ритміка, лікувально профілактичний танець, адаптивний танець тощо [5, с. 34].

Разом з тим, педагогічні дослідження показують, що будучи ефективним засобом зміцнення здоров'я молодших школярів, боротьби з гіподинамією, хореографія також є могутнім засобом розслаблення, емоційної розрядки, зняття напруги, негативних емоцій, страхів у дітей, адже сучасні учні початкової школи живуть в умовах перманентного стресу (психологічна атака з екранів телевізорів, рекламних щитів, комп'ютерів тощо).

Заняття хореографією також впливають на моральне здоров'я молодших школярів. Вони допомагають дітям відчувати себе у колі друзів-однодумців, розвивають їх комунікативні здібності, розширюють уявлення про світ і своє місце у ньому, допомагають у складних процесах самопізнання та саморегуляції. Висновки вчених про те, що позитивні емоції від спілкування з мистецтвом танцю мають могутній вплив на психосоматичні процеси і мобілізують резервні сили людини, лягли в основу наукового обґрунтування використання хореографії у корекційній роботі з дітьми-інвалідами [5, с. 34].

На думку Л. Ейдельман, танець – це не просто сукупність рухів, це спеціальна діяльність, яка стосується розвитку цілісності особистості. Однак при недостатньому рівні кваліфікаційних навичок педагога, вона може перетворитись у механічні рухи тіла, обмежуючись їх зовнішнім копіюванням, втрачаючи емоційний складник, пов'язаний з радістю і красою руху, думками і образами, які виникають у процесі танцю [5, с. 34].

Так, наприклад, варто назвати негативні фактори, які можуть впливати на здоров'я молодших школярів під час відвідування дитячого хореографічного колективу:

1. недостатнє провітрювання танцювальних залів;
2. нервові напруження під час концертних виступів;
3. невпевненість та низький рівень задоволення собою, тенденція до заниженої самооцінки під час невдач у процесі вивчення танцювальних композицій тощо.

Тому створення оптимального психологічного комфорту під час занять хореографією є важливим завданням кожного вчителя, який працює з дітьми молодшого шкільного віку. Керівник танцювального колективу, перш за все, повинен не тільки володіти системою фахових знань та умінь, а і ґрунтовно розуміти дитячу психологію, звертати увагу на мікроклімат у творчому об'єднанні, бути взірцем підтягнутості, елегантності, помірної вимогливості. Також, на нашу думку, педагог-хореограф повинен прищепити своїм вихованцям ставлення до здорового способу життя як до однієї з найважливіших складових людського буття. Першочерговим завданням вчителя є сприяння фізичному і духовному розвитку підростаючого





покоління. Діяльність дитячого хореографічного колективу повинна спрямовуватися, у першу чергу, на формування здоров'ятворчої ініціативи, результатом якої є набуття молодшими школярами відповідних компетентностей. Адже на початку третього тисячоліття, коли у складній екологічній ситуації відбувається значне зниження особистісних життєвих сил, людство опинилося на межі поступового вимирання, педагогічна громадськість нашої держави повинна орієнтувати у вихованні обов'язково спрямувати на формування здорового способу життя дітей та молоді.

Таким чином, виховання дітей молодшого шкільного віку засобами хореографічного мистецтва є важливим питанням для досягнення соціально значущого ефекту у зміцненні здоров'я учнів початкової школи. Головна роль у його вирішенні належить педагогам-хореографам, їхній цілеспрямованій, системній роботі та використанню різноманітних форм і методів впливу на вихованців.

**Перспективи подальших досліджень** вбачаємо в необхідності подальшого наукового вивчення проблеми формування у молодших школярів мотивації до особистої культури здоров'я, розгляді питань сценічного хвилювання в теорії та практиці хореографічної освіти, фізичного та психічного розвитку дітей-інвалідів засобами хореографічного мистецтва.

#### **Список використаної літератури:**

1. Денисовець Т. Фактори формування здорового способу життя української молоді / Т. Денисовець // Імідж сучасного педагога – № 1 – 2012 – С. 7-9.
2. Павлюк Н. Я обираю здоровий спосіб життя / Н. Павлюк // Початкове навчання та виховання – № 10 – 2016 – С. 64-79.
3. Формування здорового способу життя: Навч. посіб. / О. Яременко та ін. – К.: Укр. Інст. соц. досл., 2000 – 232 с.
4. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Ч.1. / Б.М.Шиян. - Т.: Навчальна книга – Богдан, 2001. - 272 с.
5. Эйдельман Л. Педагогический опыт применения танцевального искусства в оздоровлении детей / Л. Эйдельман // Адаптивная физическая культура – № 1 – 2014 – С. 33-35.

Стаття надійшла до редакції 01.02.2018 р.

**Сергєєва Т.П.,  
Кананихіна О.М.,**

**Sergeeva T.P.,  
Kananykhina E.N.**

### **THE FORMATION OF VALUABLE ATTITUDE TO VITAL HEALTH OF THE FUTURE SPECIALISTS IN FOOD INDUSTRY**

*The approach of the future specialists of food industry to their health has been considered in the article; the real condition of the physical health level has been ascertained; the causes of going in for sport and physical training as prospective regulators of their social and professional activities, have been determined.*

**Key words:** *physical health, causes, value approach to one`s health, physical culture.*

### **ФОРМУВАННЯ У МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ХАРЧОВОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ ЦІННОСТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я**





*У статті розглянуто ставлення майбутніх фахівців харчової промисловості до здоров'я; визначено реальне становище рівня соматичного (фізичного) здоров'я; встановлені мотиви занять фізичною культурою та спортом, як перспективних регуляторів їхньої соціальної та професійної активності.*

**Ключові слова:** фізичне здоров'я, мотиви, ціннісне ставлення до здоров'я, фізична культура.

**Постановка проблеми та її актуальність.** Проблема формування, зміцнення та збереження здоров'я в широкому розумінні на особистісному та суспільному рівнях у наш час набула загальнопланетарного значення й розглядається як така, що кардинально змінює подальший розвиток людини. Життя та здоров'я людини виступають найвищою цінністю й одним з головних показників цивілізованості суспільства.

Під час навчання у вищому навчальному закладі в студентів формується інша активна життєва позиція, ніж у шкільні роки, і вони по-іншому оцінюють свої можливості. Їхня свідомість досягає рівня, при якому виникає потяг до самоосвіти, самовиховання, самовдосконалення, що в кінцевому рахунку призводить до розуміння здоров'я як цінності й виникнення почуття відповідальності за його стан. Разом з тим, система стійких переконань притаманна не всім студентам, деякі з них не можуть самостійно визначитися у виборі своєї позиції щодо здоров'я як життєвої цінності.

За останніми науковими даними, до 90 % студентів мають серйозні відхилення в стані здоров'я, 50 % і більше знаходяться на диспансерному обліку, кожний 5-й студент (на гуманітарних факультетах – кожний 3-й, а іноді навіть 2-й) віднесений до підготовчої та спеціальної медичної групи або звільнений за станом здоров'я від фізичних навантажень; рівень більше ніж

50 % молодих людей, які навчаються у вищих навчальних закладах нашої країни, не відповідає навіть середньому рівню державного стандарту фізичної підготовленості, що гарантує стабільне здоров'я. Таке становище пов'язується з тим, що для сучасної молоді підвищення рівня свого здоров'я не набуває першочергового значення. При цьому вона не має й необхідних знань, життєвого досвіду, що дозволили б їй зберегти свою особистість, засвоїти оптимальні норми життя, засновані на розумінні здоров'я як найбільшої цінності.

Нормативними для навчальних закладів різного рівня стають курси валеології, санітарно - гігієнічного просвітництва, створюються екологічні центри для роботи з молоддю, зростає кількість наукових досліджень з проблеми формування у студентів ставлення до здоров'я, як до життєвої цінності [3;4].

Серед технічних спеціальностей у вищих навчальних закладах є такі, які висувають особливі специфічні вимоги до функціональних, рухових і психологічних можливостей фахівців. Для успішної роботи в цих умовах в професійній підготовці майбутніх фахівців харчової промисловості необхідно цілеспрямовано формувати ціннісне ставлення до здоров'я. Організаційно – методичними формами рішення оздоровчих задач, зокрема у вузах технічного профілю покладають переважно на кафедри фізичного виховання. Аналіз діючих у вищих технічних закладах учбових планів та програми з фізичного виховання доводить, що зростання об'єктивної потреби суспільства у формуванні фізичного здорового активного покоління майбутніх працівників не в значній мірі знайшло у них своє відображення. Порівняно з іншими учбовими дисциплінами на предмет "Фізичне виховання" відводиться найменша кількість навчальних годин, тому формування ціннісного ставлення до



здоров'я у структурі професійної підготовки залишається досить низьким. Тому основним фактором орієнтації молоді на підтримку здорового способу життя є формування відповідних аксіологічних основ, актуалізація окремих ціннісних складових. Успіх будь-якої програми буде досягнуто лише тоді, коли зовнішні стимули перейдуть у внутрішню мотивацію, тобто буде сформовано ціннісне ставлення до відповідних явищ та подій. В той же час проблема формування ціннісного ставлення майбутніх фахівців харчової промисловості до здоров'я, а отже, і до значущого компонента освітньо - кваліфікаційної характеристики спеціальності у структурі професійної підготовки розроблена недостатньо.

Питанням формування ціннісного ставлення учнівської та студентської молоді до свого здоров'я присвячені дисертаційні дослідження Т. Белінської, Т. Вершиніної. Окремі аспекти цієї проблеми були предметом наукових досліджень В. Горащука, М. Гриньової, В. Бабича, Ю. Драгнева, Г. Кривошеєвої, С. Лебедченко, М. Литвинової, Л. Овчиннікової та ін.

Педагогічний аспект ціннісного ставлення до здоров'я репрезентовано в працях В. Андреєва, І. Борзенка, О. Васильєва, О. Дубогай, Л. Жаліло, І. Журавльова, Г. Зайцева, С. Кириленко, М. Куїнджи, В. Кукушкіна, А. Маслоу, М. Никандрова, В. Оржеховської, Л. Татарнікової та ін.

Різні аспекти збереження здоров'я, здоров'язберігаючих технологій та формування культури здорового способу життя досліджували різні науковці: В. Бабаліч (формування у студентів-медиків готовності до реалізації ідей здорового способу життя у майбутній професійній діяльності), Н.Башавець (формування світоглядної культури здоров'язбереження), Л. Безугла (організація самостійної роботи з формування культури здоров'я), С.Грімблат (здоров'язберігаючі технології), Л.Сущенко (соціальна технологія культивування здорового способу життя) тощо.

Вчені підкреслюють, що зберегти високий рівень здоров'я молоді допоможе впровадження нових оздоровчих технологій, орієнтованих на його зміцнення. Разом з тим жодне відомство, жоден заклад у державі неспроможний самостійно вирішити відповідне завдання, якщо не буде сформоване ціннісне ставлення до здоров'я і у громадян. "Схилити ж громадську свідомість до здоров'я вкрай складно. Не можна змусити людину берегти та зміцнювати своє здоров'я - потрібно створити умови, щоб вона сама захотіла про них дбати" [7].

Протягом тривалого часу проводяться соціологічні опитування щодо ціннісних орієнтацій студентської молоді на здоровий спосіб життя, зокрема у наукових дослідженнях таких авторів, як Кривошеєва Г.Л., Пивень М.І., Стасюк Р., Антонова Н.О., Смакула О.І., Воронін Д.Є. та інших. Аналіз наукової літератури дає уявлення про сучасний рівень розробленості проблеми як у цілому так і окремих її аспектах. Це обумовило вибір теми статті "Формування ціннісного ставлення до свого здоров'я – шлях до підвищення фізичного здоров'я майбутніх фахівців харчової промисловості".

#### **Формулювання цілей роботи.**

Метою статті є виявлення сукупності умов, які сприятимуть формуванню у майбутніх фахівців харчової промисловості ціннісного ставлення до здоров'я у процесі професійної підготовки.

Відповідно до мети визначені такі завдання:

- виявлення реального становища рівня фізичного (соматичного) здоров'я студентів та їх ставлень до фізичної культури;
- вивчення ступеню вивченості проблеми формування мотиваційних основ, щодо ціннісного ставлення до здоров'я майбутніх фахівців харчової промисловості.



**Методи та організація досліджень.** Дослідно-експериментальна робота здійснювалася на базі Одеської національної академії харчових технологій. Дослідження по визначенню стану здоров'я проводились впродовж двох років серед студентів факультетів: економіки та бізнесу, технології та безпеки м'ясних та молочних продуктів, інноваційних технологій харчування та ресторанної справи, менеджменту та маркетингу, технології хлібопродуктів та кондитерських виробництв. У дослідженні взяли участь 778 студентів I-х курсів, які за станом здоров'я віднесені до основної медичної групи.

Ставлення студентів до фізичної культури визначали за методом соціологічного опитування. Спеціально розроблені анкети включали перелік питань, спрямованих на ставлення до фізичної культури і спорту, раціонального харчування, відпочинку, режиму дня, виявлення шкідливих звичок та інші.

Визначення рівня фізичного (соматичного) здоров'я студентів здійснювалось на основі експрес-оцінки рівня фізичного (соматичного) здоров'я у чоловіків та жінок (по Г.Л. Апанасенко, Науменко, 1988 р.).

Визначалися п'ять рівнів стану фізичного здоров'я – високий, вище середнього, середній, нижче середнього, низький. При цьому в розрахунок брали наступні показники: ваго-ростовий індекс, дихальний індекс, тест Робінсона, силовий індекс, час відновлення пульсу після фізичного навантаження (20 присідань за 30 секунд) та протягом 3-х хвилин.

**Результати дослідження.** Аналіз анкетних даних першокурсників виявив, що 21,4 відсотки, тобто кожен п'ятий майбутній фахівець - харчовик має звичку до тютюнопаління. Переважаюча більшість опитаних цілком справедливо вважають, що паління є причиною виникнення ряду захворювань серцево-судинної системи (65%) і органів дихання (81%). Дуже великий відсоток студентів вживають алкогольні напої (72,5 % юнаків та 51,6 % дівчат). Найпопулярнішим серед студентів є пиво. Його вживають 55,8 % юнаків та 51,2 % дівчат. 73,1 % опитаних студентів відмічали втому наприкінці робочої доби, 29,6 % скаржилися на загальну втому, 30,6 % - на зниження уваги.

Обробка результатів опитування показала, що регулярно займаються фізичною культурою та спортом лише 19,7 % (10,8 % дівчат, 27,2 % юнаків), а взагалі не займаються 79,8 % (87,2 % дівчат і 73,8 % юнаків).

За даними анкетування, лише 44,2 % студентів вказали, що займаються фізичною культурою і спортом з метою оздоровлення, з лікувальними цілями - 10,2 % студентів, лікувальною гімнастикою - 3,7 % опитаних.

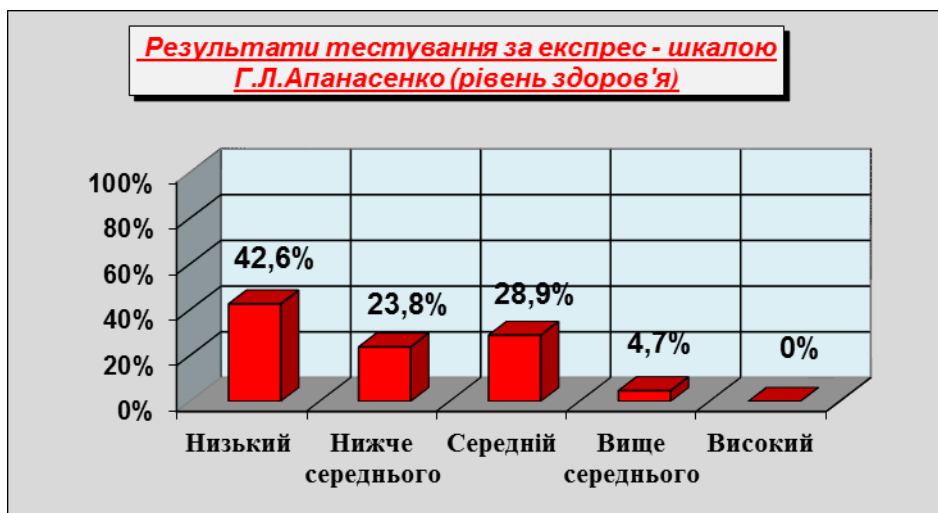
Про недостатньо ефективну побудову занять з фізичного виховання свідчать відповіді студентів. Зокрема, їх не задовольняє спрямованість занять (29 %), зміст занять (31 %), недостатнє або надмірне навантаження (16 %), відсутність музичного супроводу (11 %) та інше.

В цілому можна зробити висновок, що навіть за сприятливих об'єктивних умов студенти не завжди приймають фізичну культуру як значущу складову своєї життєдіяльності, перекриваючи дефіцит вільного часу значною мірою за рахунок відмови від фізичної активності.

В останні десятиліття в спеціальній літературі запропонований термін «фізичне здоров'я», який визначається як динамічний стан, що характеризується резервом функцій органів та систем організму і являється основою для виконання індивідом своїх біологічних та соціальних функцій. Рівень фізичного стану відповідає певному рівню фізичного здоров'я, який можна оцінити за допомогою діагностичної експрес-системи Г.Л. Апанасенко, що включає комплекс антропометричних та



функціональних показників. Залежно від величини кожного показника нараховується певна сума балів (від 2 до +7). Рівень здоров'я оцінюється за сумою балів усіх показників. Кожен з 5-ти рівнів фізичного здоров'я забезпечується відповідним рівнем функціонування органів та систем [Апанасенко Г.Л. 1992, Апанасенко Г.Л., Волгина Л.Н., Бушуєв Ю.В. 2002, Круцевич Т.Ю. 1999, Круцевич Т.Ю. 2003].



**Рис. 1.** Рівень фізичного здоров'я студентів за експрес-шкалою Г.Л. Апанасенко

За експрес-шкалою Г.Л. Апанасенко 42,6 % студентів I курсу мають низький рівень здоров'я, 23,8 % студентів – нижче середнього, 28,9 % студентів – середній. Лише у 4,7 % студентів I курсу – рівень здоров'я вищий за середній. Високий рівень здоров'я у студентів не простежувався. 66,4% першокурсників, рівень здоров'я яких низький та нижче середнього вже мають хронічні захворювання, тому потребують особливої уваги. (Рис.1)

Результати тестування та соціологічне опитування показали, що на першому курсі у студентів не сформована стійка установка до здорового способу життя, недостатній набір знань, умінь і навичок, які б давали змогу особистості ефективно діяти або виконувати певні функції зі зміцнення здоров'я. Студенти не вміють встановлювати зв'язки між знаннями з проблем здоров'я та власним способом життя, що не сприяє ефективному підвищенню рівня фізичного здоров'я.

Ціннісне ставлення майбутніх фахівців харчової промисловості до свого здоров'я – це складне особистісне новоутворення, що характеризується сформованістю знань і уявлень про здоров'я як цінність, позитивною активністю щодо ведення здорового способу життя, усвідомленістю ставлення до здоров'я, сформованістю вмінь та навичок зміцнення й збереження здоров'я.

Для визначення відношення студентів – майбутніх фахівців харчової промисловості до здоров'я, як до життєвої цінності був запропонований анкетний опит, в якому на кожне питання анкети приводилося від 4 до 10 варіантів відповіді, в діапазоні від правильного, який відповідає сучасним науковим вимогам, до невірної відповіді. Визначене, таким чином, відношення до здоров'я кожного студента оцінювалося залежно від правильної відповіді за 5-ти бальною шкалою.

Були розраховані середня оцінка ціннісного відношення до здоров'я, а також коефіцієнт кореляції між рівнем фізичної активності і знаннями про здоровий спосіб життя.





Тільки 13,9 % студентів (з 778) вважали здоров'я найголовнішою цінністю в житті й ставили його на перше місце, 15,3 % студентів вважали себе здоровими та вели здоровий спосіб життя. Переважав низький рівень (70,8 %) знань про здоров'я та застосування основних оздоровчих систем у вільний час.

Виявилася диспропорція у визначенні впливу головних чинників на здоровий спосіб життя, лише 64,2 % студентів – харчовиків змогли правильно визначити ступінь впливу чинників.

Турботою про фізичне здоров'я студентів займається кафедра фізичного виховання, де основний акцент робиться, як стверджує Г.І. Круковський, "на вирішення завдань загальної фізичної і спортивної підготовки" [6]. Внаслідок цього студентам важно усвідомити функціональний вплив відповідальних занять на їх особистісний і професійний розвиток. Тому сьогодні актуальним завданням професійної підготовки майбутніх фахівців харчової промисловості є формування у студентів ціннісного ставлення до здоров'я, не тільки засобами фізичного виховання, але і використання засобів та форм спеціальних предметів, які формують особистість спеціаліста та професійну компетентність. Лише в цьому випадку професійна підготовка буде охоплювати весь спектр потенційних можливостей направлених на формування цінностей здоров'я особистості.

Вирішення цього завдання в свою чергу вимагає дослідження тих чинників, які визначають ставлення майбутніх фахівців харчової промисловості до цінностей здоров'я, виявлення тих детермінант, що обумовлюють їх ставлення до фізичного виховання та культури здоров'я, в їх особистісному, соціальному і професійному ракурсі. Аналіз мотивів занять фізичною культурою і спортом дозволяє зробити висновок про те, що зв'язок між структурними компонентами мотиваційної основи носить складну неоднозначну залежність.

Суть цієї залежності може бути виражена в наступних характеристиках:

- у багатьох студентів – харчовиків заняття фізичною культурою обумовлюють не тільки бути здоровим і фізично розвиненим, скільки бажання отримати заліку при мінімальних фізичних зусиллях;
- у більшості студентів – майбутніх фахівців харчової промисловості низький рівень знань з специфічних вимог до рухових та психологічних можливостей, які висуваються до фахівців харчової промисловості в умовах виробництва;
- студенти більшою мірою не розуміють ролі здоров'я, як щонайвищої цінності життя в долі кожної окремої людини. І як наслідок, часто ігнорують заходи, засоби, форми і способи фізичної культури, які виконують визначальну роль для підтримки і зміцнення здоров'я;
- у студентів не сформована стійка установка до здорового способу життя, недостатній набір знань, умінь і навичок, які б давали змогу особистості ефективно діяти або виконувати певні функції зі зміцнення здоров'я.

**Висновки.** Результати тестування та соціологічне опитування показали, що на першому курсі у студентів рівень фізичного здоров'я дуже низький. Перший рік навчання студентів супроводжується певними порушеннями в психологічній сфері, які пов'язані зі зламом попереднього стереотипу компенсаторно-приспосувальних механізмів організму, що призводить до суттєвого погіршення здоров'я, схильності до шкідливих звичок.

Результати дослідження і подальший їх аналіз дозволив дійти припущення, що основною причиною недозволеності проблеми формування ціннісного ставлення до здоров'я майбутніх фахівців харчової промисловості, є порушення причинно - слідчих



відносин між мотивами занять фізичною культурою, рівнем здоров'я і системою валеологічних знань.

Вважаємо, що рішенням задач, пов'язаних з формуванням ціннісного відношення до здоров'я майбутніх фахівців харчової промисловості, можливі лише на основі застосування інтеграційних учбових дисциплін, використання засобів та форм предметів, які формують особистість спеціаліста та професійну компетентність. Лише у цьому випадку професійна підготовка буде охоплювати весь спектр потенційних можливостей направлених на формування цінностей здоров'я особистості.

Подальші дослідження передбачається провести у напрямку вивчення та пошуку педагогічних умов, що у своїй сукупності спрямовані на підвищення ефективності формування ціннісного ставлення майбутніх фахівців харчової промисловості до свого здоров'я, а також подальше розширення діагностичної методичної бази дослідження і формування ціннісних основ навчання.

### **Література**

1. Апанасенко, Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека / Г.Л. Апанасенко. – СПб: Петрополис, 1992. – 123с.
2. Апанасенко, Г.Л. Экспрес – скринінг рівня соматичного здоров'я дітей та підлітків: метод. рекомендації / Г.Л. Апанасенко, Л.Н. Волгина, Ю.В. Бушуєв.– К., 2002. – 12 с.
3. Башавець Н. А. Теоретичні основи формування культури здоров'язбереження як світоглядної орієнтації майбутніх фахівців-економістів: [монографія] / Н. А. Башавець. – Одеса : Фенікс, 2011. – 418 с.
4. Носарчук Л.М. Педагогічні умови формування здорового способу життя серед студентів / Л.М. Носарчук // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія "Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт". – Чернігів : Черніг. нац. пед. ун-ту ім. Т. Г. Шевченка, 2011. – Вип. 86. – С.327-330.
5. Раевский Р. Т. Здоровье, здоровый и оздоровительный образ жизни студентов / Р. Раевский, С. Канишевский. – Одесса : Наука и техника, 2008. – 556 с.
6. Руднева, Е.Л. Ценностные ориентации студенческой молодежи / Е.Л. Руднева // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. пр. / ХДАДМ (ХХПІ). – 2002. – №13. – С. 81-87.
7. Соколенко О.І. Формування ціннісного ставлення студентів вищих педагогічних навчальних закладів до свого здоров'я: дис. кандидата пед. наук : 13.00.04 / Соколенко Олена Іванівна. – Луганськ, 2008. – 209с.
8. Теория и методика физического воспитания / под ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: Олимп. лит., 2003. – Т.1. – 424 с.

Стаття надійшла до редакції 13.02.2018 р.





Ребрій. В. ,  
Міхеєнко О. І. ,

Rebrii R. V.  
Mikheienko O. I.

## FORMING MOTIVATION OF HEALTHY LIFESTYLE FOR STUDENTS

*The article deals with the formation of a motivation for a healthy lifestyle as an urgent problem of a modern society, which is increasingly exacerbated and requires urgent resolution. The essence of the influence of lifestyle on the state of physical health on students is revealed.*

**Keywords:** health, students, healthy lifestyle, motivation.

## ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВ

*У статті розглядається формування мотивації здорового способу життя як нагальна проблема сучасного суспільства, яка все більше загострюється і потребує невідкладного вирішення. Розкрито сутність впливу способу життя на стан фізичного здоров'я на студентів.*

**Ключові слова:** здоров'я, студенти, здоровий спосіб життя, мотивація.

**Постановка проблеми.** Усвідомлення того, що на сьогоднішній день здоров'я дітей та молоді є першочерговим показником якісного розвитку населення, підтверджує необхідність активізації здоров'я-спрямованої діяльності у взаємодії освіти і охорони здоров'я. Багато організацій, у тому числі Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО, Міжнародний союз медико-санітарної освіти і зміцнення здоров'я (International Union for Health Promotion and Education, IUHPE), проводячи міжнародні програми у сфері охорони здоров'я, залучають до своєї діяльності [3, с. 7].

За останні двадцять років цими організаціями було здійснено ряд стратегічних ініціатив і програм: в Європі – “Health Promoting Schools” (“Школи сприяння здоров'ю”); в різних країнах світу – “Comprehensive School Health” (“Комплексна програма зміцнення здоров'я школярів”), “Child Friendly Schools” (“Школи, дружньої до дитини”), а також ініціатива FRESH “Focusing Resources on Effective School Health” (“Формування ресурсів для ефективної шкільної охорони здоров'я”). Об'єднуючою основою вказаних стратегій став цілісний підхід до створення в навчальних закладах здоров'я спрямованого освітнього середовища [3, с. 7].

Охорона здоров'я студентів вважається однією з найважливіших соціальних завдань суспільства. Успішна підготовка висококваліфікованих кадрів тісно пов'язана зі зміцненням і охороною здоров'я, підвищенням працездатності студентської підліткової молоді. У сучасних умовах соціальної, економічної і політичної нестабільності нашого суспільства ця група молоді відчуває найбільший негативний вплив навколишнього середовища, оскільки їх статево та фізичне становлення збігається з періодом адаптації до нових, змінених для них умов життя, навчання, високим розумовим навантаженням [1]. З огляду на це актуальною є проблема професійної підготовки майбутніх спеціалістів до реалізації мети щодо збереження, зміцнення здоров'я молоді.

**Мета дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та визначенні мотивації здорового способу життя у студентів першого курсу.



Для досягнення поставленої мети використовувалися такі **методи дослідження**: аналіз науково-методичної літератури, анкетування, педагогічний експеримент.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Наше дослідження вимагає ретельного впровадження існуючих виховних принципів, що визначають стратегію освіти в галузі сприяння здоров'ю, до них входять:

1) принцип рівності (рівноправність щодо забезпечення освітніми та оздоровчими можливостями);

2) принцип систематичності (ефективний результат буде лише при систематичному зусиллі освітньої та оздоровчої діяльності);

3) принцип включення (включення особистості в здоров'я спрямовану діяльність, де кожен студент може реалізувати себе як неповторна особистість);

4) принцип відповідності віковим та фізичним можливостям;

5) принцип демократичності (усунення авторитарного стилю виховання, сприйняття особистості вихованця як вищої соціальної цінності, визнання її права на свободу, на розвиток здібностей і вияв індивідуальності);

6) принцип цілісності (цілісний розвиток стратегії фізичного і соціального середовища життєдіяльності в вишах, розвиток життєвих компетенцій, ефективна взаємодія з сім'єю та громадськістю, створення ефективної медичної допомоги);

7) принцип активності (спрямований на підвищення активності та творчої ініціативи учнів в питаннях здоров'я; розвиток навичок позитивного мислення, що є передумовою для ефективної здоров'я збережувальної діяльності);

8) принцип між секторальної взаємодії (об'єднання в інтересах студентів ресурсів і дій державного, громадського і бізнесового секторів шляхом взаємного інформування, навчання, взаємодопомоги тощо);

9) принцип оптимізації виховного процесу (полягає у продуманому виборі змісту, методів, форм і прийомів виховного впливу, що базуються на ефективній практиці і дослідженнях в області здоров'я збережувальної діяльності);

10) принцип соціального партнерства (активна співпраця з місцевим співтовариством щодо питань здоров'я збереження) [3].

Згідно з даними науково-методичної літератури, у студентів першокурсників ще не повністю завершений фізичний розвиток. У 25 % хлопців і 10% дівчат у віці 18 років не завершений ріст тіла у довжину; наростання маси тіла і м'язової сили у більшості студентів завершується до 19-20 років. Багато студентів 60% живуть у гуртожитку окремо від сім'ї, що вимагає від них підвищеної адаптації до навчання та проживання самостійно [5].

Студенти першокурсники не лише адаптується до нових умов навчання, але ще й повинні виконувати обсяг навчальної та суспільно-виробничої роботи. Адаптація першокурсників є найбільш важкою, оскільки студенти під час складання екзаменів, що передують вступу до ВНЗ знаходяться в стресовому стані і фактично починають навчання без належного повноцінного відпочинку.

Як свідчить аналіз наукових досліджень в означеній галузі, здоров'я є показником цивілізованості країни. Здоров'я саме студентів особливо важливе, тоді як за оцінками спеціалістів, приблизно 75% хвороб у дорослих є наслідком умов життя дитинства та молодості [5]. Однак студенти, як правило, не цінують своє здоров'я як капітал, який потрібно зберігати і примножувати. У результаті тривалість життя населення зменшується, а захворюваність зростає [4; 5; 6].

У контексті нашого дослідження ми запропонували анкети для визначення життєвих пріоритетів (серед яких виокремили навчання, сім'я, робота, здоров'я,



дружба, спорт, стипендія тощо; анкета готовності до здорового способу життя; самооцінка особистості; адаптація до навчання). Вирішення поставлених експериментальних завдань здійснювалося на базі Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка. У дослідженні брали участь 48 студентів 17–18 років.

За результатами дослідження встановлено, що опитані студенти перш за все цінують сім'ю (53% респондентів), на другому місці – стипендія (24% респондентів), потім дружба (16% респондентів) і лише 4% респондентів віддали пріоритет збереженню здоров'я.

Особливо слід відзначити високий рівень обмежень по соціальної активності та діяльності в соціальному житті (рідкісні зустрічі з друзями і знайомими через велику зайнятість і роз'єднання в зв'язку з переходом до нової школи). На рівні 60% відзначені обмеження у функціонуванні психічного здоров'я у виконанні звичайних дій, що призвело до відносно низькою оцінкою психічного здоров'я (почуття внутрішнього неспокою відзначили близько половини респондентів).

Визнання студента суб'єктом навчальної діяльності дало змогу здійснити відбір засобів, що визначають тактику формування здорового способу життя майбутніх спеціалістів у процесі вивчення різних дисциплін, а саме: 1) організація навчально-виховного процесу (на адміністративному й навчальному рівнях), яка стимулює студентів до раціоналізації життєдіяльності; 2) використання множинних міжпредметних (по вертикалі і горизонталі навчальних курсів) і міжпредметних зв'язків; 3) застосування навчально-методичних комплектів (посібник, практикум, зошит для тематичного контролю знань тощо), оскільки вони інтегрують засоби навчання; 4) організація педагогічного спілкування із застосуванням інтерактивних методів навчання (бесіда, діалог, дискусія, «мозковий штурм», імітаційні та рольові ігри, тренінги, вправи, виконання навчальних проектів тощо); 7) включення у практичну частину занять вправ для формування техніки корекційно-оздоровчої роботи [1; 3; 5].

**Висновки.** За результатами дослідження можна стверджувати, що пріоритетними напрямками для студентів першого курсу є сім'я та отримання стипендії. Це свідчить про те, що студенти першого курсу найбільше покладаються на своїх батьків, як і в фінансовій сфері так і в дружніх відносинах. Втім, не знецінюється й роль стосунків з протилежною статтю. Також підтвердилися твердження П. Драгой щодо життєвих стратегій учнівської молоді та ціннісного компонента: в побудові плану свого життя молодь найчастіше орієнтується на такі цілі, як особистісне зростання, кар'єрні досягнення тощо [2, с. 107]. В нашому випадку – це бажання отримання стипендії. На останньому місці ми виявили таку цінність у студентів першого курсу як збереження та зміцнення здоров'я. Отже, студенти часто не підготовлені до реалізації суспільно важливого завдання виховання здорового покоління, не здатні організувати навчально-виховний процес на основі здоров'язберігаючих освітніх технологій, недостатньо дбають про своє здоров'я і не дотримуються здорового способу життя.

#### Література:

1. Андрущенко В.П. Роздуми про освіту: Статті. Нариси, Інтерв'ю. – К.: Знання України, 2005. –738 с.
2. Драгой П. І. Ієрархія життєвих цінностей та стратегій сучасної української молоді / П.І. Драгой // Грані, 2014. – 4. – С. 103–108.



3. Єжова О. О. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: теорія і практика: монографія / Єжова О. О., Бєсєдіна А.А., Берєжна Т.І.; за заг. ред. О.О.Єжової. – Суми : Сумський державний університет, 2016. – 288 с.

4. Дубасенюк О.А. Теорія і практика професійної виховної діяльності педагога: Монографія Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2005, – 367 с.

5. Качан, В.И. Формирование здорового образа жизни – основа физического и духовного оздоровления нации / В.И. Качан // Организация здорового образа жизни в зависимости от профессиональной деятельности: тез. докл. респ. науч.-практ. конф., Минск, 27 мая 2009г. – Минск: Акад. МВД Респ. Беларусь, 2009. – С. 43–45.

6. Круцевич Т. Ю. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків та молоді / Т. Ю. Круцевич, М. І. Воробйов, Г. В. Безверхня. – К. : Олімпійська л-ра, 2011. – 224 с.

Стаття надійшла до редакції 19.02.2018 р.



### РОЗДІЛ 3

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

Гончаренко М.С.,  
Камнєва Т.П.,  
Чикало Т. М.  
Богомаз Т.О .

Goncharenko M.,  
Kamneva T.,  
Bogomaz T.,  
Chikalo T.O.

### CREATING A HEALTH SAFETY COMPONENT AT THE PRIMARY SCHOOL LESSONS

*The article presents the study results of valeological unloading (activity breaks) for primary school children and thier health state changing.*

**Key words:** valeological unloading, energy-information component of health, energy center, activity breaks.

### СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПІД ЧАС УРОКІВ У МОЛОДШІЙ ШКОЛІ

*У статті приводяться результати дослідження впливу валеорозвантажування (фізкультхвилинок) на стан здоров'я учнів молодших класів*

**Ключові слова:** валеорозвантажування, енергоінформаційна складова здоров'я енергетичний центр.

Стан здоров'я людини закладається у дитинстві. Частину дитинства ми проводимо у школі. Як доказано у останніх дослідженнях і публікаціях, існує досить важлива **проблема**: сучасні школярі мають стан здоров'я після закінчення школи гірший, ніж був до вступу у школу. Це наводить на думку про те, що є нагальна необхідність впроваджувати здоров'язбережувальні заходи у процес навчання і бажано, щоб вони були постійними, регулярними. Тому надзвичайно актуальним є вивчення впливу на стан здоров'я учнів шкільного навантаження, а також пошуки здоров'язбережувальних технологій навчання. В Україні створена «мережа шкіл сприяння здоров'ю», де застосовуються методи викладання, які спрямовані на зміцнення, збереження і формування здоров'я.

Одна з таких методик, яка є **об'єктом дослідження**, заключається у тому, що під час уроку проводиться валеорозвантажування або фізкультурна хвилинка. Пояснення важливості й ефективності короткої рухової активності дітей під час уроку у наступному. Дітям молодшого шкільного віку важко висидіти весь урок, для їх розвитку необхідний рух. Тому перерва на рухову активність посеред уроку буде сприяти відновленню кровообігу і підвищенню активності дітей на уроці. Крім того, відомо що увага дитини падає і якість запам'ятовування знижується через 15-20 хвилин уроку. Коротка пауза під час уроку відновлює зацікавленість і покращує сприйняття матеріалу дітьми. Деякі вчителі під час виконання дітьми фізичних вправ чи самомасажу включають музику або супроводжують рухи віршиками, створюють невимушену, веселу атмосферу. До того ж, як правило, дітям це подобаються, у них покращується настрій, зменшується напруженість, зменшується розумова втома. Витрати часу уроку на валеорозвантаження сторицею компенсуються підвищенням





продуктивності сприйняття матеріалу, а покращення стану здоров'я дітей – дуже важливий чинник для збереження здоров'я нації.

З метою визначення впливу валеорозвантаження під час уроку на енергетичні ресурси організму школярів було проведено дослідження у другому класі школи сприяння здоров'ю до та після уроку.

Згідно з літературними даними та сучасними науковими дослідженнями стан здоров'я людини визначається гармонічною взаємодією фізичної, енергоінформаційної та духовної складових [1, 3]. Інтегральними показниками стану здоров'я, які поєднують фізичну й тонкопольову (енергоінформаційну) складову є показники, одержані **методом** скринингової енергоінформаційної адаптометрії голографічної матриці людини (САМ) [1].

Метод САМ полягає у комп'ютерній обробці результатів вимірювання потенціалу біологічно активних точок на кистях рук за допомогою приладу Р.Фолля з метою визначення параметрів енергоінформаційної складової організму на момент вимірів.

Запропонований нами **метод** математичної обробки результатів [4, 8] дає змогу визначити тенденції та достовірність змін, які відбуваються в організмі під впливом різних факторів, в тому числі й виявляти вплив навантаження на енергетичну систему учнів під час навчання. Метод дозволяє визначити енергетичний баланс організму на момент вимірів (РА), що характеризує рівень енергетичних ресурсів та адаптаційні можливості організму. Також визначається наявність порушення симетрії та наявність дефіциту енергії на рівні семи енергетичних центрів, що відповідають за роботу цілих систем організму. Наявність дефіциту або перекосу енергії в певній зоні тіла може призвести до порушень стану здоров'я або може свідчити про схильність організму до певних порушень.

Як відомо з літературних даних [1, 3 та інш.] існує 7 основних енергетичних центрів, які розміщені вздовж лінії хребта людини, що регулюють енергетичні процеси організму. Їх нумерація починається з нижнього (куприкового) енергетичного центру. Другий центр пов'язаний зі станом сечостатевої системи, третій центр відповідає за систему травлення, четвертий – серцевий, п'ятий – горловий центр, шостий знаходиться у центрі голови, а сьомий – на маківці голови.

Після вимірів показників енергоінформаційної складової здоров'я школярів до й після уроку був проведений математичний аналіз результатів вимірів аури та проаналізована достовірність зміни їх величин під час уроку. Результати зведено в табл. 1, де:

$M \pm m$  — середнє значення параметру  $\pm$  стандартне відхилення від середнього;

N — кількість обстежених;

p — значимість відмінності від середніх значень по непараметричному критерію Вілкоксона. При  $p \leq 0,05$  прийнято, що є статично значима відмінність значень параметрів у групі після впливу у порівнянні зі значеннями параметрів групи до впливу. Знаком \* позначені значимі (достовірні) відмінності параметрів;

РА – інтегральний показник рівня енергетичних ресурсів та адаптаційних можливостей організму.

Як видно з табл. 1, значення параметру РА, який характеризує рівень енергетичних ресурсів організму та адаптаційні можливості організму на момент вимірів після уроку у дітей має незначне недостовірне зменшення енергопотенціалу.



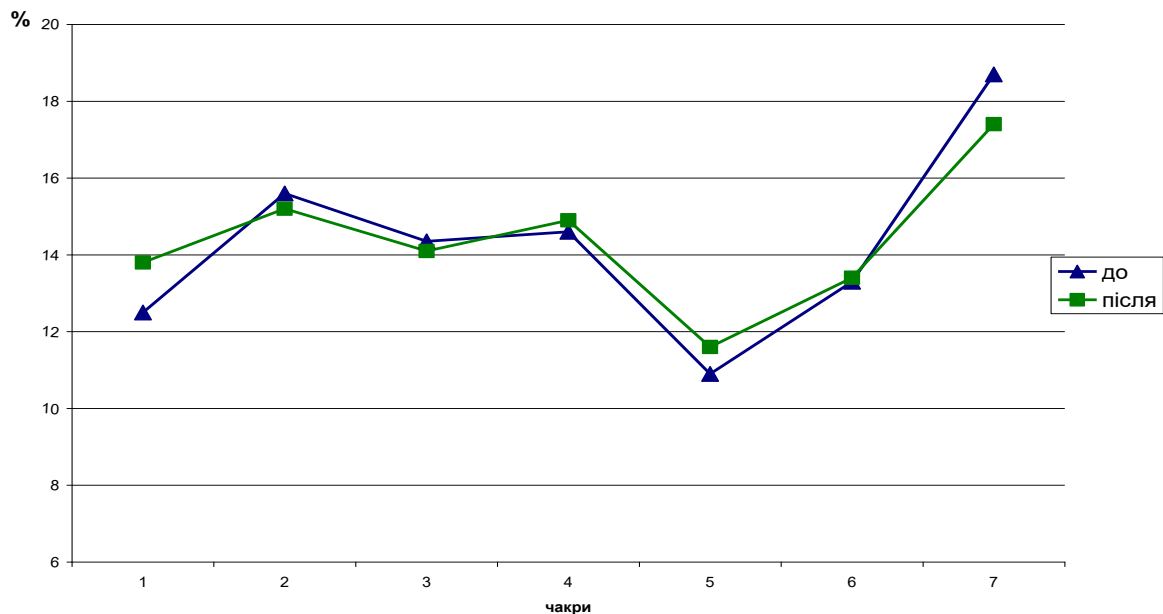


Таблиця 1.

**Результати попарного порівняння параметрів аури учнів до й після уроків (N=19)**

	до M ± m	після M ± m	p
РА, відн. од.	1 298,47 ± 39,44	1 249,74 ± 54,59	0,23
Енерг. центр 1, %	<b>12,52 ± 0,4405</b>	13,83 ± 0,6511	<b>0,04*</b>
Енерг. центр 2, %	15,59 ± 0,3957	15,22 ± 0,6182	0,66
Енерг. центр 3, %	14,35 ± 0,4138	14,11 ± 0,4379	0,55
Енерг. центр 4, %	14,57 ± 0,5856	14,94 ± 0,4596	0,63
Енерг. центр 5, %	<b>10,95 ± 0,4492</b>	<b>11,06 ± 0,5041</b>	0,78
Енерг. центр 6, %	13,34 ± 0,4874	13,43 ± 0,4451	0,40
Енерг. центр 7, %	18,68 ± 0,394	17,39 ± 0,4418	<b>0,00*</b>
Передній %	59,23 ± 1,795	58,37 ± 1,791	0,57
Задній %	40,77 ± 1,795	41,63 ± 1,791	
Правий %	48,45 ± 0,7941	49,19 ± 1,359	0,49
Лівий %	51,55 ± 0,7941	50,81 ± 1,359	

У табл. 1 приводяться результати обчислення розподілу енергії по енергетичним центрам у процентах, значення менше 13 % вважаємо ознакою енергодефіциту енергетичного центру.



**Рис. 1.** Вплив уроку на зміни розподілу енергії по енергетичним центрам

Як впливає з середніх по групі значень розподілу енергії по енергетичним центрам, (табл. 1 та рис. 1), до уроку у стані енергодефіциту перебуває перший — нижній або куприковий енергетичний центр, який відповідає за функції виживання, за енергію, що використовується в процесах будівництва організму, за стійкість людини, за стан опорно-рухового апарату. На емоційному плані цей центр відповідає за емоцію страху.

Фактично у 12 учнів з 19 учнів до уроку у стані енергодефіциту перебуває перший енергетичний центр (63,2 %), а після уроку стан енергодефіциту



залишається у 8 учнів (42,1%), а середні значення параметрів процентного наповнення першої чакри після уроку достовірно нормалізуються. Цьому сприяють проведені розвантажувальні хвилини під час уроку.

На рис. 1 приведено графік зміни середніх значень розподілу енергії по енергетичним центрам до та після уроку.

Аналіз стану розподілу енергії на рівні 7 основних енергетичних центрів показує, що найбільш проблемним в учнів 2 класу є горловий (п'ятий) центр, що відповідає за стан горла, щитоподібної та паращитоподібної залоз, за емоційний стан та комунікаційні здібності людини. Також його стан пов'язаний з екологічним станом довкілля. Стан енергодефіциту центру свідчить про схильність організму до певних захворювань. У 15 учнів з 19 горловий центр знаходиться у стані енергодефіциту (78,9 %) до і після уроку. Як видно з графіку рис. 1, після проведеного уроку з розвантажувальними хвилинками, спостерігається тенденція до нормалізації середнього значення наповнення горлового енергетичного центру, що свідчить про зменшення схильності учнів до певних захворювань, а також про покращення емоційного стану школярів.

Достовірно нормалізується стан сьомого енергетичного центру, що розташований на маківці голови. Енергія цього центру впливає на координацію життєвих процесів, на здібність до навчання, відповідає за психічне здоров'я.

В цілому, як видно з графіка рис. 1, урок, проведений з валеорозвантажувальною хвилиною, сприяє більш гармонійному розподілу енергії на рівні 7 енергетичних центрів.

Симетрія енергоінформаційної складової здоров'я по вертикальній осі визначається по співвідношенню процентного значення передньої/задньої частин та правої/лівої частин тіла.

Особливу увагу треба звернути на асиметрію будови енергоінформаційної складової здоров'я по осі передня/задня частини тіла, що свідчить про дефіцит енергії з боку хребта, який проявився у 15 учнів з 19 (78,9 %). Це дуже тривожний симптом, адже це свідчить про наявність чи схильність до сколіозів, до проблем опорно-рухового апарату дітей. Від стану хребта залежить загальний рівень здоров'я організму. Після уроку кількість енергодефіциту зменшується до 13 (68,4 %). Середні значення симетрії, як видно з табл. 1, після уроку змінюються у бік нормалізації.

Підтвердженням необхідності заходів щодо оздоровлення опорно-рухового апарату дітей є описаний вище стан енергодефіциту першого — куприкового енергетичного центру, який відповідає за функції виживання, за енергію, що використовується в процесах будівництва організму, за стан опорно-рухового апарату людини.

Нашими дослідженнями встановлено, що у 2 класі стан енергодефіциту хребта виявляється у 78,9% дітей, а в 10 класі - кількість станів енергодефіциту хребта спостерігається у 92,3% старшокласників. Тобто, стан хребта школярів з часом перебування у школі значно погіршується. Це тривожний симптом, який свідчить про збільшення схильності до патологій опорно-рухового апарату школярів і про ослаблення їх здоров'я. Проведені в шкільному віці заходи щодо корекції і зміцнення опорно-рухового апарату можуть допомогти дітям у зміцненні здоров'я.

Тобто, проблемний стан опорно-рухового апарату дітей є причиною порушень стану здоров'я у широкому діапазоні, адже різні відділи хребта відповідають за функціонування певних систем і органів. Від стану хребта залежить загальний рівень здоров'я організму.



**Висновки.** Проведені дослідження виявили, що у дітей молодшого шкільного віку середній рівень енергоресурсів нижче норми і наявні порушення енергообміну, які свідчать про схильність організму дітей до певних порушень стану здоров'я.

Найбільш проблемним (у стані енергодефіциту) у обстежених учнів є горловий центр, що відповідає за стан дихальної системи, щитоподібної та паращитоподібної залоз, за емоційний стан та комунікаційні здібності людини.

Проведення уроку з валеорозвантаженням – короткими паузами посеред уроку, коли діти встають зі своїх місць і мають змогу порухатись, виконати нескладні фізкультурні вправи чи елементи самомасажу, сприяє покращенню емоційного стану школярів, а також покращенню стану здоров'я учнів, про що свідчить тенденція до зменшення стану енергодефіциту горлового енергетичного центру, що характеризує зменшення схильності учнів до певних захворювань.

До уроку у стані енергодефіциту перебуває перший — нижній або куприковий енергетичний центр, який відповідає за функції виживання, за енергію, що використовується в процесах будівництва організму, за стійкість людини, за стан опорно-рухового апарату. На емоційному плані цей центр відповідає за емоцію страху. Після уроку з фізкультхвилиною стан куприкового енергетичного центру достовірно покращується. Це підтверджує ефективність короткої рухової активності під час уроку, особливо це важливо для дітей молодшого шкільного віку, яким важко висидіти весь урок. Підтвердженням позитивного впливу на стан опорно-рухового апарату є показник, який свідчить про покращення енергетичного стану хребта. Оскільки від стану хребта як основи і опори нашого тіла залежить стан організму, то можна стверджувати про позитивний вплив на здоров'я дітей в цілому.

На емоційному плані про зменшення рівня негативних емоцій свідчать достовірна нормалізація стану куприкового центру і тенденція до зменшення стану енергодефіциту горлового енергетичного центру.

Гіпотеза про те, що перерва на рухову активність посеред уроку сприяє відновленню кровообігу і підвищенню активності дітей на уроці, підтверджується достовірною нормалізацією стану сьомого енергетичного центру, що розташований на маківці голови. Енергія цього центру впливає на координацію життєвих процесів, на здібність до навчання, пам'ять, відповідає за психічне здоров'я.

В цілому, урок, проведений з валеорозвантажувальною хвилиною, сприяє більш гармонійному розподілу енергії на рівні 7 енергетичних центрів. При цьому відновлюється зацікавленість і покращується сприйняття матеріалу дітьми, покращується настрій, зменшується напруженість і емоція страху, зменшується розумова втома. Витрати часу уроку на валеорозвантаження сторицею компенсуються підвищенням продуктивності сприйняття матеріалу, а покращення стану здоров'я дітей – дуже важливий чинник для збереження здоров'я нації.

Таким чином, нашими дослідженнями доведено, що уроки з руховою активністю і розвантажувальні валеохвилини під час уроку, проведені в класі молодшого шкільного віку, сприяють гармонізації стану організму і зміцненню здоров'я, поліпшенню емоційного стану і інтелектуальних можливостей дітей молодшого шкільного віку.

Стаття надійшла до редакції 01.03.2018 р.



Лукашенко О.О.  
Корж З.О.

Lukashenko O.O.,  
Korzh Z. O.

### COMPLEX PROGRAM OF PREVENTION OF ARVI

*The article deals with the complex program of physical rehabilitation, namely: the regime of the day, the use of hardening, herbal medicine, aromatherapy, physical activity, acupressure, in the prevention of acute respiratory infections among students.*

**Keywords:** rational nutrition, students, phytotherapy, aromatherapy, physical activity, massage.

### КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ГРВІ

*У статті розглядається комплексна програма фізичної реабілітації, а саме: режим дня, використання загартування, фітотерапії, ароматерапії, фізичної активності, точкового масажу, в профілактиці ГРВІ серед студентської молоді.*

**Ключові слова:** раціональне харчування, студенти, фітотерапія, ароматерапія, фізична активність, масаж.

**Постановка проблеми.** Все більше людей не менше одного разу впродовж року переносять так звану «застуду». Щорічно на гострі респіраторно вірусні інфекції (ГРВІ) та грип хворіє від 9 до 16 млн. осіб, що становить 25–30 % від усієї та близько 80–90 % від інфекційної захворюваності в Україні. Поширеність цих хвороб на планеті земля, охоплення епідемічним процесом великої кількості людей не рідко з тяжкими наслідками, значні економічні збитки зумовлюють актуальність респіраторних інфекцій для людства [5].

Тому саме ГРВІ та грип, мають важливе медичне, соціальне та економічне значення, справляють негативний вплив на здоров'я населення, викликають небажані медичні, психологічні та соціальні наслідки. Грип та інші ГРВІ впродовж багатьох років залишаються проблемою охорони здоров'я багатьох країн, а економічні збитки, які пов'язані з прямими та непрямими наслідками епідемій грипу та ГРВІ, становлять сотні мільярдів доларів [9].

За останні роки визначилась стійка тенденція підвищення кількості студентів із послабленим здоров'ям, частими захворюваннями на грип та ГРВІ. За час навчання стан здоров'я студентів погіршується [2].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** На думку низки авторів досить ефективними компонентами профілактики ГРВІ виступає здоровий спосіб життя, раціональне харчування, рухова активність, загартування, особиста гігієна, відмова від шкідливих звичок та раціональна праця студентів [5].

Деякі автори зазначають що правильно спланований режим дня сприяє довголіттю і міцному здоров'ю, так як, попрацювавши, виділяється час для повноцінного відпочинку, сну, раціонального харчування, занять спортом і т.д. [4].

Конишев В.В. наголошує, що раціональне харчування – це правильно організоване і своєчасне забезпечення організму смачно приготовленою і безпечною їжею. Раціональне харчування забезпечує нормальну життєдіяльність організму, високий рівень працездатності і стійкості до несприятливих факторів навколишнього середовища, максимальну тривалість активного життя. Раціональне харчування



відіграє важливу роль не тільки в профілактиці ГРВІ, а також в лікуванні багатьох хвороб – це так зване лікувальне харчування [3].

Потреба в русі, як прояв біологічної сутності людини, є така ж природна потреба, як і всі інші – їжа тепло, доброта, повага, безпека і т. д. Фізична активність є найважливішою складовою в профілактиці ГРВІ, здорового способу життя. Оптимальними (крім щоденної ранкової гімнастики) вважаються щотижневі заняття фізичною культурою не менше 2–3 разів по 45–60 хв.. Фізична культура – використання фізичних вправ в певному кількісному і якісному поєднанні, направлених: на загартовування організму; підтримування і зміцнення здоров'я людини; раціональну організацію праці та відпочинку; формування активної життєвої позиції і довголіття [2].

Су-Джок терапія нормалізує циркуляцію енергії в тілі людини. Гармонізація енергетичних потоків – це головне, що потрібно людині для здоров'я і довгого життя. З точки зору Су-Джок терапії, біг і ходьба сприяють постійному роздратуванню підошовної частини стопи, таким чином БАТ та рефлексогенні зони дратуються, регулюючи роботу відповідних органів і систем організму [7].

Точковий масаж за Уманською – важливий засіб збереження внутрішньої стабільності систем організму. Така форма саморегуляції використовується для боротьби і профілактики ГРВІ і грипу, сприяє відновленню та нормалізації функцій організму, надає допомогу в період реабілітації. Для проведення масажу не потрібно спеціальних навичок. Він може застосовуватися людиною будь-якої вікової категорії та будь-якого рівня фізичної підготовки [9].

Вчені, досліджуючи ефірні олії та їх вплив на організм, зробили висновок про те, що аромати здійснюють енергоінформаційний вплив на людину, який йде по трьом каналам: перший канал передачі інформації – від нюхових рецепторів, розташованих в носі до нюхової області мозку; другий канал – з повітрям через легені в кров; третій канал – залучення компонентів ефірних олій в синтез гормонів, вітамінів, ферментів [1].

На думку В.В. Ніколаєвського однією із головних якостей, яка притаманна в різній мірі всім ефірним оліям, є їх фітонцидна активність. Саме в результаті фітонцидних властивостей та властивостей інших речовин ефірних олій реалізується їх протимікробна та противірусна дія [6].

На сьогодні існує значна кількість наукових робіт вітчизняних та зарубіжних вчених, що присвячені дослідженню рівня здоров'я та профілактики ГРВІ у студентів. Проте, ми не знайшли наукових повідомлень, що до комплексного застосування засобів фізичної реабілітації в профілактиці ГРВІ.

**Мета дослідження:** розробити комплексну програму фізичної реабілітації для профілактики ГРВІ серед студентської молоді.

**Об'єкт дослідження:** профілактика ГРВІ.

**Предмет дослідження:** комплексна програма фізичної реабілітації в профілактиці ГРВІ серед студентів.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз наукових джерел.

**Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів:** На підставі аналізу літературних джерел включили в комплексну програму фізичної реабілітації для профілактики ГРВІ серед студентів наступні засоби: режим дня, раціональне харчування, точковий масаж за Уманською, фізичну активність (РГГ, заняття з фітнесу, біг, оздоровча ходьба), загартування водою, арома-, Су-Джок-, фіто-, терапія.





Програма профілактики ГРВІ для студентів має бути комплексною, тривалою, та індивідуальною, успіх якої буде залежати від своєчасності, адекватності, регулярності застосування фізреабілітаційних засобів.

Так як режим дня є основним компонентом програми профілактики ГРВІ, звернули на нього особливу увагу. Пропонуватимемо студентам певний погодинний режим якого вони повинні будуть дотримуватися в своєму розпорядку дня. Головним компонентом цього режиму звичайно є сон, раціональне харчування, точковий масаж за Уманською, фізична активність, загартовування водою, аромотерапія, Су-Джок та фітотерапія.

Пропонуватимемо студентам в раціон харчування включити: вівсяну і ячну каші, тому що вони є джерело клітковини, яка відіграє важливу роль для зміцнення імунітету; рекомендуватимемо вживати йогурти адже до їх складу входять корисні бактерії, так звані пробіотики, які виконують захисну функцію нашого організму. Для зміцнення імунної системи будемо включати помаранчеві овочі (морква та гарбуз), які містять антиоксиданти, бета-каротин, які є ворогом мікробів. В зв'язку з дефіцитом вітаміну С в організмі, пропонуватимемо вживати: ківі, апельсини, грейпфрут, лимони, мандарини, ананас, хурму, яблука, груші, банани, гранат. Рекомендуватимемо надавати перевагу в раціоні харчування риби та морепродуктам в які входить селен, що сприяє формуванню цитокінів, які перешкоджають інфікуванню організму. Пропонуватимемо вживати в раціон харчування часник, що містить аліцин, для профілактика ГРВІ.

Особливу увагу приділятимемо питному режиму, так як вода – цінний і доступний спосіб налагодити обмінні процеси в організмі. Пропонуватимемо дотримуватися наступного питного режиму: вживати воду із розрахунку 33 мл на один кг маси тіла. 2/3 норми добового режиму вживати у першій половині дня, а 1/3 норми вживати у другій половині дня.

Як метод профілактики, точковий масаж за Уманською, так звана імунна гімнастика, буде спрямована на безпосередню дію на біологічно активні точки: 1 зона – у ділянці грудини, контролює кровотворення та органи грудної клітки, контрольна точка знаходиться на три пальці нижче ямочки, посередині грудини; 2 зона – у ділянці ямки шиї; 3 зона – на передній поверхні шиї, місце припинення пульсації сонної артерії, контролює активність руху крові, що надходить до голови, контрольний рух – прогладжування шиї; 4 зона – задня поверхня шиї та частина потилиці, контролює всі судинні реакції організму, контрольні рухи – прогладжування задньої частини шиї та потилиці зверху донизу; 5 зона – у ділянці сьомого шийного хребця, контролює стан хребцевого стовбура та бронхів, контрольна точка – власне сьомий шийний хребець; 6 зона – у ділянці носа, контролює слизову ділянку носа та прилеглих пазух, пов'язана з багатьма внутрішніми органами; 7 зона – у ділянці очей, контролює пам'ять, настрої, інтелект, контрольна точка – на переніссі, на початку росту брів; 8 зона – ділянка вуха та місце його кріплення до голови, контролює органи слуху, пов'язана з багатьма внутрішніми органами, контрольна точка - козелок, по краю вуха та під вухом. Кінчиком вказівного або середнього пальця легко натискати на зону і робити обертові рухи, спочатку за годинниковою стрілкою, а потім проти 3–4 оберти в кожну сторону. Масаж робити вранці, ввечері та в середині дня [9].

Без фізичної активності не можливо уявити людського існування, тому запропонуємо: виконувати кожного ранку РГГ 15–20 хв.; заняття фітнесом 3 рази на



тиждень; біг вранці або ввечері кожного дня , а також щоденні прогулянки ввечері перед сном.

Також рекомендуватимемо займатися загартовуванням водою, а саме: кожного дня після виконання РГГ проводити обливання водою, починаючи з 36°C і через кожні три дні знижувати температуру на 1°C, і довести температуру води до 20°C в кінцевому результаті.

Пропонуватимемо студентам проводити процедури ароматерапії з розрахунку 1 крапля ефірної олії на 5–6 квадратних метрів, перед проведенням процедури обов'язково будемо проводити пробу на наявність алергії, підбиратимемо олію, яка подобається по запаху. Для профілактики ГРВІ застосовуватимемо таку суміш: масло ромашки – 1 крапля, масло мандарину – 2 краплі, масло чайного дерева – 2 краплі, масло тім'яну (чебрецю) – 1 крапля .

Також в комплексній програмі профілактики ГРВІ рекомендуватимемо застосовувати Су-Джок терапію з кремом «Тенторіум» на зони відповідності (носу, гортані, мигдаликів, бронхів і т.д.), для чого необхідно знайти ці зони за допомогою діагностичної палички і проводити масування кожної точки, протягом 3-5 хвилин 2 рази на день (рис.1) [7].

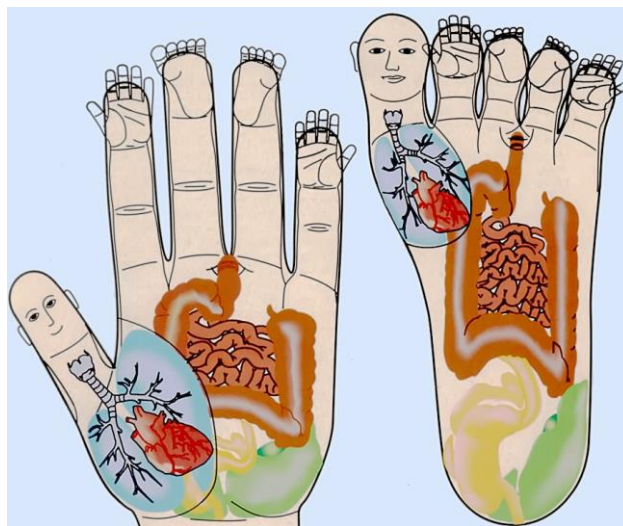


Рис.1. Зони відповідності Су-Джок терапії.

Пропонуватимемо використовувати фітотерапію для профілактики ГРВІ такий рослинний збір: буквиця (трава) – 50 г, ромашка аптечна – 50 г, шавлія – 50 г. Все добре змішати, взяти 1 столову ложку суміші з верхом на 0,5 л окропу, настояти, протягом 30–40 хв., процідити. Вживати на ніч 0,2 л. гарячого настою з медом, протягом дня пити як чай.

**Висновки.** Вважаємо, що запропонована комплексна програма фізичної реабілітації профілактики ГРВІ, необхідна для покращення та зміцнення здоров'я студентської молоді.

**Перспективи подальших досліджень.** Комплексну програму профілактики ГРВІ плануємо впровадити та апробувати на базі Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка для студентів реабілітологів IV курсу.

### Список використаної літератури

1. Гарник Т.П. Фармакотерапія у практиці педіатра, лікаря загального практика – сімейна медицина. Навчально методичний посібник для лікарів-слухачів



закладів (факультетів) післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації / укладачі Гарник Т.П., Бойчук Т.М., Марушко Ю.В. та ин. –Донецьк : видавець Заславський О.Ю.,2010г.—112 с.

2.Гнип І.Я. Оцінка функціонального стану та якості життя студентів після перенесених гострих респіраторних вірусних захворювань // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2015. – № 3. – С. 10-14.

3.Коньшев В.В. Критерий правильного питания / В.В. Коньшев // Физкультура и спорт. – 2013. - №1. – С. 10-11.

4.Мороз Т.О. Правда о рациональном питании / Т.О. Мороз // Секретарь-референт. – 2014. - №11. – С. 80-84.

5. Мироненко А.П. Стан специфічної профілактики грипу в Україні та деякі її економічні аспекти // Сучасні інфекції. — 2012. — № 2. — С. 117–119.

6.Николаевский В. В. Ароматерапия, справочник. М.: «Медицина», 2000. – 336 с.

7.Пак Чжэ Ву. Су-Джок терапия. – М.: «Су Джок Академия»,2001. – 118 с.

8. <http://www.umj.com.ua/article/8047/principi-diagnostiki-ta-likuvannya-hyorex-na-gostri-respiratorni-virusni-zaxvoryuvannya>.

9. [http://dnz10.ucoz.ua/publ/fizichnij\\_rozvitok/zdorov\\_39\\_jazberigajuchi\\_tekhnologii/t ochkovij\\_masazh\\_biologichno\\_aktivnikh\\_zon\\_organizmu\\_za\\_metodikoju\\_a\\_umanskoji/35-1-0-46](http://dnz10.ucoz.ua/publ/fizichnij_rozvitok/zdorov_39_jazberigajuchi_tekhnologii/t ochkovij_masazh_biologichno_aktivnikh_zon_organizmu_za_metodikoju_a_umanskoji/35-1-0-46)

Стаття надійшла до редакції 01.03.2018 р.



## РОЗДІЛ 4.

### ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ЗДОРОВ'Я

Кукса Н.В.  
Кудрявець Ю.С.

Kuksa Nataliya Viktorivna,  
Kudryavets Julia Sergeevna

#### PROFESSIONAL TRAINING OF FUTURE OCCUPATIONAL THERAPISTS IN THE UNITED STATES OF AMERICA

*The article discusses the content of the training of future occupational therapy specialists in United States of America' educational institutions. The software of preparation of occupational therapy specialists in different educational levels at Thomas Jefferson University is presented.*

**Key words:** occupational therapist, professional training, baccalaurean, master, doctor, educational program, the United States of America.

#### ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ЕРГОТЕРАПІЇ У СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ

*У статті розглянуто зміст професійної підготовки майбутніх фахівців з ерготерапії в навчальних закладах Сполучених Штатів Америки. Представлено програмне забезпечення підготовки фахівців з ерготерапії різних освітніх рівнів в Університеті Томаса Джефферсона.*

**Ключові слова:** ерготерапевт, професійна підготовка, бакалавр, магістр, доктор, освітня програма, Сполучені Штати Америки.

**Постановка проблеми.** Спеціальність ерготерапевта для України є новою і знаходиться на етапі свого становлення. Натомість першу професійну школу для підготовки ерготерапевтів було засновано на початку 20 ст. (у 1915) році в Чикаго. У цьому ж році американцем Уільямом Раш Дантоном було видано посібник для медичних сестер «Ерготерапія» («Occupational Therapy – a Manual for Nurses»). А в 1917 році в США було створено «Товариство промоції ерготерапії» (сучасна назва – Американська Асоціація Ерготерапії) та імплантовано стандартифікацію освітніх програм ерготерапії. На сучасному етапі у світі функціонують різні об'єднання ерготерапевтів, серед яких найбільш впливовим об'єднанням світового рівня є Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists), яку було засновано у 1952 році. Одним із напрямів діяльності Всесвітньої федерації ерготерапевтів є встановлення Мінімального стандарту підготовки ерготерапевтів, останній з яких зі змінами та доповненнями було видано у 2016 р.

В Україні початок розвитку ерготерапії як спеціальності датується 2015 роком, коли згідно Постанови Кабінету Міністрів України № 266 від 29.04.2015 року «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей» спеціальність «Фізична реабілітація» була перенесена до галузі знань 22 «Охорона здоров'я» під номером 227 «Фізична реабілітація» («Фізична терапія, ерготерапія»). Наступним етапом становлення ерготерапії було внесення в 2016 році до Національного класифікатора України ДК 003:2010 «Класифікатор професій» під кодом 2229.2 «інші професіонали в галузі медицини» професій «фізичний терапевт» та «ерготерапевт». 13 червня 2016 року з метою сприяння розвитку професії «ерготерапія» в Україні створено



громадську організацію «Українське товариство ерготерапевтів». Важливою подією для нашої країни в аспекті становлення ерготерапії як спеціальності було підписання Меморандуму про співпрацю між МОЗ України та Всесвітньою Федерацією Ерготерапевтів, яка датується 26 квітнем 2017 р.

На сьогодні існує значна кількість наукових праць, присвячених різним аспектам професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації (Н. О. Белікової, Г. М. Бойко, Т. В. Бойчук, Т. М. Бугері, Л. Б. Волошко, А. М. Герцика, С. В. Гук, В. В. Клапчука, В. В. Крупи, В. О. Кукси, Ю.О. Лянного, І. М. Ляхової, І. І. Маріонди, О.І. Міхеєнко, О. В. Погонцевої, Л. П. Суценко та ін.). Водночас, у вітчизняній науково-педагогічній літературі виявлено поодинокі публікації, в яких висвітлюються питання, пов'язані з професійною підготовкою ерготерапевтів у закладах вищої освіти. Важливого значення на початкових етапах становлення спеціальності «ерготерапія» набуває вивчення та аналіз зарубіжного досвіду професійної підготовки ерготерапевтів у різних країнах світу та можливості реалізації його позитивних здобутків у вітчизняних закладах вищої освіти, які здійснюють підготовку фахівців з ерготерапії.

**Мета роботи** – розглянути зміст підготовки майбутніх ерготерапевтів у навчальних закладах Сполучених Штатів Америки.

**Об'єкт дослідження:** професійна підготовка майбутніх фахівців з ерготерапії у закладах вищої освіти.

**Предмет дослідження:** досвід професійної підготовки фахівців з ерготерапії у закладах вищої освіти Сполучених Штатів Америки.

**Викладення основного матеріалу.** У Сполучених Штатах Америки (США) бакалаврські, магістерські та докторські програми з ерготерапії пропонують 286 закладів освіти. Усі освітні програми з ерготерапії розробляються відповідно до мінімальних стандартів Всесвітньої Федерації ерготерапевтів (WFOT) [1]. Цілі і результати програми відповідають стандартам Ради з акредитації в галузі навчання ерготерапії (ACOTE).

Всесвітньою федерація ерготерапевтів, яка була заснована у 1952 році й об'єднала десять країн світу (США, Сполучене Королівство (Англію і Шотландію), Канаду, Південну Африку, Швецію, Нову Зеландію, Австралію, Ізраїль, Індію та Данію), у 2002 році було розроблено «Переглянуті мінімальні освітні стандарти підготовки ерготерапевтів» (англ., Revised Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists), які зі змінами і доповненнями було перевидано в 2016 році, та на які сьогодні орієнтуються всі країни, де функціонує або тільки починає розвиватися галузь ерготерапії. На сьогодні WFOT об'єднує 92 члени-організації з різних країн світу. «Мінімальні освітні стандарти підготовки ерготерапевтів» розроблено з метою організації та регулювання ефективного освітнього процесу з професійної підготовки ерготерапевтів.

Цей документ містить шість складових, якими є:

1. *Філософія та мета*, що визначаються та функціонують узгоджено і забезпечують комплексну базу програми.

2. *Зміст та послідовність навчального плану*, які є узгоджені з філософією та метою програми. Близько 60 % освітньої програми з ерготерапії базується на практичній діяльності. Така методика передбачає ефективну інтеграцію знань, умінь та навичок студентів у практику, 10–30 % програми присвячено вивченню основ будови та функцій тіла людини, біомедицини і також включає практичні заняття. Ще 10–30 % навчального курсу займає засвоєння основ та перспектив соціального





середовища людини, що також охоплює практичні заняття. Програма, що передбачає отримання освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра, чи програма в рамках здобуття вищої освіти триває щонайменше 3 роки або 90 тижнів [2].

Зміст навчального плану є узгодженим з потребами сфери охорони здоров'я та соціального забезпечення, із системами освіти, права та культури певного регіону. Навчальний план піддається перегляду на регулярній основі й оновлюється кожні 5 років (для 3-річної програми) та кожні 7 років (для 4-річної програми) [3].

**3. Освітні методи.** Комплекс навчальних методів сприяє розвитку знань, умінь та навичок студента, його практичних та когнітивних здібностей, а також спонукає до постійної самоосвіти.

**4. Практична частина є основною в освітньому процесі.** Вона включає в себе зміст навчальних програм, проте представлена як окрема категорія, оскільки вимагає застосування додаткових стандартів. Метою практичної частини освітнього процесу є інтеграція знань та умінь студентів у середовище професійної діяльності та підвищення рівня знань, умінь та емоційно-ціннісного ставлення до рівня компетенції кваліфікованого фахівця ерготерапії. Кожен студент повинен провести мінімум 1000 годин практичної діяльності в межах освітньої програми для забезпечення максимально ефективного процесу інтеграції теоретичної бази навчання у практику. Зазвичай термін професійної практики складає 2 місяці. Практична частина освітнього процесу також передбачає такі аспекти: інтерпретацію взаємозв'язків «людина – зайнятість – навколишнє середовище» і того, як такі зв'язки впливають на здоров'я людини; встановлення та реалізацію терапевтичних та професійних відносин; планування та підготовку до втручання засобами ерготерапії; організацію процесу ерготерапії; демонстрацію професійної поведінки та етики; застосування цілісного контексту професійної практики. Освітні засоби та джерела освітнього процесу передбачають наявність бібліотек, інтернет-ресурсів, навчальних матеріалів, спеціального обладнання та різних додаткових засобів для забезпечення ефективного та ґрунтовного навчального процесу.

**5. Педагогічний склад.** Викладачі володіють достатнім рівнем кваліфікації та професійного досвіду, що забезпечує ефективність навчального процесу та узгоджується з філософією та метою освітньої програми.

Кожна з вищенаведених складових ґрунтується на таких п'яти принципах: 1) відповідність між локальним контекстом програми, освітньою програмою та знаннями і вміннями випускників; 2) всеохоплюваність програми; 3) актуальність локального аспекту програми; 4) узгодженість із міжнародними стандартами; 5) механізм неперервного вдосконалення якості програми [2, с. 26].

Основними завданнями практико-орієнтованого навчання майбутніх фахівців з ерготерапії є:

1. Соціальний захист і трудова адаптація майбутніх фахівців з ерготерапії.
2. Формування позитивного ставлення до інвалідності.
3. Розвиток комунікативних навичок, тобто навичок взаємодії з людьми з обмеженими можливостями різних вікових і нозологічних груп.
4. Поглиблення і закріплення знань, умінь і навичок, отриманих в процесі планових навчальних занять.

### **Ступені в ерготерапії**

1. Ступінь асистента (помічника) в області надання допомоги з ерготерапії. Ці 2-річні програми здійснюють навчальну підготовку до здачі національного сертифікаційного іспиту для отримання ступеня асистента (помічника) з ерготерапії.



2. Ступінь бакалавра / магістра в галузі ерготерапії: освітні програми 4 + 2 або 4 + 1. Ці спільні програми дозволяють отримати ступені бакалавра + магістра за прискореним графіком (терміном) навчання.

Ступінь магістра ерготерапії (MOT). Програми MOT з прямим входом, також звані програмами «випускник», «прямий вхід» або «вхід в магістерську програму», призначені для студентів, які мають ступені бакалавра в інших областях.

Ці програми надають право вступникам на те, щоб виконати вимоги до гуманітарних наук і дозволяють заповнити скорочений графік навчального курсу бакалаврату, перш ніж переходити безпосередньо до своєї програми навчання випускників, поєднуючи підготовку до ліцензування з поглибленим навчанням в спеціальному класі.

3. Проміжний ступінь магістр ерготерапії (MOT). Ступінь - Професійні магістерські програми, призначені для ліцензованих ерготерапевтів, що мають ступінь бакалавра в області ерготерапії і бажаючих підвищити свою кваліфікацію.

Ці програми, як правило, завершуються за один рік з очною формою навчання. У багатьох школах пропонуються програми дистанційного навчання, які дозволяють практикуючим лікарям продовжувати працювати повний робочий день, навчаючись за програмою.

4. Ступінь доктор за фахом «ерготерапія» (OTD). Програми OTD на початковому або прямому вході здійснюють підготовку випускників зі ступенями бакалавра в інших областях для провадження професійної діяльності з ерготерапії. Більшість програм можуть бути завершені через три роки.

5. перехідний ступінь доктор ерготерапії (OTD). Ступінь - перехідні ступені OTD були розроблені спеціально для практикуючих ерготерапевтів, які хочуть подолати розрив між їх сертифікатом, ступенями бакалавра або магістра в галузі ерготерапії та отримати ступінь доктора докторантури. Більшість студентів завершують ці програми через два роки [4].

Розглянемо освітні програми підготовки ерготерапевтів різних ступенів у закладах вищої освіти США на прикладі Університету Томаса Джефферсона.

**Програма підготовки фахівців з ерготерапії Університету Томаса Джефферсона** (Thomas Jefferson University) займає лідируючі позиції в рейтингу найкращих програм на 2017 рік.

Факультет ерготерапії в Коледжі здоров'я Джефферсона професій здоров'я пропонує безліч програм на рівні магістра, а також клінічні докторські програми на початковому і післяпрофесійному рівнях.

Студенти-ерготерапевти Джефферсона мають можливість брати участь в інноваційних клінічних, освітніх й експериментальних дослідженнях на своєму шляху, щоб стати лідерами в області ерготерапії та охорони здоров'я [5].

Розглянемо **програму професійної підготовки BSMS**. Це програма початкового рівня для бакалаврів наук в області ерготерапії та охорони здоров'я, а також ступеня магістра в галузі ерготерапії, яка присуджується одночасно по завершенні програми. Перед вивченням цієї навчальної програми студенти попередньо проходять дворічний підготовчий курс.

Освітня програма підготовки бакалаврів з ерготерапії цього університету розрахована на три роки навчання (9 семестрів) і має 155 модулів.

**До осіннього семестру 1 року входять такі дисципліни (18 модулів):** «Введення в прикладну науку» (1), «Прикладна анатомія і кінезіологія (лекція / лабораторія)» (4), «Здоров'я» (4), «Основи ерготерапевтичної практики, I» (2),



«Використання ерготерапії в клініці» (2), «Заняття через життєвий цикл» (5).

*До весняного семестру входять такі дисципліни (18 модулів):* «Застосування технологій для охорони здоров'я» (3), «Концепції в області нейророзвитку (лекція / лабораторія)» (4), «Основи практичної діяльності II» (2), «Практика з ерготерапії I» (2), «Процес оцінювання» (4), «Історичні перспективи практики» (3).

*До літнього семестру входять такі дисципліни (2 модулі):* «Професійний аналіз і оцінка» (2).

*До осіннього семестру 2 року входять такі дисципліни (15 модулів):* «Втручання: підвищення продуктивності людини, рівень практичної роботи I» (2), «Втручання: підвищення соціальної участі, рівень практичної роботи I» (2), «Втручання: підвищення продуктивності людини (лекція / лабораторія)» (5), «Втручання: підвищення соціальної участі (лекція / лабораторія)» (3), «Іспит на вибір або незалежне дослідження. Предмет за вибором» (3).

*До весняного семестру входять такі дисципліни (15 модулів):* «Предмет за вибором» (3), «Міжпрофесійні планування догляду за пацієнтами» (3), «Розуміння принципів дослідження» (3), «Втручання: екологічна компетентність» (3), «Лабораторія екологічної компетентності» (1), «Екологічна компетентність в дії» (1), «Професійний семінар з ерготерапії» (1).

*До 1 літнього семестру входять такі дисципліни (6 модулів):* «Управління медичними послугами і професійний розвиток» (2), «Наставництво і методи досліджень» (4).

*До 2 літнього семестру входять такі дисципліни (7 модулів):* «Практика» (6), «Практика, заснована на фактичних даних» (1).

*До осіннього семестру 3 року входять такі дисципліни (7 модулів):* «Практика» (6), «Практика, заснована на фактичних даних II» (1).

*До весняного семестру входять такі дисципліни (9 модулів):* «Клінічне лідерство» (3), «Розробка програми» (3), «Розширений семінар з методів дослідження» (3) [6].

**Магістр наук в області професійної терапії (MSOT)** – є випускною програмою для студентів зі ступенем бакалавр, які попередньо завершили навчальний курс (29 кредитів) в регіональному акредитованому закладі. Прискорені програми навчання для студентів MSOT (3 + 2) входять в програму MSOT, коли студенти переводяться в Університет Томаса Джефферсона.

*До осіннього семестру 1 року входять такі дисципліни (18 модулів):* «Прикладна анатомія і кінезіологія (лекція / лабораторія)» (4), «Стан здоров'я і здоров'я» (4), «Основи практики, орієнтованої на заняття (діяльність), I» (2), «Заняття (діяльність) через життєвий цикл» (5), «Основи практики з ерготерапії: рівень I» (2), «Професійний семінар з ерготерапевтичної підготовки» (1).

*До весняного семестру входять такі дисципліни (18 модулів):* «Концепції в області нейророзвитку (лекція / лабораторія)» (4), «Основи практики, орієнтованої на заняття, II» (2), «Процес оцінки» (4), «Історичні перспективи з теорії» (3), «Втручання: екологічна компетентність» (3), «Лабораторія екологічної компетентності» (1), «Екологічна компетентність в діяльності» (1).

*До літнього семестру входять такі дисципліни (8 модулів):* «Професійний аналіз і оцінка: Рівень I» (2), «Управління службами охорони здоров'я і професійний розвиток» (2), «Напрямок та методи дослідження» (4).

*До осіннього семестру 2 року входять такі дисципліни (15 модулів):* «Втручання: підвищення продуктивності людини, рівень практичної роботи I» (2), «Втручання: підвищення соціальної участі, рівень практичної роботи I» (2),



«Втручання: підвищення продуктивності людини (лекція / лабораторія)» (5), «Втручання: підвищення соціальної участі (лекція / лабораторія)» (3), «Іспит на вибір або незалежне дослідження» (3).

*До весняного семестру входять такі дисципліни (14 модулів):* «Напрямок підготовки II рівня А (січень-березень)» (6), «Напрямок підготовки II рівня В (квітень - червень)» (6), «Практика, заснована на фактичних даних I (он-лайн січень - березень)» (1), «Практика, заснована на фактичних даних II (он-лайн квітень - червень)» (1).

*До літнього семестру входять такі дисципліни (9 модулів):* «Розробка та оцінка програм» (3), «Розширений семінар з досліджень» (3), «Клінічне лідерство» (3) [7].

**Ступінь доктора ерготерапії (ОТД)** - це ступінь доктора початкового рівня призначена для підготовки студентів, щоб увійти в галузь ерготерапії на рівні докторантури. Студенти зі ступенем бакалавра або вище, в області, суміжної до ерготерапії, і які знаходяться в процесі завершення або успішно пройшли необхідні навчальні курси, мають право подати заявку до вступу в докторантуру.

Навчальна програма цього університету розрахована на три роки навчання (8 семестрів) і включає 116 модулів.

*До осіннього семестру 1 року входять такі дисципліни (18 модулів):* «Прикладна анатомія і кінезіологія (лекція / лабораторія)» (4) «Оздоровлення та зміцнення здоров'я» (4), «Практика, заснована на заняттях (діяльності)» (2), «Заняття (діяльність) через життєвий період (лекція / лабораторія)» (5), «Практика з ерготерапії: Рівень 1» (2), «Розробка інструментарію практики» (1).

*До весняного семестру входять такі дисципліни (19 модулів):* «Основи практики, орієнтованої на заняття, II» (2), «Процес оцінки (лекція / лабораторія)» (4), «Історичні перспективи теорії» (3), «Втручання: екологічна компетентність» (3), «Лабораторія екологічної компетентності» (1), «Екологічна компетентність в діяльності» (1), «Вивчення докторантури. Практика ерготерапії: досвід викладання на факультеті» (1), «Нейробиологія. Основи ерготерапії» (4).

*До літнього семестру входять такі дисципліни (9 модулів):*

«Професійний аналіз і оцінка: Рівень 1» (2), «Управління медичними послугами і професійний розвиток» (2), «Наставництво і методи досліджень» (4), «Лідерство ОТД: національні та глобальні перспективи» (1).

*До осіннього семестру 2 року входять такі дисципліни (18 модулів):* «Втручання: підвищення продуктивності людини – практична робота рівня I» (2), «Втручання: підвищення соціального участі - практична робота рівня I» (2), «Втручання: підвищення продуктивності людини (лекція / лабораторія)» (5), «Втручання: підвищення соціального участі (лекція / лабораторія)» (3), «Професійна практика і запит в області ерготерапії» (6).

*До весняного семестру входять такі дисципліни (18 модулів):* «Практична робота Рівень II А (з січня по березень)» (6), «Рівень практичної роботи II В (з квітня по червень)» (6), «Практика, заснована на фактичних даних, і процес прийняття рішень, заснований на даних (в січні-березні)» (3), «Практика, заснована на фактичних даних, і процес прийняття рішень, заснований на даних II (в режимі онлайн в квітні-червні)» (3).

*До літнього семестру входять такі дисципліни (9 модулів):* «Передова практика для студента ОТД» (3), «Практика бачення: створення і оцінювання





результатів терапевтичних програм» (3), «План докторантури: підготовка до резиденції OTD» (3).

**До осіннього семестру 3 року входять такі дисципліни (9 модулів):** «Докторантура - А (вересень-грудень)» (6), «Співпраця в інтересах успіху: процес наставництва OTD - А (вересень-грудень)» (2), «Перспективи і плани на майбутнє: результати докторантури - А (вересень-грудень)» (1).

**До весняного семестру входять такі дисципліни (16 модулів):** «Докторантура - В (січень-травень)» (6), «Співпраця в інтересах успіху: процес Mentored OTD - В (січень-травень)» (2), «Перспективи і плани на майбутнє: результати докторантури (січень-травень)» (2), «Портфоліо OTD: планування та презентація (січень-травень)» (6) [8].

**Навчальна програма для пост-професійної докторантури в області ерготерапії (PP-OTD)** передбачає індивідуальний план навчання за факультативами, які відповідають інтересам і цілям докторанта, програмою грантів та основним проектом. Факультативи включають в себе навчальні курси за клінічним і академічним навчанням. Докторантам надається можливість вибору області передової практики з однієї або кількох з сфер діяльності:

1. Діти та їхні сім'ї (включає раннє втручання і практичну діяльність з дітьми шкільного віку, консультації та співробітництво, ерготерапію, сенсорну інтеграцію та клінічні дослідження).

2. Викладання в епоху цифрових (інформаційно-комп'ютерних) технологій (включає викладання в коледжі, клінічне навчання, впровадження практики, заснованої на доказах, в процес навчання і клініку).

3. Здоров'я і участь в суспільстві (включає здорове старіння, суспільну охорону здоров'я, психічне здоров'я суспільства, участь громад в хронічних захворюваннях).

4. Дослідження в галузі реабілітації та інвалідності.

**Обов'язкові курси для студентів**, які вступають без магістратури MS (13 модулів). Студенти-вступники з сертифікатом BS або post-baccalaureate в ОТ, повинні пройти наступні курси, перш ніж починати вивчення основних курсів докторантури: «Практика, заснована на фактичних даних UNC» (0), «Методи дослідження і наставництва» (4), «Практична діяльність з ерготерапії» (3), «Передова практика з ерготерапії» (6).

На момент закінчення навчання студент має можливість заробити 6 кредитів за задокументовану клінічну практику.

Відмова вступникам залежить від завершення відповідних форм клінічної практики і вимагає, щоб студенти були зареєстровані на навчальному курсі «Професійна ерготерапія». Студенти також повинні бути членами Американської асоціації ерготерапії (AOTA).

#### **Основі курси (мінімум 15 модулів)**

Студенти, що вступають в MS, починають з цих курсів. Ті, хто вступають в BS, можуть пройти ці курси після виконання вищевказаних вимог.

«Передова практика, заснована на фактичних даних (Adv. EBP)» (3), «Лідерство: переміщення за межі традиційних ролей» (3), «Розробка і оцінка програм» (3), «Семінари OTD А, В і С» (3), «Семінар з клінічних досліджень» (3).

#### **Попередні вимоги:** Adv. EBP і лідерство

1 модуль, пропонується кожного семестру. В і С включаються пізніше в навчальний курс, після вибору теми дослідження та Capstone.





### **Опис курсу:**

Розробка і оцінка Visionary Practice дозволяє сформувати вміння розробляти й оцінювати інноваційні програми, призначені для задоволення виявлених потреб пацієнтів / клієнтів.

На практиці, заснованої на фактичних даних (ЕБР), основна увага приділяється вмінням проведення наукових досліджень і оцінки ЕБР в клініках і громадах.

Лідерство: переміщення за межі традиційних ролей спрямоване на підвищення вмінь і навичок в області лідерства, підприємництва, навчання, політики охорони здоров'я і охорони здоров'я.

Семінар PP-OTD (пропонується потягом усієї навчальної програми) надає можливість для розвитку навичок, необхідних для передової практики, включаючи розробку підтверджуючих доказів, теорію і графік завершального докторантного проекту («Братство» і «Капстоун»). Ці семінари пропонуються в якості семінару PP-OTD A (введення) і семінарів P-POTD B і C, які завершуються пропозицією щодо стипендії (гранту), що становить основу для завершального докторантного проекту.

### **Курси підвищення кваліфікації (мінімум 9 модулів)**

Семінар з передової практики. Темі курсу включають: аутизм, здоров'я і добре самопочуття, викладання в коледжах в епоху цифрових технологій, дослідження і практику в геронтології, дослідження інвалідності та культурна компетентність.

У кожному семестрі пропонуються два передових кластера.

Студенти можуть вибирати з декількох кластерів передової практики для задоволення вимог до модулів 9-12. На додаток до семінару на курсах «Розширена практика», студенти, можуть взяти участь в інших факультативах або курсах університету Томаса Джефферсона, переведених з інших акредитованих навчальних закладів.

### **Області вивчення:**

1. Діти та їхні сім'ї.
2. Здоров'я і участь в суспільстві.
3. Дослідження в області реабілітації та інвалідності.
4. Навчання в епоху цифрових технологій [9].

**Висновки.** З'ясовано, що розробка і впровадження освітніх програм підготовки фахівців з ерготерапії у Сполучених Штатах Америки є компетентністю самих закладів. Усі освітні програми з ерготерапії повинні відповідати мінімальним стандартам WFOT (World Federation of Occupational Therapists) Всесвітньої Федерації ерготерапевтів. Цілі і результати освітніх програм відповідають стандартам Ради з акредитації в галузі навчання ерготерапії (ACOTE).

Аналіз змісту освітніх програм професійної підготовки фахівців з ерготерапії показав, що навчання за освітнім рівнем «бакалавр» має академічне та практично-орієнтовне спрямування, є підґрунтям для практичної діяльності.

Навчання за ступенем «магістр» - це мінімальний освітній рівень, необхідний для провадження професійної (практичної) діяльності в якості ерготерапевта.

Виявлено, що навчальні плани університетів США схожі, основу формування професійної компетентності фахівців з ерготерапії складають блоки: природничо-наукових, прикладних, клінічних, соціальних дисциплін; методи наукових досліджень; практика.

Основні принципами, на яких ґрунтується професійна підготовка ерготерапевтів є принцип демократизації, науковості, відкритості, неперервності,



індивідуалізації, диференціації, гнучкості, доступності, системності, наступності, модульності, елективності, поєднання теорії з практикою, фахової спрямованості, комунікативної спрямованості, міжпредметних зв'язків, наочності, усвідомлення навчання.

Перспективу подальших наукових розвідок вбачаємо в аналізі досвіду професійної підготовки ерготерапевтів у закладах вищої освіти США та визначенні його позитивних тенденцій в аспекті можливості реалізації та впровадження в освітній процес підготовки фахівців з ерготерапії у вітчизняних закладах вищої освіти.

#### **Список використаної літератури:**

1. World Federation of Occupational Therapists. WFOT [Electronic resource]. URL: <http://www.wfot.org/Education/EducationandResearch.aspx> (дата звернення: 20. 01. 2018).
2. Revised Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists / World Federation of Occupational Therapists. 2002. 39 p.
3. World Federation of Occupational Therapists [Electronic resource]. URL: <http://www.wfot.org/>. – (дата звернення 20. 01. 2018).
4. Degree of occupational therapy. // All allied health schools [Electronic resource]. URL: <https://www.allalliedhealthschools.com/physical-therapy/occupational-therapy-degree/> (дата звернення: 20. 01. 2018).
5. Thomas Jefferson University [Electronic resource]. URL: <http://www.jefferson.edu/university/health-professions/about/news/2016/05/top-programs-2017.html> (дата звернення: 09. 02 2018).
6. Thomas Jefferson University [Electronic resource]. URL: <http://www.jefferson.edu/university/health-professions/departments/occupational-therapy/degrees-programs/bs-ms-programs/curriculum.html> (дата звернення: 09. 02 2018).
7. Thomas Jefferson University [Electronic resource]. URL: <http://www.jefferson.edu/university/health-professions/departments/occupational-therapy/degrees-programs/entry-ms-programs/curriculum.html> (дата звернення: 09. 02 2018).
8. Thomas Jefferson University [Electronic resource]. URL: <http://www.jefferson.edu/university/health-professions/departments/occupational-therapy/degrees-programs/doctorate-programs/doctorate/curriculum.html> (дата звернення: 09. 02 2018).
9. Thomas Jefferson University [Electronic resource]. URL: <http://www.jefferson.edu/university/health-professions/departments/occupational-therapy/degrees-programs/doctorate-programs/post-professional/curriculum.html> (дата звернення: 09. 02 2018).

Стаття надійшла до редакції 13.03.2018 р.



Кукса Н.В.  
Уханова Я.П.

Kuksa N. V.,  
Ukhanova Y. P.

## CONTENTS OF PROFESSIONAL TRAINING OF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN GREAT BRITAIN

*The article discusses the content of the training of future occupational therapy specialists in Great Britain. The analysis of the educational programs' contents for the training of occupational therapists at the level of baccalaurean and master at British universities is carried out.*

**Key words:** occupational therapy, occupational therapist, professional training, bachelor, master, educational program, UK.

## ЗМІСТ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ІЗ ЕРГОТЕРАПІЇ У ВЕЛИКОБРИТАНІЇ

*У статті розглянуто зміст професійної підготовки фахівців з ерготерапії у Великобританії. Здійснено аналіз змісту навчальних програм підготовки ерготерапевтів на рівні бакалаврату і магістратури в британських університетах.*

**Ключові слова:** ерготерапія, ерготерапевт, професійна підготовка, бакалавр, магістр, освітня програма, Великобританія.

**Постановка проблеми.** Процеси глобалізації й інтеграції вітчизняної системи освіти в європейський та світовий освітній простір детермінують підвищення вимог до якості підготовки майбутніх фахівців у закладах вищої освіти. Одним з пріоритетних напрямів у контексті модернізації системи вищої освіти є орієнтація на забезпечення міжнародної якості підготовки майбутніх фахівців: компетентних, ініціативних, конкурентоспроможних на світовому ринку праці, мобільних, здатних до творчої продуктивної діяльності в мінливих умовах та постійного самовдосконалення.

Незадовільний стан здоров'я населення України, стабільно високі показники захворюваності та інвалідизації обумовлюють зростання попиту на фахівців з фізичної терапії, ерготерапії. Професійна діяльність останніх спрямовується на забезпечення самостійності та незалежності осіб різних вікових та нозологічних груп в усіх аспектах їх життєдіяльності, незалежно від рівня функціональних можливостей та обмежень. З огляду на те, що спеціальність ерготерапія є новою для нашої країни, актуальним питанням постає аналіз і визначення позитивних тенденцій зарубіжного досвіду підготовки фахівців з ерготерапії, що дозволить оптимізувати процес підготовки таких фахівців у вітчизняних закладах вищої освіти.

Різні аспекти професійної підготовки фахівців з фізичної терапії відображено в наукових працях Н.О. Белікової, Г.М. Бойко, Т.В. Бойчук, Т.М. Бугері, Л.Б. Волошко, А.М. Герцика, С.В. Гук, В.В. Клапчука, В.В. Крупи, В.О. Кукси, Ю.О. Ляного, І.М. Ляхової, І.І. Маріонди, О.І. Міхеєнко, О.В. Погонцевої, Л.П. Суценко та ін. Зокрема, аналіз зарубіжного досвіду професійної підготовки фахівців з фізичної терапії представлено в публікаціях Н.О. Белікової, А.М. Герцика, С.В. Гук, Ю.О. Ляного та ін. Натомість, питанням щодо аналізу зарубіжного досвіду підготовки майбутніх фахівців з ерготерапії приділяється недостатньо уваги.



**Мета роботи** – висвітлити зміст підготовки майбутніх фахівців з ерготерапії в закладах вищої освіти Великобританії.

**Об'єкт дослідження:** професійна підготовка майбутніх фахівців з ерготерапії у закладах вищої освіти.

**Предмет дослідження:** досвід професійної підготовки фахівців з ерготерапії у закладах вищої освіти Великобританії.

**Викладення основного матеріалу.** Вища освіта Великобританії розвивається в контексті освітньої стратегії ЄС, спрямованої на підготовку висококваліфікованих кадрів країн Європи з урахуванням їхньої національної культури, соціальних потреб та можливостей, відповідно до нових запитів суспільства, пов'язаних з потребою посилення національної економіки й підняття рейтингу цих країн на світовому рівні [1, с. 128].

Заклади вищої освіти (ЗВО) Великобританії займають стабільно високі позиції в рейтингу ЗВО світу за якістю освіти та є найбільш престижними і перспективними. На сьогодні у Великобританії налічується 118 навчальних закладів, які мають статус університету. ЗВО Великобританії ранжуються в залежності від престижності численними рейтингами, серед яких найбільш відомим є рейтинг The Guardian University league table. Найпрестижніші дослідницькі університети Великобританії об'єднані в групу з 24 університетів, яка носить назву The Russell Group Universities. Координація діяльності університетів здійснюється Радою британських університетів. Підготовку фахівців з ерготерапії пропонують 33 ЗВО Великобританії [2].

У Великобританії професія ерготерапія (Occupational Therapy) є парамедичною і відноситься до галузі охорони здоров'я. Відповідно до Класифікатору професій (Standard Occupational Classification) професія ерготерапевта входить до групи 22 – «Фахівці з охорони здоров'я» («Health Professionals») 4 рівня кваліфікації, підгрупи 222 – «Фахівці з терапії» («Therapy Professionals») [3]. Зазначена підгрупа фахівців з терапії, окрім фахівців з ерготерапії, також включає фізіотерапевтів, логопедів, фахівців з терапії без спеціальної класифікації. Відповідно до «Положення про професії здоров'я» (Health Professions Order) фахівці цієї галузі повинні бути зареєстровані у Раді з професій у сфері здоров'я та піклування (The Health and Care Professions Council, HCPC) яка має комітет з освіти і навчання (який визначає освітні стандарти для цих професій і реєструє освітні та навчальні програми, у тому числі й післядипломні) [4].

Система освіти в Великобританії підрозділяється на програми, за якими можна отримати ступінь бакалавра, магістра, доктора наук. Освітні програми підготовки фахівців з ерготерапії складаються на основі мінімальних стандартів підготовки ерготерапевтів (Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists), встановлених Всесвітньою Федерацією ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists) [5].

Навчання за програмою бакалаврату триває три роки, а при включенні до програми стажування – 4 роки. Основною умовою вступу в магістратуру є диплом бакалавра. Для отримання ступеня доктора наук обов'язковою вимогою є наявність наукових публікацій та захист науково-дослідницької роботи.

Нижче представлено зміст освітніх програм професійної підготовки фахівців з ерготерапії в окремих ЗВО Великобританії.

**Освітня програма професійної підготовки ерготерапевтів (ступінь – бакалавр) в Лондонському університеті Південного банку (London South Bank University)**



London South Bank University (LSBU) [6] є одним з найбільших і найстаріших університетів Лондона (рік заснування – 1892). В університеті студенти мають можливість здобути вищу технічну та професійну освіту. В London South Bank University навчаються понад 25 000 студентів з 130 країн світу.

Університет має чотири факультети: Мистецтво та гуманітарні науки; Бізнес; Інженерія, наука і побудоване середовище; Здоров'я та соціальна допомога.

Розглянемо зміст навчальної програми підготовки бакалаврів з ерготерапії в LSBU.

#### *Перший рік навчання (модулі)*

Концепції міжпрофесійної і спільної практики: цей модуль знайомить студентів з місцем і цінністю міжпрофесійної і спільної діяльності з надання медичної та соціальної допомоги. Модуль спрямований на підтримку розвитку комунікаційної, особистої, партнерської і рефлексивної практики, необхідної для задоволення потреб клієнтів / осіб, які здійснюють догляд, а також різних груп населення, які перебувають в центрі міжпрофесійного медичного обслуговування та надання соціальної допомоги.

Вступ в ерготерапію: цей вступний модуль знайомить студентів з ключовими теоретичними концепціями, що інформують про основні поняття ерготерапії і впливають на поточну практику ерготерапії. Студенти вивчають особисті, соціальні і культурні значення повсякденних занять, акцентуючи увагу на тому, як участь людини в цих заняттях впливає на їхнє здоров'я і благополуччя протягом усього життя.

Введення в професійно-орієнтовану практику: цей модуль спрямовується на формування в студентів знань і умінь, необхідних для осмислення зв'язку теорії ерготерапії з практикою. Набуті знання з цього модуля забезпечать уявлення про особливості ерготерапії для дорослих та осіб похилого в різних галузях охорони здоров'я та соціального забезпечення; дозволять майбутнім фахівцям оцінювати стан здоров'я і благополуччя людини з професійної точки зору, приділяючи особливу увагу групі зазначених користувачів послуг.

Сфера практичної діяльності в галузі ерготерапії 1: цей модуль зорієнтований на підготовку студентів до вступу в ерготерапевтичну практику, що є етапом початку формування особистісних і професійних здібностей. Модуль передбачає навчання загальній оцінці процесу ерготерапії. Знання з цього модуля дозволять студентам осмислити значення і сутність діяльності організації охорони здоров'я, соціальної сфери; сутність і значення власного професіоналізму. Це дозволить осмислити й оцінити студентами контекст і місце ерготерапії.

Аналіз продуктивності праці та функцій людини: цей модуль розвиває розуміння студентами професійної діяльності. Модуль спрямовується на вдосконалення знань про людське тіло, системи організму, включаючи рухові і технологічні навички, та оволодіння студентами відповідних теоретичних знань з таких предметів як анатомія і фізіологія людини.

#### *Другий рік навчання*

Оцінка доказів для науково обґрунтованої практики: цей модуль розширює розуміння учнями концепції практики і досліджень на практиці. Модуль навчає студентів основним навичкам і розумінню оцінки доказів та оцінки доцільності ерготерапевтичних інтервенцій, які повинні бути реалізовані на практиці.

Заняття з ерготерапії 2: цей модуль забезпечує формування навичок в області практичної ерготерапії, зорієнтованої на людину. Цьому сприяє надання керівних





принципів і політики, які регулюють практичну діяльність ерготерапевтів. Студенти навчаються виявляти і ставити під сумнів наслідки професійних порушень щодо ключових умов.

Заняття з ерготерапії 3: цей модуль встановлюється в контексті критичних досліджень інвалідності, приділяючи особливу увагу навколишньому середовищу і сумісної роботи з окремими особами, групами і спільнотами для розуміння факторів, що впливають на здоров'я і благополуччя. Модуль спрямовується на розуміння студентами понять про навколишнє середовище та інвалідність на основі вивчення принципів соціальної інтеграції, рівності та різноманітності, професійної ідентичності та продуктивності. Акцент здійснюється на оцінці ерготерапевтичних втручань на заняттях, які використовуються для зміцнення здоров'я і благополуччя.

Практика, орієнтована на зайнятість: цей модуль сприяє формуванню знань студентів про застосування теорії ерготерапії на практиці, приділяючи особливу увагу ерготерапії для дітей та молоді. Формування знань відбувається відповідно до філософського та особистісно-орієнтованого підходів в ерготерапії та принципів організації занять з ерготерапії для дітей. У цьому модулі розглядається ряд професійних завдань і проблем участі, умов, пов'язаних з фізичними, розумовими вадами та психічними особливостями клієнтів, на практиці з ерготерапії.

#### *Третій рік навчання*

Підвищення якості, управління змінами і лідерство: цей модуль є останнім міжпрофесійним навчальним модулем, у контексті якого вивчаються лідерство, підвищення якості та зміни в організаціях з міжпрофесійної точки зору. Модуль розглядає стратегічний, заснований на фактичних даних, підхід до управління змінами в різних середовищах.

Професійна ідентичність, автономія і підзвітність: цей модуль фокусується на консолідації знань і навичок, пов'язаних з особистим керівництвом і участю в навчанні протягом усього життя. Цей модуль готує студентів до формування професійної самоідентифікації при працевлаштуванні на роботу. Концепція «я» як відповідального та гнучкого професіонала буде введена в перший рік і побудована на дворічному курсі через курс професійного розвитку. У цьому останньому році об'єднані три модулі, спрямовані на розуміння важливості професійного досвіду та показників професійного саморозвитку і зростання.

Наукова практика в області ерготерапії: цей модуль забезпечує консолідацію критичного розуміння студентами доказової практики в ерготерапії.

Заняття з ерготерапії 4: цей модуль передбачає завершальну підготовку майбутніх ерготерапевтів до практичної діяльності. Спрямовується на формування завершальної компетентності студентів у практиці та перехід від статусу студента до фахівця з ерготерапії. Це досягається шляхом демонстрації досягнень стандартів ерготерапії, визначених Радою з професій у сфері здоров'я та піклування (The Health and Care Professions Council) та Королівським коледжем ерготерапевтів (2014 рік) [5].

#### ***Освітня програма професійної підготовки ерготерапевтів (ступінь – бакалавр) в Університеті Борнмута (Bournemouth University)***

Університет включає такі факультети і школи: Школа засобів масової інформації (Media School); Школа бізнесу (Business School); Школа охорони природи і раціонального природокористування (School of Conservation Sciences); Школа дизайну, інженерної справи і комп'ютерних технологій (School of Design, Engineering and Computing), Школа охорони здоров'я та соціальної допомоги (School of Health and Social Care) [7]. Остання пропонує ряд програм бакалаврата: чотири розділи з



догляду за хворими, акушерство, фізіотерапія, ерготерапія, соціальна допомога, мануальна терапія та ін.

*Перший рік підготовки бакалаврів з ерготерапії* включає такі основні блоки:

Вступ в професію ерготерапевта.

Навички для терапевтичної практики.

Ерготерапія в дії 1: спрямовується на отримання знань і вмінь щодо провадження практики ерготерапії з різними клієнтами в різних умовах, а також – збору інформації про клієнта на основі оцінки, визначення спільних цілей і відповідних підходів до ерготерапевтичних інтервенцій.

Аналіз ерготерапії: забезпечує отримання знань з анатомії людини, фізіології, психології, соціології та професійного функціонування.

Портфоліо ерготерапії 1: ця структурна одиниця дозволяє застосовувати набуті теоретичні знання на практиці.

*Другий рік навчання* включає такі основні блоки:

Міркування щодо практики ерготерапії: передбачає розгляд актуальності клінічних міркувань і визначення кращих доказів щодо прийняття рішень і планування втручання.

Ерготерапія в дії 2: спрямовується на формування навичок провадження практики ерготерапії: вибір, застосування і критика широка діапазону підходів до різних ситуацій на практиці.

Вивчення доказів для управління ерготерапевтичною практикою: особистісно-орієнтовна практика, що передбачає міркування щодо забезпечення ефективності практичної діяльності шляхом індивідуального підходу з визначенням потреб, проблем і ціннісних орієнтацій клієнта.

Сприяння здоров'ю та благополуччю: цей підрозділ передбачає набуття вмінь і навичок з організації заходів щодо зміцнення здоров'я на основі доказової практики.

Портфоліо ерготерапії 2: ця структурна одиниця дозволить сформулювати вміння щодо застосування теоретичних знань з планування, аналізу, законодавства, клінічного управління на практиці.

*Третій рік навчання* охоплює такі блоки:

Дослідження з практики ерготерапії: передбачає оцінювання результатів досліджень з певної області практики.

Інновації в ерготерапії: спираючись на досвід різних секторів і глобальні економічні та соціально-політичні проблеми, оцінюються інновації за власним вибором.

Проект покращення надання послуг: цей груповий проект передбачає аналіз послуг у сфері охорони здоров'я та пошук шляхів щодо підвищення якості та ефективності реалізації послуг з ерготерапії.

Портфоліо ерготерапії 3: Цей завершальний блок гарантує, що випускник кваліфікується як впевнений і досвідчений професіонал, здатний забезпечити високоякісну, автономну практику.

До запланованих навчальних занять включено 1000 годин на проведення клінічних занять, на яких студенти мають можливість отримати практичні навички, необхідні для роботи в якості ерготерапевта.

***Освітня програма професійної підготовки ерготерапевтів (ступінь – магістр) в Лондонському університеті Брунеля (Brunel University)***

Структура Brunel University [8] включає такі школи і факультети: Школа мистецтв; Бізнес школа; Факультет права; Факультет інженерії і дизайну;



Факультет медицини і соціального забезпечення; Факультет інформаційних систем, обчислювальної техніки і математики; Факультет соціальних наук; Факультет спорту і освіти.

Освітня програма з підготовки ерготерапевтів (ОТ) в Brunel University є однією з найбільших престижних і найбільш високо оцінених програм в світі. Фактично Brunel University вважається оригінальною «Лондонською школою ерготерапії».

Університет реалізує високоякісну освітню програму, яка гарантує належну теоретичну і практичну підготовку з ерготерапії. Магістерська програма підготовки ерготерапевтів у Brunel University відрізняється від інших магістерських програм тим, що вона є професійною програмою післядипломного рівня та є повною. Цей навчальний курс спрямований на підготовку компетентних фахівців з ерготерапії до безпечної та ефективної практики в різних установах охорони здоров'я та соціального забезпечення.

Програма розрахована на два роки навчання. Освітні модулі програми знаходяться в тричленній структурі. Щоб забезпечити баланс між академічними і практичними заняттями, які повинні складати як мінімум 1000 годин практичних занять, затверджених Всесвітньою федерацією ерготерапевтів і Королівським коледжем ерготерапевтів, три з модулів розміщення практики виходять за рамки терміну навчання (заняття в літній період).

#### *Перший рік навчання*

1-й рік програми вводить студентів в «як, що і чому» в області ерготерапії і спрямований на надання їм можливості поглибленого вивчення основних професійних понять і навичок ерготерапії. Включення теоретичних блоків і двох модулів практики (які реалізуються до початку академічного дослідження на 2-му році навчання) дозволяють органічно інтегрувати і здійснити взаємообмін академічними знаннями і професійними навичками. Реалізація і оцінка досліджень на практиці має важливе значення для майбутньої професійної діяльності ерготерапевтів, які зобов'язані застосовувати доказову практику.

#### *Другий рік навчання: Майстерність ерготерапії - передова практика*

2-й рік програми спрямовується на більш поглиблене вивчення усіх аспектів професії ерготерапевта та проведення дослідницької роботи. Студенти набувають майстерності в критичних знаннях і оцінці ключових питань професійної практики, здійснюють критичний аналіз, синтез і оцінку теоретичних концепцій, центральних для ерготерапії. Окрім зазначеного, студенти вивчають один додатковий модуль, який дозволяє ширше розглянути сферу діяльності фахівця з ерготерапії в поточній практиці. Практика проводиться на початку і наприкінці навчального року. Завершальним етапом навчання є захист дослідницької роботи (магістерської).

Обов'язковими умовами провадження практичної діяльності з ерготерапії є реєстрація в Раді з професій у сфері охорони здоров'я та піклування (НСРС) і членство в Британській асоціації ерготерапевтів / коледжі ерготерапевтів.

**Висновки.** У Великобританії професія ерготерапія є парамедичною і відноситься до галузі охорони здоров'я. Згідно Британського Класифікатору професій професію ерготерапевта включено до групи 22 – «Фахівці з охорони здоров'я», підгрупи 222 – «Фахівці з терапії». У відповідності з «Положеннями про професії здоров'я» фахівці цієї галузі повинні бути зареєстровані у Раді з професій у сфері здоров'я та піклування. Освітні стандарти професії ерготерапія та освітні програми підготовки ерготерапевтів визначаються і реєструються комітетом з освіти і навчання Ради з професій у сфері здоров'я та піклування. В основі розробки освітніх програм з



ерготерапії – Мінімальні стандарти підготовки ерготерапевтів, встановлені Всесвітньою Федерацією ерготерапевтів.

Аналіз змісту навчальних програм підготовки ерготерапевтів в університетах Великобританії дозволив з'ясувати, що: значна кількість навчальних годин (мінімум 1000) відводиться на практику; у процесі підготовки простежується тісний зв'язок теорії з практикою; особлива увага під час проведення практичних занять приділяється науково доказовій практиці та особистісно-орієнтовному підходу в ерготерапії, що є підставою для вибору інтервенцій; важливим аспектом підготовки ерготерапевтів є формування клінічного мислення, комунікативних і організаційно-управлінських здібностей, рефлексії, корпоративних навичок (сумісної діяльності з клієнтом, його опікунами, іншими членами мультидисциплінарної команди фахівців), сприяння професійній самоідентифікації, самореалізації та подальшого саморозвитку фахівців з ерготерапії.

Перспективу подальшого дослідження вбачаємо в аналізі змісту підготовки майбутніх фахівців з ерготерапії в інших зарубіжних країнах та обґрунтуванні рекомендацій щодо можливості реалізації позитивного досвіду підготовки зазначених фахівців у вітчизняних закладах вищої освіти.

#### Список використаної літератури:

1. Толочик А.І. Сучасні тенденції підготовки вчителів у Великобританії // Науковий вісник МДУ імені В.О. Сухомлинського. Педагогічні науки. 2011. Випуск 1.33. С. 128-131.
2. 33 institutions the UK offering Occupational Therapy courses [Electronic resource]. URL: <https://www.hotcoursesabroad.com/study/trainingdegrees/uk/occupational-therapy-courses/loc/210/cgory/pj.1-4/sin/ct/programs.html/>. – (дата звернення 20. 01. 2018).
3. Standard Occupational Classification (SOC) System, 2010 [Electronic resource]. URL: <https://www.ons.gov.uk/methodology/classificationsandstandards/standardoccupationalclassificationsoc>
4. Health Professions Order 2001. [Electronic resource]. URL: <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2002/254/contents/made>
5. Revised Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists / World Federation of Occupational Therapists. 2002. 39 p.
6. London South Bank University [Electronic resource]. URL: <https://www.lsbu.ac.uk/>
7. Bournemouth University [Electronic resource]. URL: <https://www1.bournemouth.ac.uk/>
8. Brunel University [Electronic resource]. URL: <http://www.brunel.ac.uk/>

Стаття надійшла до редакції 17.03.2018 р.



Козлова В.А.

Kozlova V. A.

## PROFESSIONAL TRAINING OF PEDAGOGES IN THE DIRECTION OF HEALTHCARE

*The article deals with the problem of increasing the competence of the members of the pedagogical collective in the field of preserving pupils' health; the essence of the work on the formation of the institution of the educational system with the healthcare-saving component is substantiated; the program of teacher training and the main tasks of the educational institution on children's health care were outlined ; strategic directions for the development of teachers' professional motivation to healthcare of pupils are determined.*

**Key words:** teachers, training, competence, health, healthcare, pupils.

## ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ПЕДАГОГІВ В НАПРЯМКУ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

*У статті розглянуто проблему підвищення компетентності членів педагогічного колективу в галузі збереження здоров'я школярів; обґрунтовано сутність роботи з формування виховної системи закладу зі здоров'язберігальним компонентом; окреслено програму підготовки педагогів та основні завдання управління навчальним закладом з питань охорони здоров'я дітей; визначено стратегічні напрямки розвитку професійної мотивації вчителів до здоров'язбереження вихованців.*

**Ключові слова:** педагоги, підготовка, компетентність, здоров'я, здоров'язбереження, школярі.

**Постановка проблеми.** У наш час людина, її життя і здоров'я визнаються як найвищі людські цінності, оскільки вони є показником цивілізованості суспільства, головним критерієм ефективності діяльності всіх без винятку його сфер.

Здоров'я людини формується з дитинства. Тому не викликає сумніву, що в розв'язанні проблеми формування здоров'я людини як стану її повного благополуччя в усіх аспектах – фізичному, психічному, соціальному й духовному – пріоритетне значення має школа. Ідеями виховання здорового покоління, свідомого ставлення особистості до свого здоров'я та здоров'я інших, формування мотивації учнів на здоровий спосіб життя просякнуті найважливіші завдання сучасної шкільної освіти. (Конституція України, Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті, Закон України «Про освіту», «Про вищу освіту», Концепція валеологічної освіти та ін.).

Практична реалізація визначених завдань залежить, насамперед, від учителя, завдяки якому процес навчання будь-якої шкільної дисципліни має стати невід'ємною частиною збереження й зміцнення здоров'я дітей. Не менш важливим є й те, щоб учитель слугував прикладом здорового способу життя.

Актуальність забезпечення вчителем здоров'ятворчих умов розвитку школярів підсилюється й тим, що реальна шкільна практика поки що не забезпечує збереження і покращення стану здоров'я учнів.

Наприклад, за статистичними даними, до 80-90% дітей шкільного віку мають відхилення у здоров'ї; за період навчання з 1-го по 9-й класи кількість здорових дітей зменшується у 4 рази. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, значна частина захворювань дітей і молоді має так звану дидактогенну природу (дидактичні неврози, стреси, перевантаження, стомлення учнів), тобто прямо викликана або спровокована школою.





Отже, реальна освітня практика вимагає розв'язання проблеми науково-методичного обґрунтування реалізації вчителем професійно-педагогічної діяльності, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я дитини, формування її усталеної мотивації на здоровий спосіб життя, на запобігання негативним впливам навчального процесу [3].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У сучасній педагогічній науці склалися певні напрями дослідження проблеми підготовки фахівців до здоров'язбереження: забезпечення валеологізації навчально-виховного процесу (О.Бондаренко, Ю.Васьков, Г.Грибан, С.Омельченко, В.Оржеховська, С.Страшко, В.Шахненко та ін.); вплив валеологічних знань і вмінь на якісні показники професійної культури майбутніх фахівців різних педагогічних спеціальностей (Н.Башавець, Н.Бєлікова, Д.Воронін, Т.Куйдіна, Г.Мешко, І.Поташнюк, Н.Пясецька); готовність та професійна готовність майбутнього вчителя до здоров'язберігальної діяльності (І.Гавриш, Т.Горелова, В.Кондрашова, О.Міхеєнко, В.Серіков, В.Сластьонін та ін.); формування валеологічної компетентності майбутніх вчителів (О.Бондаренко, О.Дорошенко, В.Нестеренко та ін.)

**Мета статті** полягає у вивченні шляхів удосконалення підготовки педагогів до валеологічної діяльності.

**Об'єкт** – процес підвищення професійної підготовки педагогів.

**Предмет** – педагогічні умови формування валеологічних знань вчителів в освітньому середовищі.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз й узагальнення науково-методичної літератури, передового педагогічного досвіду.

**Викладення основного матеріалу.** З погляду дослідника Л.Б.Дихана, для створення валеологічного простору у школі педагоги повинні мати певну суму знань із вікової фізіології, шкільної гігієни, психології розвитку, отриману у ході базової професійної підготовки. Однак спостереження показують, що ці знання не «педагогізовані», вчитель має пристосовувати їх до педагогічної діяльності самостійно. Подібної трансформації часто не відбувається. Вочевидь на первинному професійному рівні навчання робиться тільки незначний акцент на необхідності збереження здоров'я учнів. Тому у педагогічному середовищі достатньо розповсюдженою є така думка: «Я не лікар і не психолог. Моя справа – вчити» (цитата із життя).

Насправді здоров'я дітей під час навчального процесу повністю знаходиться в руках вчителя. І саме від педагога, від його внутрішньої, особистої позиції, від його системи цінностей, від його ставлення до дітей і педагогічних впливів залежить, чи буде освіта здоров'язберігальною чи здоров'яруйнівною.

Підвищення педагогічної компетентності в галузі охорони здоров'я школярів на основі змін професійних ціннісних установок знижує ризик негативного впливу вчителя на здоров'я дитини. Проведемо прості розрахунки. Якщо навіть учителі присвоюють 10% переданих учням знань і вводять їх у свою педагогічну діяльність (за правильно організованого навчання, маємо надію, набагато більше), а в школі – 40 педагогів, то віддача складає 400%, що відповідає зусиллям 4 фахівців в галузі здоров'я. [ 2 ]

Навчання вчителів можливо організовувати різними способами. Традиційно ця проблема вирішується в інститутах післядипломної освіти. Однак можлива організація навчання у самій школі, без відриву від основної професійної діяльності. Прикладом такого навчання є розроблений Л.Б.Диханом курс «Теорія і практика



охорони здоров'я школярів». Програма курсу включає проведення лекційно-семінарських і практичних занять. Окрім цього, курс передбачає передачу значимих для проведення оптимізації знань, умінь і навичок слухачів, але в широкому баченні – створення умов для формування в учителів ціннісних орієнтацій і смислових установок в галузі здоров'я та здорового способу життя (ЗСЖ).

Програма навчання завбачає вирішення наступних завдань:

- 1) створити основу для формування саногенного мислення вчителів;
- 2) озброїти вчителя новітніми теоретичними і практичними знаннями в галузі здоров'я і охорони здоров'я школярів;
- 3) формувати здоров'язберігальні педагогічні уміння і навички;
- 4) активізувати обмін знаннями і досвідом між вчителями;
- 5) сприяти виробленню у педагогів потреби у неперервній самоосвіті і самовдосконаленні в галузі здоров'я.

При розробці програми курсу і виборі змісту, форм та методів навчання необхідно враховувати, на думку Л.Б.Дихана, труднощі післядипломної освіти фахівців, що у повній мірі стосується вчителя-практика. Як правило, це вже особистість, що склалася, з певним арсеналом професійних знань і умінь, життєвим та трудовим досвідом, котрий у всьому може бути успішним. Така особливість фахівця робить його не завжди сприйнятливим до нових знань, створює своєрідний психологічний бар'єр між учнем і педагогом, котрий необхідно враховувати під час теорії навчання. Вчителі як професійна група, особливо схильна до позиції «Я сам знаю, як треба», що утруднює їх перехід із ролі вчителя в роль учня.

Вочевидь існує ряд факторів, які визначають інтерес до інформації про здоров'я і здоров'язбереження школярів, а саме:

- новизна знань про здоров'я у світлі сучасної позитивної концепції здоров'я, відсутність практичного досвіду і існуючих професійних стереотипів у даній галузі;
- бажання вчителя бути професійно визнаним з точки зору всіх аспектів цілісної педагогічної діяльності;
- орієнтованість більшості вчителів на соціальну норму гуманного ставлення вчителя до дитини, що посилюється у зв'язку з розширенням гуманістичної парадигми освіти.

Необхідно враховувати, що не у всіх вчителів однаково добре розвинена потреба у професійному вдосконаленні і визнанні. Тому існує необхідність поєднувати професійно-значущу інформацію з особистісно-значущою. Вірогідно, що особиста зацікавленість слухачів вирізняється реальною життєвою цінністю здоров'я для кожної людини, бажанням бути фізично і психічно здоровим. До 45 років педагоги, як правило, самі мають виражені проблеми зі здоров'ям, високий рівень невротизації, що підвищує інтерес до проблематики здоров'я. У цьому зв'язку, в кожному модулі програми відбувається об'єднання інформації, спрямованої на формування особистого здоров'я вчителя з відомостями про педагогічні аспекти розглядуваної проблеми.

Зацікавленість педагогів не може забезпечуватися тільки змістом навчання. Варто підбирати такі форми і методи, котрі дозволять впевнити вчителя в необхідності виконання норм і правил ЗСЖ, збереження здоров'я школярів, створити умови для їх послідовного практичного застосування. Для цього під час вибору методів, форм і прийомів навчання, окрім загальнодидактичних принципів, ймовірно врахувати можливість задоволення характерних для кожної людини потреб у пізнанні себе, безпеці, ставленні до оточуючих, любові, а також актуалізації попитів у самовдосконаленні.



Цілі і завдання, а також рекомендований особистісно-значущий підхід до освіти вчителя, вміщують низку умов, необхідних для забезпечення успішності навчання педагога в теорії і практиці здоров'язбереження. До них відносяться:

- виражена позитивна площина навчання. Цьому допомагає використання легкої музики, гумору і відверте емоційне прийняття колег;
- принципово нова інформація з використанням пріоритетних напрямів знань про здоров'я. Концентрувати увагу вчителів важливо не на хворобах, а на можливостях самовдосконалення фізичного, психічного, духовного здоров'я. Ціннісне ставлення вчителя до здоров'я формується через категорію щастя, радості, любові, відповідальності за своє життя і здоров'я. Саме такий підхід до проблеми здоров'я забезпечує інтерес учителів до семінарів і актуалізує проблему збереження здоров'я в системі особистісних цінностей, в їхній професійній діяльності;
- самодіагностика вчителем стану свого здоров'я. У ході підготовки до кожного заняття ймовірно продумати форму діагностики. Чи то буде психологічний тест, чи визначення тривалості дихальної паузи, фахівець вибиратиме в залежності від своєї підготовки. Результати діагностики не повинні розглядатися колективно. Завчасна діагностика розрахована на актуалізацію проблеми, підвищення інтересу до неї, можливість зануритися в світ учня. Наприклад, говорячи про працездатність, можливо запропонувати вчителям для виконання коректурні проби. У ході самоперевірки педагога згадають, що помилки властиві і їм, що це ще не злочин;
- реальний досвід самозмін. Постійне ініціювання турботи вчителя про власне здоров'я, позитивні зміни, що дійсно відбуваються – це найкращий аргумент для впевненості у необхідності приділяти увагу здоров'ю дітей. Закликайте частіше вчителя творити своє здоров'я разом з дітьми під час фізкультхвилинок на уроці, на перервах, на уроках фізичного виховання. [ 2 ]

Обов'язковою умовою дієвості семінарів виступають практичні вправи. Наприклад, можливо потренуватися довільно створювати радісний настрій, проаналізувати на прикладі особистих відчуттів зв'язок між настроєм і напругою м'язів шиї та спини, познайомитися з елементарними релаксаційними вправами. Задоволення і реальний досвід перетворень, «створення» себе допомагають успішно провести сугестивне занурення в емоційну пам'ять дитинства, події перших років шкільного життя і т.д. Обговорення спогадів дозволяє перейти до розмови про позитивні або, навпаки, негативні моменти спілкування з дітьми. Недавній досвід «шкільних переживань» не дозволяє зайняти вчителю в стереотипну позицію учня; заохочення зі сторони адміністрації за участь у здоров'язберігальній діяльності. Кожен із нас в тій чи іншій мірі залежить від думки оточуючих, тим більше, від оцінки керівництва. Позитивне ставлення адміністрації, насправді повинно перетворитися на активну участь в семінарах, що є досить значимим, оскільки створює зовнішню мотивацію для впровадження у професійну діяльність учителя здоров'язберігального компонента.

Окрему увагу потрібно приділити питанню гуманізації навчання і виховання, переходу діяльності педагогічного колективу в парадигму особистісно-орієнтованого навчання. Л.Б.Дихан зазначає, що принципи особистісно-орієнтованого навчання і проблема здоров'язбереження не мають принципових відмінностей та можуть доповнювати один одного.

Найбільш адаптивною формою поступового переходу до особистісно-орієнтованого навчання є початкова реалізація особистісно-орієнтованого підходу як гуманістичного феномену, що утверджує ідеї поваги до особистості дитини,



партнерства, співпраці, діалогу, індивідуалізації.

Таке поступове перетворення ціннісних установок збільшує з часом кількість вчителів, що орієнтуються на «розвиток», а не на «результативність». Це сприяє розширенню функцій учителя, котрий сприймається вже не як репетитор, що формує у дітей основні навички, а як фахівець, котрий відповідає за гармонійний розвиток дитини.

Тип вчителя, орієнтованого на «розвиток» характеризується наступними особливостями: він прагне передусім розвивати особистість дитини, спираючись на емоційні і соціальні чинники; дотримуватися гнучкої програми, не обмежуючись змістом вивченого предмета; йому притаманна вільна манера викладання, індивідуальний підхід; щирий, дружній тон спілкування. Саме цей тип вчителя виробляє позитивне підкріплення і надає допомогу у процесі вирішення школярем навчальних завдань, гнучко варіює ступінь складності пропонованих задач і час, коли вони подаються. Експериментальні дослідження показують, що в класах, де працюють вчителі, орієнтовані на «розвиток», фіксується менша виразність мотиву невдачі і шкільної тривожності. Учні таких вчителів вважають себе більш старанними і більш обдарованими, чим це спостерігається у школярів, де вчителі орієнтовані на «результат».

Очевидно, що стиль викладання вчителя, орієнтований на «розвиток», може бути віднесений до здоров'язберігального, котрий ще раз підкреслює близькість здоров'язберігального і особисто-орієнтованого підходу до навчання.

В аспекті розробки занять з підготовки вчителя до діяльності зі зміцнення здоров'я молодших школярів, з позиції І.І.Капальчиної, особливе місце належить теоретико-методологічній основі самої освіти і педагогічним технологіям навчання й виховання в цьому напрямку. Під цим вбачається не тільки формування низки знань і рекомендацій для розширення кругозору, але й активне використання знань та умінь, спрямованих на виховання здорової особистості школяра. Діяльність учителя в розглядуваній площині являє собою складну за функціональною структурою і психологічному змісті роботу, що потребує знань в галузі філософії і соціології, фізіології і фізичної культури, психології і педагогіки, традиційної і нетрадиційної медицини та ін. наук, а також виявлення умінь і навичок, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я. Враховуючи цей факт, підґрунтям для проектування занять можуть бути наступні положення:

- заняття є невід'ємною складовою неперервної педагогічної самоосвіти і формування загальної культури вчителя;
- відповідність змісту запропонованого матеріалу закономірностям формування здоров'я молодшого школяра з урахуванням віково-статевого, індивідуального і соціального розвитку;
- неперервне і розвивальне навчання як умова формування індивідуальних психофізіологічних особливостей і становлення грамотності школярів в галузі ЗСЖ;
- системний підхід до розуміння здоров'я школяра та керівництва підготовкою учнів до здійснення здоров'язберігальної діяльності в єдності діагностичних, корекційних і розвивальних технологій.

Тож основним завданням практичних занять є удосконалення діяльності педагогів, здатних забезпечити більш високий рівень навченості та культури школярів, формування на цій основі гармонійних стосунків, котрі він вносить у процес навчання. [ 3 ]

Робота з педагогічними кадрами у навчальному закладі, що проводиться з метою підвищення виховного потенціалу в напрямку здоров'язбереження





передбачає, на думку дослідниці О.А.Волкової, наступні дії:

- удосконалення структури і змісту навчання як виховного компонента у предметній підготовці учнів;
- вирішення на педагогічних радах, методичних об'єднаннях проблеми послідовності між рівнями і ступенями освіти з питань виховання;
- підвищення професійного рівня управління виховною діяльністю у навчальному закладі через методичні семінари;
- удосконалення програм гурткової, клубної, студійної виховної роботи, що забезпечує вільний вибір і особистісно-орієнтований підхід до навчання;
- сприяння формуванню активної життєвої позиції, уміння протистояти асоціальним явищам;
- формування в учнів усвідомленого ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих людей;
- розробка і впровадження тематичної програми «Здоров'я – цінність», включаючи в її реалізацію батьків, відповідні служби школи, району, міста;
- перегляд змісту методичного об'єднання класних керівників з урахуванням мети і завдань виховної системи навчального закладу, які сприяли б підвищенню якості виховної діяльності зі здоров'язбереження учнів;
- підвищення професійного рівня класних керівників через проведення консультацій з організації і аналізу результатів діагностичної діяльності зі здоров'язбереження;
- щорічна організація моніторингу з виявлення особистісного зростання учнів з питань ставлення до власного здоров'я, рівня вихованості школярів;
- підвищення професійного рівня педагогів, вихователів через організацію різних форм методичної роботи в школі, що є професійним об'єднанням педагогів [1].

Виявлення професійної готовності до здоров'язбереження стосується характеру ставлень фахівців до проблеми здоров'я і його охорони, ступеня особистої культури здоров'я і ЗСЖ, рівня підготовленості як керівництва школи, так і всіх співробітників, передусім, педагогів. Оптимальний рівень професійної компетентності працівників освіти в питаннях здоров'язбереження був виділений О.А.Шкляровою через загальні вимоги, котрі визначено в трьох аспектах: усвідомлювати, знати, володіти.

Педагог навчального закладу повинен **усвідомлювати** абсолютну цінність здоров'я і його універсальну значимість як найважливішого чинника і умови повноцінного життя. Він повинен розуміти важливість і відповідальність здоров'язберігальної діяльності не тільки в навчальному процесі, але й в повсякденній життєдіяльності, осмислювати цінність особистої культури у ставлення і відповідальності за власне здоров'я й здоров'я своїх вихованців.

Педагог навчального закладу повинен **знати** чинники здоров'я: складові здорового способу життя, принципи і правила здоров'язберігальної та здоров'ярозвивальної поведінки й діяльності. Як професіонал, він повинен знати компоненти і якісні параметри здоров'язберігального освітнього середовища, характер впливу факторів мікро- і макросередовища на процеси розвитку людини, концептуальні і практичні підходи, прийоми і методи підвищення якості освітнього простору, прийоми і технології здоров'язбереження.

Педагог повинен **володіти** основними вміннями і навичками з оптимізації освітнього середовища, стратегічного планування і упорядкування нововведень, результатом яких є позитивна динаміка якісних ознак середовища, спільної





організації дій суб'єктів освітнього процесу у вирішенні відповідних завдань.

У розвитку навчального закладу «Школа здоров'я», з погляду О.А.Шкляррової, підвищення професійної кваліфікації педагогічного складу є першорядною умовою успішної роботи. Між тим, це важлива умова в реалізації будь-якої інноваційної діяльності, успіх якої в багатьох випадках залежить від організації науково-методичної роботи у школі. Ефективність науково-методичної роботи торкається якості управління нею, а отже, адміністрації. Завдання всіх керівників школи, що здійснюють науково-методичну підтримку і супровід діяльності педагогів полягає в тому, щоб процес професійного розвитку педагогічного колективу, підвищення професійної кваліфікації був цілеспрямованим, компетентісно-орієнтованим, забезпечував не тільки професійне, але і особистісне зростання [7].

Практика роботи з колективом показала, що починати треба з аналізу стану загальних педагогічних компетентностей педагогів. У кваліфікаційних характеристиках працівників освіти найпершою має бути закладена така важлива умова професійної діяльності, як збереження здоров'я учнів у ході навчального процесу. В силу різних об'єктивних обставин і індивідуальних причин – вік педагога, певний консерватизм у «розподілі пріоритетів освітньої діяльності», велика завантаженість, фізична і емоційна втома і т.д. – навіть самі важливі педагогічні компетентності – методологічні, психолого-педагогічні входять у стадію деякого застою у своєму розвитку. Значна кількість педагогів знижує свою професійну мобільність, зменшує рівень життєздатності.

**3 акмеологічних позицій життєздатність особистості** характеризується як соціально і психологічно обумовлений рівень розвитку, котрий традиційно пов'язується зі знаходженням людиною ознак самостійності і самодостатності (А.А.Ярулов). П.І.Трет'яков характеризує професійну життєздатність як особливий стан людини, його життєвий і професійний досвід, котрий забезпечує особистісну ситуаційну адаптацію до соціуму.

Показники, що характеризують і дозволяють визначити стан професійної життєздатності педагога розкриваються через наступні параметри:

- 1) збалансованість необхідних знань і умінь;
- 2) інструментальність знань, умінь і навичок, котрі демонструє фахівець у певних професійних ситуаціях;
- 3) самореалізацію чи соціальну адаптацію за допомогою:
  - цілеспрямованого функціонування;
  - цілеспрямованого розвитку;
  - цілеспрямованого пристосування.

Професійна життєдіяльність педагога визначає його функціональну грамотність у прийнятті і реалізації адекватних управлінських рішень типу:

- є проблема (у нашому випадку йдеться про стан здоров'я, здоровий спосіб життя і культуру здоров'я учнів), важливо бачити її і правильно визначити, сформулювати;
- є визнання і усвідомлення проблеми (розуміння того, що чинники шкільного середовища, професійна діяльність вчителя можуть здійснювати негативний вплив на стан і розвиток здоров'я учнів; успішність і поведінка школярів напряду залежить від дійової турботи вчителя про їхнє здоров'я під час навчання);
- важливо шукати шляхи вирішення проблем професійної життєздатності (з урахуванням характеру і рівня загострення проблеми, ресурсних можливостей навчального процесу).

Проявами функціональної грамотності, що підтверджує професійну



компетентність і життєздатність педагога, є його готовність та прагнення правильно вирішувати проблему здоров'язбереження, а не шукати пояснень, чому вона не розв'язується чи не може бути вирішена [6].

О.О.Леонт'єв характеризує **функціональну грамотність** як здатність людини використовувати необхідні знання для виконання життєвих завдань. Ю.В.Кулюткін підкреслює, що **функціональна грамотність** є першочерговою основою в розвитку творчого потенціалу особистості, яка дозволяє людині реалізувати себе в різних видах діяльності.

Основою для вирішення проблем здоров'язбереження є підвищення валеологічної грамотності педагогів навчального закладу. Педагогіка здоров'язбереження актуальна у вітчизняній системі освіти вже більше 10 років, однак до цього часу вчені і дослідники відмічають, що у значної частини педагогів системи загальної освіти є недостатніми знання про принципи і підходи до грамотної організації та розвитку здоров'язберігального середовища, низький рівень культури здоров'я, ціннісно-сислової компетентності в реалізації здоров'язберігальної діяльності.

Завдання керівництва школи полягає в тому, щоб виділити здоров'язберігальні компетенції і розробити внутрішкільну програму підвищення кваліфікації педагогів з основоположних питань збереження і розвитку здоров'я. Аналізуючи компоненти функціональної грамотності у питаннях здоров'язбереження, О.А.Шклярєва визначає наступні складові:

- наукові уявлення про здоров'я, ЗСЖ, чинники, що впливають на здоров'я;
- розуміння і розкриття значення «здоров'я» як цінності;
- уміння відстежувати і фіксувати позитивні та негативні зміни у стані власного здоров'я і здоров'я оточуючих;
- здатність складати ефективну і дійову програму збереження та розвитку свого здоров'я на основі моделі образу себе як здорової людини;
- уміння складати ефективну і дійову програму збереження здоров'я учнів в умовах навчального процесу;
- здатність створювати і підтримувати екологічно комфортне освітнє середовище, що відповідає всім вимогам здоров'язбереження;
- володіння способами організації і реалізації діяльності з профілактики здоров'язбереження;
- володіння різними освітніми технологіями, в тому числі технологіями навчання і виховання дітей з проблемами у розвитку;
- вивчення ефективності навчального процесу з формування здоров'язберігальної компетентності учнів;
- реалізація на практиці здоров'язберігальних принципів організації навчального заняття (здоров'язберігальні технології на уроці);
- здоров'язберігальна спрямованість виховних заходів і індивідуальної роботи з учнями;
- готовність до активної участі у спортивних і фізкультурно-оздоровчих заходах своїх вихованців;
- продуктивна робота з батьками;
- взаємодія із закладами додаткової освіти і т.д. [ 7 ]

Вирішити завдання підготовки всього педагогічного колективу і співробітників школи щодо реалізації здоров'язберігального напрямку у навчальному процесі, виховній роботі і додатковій освіті – справа непросте. Це має підштовхнути колектив



до пошуку соціальних партнерів (організацій і спеціалістів, робота яких безпосередньо пов'язана зі здоров'ям дітей і підлітків), до співпраці з установами додаткової професійної освіти і професійної підготовки педагогічних кадрів, науково-дослідними інститутами, що займаються проблемами здоров'я, центрами методичного забезпечення роботи ЗНЗ ті ін.

Організація систематичних науково-методичних консультацій і семінарів допомагає суттєво підняти професійний й теоретико-методологічний рівень педагогічного колективу школи. Варто усвідомити необхідність вивчати питання збереження і зміцнення здоров'я, здоров'язберігальної діяльності всіма педагогами школи.

Початкові теми самоосвіти варто зорієнтувати на підвищення когнітивного компоненту здоров'язберігальної діяльності вчителів, що мають недостатні знання з проблем здоров'я, ЗСЖ дітей та підлітків. З роками вибір тем повинен більше відображати технологічну складову здоров'язберігальної діяльності вчителя. Однак ціннісно-смысловий, методологічний компоненти завжди мають бути затребувані вчителями. Саме особиста ініціатива і активність значної частини педагогів дозволяють за короткий термін зібрати і використати результати наукових досліджень, досвід педагогічної практики зі здоров'язбереження.

Для методичних об'єднань ймовірно визначити пріоритетні для ЗНЗ теми з вивчення, адаптації і апробації інноваційного досвіду. Результати роботи педагогів і творчих груп повинні систематично обговорюватись на засіданнях методичних і творчих об'єднань учителів-предметників, класних керівників, вихователів ГПД, педагогів додаткової освіти. За таких умов тема здоров'я швидко стане основною на внутрішкільних семінарах і педагогічних радах.

Як показує практика впровадження здоров'язберігального напрямку роботи школи, варто створити інформаційно-методичну базу, до якої вмістити наступні блоки:

- особливості розвитку здоров'я дітей і підлітків;
- фактори здоров'я і ЗСЖ;
- оздоровчі технології у навчальному процесі;
- навчально-методичні розробки уроків;
- виховання ЗСЖ;
- система робота з батьками.

Для того, щоб у внутрішкільній науково-методичній роботі з підвищення професійної компетентності учителів був реальний орієнтир, у ході декількох колективних обговорень була розроблена модель учителя центру навчання здоров'ю.

Самим складним є завдання з формування мотивації вчителів щодо систематичного використання здоров'язберігальних освітніх технологій у повсякденній роботі. Педагоги можуть дати прекрасні відкриті уроки і заходи, що відповідають принципам здоров'язбереження. Але тільки 50-55 % з них застосовують отримані знання в щоденній практичній роботі.

Планування роботи з мотивації педагогічного складу – одне із самих пріоритетних і важких напрямів у діяльності адміністрації ЗНЗ. На думку О.А.Шклярвої, тут необхідно враховувати:

- вік педагогічного складу, що пояснює зниження ініціативи і активності, «вірність» застарілим уявленням і позиціям;
- рівень здоров'я вчителів і увесь комплекс захворювань, у тому числі професійно обумовлених, стан професійного здоров'я;



- відсутність готовності до новаторства, інноваційної діяльності;
- недостатньо розвинену мобільність, що необхідно в умовах стрімкого розвитку освіти; відсутність бажання сприймати нововведення, приймати вимоги і виклики часу та професійно відповідати їм.

З метою підвищення мотивування вчителів до здоров'язбереження учнів ймовірно розробити стратегію розвитку професійної мотивації, в основу якої покладено стимулювання внутрішніх (особистісне зростання, служіння суспільству, здоров'я) і зовнішніх (матеріальне благополуччя, соціальне визнання) прагнень педагогів.

Для розвитку професійно грамотного ставлення до проблеми збереження здоров'я учнів, важливим є існування продуманої програми з підвищення мотивації педагогів, що вміщує:

- навчання педагогів прийомам самоаналізу, цілепокладанню в плануванні;
- систему стимулювання як зовнішніх, так і внутрішніх прагнень педагогів;
- вибудовану систему розвитку соціального партнерства зі спеціалістами і вченими, що займаються проблемами здоров'я школярів;
- створення комфортних умов для роботи педагогів, при цьому необхідно приділяти особливу увагу реалізації принципів здоров'язбереження, професійному здоров'ю педагогів, дійовій турботі про розвиток культури здоров'я зі сторони керівників ЗНЗ.

Необхідною умовою і механізмом управління якістю професійної життєздатності педагогів є система педагогічної діагностики. Вона вміщує аналіз стану здоров'я самих педагогів і оцінювання їхньої готовності до здоров'язберігальної діяльності, що дозволяє визначити динаміку розвитку професійних компетенцій у вирішенні валеологічних проблем.

Ідея підвищення професійної готовності вчителів до здоров'язберігальної діяльності може здійснюватися через розвиток уваги до власного здоров'я педагога, ініціативи і підтримки ЗСЖ, розширення культури здоров'я вчителя. На цьому етапі можливе залучення фахівців, які в силу своєї професійної компетенції допоможуть педагогу вибудувати програму раціональної життєдіяльності, що сприятиме збереженню його здоров'я.

Дослідниця Л.П. Омельченко підкреслює, що успішність упровадження здоров'язберігальної діяльності вчителя передбачає співробітництво, суб'єкт-суб'єкту взаємодію всіх учасників педагогічного процесу (учнів та їхніх батьків, учителів та інших співробітників навчального закладу), а отже, вимагає дотримання певних умов, основними з яких є:

- координація зусиль усіх учителів навчального закладу, що передбачає створення методичної ради, яка має забезпечувати координацію форм внутрішньошкільного управління процесом здоров'язбереження учнів, взаємопогоджену роботу та взаємозв'язки класних керівників й учителів-предметників, від співпраці й спільних зусиль яких багато в чому залежить ефективність здоров'язберігальної діяльності; здійснення коригування, затвердження методичних рекомендацій вчителям школи з питань використання засобів, форм та методів здоров'язбереження учнів;
- ефективність здійснення здоров'язберігальної діяльності передбачає створення для кожного навчального закладу відповідної програми. Така програма слугуватиме базою для цілеспрямованого планування роботи вчителя таким чином, щоб кожний педагог був у змозі найбільш повно реалізувати себе у навчально-



виховній роботі, у здійсненні міжпредметної інтеграції з питань здоров'я. У такій програмі мають посісти логічне місце і спеціальність кожного викладача, його роль у реалізації позанавчальних заходів, аспекти здорового способу життя, які найбільш близькі конкретному вчителю у формуванні й забезпеченні здоров'я учнів;

- цілеспрямована організація системи науково-методичної роботи з учителями, спрямована на підвищення кваліфікації педагогів з проблем збереження й зміцнення здоров'я учнів, що може здійснюватися через функціонування психолого-педагогічного семінару з питань розвитку дитини, її здоров'я, чинників, що позитивно та негативно впливають на здоровий розвиток учнів, а також через роботу педагогічного консиліуму, творчих груп учителів.

Наприклад, з метою створення сприятливої психоемоційної атмосфери процесу підготовки вчителів у роботу семінару необхідно залучати різні форми та методи активізації навчально-пізнавальної діяльності, а саме: евристичні бесіди, диспути, «круглі столи», які забезпечують активну розумову діяльність, вільний обмін думками, спрямовують учителів на самостійний пошук оптимальних способів спілкування одне з одним; соціально-психологічні тренінги, рольові та ділові ігри, аналіз типових ситуацій професійної діяльності, що сприяє формуванню комунікативних умінь, розвитку навичок рефлексії, управління поведінкою у складних ситуаціях соціальної взаємодії.

Ефективним засобом підвищення професіоналізму вчителів є також започаткування роботи педагогічного консиліуму, до складу якого можуть увійти вчені, педагогічні працівники, психологи, медичний персонал закладу. Завданнями педагогічного консиліуму є: залучення вчителів до наукової та видавничої діяльності; розробка плану індивідуальної роботи з учителями; проведення консультацій учителів з питань основ психології та педагогіки, спостережень і діагностування учнів; навчання способів й надання рекомендацій щодо розв'язання індивідуального підходу до учнів; допомога вчителю в організації самоосвіти як особистісної потреби в підвищенні рівня професійної майстерності, що не залежить від віку й професійного досвіду педагога.

Розвитку професійної майстерності сприятиме й робота творчих груп учителів за інтересами, на засіданнях яких може проводитись обмін досвідом, педагогічними розробками, здійснюватись колективний пошук шляхів інтенсифікації процесу набуття знань, умінь, навичок.

Учителям також необхідно проводити взаємні відвідування уроків, спостереження й аналіз діяльності педагогів у позаурочній роботі, проведенні позакласних заходів;

- забезпечення науково-методичної та матеріальної бази передбачає чітку організацію діяльності закладу, вдалий розклад навчальних занять, наявність відповідної літератури у шкільній бібліотеці (книг, енциклопедій, періодичної педагогічної преси, науково-методичних посібників і рекомендацій), наявність методичного кабінету з відповідною відео- й аудіотехнікою, фонотекою, широким арсеналом діагностичних, розвивальних тестів, сценаріїв ділових та рольових ігор, банком даних, які сприяли б обміну досвідом з проблем здоров'язбереження школярів;

- створення у школі здоров'язберігального простору, що передбачає організацію тісної взаємодії працівників закладу (адміністрації, педагогічного, медичного й психологічного персоналу), учнів, батьків школярів, громадськості, спрямованої на захист і підтримку здоров'я дітей, стимулювання учнів до вибору здорового способу життя.





Формами такої спільної роботи можуть бути: заняття у спортивних секціях, гуртках художньо-практичної спрямованості, проведення лекцій, консультацій для батьків, занять із запобігання згубним звичкам, днів здоров'я та ін. [ 5 ]

**Висновки.** Учителі – це провідники всіх нових ідей, задумів, інновацій, що впроваджуються в навчальні заклади вченими та управліннями освіти. Це головна відмінна особливість усіх людинознавчих технологій, до яких відносяться і освітні технології, висока залежність успішності яких стосується рівня професійної підготовки і загальної культури безпосередніх виконавців. Адміністративними методами ймовірно домогтися дотримання гігієнічних умов у класі, забезпечити складання грамотного, з позицій здоров'язбереження, розкладу уроків, зменшити обсяг домашніх завдань і т.д., однак здоров'яруйнівний вплив на учнів окремих вчителів безпосередньо на уроках нівелює позитивний ефект всіх цих зусиль до мінімуму.

І навпаки, грамотна, самовіддана праця педагога, що ставить турботу про здоров'я учня на перше місце, здійснює нейтралізуючий вплив на значні недоліки освітнього процесу. «Кадри вирішують усє!» - тезис у повній мірі є справедливим для всієї системи освіти. А для того, щоб вони вирішили правильно, грамотно, їх треба відповідним чином підготувати. [ 4 ]

Тож тільки цілеспрямована науково-методична робота, чітка система підвищення кваліфікації педагогічних кадрів здатні забезпечити розвиток професійної компетентності педагога і готовність до активних дій у питаннях здоров'язбереження.

Важливо, щоб здоров'язберігальний компонент став невід'ємною частиною професійної і особистісної позиції самого педагога – передати можливо тільки те, чим добре володієш ти сам.

**Перспективи подальших досліджень** стосуються вивчення суб'єктивних чинників, що впливають на ефективність професійної підготовки вчителя до активного здоров'язбереження учнів.

#### **Перелік використаної літератури:**

1. Волкова О.А. Воспитательная система образовательного учреждения со здоровьесберегающим компонентом: концепция, программа, циклограмма деятельности / О.А.Волкова. – М.: УП «Перспектива», 2010. – 116 с.
2. Дыхан Л.Б. Теория и практика здоровьесберегающей деятельности в школе / Л.Б.Дыхан. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 412 с.
3. Капалыгина И.И. Укрепление здоровья и формирование навыков здорового образа жизни младших школьников: теория и практика: науч.-практ. пособие / И.И.Капалыгина. – Минск: Тесей, 2009. – 198 с.
4. Митяева А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / А.М.Митяева. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 208 с.
5. Омельченко Л.П., Омельченко О.В. Здоров'ятворча педагогіка / Л.П.Омельченко, О.В.Омельченко. – Х.: Вид. група «Основа», 2008. – 205 с.
6. Третьяков П.И. Управление школой по результатам: практика педагогического менеджмента / П.И.Третьяков. – М.: Новая школа, 1997. – 288 с.
7. Шклярова О.А., Шестакова Н.В., Павлович И.Г. Здоровьесберегающее направление в современной школе / О.А.Шклярова, Н.В.Шестакова, И.Г.Павлович. – М: УЦ Перспектива, 2012. – 280 с.

Стаття надійшла до редакції 02.03.2018 р.



Москаленко Б.М.  
Котелевський В.І.

Moskalenko B. M.,  
Kotelevskiy V. I.

## PROFESSIONAL ACTIVITY OF OCCUPATIONAL THERAPIST IN SPHERE HEALTH CARE

*The article deals with the qualification of a occupational therapist. The basic approaches to the professional activity of the occupational therapist are given. The content of the professional activity of the occupational therapist in the field of health is presented.*

**Key words:** occupational therapy, occupational therapist, professional activity, sphere of health protection.

## ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*У статті розглянуто кваліфікаційну характеристику фахівця з ерготерапії. Наведено основні підходи до професійної діяльності ерготерапевта. Представлено зміст професійної діяльності ерготерапевта в сфері охорони здоров'я.*

**Ключові слова:** ерготерапія, ерготерапевт, професійна діяльність, сфера охорони здоров'я.

**Постановка проблеми.** Ерготерапія є новою професією для України, оскільки лише у 2016 році до Національного класифікатора України ДК 003:2010 «Класифікатор професій» під кодом 2229.2 «інші професіонали в галузі медицини» було внесено професії «фізичний терапевт», «ерготерапевт». Ерготерапія як галузь медицини спрямовується на допомогу пацієнтові в повсякденному житті шляхом включення його в різні види діяльності, які є значущими для нього. Кінцевою метою ерготерапії є досягнення максимально можливої незалежності людини в повсякденному житті, незважаючи на її психофізичні обмеження. Погіршення якості життя українців, поширеність тяжких захворювань, що призводять до тривалої втрати працездатності, високий рівень інвалідизації детермінують важливість та своєчасність введення спеціальності «ерготерапевт» до переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у закладах вищої освіти.

Зародження і становлення ерготерапії як професії відбувається наприкінці 19 ст., на початку 20 ст. у США. На сучасному етапі підготовка фахівців з ерготерапії здійснюється в усіх розвинених країнах світу, а також країнах Азії та Африки тощо. В Україні на сьогодні підготовка ерготерапевтів здійснюється сумісно з підготовкою фізичних терапевтів (галузь знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність 227 Фізична терапія, ерготерапія).

Різні аспекти професійної підготовки фахівців з фізичної терапії / фізичної реабілітації висвітлено у наукових працях Н. О. Белікової, Г. М. Бойко, Т. В. Бойчук, Т. М. Бугері, Л. Б. Волошко, А. М. Герцика, С. В. Гук, В. В. Клапчука, В. В. Крупи, В. О. Кукси, Ю.О. Лянного, І. М. Ляхової, І. І. Маріонди, О.І. Міхеєнко, О. В. Погонцевої, Л. П. Сущенко та ін. Натомість, у зв'язку з «інноваційністю» для нашої країни професії ерготерапевта особливості професійної підготовки фахівців з ерготерапії поки ще не знайшли належного відображення у вітчизняній науково-теоретичній та методичній літературі. Існує потреба в з'ясуванні кваліфікаційної



характеристики майбутніх ерготерапевтів, уточненні змісту професійної діяльності ерготерапевта, зокрема, клінічної діяльності в сфері охорони здоров'я.

**Мета дослідження:** з'ясувати основні напрями та зміст професійної діяльності ерготерапевта в сфері охорони здоров'я.

**Об'єкт дослідження:** професійна підготовка фахівців з ерготерапії.

**Предмет дослідження:** зміст професійної діяльності ерготерапевта в сфері охорони здоров'я.

**Викладення основного матеріалу.** Вище зазначено, що становлення ерготерапії як професії відбувається в США на початку 20 ст. У 1914 р. Джорджем Едвардом Бартоном було введено поняття «ерготерапія» (Occupational Therapy) та обґрунтовано його зміст і сутність [4]. У 1915 році в Чикаго за сприяння Елеонор Кларк Слегл засновано першу школу з підготовки фахівців з ерготерапії. У 1917 році за сприяння Джоржа Бартона та інші прихильників «трудового підходу в терапії» створено «Товариство промоції ерготерапії» (сучасна назва – Американська Асоціація Ерготерапії) [4]. Наразі у світі діють різні об'єднання ерготерапевтів, серед яких найбільш потужним об'єднанням світового рівня є Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists), заснована у 1954 році. В Україні підготовка фахівців з ерготерапії розпочалася у 2015 році згідно Постанови Кабінету Міністрів України № 266 від 29.04.2015 року «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей», відповідно до якої спеціальність «Фізична реабілітація» була перенесена з галузі знань 0102 «Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини» до галузі знань 22 «Охорона здоров'я» під номером 227 «Фізична реабілітація» («Фізична терапія, ерготерапія») [3].

Ерготерапія як складова лікувального процесу осіб з обмеженими можливостями спрямовується на відновлення та підтримку побутових дій і навичок, необхідних для повсякденного життя, та зорієнтована не лише на відновлення рухової активності, але й адаптацію людини до нормального життя, що допомагає їй досягти максимальної самостійності в побуті та стати більш соціально адаптованою [1].

Ерготерапія є міждисциплінарною спеціальністю та включає у себе знання із багатьох спеціальностей – медицини, педагогіки, психології, соціальної педагогіки, біомеханіки та фізичної терапії [2].

Ерготерапія (з грец. ἔργον – «труд» або «праця», θεραπεία – «лікування»; син. – «працетерапія») – це комплекс методів, що спрямовані на допомогу пацієнту в повсякденному житті й сприяють розвитку, відновленню й підтримці необхідних побутових навичок і дій.

Завданням ерготерапевта є не досягнення повного одужування хворих, а вирішення тих проблем, які турбують пацієнтів, перешкоджають їх одужанню, їх повсякденної активності та поверненню до нормального життя, незважаючи на ці обмеження, спричинені хворобою.

Розглянемо кваліфікаційну характеристику ерготерапевта.

**Завдання та обов'язки ерготерапевта:**

- керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, реабілітацію, освіту, соціальний захист, права осіб з інвалідністю та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, реабілітації, освіти, соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ);



- сприяє набуттю людьми з обмеженнями життєдіяльності максимального рівня функціональності та незалежності у всіх аспектах життя через певний набір занять (діяльності) та активних реабілітаційних технологій, відновленню у них фізичного, соціального та психічного здоров'я, поверненню людини до нормального соціального, професійного та побутового функціонування, відновлення автономності, інтеграції її у суспільство у закладах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та за їх межами;
- безпосередньо проводить та приймає участь у проведенні кількісної та якісної оцінки активності та участі особи, визначенні напрямку та ступеня впливу контекстових факторів, обмежень життєдіяльності людини;
- розробляє на засадах пацієнт-центричності та індивідуальних реабілітаційних цілей відповідно до чинного законодавства в галузі охорони здоров'я, реабілітації, освіти та соціального захисту, компоненти індивідуальної програми реабілітації щодо ерготерапевтичних реабілітаційних втручань та безпосередньо проводить ці втручання. Основуючись на рішеннях мультидисциплінарних команд реабілітаційних закладів, за скеруванням лікаря фізичної та реабілітаційної медицини або фахівців спеціальної освіти (в немедичному середовищі), або безпосередньо (в монопрофесійному середовищі);
- бере участь у аналізі виконання реабілітаційної програми та внесенні корективів на кожному з етапів. Постійно веде встановлену профільну оцінювальну та звітну документацію з ерготерапії;
- співпрацює в тісному контакті з лікарями, фізичними терапевтами, педагогами, логопедами, психологами, соціальними працівниками та іншими членами мультидисциплінарної команди;
- бере участь у консультації щодо влаштування доступного і безпечного функціонального середовища вдома, на роботі, в громадських місцях, у соціальному оточенні осіб з обмеженими фізичними можливостями. Консультує родичів та опікунів щодо виявлених порушень і шляхів досягнення особами з обмеженими фізичними можливостями максимальної незалежності і нормального рівня здоров'я, залучає їх до планування і проведення реабілітаційної програми та надання необхідної їм допомоги;
- провадить наукову та адміністративну діяльність. Постійно удосконалює свій професійний рівень. Зберігає таємницю індивідуальних програм реабілітації. Дотримується правил і норм професійної етики та деонтології;
- виконує професійні обов'язки в реабілітаційних центрах, медичних, освітніх, санаторно-курортних закладах, соціальних службах, установах і організаціях державного, громадського і приватного секторів [3].

Ерготерапевт *повинен знати*: основи законодавства та нормативні документи України, міжнародні документи з питань охорони здоров'я, реабілітації, ерготерапії, освіти, соціального захисту, прав осіб з інвалідністю; цілі, принципи реабілітації дітей, дорослих та осіб літнього віку, методологію та зміст ерготерапевтичних заходів та вправ; принципи пристосування навколишнього середовища; теорію і практику ерготерапевтичних, корекційно-реабілітаційних заходів та процесів, психологічної допомоги, соціально-побутової адаптації, професійної реабілітації, соціально-середовищної реабілітації осіб усіх вікових категорій з обмеженнями життєдіяльності; стандартизовані методи оцінки активності та участі, напрямку та ступеня впливу контекстових факторів, загальні та спеціальні ерготерапевтичні, медичні, психологічні, педагогічні та соціальні дисципліни; ефективні методи, форми, прийоми реабілітаційної допомоги, корекційного та компенсуючого навчання і виховання;





принципи роботи в мультидисциплінарній команді; індивідуальні психологічні особливості, вікові та нозологічні характеристики дітей і дорослих з обмеженнями життєдіяльності; методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ, 2001) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10); правила використання технологічних засобів та обладнання кабінетів ерготерапії та інших спеціалізованих реабілітаційних приміщень закладів охорони здоров'я, навчальних кабінетів, класів, спортивних та ігрових залів, спеціалізованих приміщень, які створено для реабілітаційної та корекційної роботи; сучасні досягнення науки та практики у відповідних галузях реабілітації та абілітації; основи управління й організації ерготерапевтичних та корекційно-реабілітаційних процесів в закладах охорони здоров'я, у масових і спеціалізованих закладах для дітей, які мають вади у фізичному або розумовому розвитку; етичні норми і правила організації реабілітації осіб усіх вікових груп з обмеженнями життєдіяльності; норми і правила ведення реабілітаційної, психологічної, педагогічної та статистичної документації [3].

#### *Кваліфікаційні вимоги*

Ерготерапевт вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти "Охорона здоров'я", спеціалізація "Ерготерапія". Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Постійна участь у навчальних практиках студентів-ерготерапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Ерготерапевт I кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти "Охорона здоров'я", спеціалізація "Ерготерапія". Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Досвід участі у навчальних практиках студентів-ерготерапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) першої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Ерготерапевт II кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти "Охорона здоров'я", спеціалізація "Ерготерапія". Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) другої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом не менше 3 років.

Ерготерапевт: вища освіта (магістр) в галузі освіти "Охорона здоров'я", спеціалізація "Ерготерапія". Без вимог до стажу роботи [3].

#### *Основними підходами в клінічній практиці ерготерапії є:*

- клієнту має надаватися висококваліфікована допомога, спрямована на підвищення якості його життя;
- найбільш важливі ресурси ерготерапії сам клієнт або його родина, особливо у випадку коли клієнт – дитина. Клієнт, спільно з ерготерапевтами, здійснює постановку довгострокових і короткострокових цілей втручання. Їх спільне





завдання – допомогти клієнтові розкрити і використовувати власний потенціал і його бажання досягти поставленої мети;

- ерготерапевт є членом міждисциплінарної команди. Тільки у спільній роботі міждисциплінарної команди і клієнта і/або його близьких можливе досягнення позитивних результатів;
- клієнта слід розглядати в контексті навколишнього середовища в усьому її різноманітті від фізичних, до економічних і кліматичних факторів, з урахуванням їх взаємного впливу і при умови їх активного і постійного взаємодії;
- взаємовідносини ерготерапевта і клієнта повинні характеризуватися як відкрите, засноване на взаємній довірі партнерство [2].

Фахівці з ерготерапії мають достатньо широку сферу працевлаштування і можуть працювати: у спеціальних школах і дошкільних закладах, в сімейній медицині і на виробництві; викладати у вищих навчальних закладах, здійснювати консультаційну допомогу; працювати ерготерапевтами спеціальних медичних груп загальноосвітніх дошкільних і шкільних навчальних закладів, шкіл-інтернатів, дитячих будинків; ерготерапевтами у навчально-реабілітаційних центрах, диспансерах, будинках відпочинку і профілакторіях; ерготерапевтами у спеціалізованих дошкільних закладах для дітей – інвалідів та дітей з вадами розвитку, спецшколах-інтернатах; ерготерапевтами в шпиталях, клініках, поліклініках, реабілітаційних центрах, санаторіях, денних стаціонарах; працювати консультантами комісій, служб, підприємств, програм чи проектів на постійній, або тимчасовій основі; самостійними працівниками з надання послуг та консультацій, науковими співробітниками в науково-дослідних, експериментальних лабораторій, установ, у споріднених з ерготерапією галузях; координаторами клінічної практики з ерготерапії; викладачами фахових навчальних дисциплін у середніх, спеціальних, професійних та вищих навчальних закладах.

Ерготерапія є одним із тих навчальних курсів охорони здоров'я, в яких студенти навчаються піклуватися про людей, неспроможних виконувати свої повсякденні завдання через обмежені можливості. Розглянемо зміст професійної діяльності ерготерапевта в сфері охорони здоров'я, різних її галузях.

*Ерготерапія в ортопедії.* Спеціалізується на травматології та ортопедії. Фахівці з ерготерапії оцінюють здатності, які пацієнти мали перед травмою, і працюють в напрямку відновлення рухової активності та функціональних можливостей опорно-рухового апарату після травм, операцій тощо. Основним контингентом для ерготерапії є пацієнти з травмами опорно-рухового апарату, зокрема, переломами кісток верхньої та нижньої кінцівок, ушкодженням суглобів, переломами хребта тощо, а також пацієнти після оперативних втручань: заміна коліна, заміна шийки суглобів тощо. Завданнями ерготерапії є також допомога пацієнтам у використанні технічних допоміжних засобів мобільності, підбір інвалідних візків, ортезування тощо; щоденні заняття з відновлення навичок, необхідних у повсякденному житті; допомога в організації та участі в рекреаційних заходах тощо.

*Ерготерапія в геріатрії.* Роль ерготерапевта, який спеціалізується на геріатрії, допомогти людям похилого віку відновити втрачені життєво необхідні навички та сприяти їх самостійності, щоб вони мали змогу вести самостійне життя. Ерготерапевти також допомагають їм вдосконалювати свої рухові навички, навчають їх різних фізичних вправ, необхідних для їх одужання/оздоровлення. Ерготерапія спрямовується на навчання осіб похилого та старечого віку навичок самообслуговування, навичок побутової діяльності, а також на допомогу в використанні можливостей брати участь у громадських заходах, навчання техніки



безпеці у повсякденному житті: запобігання падінню, травмам тощо. Галузь діяльності ерготерапевтів включає різні підгалузі залежно від вікової категорії контингенту: похилий вік, продуктивне старіння (старечий вік).

*Ерготерапія в неврології.* Контингентом для ерготерапії є пацієнти з неврологічною патологією: інсульт, черепно-мозкова травма, периферичні невропатії і плексопатії, розсіяний склероз, хвороба Паркінсона та ін. Завданнями ерготерапевтів, які спеціалізуються на неврології, є попередження ускладнень, обумовлених неврологічною патологією (контрактури, м'язова дистрофія тощо), відновлення втрачених рухових, когнітивних, сенсорних функцій; відновлення або адаптація пацієнтів в різних видах діяльності (побутовій, продуктивній, рекреаційній тощо). Ерготерапія спрямовується на мінімізацію патологічних неврологічних проявів та покращення якості життя пацієнта.

*Ерготерапія в психіатрії.* Існує дуже тонка межа між психіатрією та неврологією. Ерготерапія в психіатрії передбачає корекцію емоційно-вольової сфери та поведінки пацієнтів в процесі реалізації програм, спрямованих на допомогу в повсякденному житті, щоб вони могли виконувати повсякденні заходи, такі як догляд, гігієна, домашнє господарство тощо. Інші функції ерготерапевта включають оцінку оточуючого середовища: вдома, на роботі, в школі та деяких інших параметрів; допомогу пацієнтам в управлінні стресами, розвитку навичок міжособистісного спілкування тощо. Окрім цього, ерготерапевт працює у напрямку покращення загального стану пацієнта з метою сприяння їх можливості вести нормальне життя. Ерготерапевти можуть працювати у виправних закладах, психосоціальних службах, дитячих будинках та інтернатах, реабілітаційних центрах, громадських центрах психічного здоров'я, позашкільних програмах, бездомних та жіночих притулках тощо.

*Ерготерапія у критичному догляді.* Ерготерапевт цієї галузі працює з пацієнтами, які страждають важкими захворюваннями, такими як черепно-мозкова травма, емфізема, інсульт та ін. Головним обов'язком цих фахівців є оцінка загроз життю пацієнтів, ступеня порушення/втрати функцій, стабілізація медичного статусу. Ерготерапевт цього напрямку відповідає за допомогу в догляді за тяжкохворими сім'ям та опікунам, провадить заходи щодо розробки та визначення безпеки харчування, розробки рекомендацій щодо дієти, розробки планів відновлення до і після госпіталізації тощо.

*Ерготерапія в педіатрії.* Ерготерапевти цієї галузі розробляють різні програми, спрямовані на те, щоб допомогти дітям брати участь у різних рекреаційних заходах, різних навколишніх середовищах, таких як школа, дім тощо, та взаємодіяти з іншими дітьми. Дитячі ерготерапевти відповідають за розробку та реалізацію сімейних програм, націлених на сприяння розвитку та набуття дитиною необхідних умінь та навичок. Ерготерапевти також доглядають за неповносправними новонародженими дітьми і працюють в напрямку абілітації та попередження подальших ускладнень в психофізичному розвитку дитини. Інші галузі, де є потреба в послугах ерготерапевта – діти з психіатричними і неврологічними захворюваннями, такі як церебральний параліч, аутизм тощо.

*«Ручна» ерготерапія.* Напрямок діяльності ерготерапевтів цієї галузі передбачає відновлення функцій кінцівок шляхом надання профілактичної допомоги, безперервного втручання та післяопераційної реабілітації. Ці ерготерапевти повинні володіти різними техніками і прийомами швидкого функціонального відновлення пацієнтів. Вони готують плани боротьби з набряком, болями, ранами тощо. Фахівці також навчають пацієнтів різних вправ та заходів для сприяння процесу відновлення.



Працюють з пацієнтами з артритом, синдромом кишкового тунелю, тенісним ліктем тощо. «Ручна» ерготерапія для дітей включає в себе методи покращення навичок письма, методи обстеження постави та корекції її порушень, методи оцінки рівня витривалості, рухового контролю, фізичного здоров'я тощо.

*Офтальмологічна ерготерапія.* Ерготерапевти цієї галузі – професіонали, які працюють над усуненням проблем, пов'язаних із розладами зору та зниженням дискомфорту, спричиненого напруженням в очах. Ерготерапевт працює з пацієнтами з порушенням зору, через що вони в них відзначаються незвичні положення або рухи головою під час читання, плутання (заміна, перестановка тощо) літер і слів, погане розуміння прочитаного та ін. Ці фахівці обстежують та спостерігають за всією візуальною системою людини, включаючи зоровий апарат, нервові провідні шляхи та головний мозок. Ерготерапевти-офтальмологи також допомагають дітям із порушенням зору у вирішенні проблем, пов'язаними з навчанням.

*Ерготерапія при респіраторних захворюваннях.* Ці фахівці відповідають за надання допомоги пацієнтам з дихальними розладами, проведення необхідних тестів, складання програм реабілітації тощо. Ерготерапія спрямовується на покращення функції легень та навчання членів сім'ї чи опікунів використовувати аерозольні інгалятори, фізіотерапію грудної клітки, оксигенотерапію тощо. Ці ерготерапевти повинні добре розумітися на діагностичному обладнанні, апаратах штучної вентиляції легень, системах життєзабезпечення тощо. Допомагають пацієнтам у повсякденній діяльності, навчають їх прийомам усунення патологічних проявів респіраторної системи (задишка, астматичні напади тощо).

*Ерготерапія в ергономіці.* Ергономіка займається проектуванням робочого (виробничого) середовища відповідно до можливостей працівника. Навколишнє середовище повинно бути таким, щоб воно відповідало когнітивним, фізіологічним та психологічним можливостям працівників. Основним завданням фахівців-ерготерапевтів цього напрямку є запобігання травм і нещасних випадків на виробництві. Діяльність ерготерапевтів полягає у створенні оптимального середовища та надання порад щодо організації робочого місця, встановлення або заміни меблів, мінімізації слухових відволікань, адекватного освітлення тощо.

*Ерготерапія при водійській реабілітації.* Ерготерапевти цього напрямку діяльності допомагають неповносправним та особам похилого віку залишатися незалежними та мобільними.

Таким чином, професійна діяльність ерготерапевта в сфері охорони здоров'я охоплює фактично усі нозологічні групи пацієнтів та різні вікові категорії (педіатрія, геріатрія тощо), а також передбачає діяльність в ергономіці. Кінцевою метою ерготерапії є покращення якості життя людини. Пацієнт сумісно з ерготерапевтом визначає довгострокові і короткострокові цілі втручання. Їх спільне завдання – допомогти розкрити і використовувати власний потенціал пацієнта та його бажання досягти поставленої мети. Ерготерапевт є важливим членом міждисциплінарної команди фахівців. Лише сумісними зусиллями в процесі узгодження та координації дій фахівців різного профілю можливе досягнення позитивних результатів.

**Перспективу подальших досліджень вбачаємо** в аналізі досвіду професійної підготовки ерготерапевтів у закладах вищої освіти Австрії та Німеччині.

#### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Антонова Л.В., Ключкова Е.В. Физическая терапия и эрготерапия. СПб: СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 2003. 379 с.



2. Ключкова Е. В. Физическая терапия и эрготерапия как новые для России специальности (Современные подходы в реабилитации). СПб: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003. 486 с.

3. Міністерство охорони здоров'я України. НАКАЗ від 7 листопада 2016 року N 1171 Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». [Електронний ресурс]. URL: [http://www.cct.com.ua/2016/07.11.2016\\_1171.htm](http://www.cct.com.ua/2016/07.11.2016_1171.htm)

4. Эрготерапия. Учебное пособие. URL: [http://manuals.sdc-eu.info/2\\_1.html](http://manuals.sdc-eu.info/2_1.html)

Стаття надійшла до редакції 12.03.2018 р.

Самойлова Н.В.,  
Проненко А. Є.

Samoilova N. V.,  
Pronenko A. E.

## THE NECESSITY TO MONITORING THE PSYCHOLOGICAL LEVEL COMPETENCE OF STUDENTS

*The paper deal with the monitoring system of psychological competence formation level of students. The purpose, main functions and procedure of monitoring are determined in the paper.*

**Keywords:** *monitoring, psychological competence, professional training, formation level, students.*

## НЕОБХІДНІСТЬ МОНІТОРИНГУ РІВНЯ СФОРМОВАНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ

*У статті зазначено актуальність проведення моніторингу рівня сформованості психологічної компетентності студентів. Визначено мету, основні функції та порядок проведення моніторингу.*

**Ключові слова:** *моніторинг, психологічна компетентність, професійна підготовка, рівень сформованості, студенти.*

Сучасна освітня парадигма розглядає орієнтацію на інтереси особистості, адекватні сучасним тенденціям суспільного розвитку в якості пріоритету професійної освіти. Також вона спрямована на збереження та підтримку психологічного здоров'я молоді: компетентності, конкурентоспроможності, ерудиції, творчої особистості, здатної до саморозвитку, самоосвіти і самореалізації в інноваційній діяльності. Психологічна компетентність в даний час набуває особливого значення, стає одним з основних критеріїв професійної майстерності [2].

Одним з визначальних факторів професійної успішності педагога є розвиток його професійних здатностей, якостей, знань, вмінь, мотивації та цінностей, тобто його професійної компетентності, однією з складових якої є психологічна компетентність [1]. Формування психологічної компетентності фахівця будь-якої галузі сприяє розвитку креативності, підвищенню якості та ефективності педагогічної роботи.

Психологічна компетентність є системним, інтегральним утворенням, що виявляється на різних рівнях психологічної реальності людини: у внутрішньому плані





– в саморегуляції, у зовнішньому плані – в соціальній взаємодії і діяльності, що становить основу психологічного здоров'я майбутнього покоління.

Проблема формування психологічної компетентності у системі освіти є однією з найактуальніших на сьогодні, вона розкривається у працях багатьох педагогів та психологів. Існує ряд досліджень, присвячених даному питанню, але динаміка, механізми, умови розвитку психологічної компетентності у процесі навчання практично не вивчені, хоча є очевидним, що саме даний вид компетентності є особливо необхідним у професійній діяльності майбутнього вчителя. Розвиток психологічної компетентності студентів під час навчання у вищій школі є основою професійного та життєвого успіху [6].

Важливого значення в цьому контексті набуває дослідження і врахування як зарубіжного, так і вітчизняного досвіду щодо розвитку психологічної компетентності фахівців. Багато науковців (В. Головач, Ф. Босак, А. Палій, І. Лук'янова, Д. Максименко, А. Родіонов та ін.) власні наукові дослідження присвятили питанням комунікативної, професійної, психологічної компетентності. На думку Н. Бернард, психологічно компетентна людина усвідомлює мету своєї роботи та працює із захопленням, а також, приділяє багато уваги власному вдосконаленню [2]. Високий рівень психологічної компетентності забезпечує успішне оволодіння методами управління в системі взаємодії в людях. Випускники вищих навчальних закладів повинні вміти ефективно застосовувати знання і уміння для вирішення професійних завдань, що забезпечується розвиненою психологічною компетентністю. Однак, сучасні дослідження свідчать про недостатній рівень сформованості психологічної компетентності сучасних спеціалістів.

Отже, сьогодні одним з основних завдань вищої освіти є розвиток психологічної компетентності студентів, що становить основу психологічного здоров'я не лише майбутнього фахівця в галузі освіти, але й майбутнього суб'єкта навчання та виховання. Зазначена проблема зумовлена різними практичними завданнями. Так, сучасні концепції освіти наголошують на тому, що формування відповідного рівня сформованості компетентності у студентів неможливе без об'єктивних даних про особливості розвитку даного процесу. Забезпечити цей процес можливо за допомогою моніторингу рівня сформованості компетентності у студентів, який є все більш потрібним відповідно до вимог професійної підготовки сучасного фахівця.

Основою психологічної компетентності фахівця є знання специфіки особистісного розвитку людини на різних вікових етапах. Науковими дослідженнями та життєвим досвідом доведено як пов'язані між собою поняття «знання» та «рівень компетентності», зокрема, визначено, що продуктивність діяльності фахівця не завжди корелює з глибиною знань. Це засвідчує, що важливим елементом психологічної компетентності є певні особистісні якості. Коли досвід фахівця не обумовлює структурні зміни у його діяльності. Але психологічні знання вважають істотним компонентом психологічної компетентності, до яких відносять [1]:

- диференціально-психологічні знання (тобто знання щодо особливостей засвоєння матеріалу суб'єктами навчання відповідно до їх вікових та індивідуальних характеристик);
- соціально-психологічні знання (знання про особливості комунікативної та навчально-пізнавальної діяльності як окремого члена групи, так і групи в цілому, про особливості взаємостосунків та спілкування);
- аутопсихологічні знання (знання про позитивні особливості та недоліки власної діяльності, особистісні властивості тощо).





Таким чином, психологічна компетентність – це інтегрована характеристика рівня професійної підготовки, яка базується на фундаментальних психолого-педагогічних знаннях, сформованих комунікативних вміннях, що проявляються у поєднанні з особистісними властивостями фахівця [1].

Високий рівень психологічної компетентності дозволяє суб'єкту доцільно використовувати особистісні ресурси, оптимізувати зовнішню і внутрішню активність, актуалізувати приховані можливості інших, прогнозувати ефект професійної активності, конструювати шляхи саморозвитку.

Завдання формування психологічної компетентності як основи подальшого професійного та життєвого успіху за рахунок розвитку індивідуальних ресурсів студентів є кроком до вирішення більш складного стратегічного завдання – формування життєвих компетенцій людини [6].

Ефективність формування психологічної компетентності залежить від постійного моніторингу рівня її розвитку у студентів, тобто безперервного спостереження за динамікою результатів формування психологічної компетентності. Адже завдяки цьому виявляється можливим здійснювати діагностику, оцінку та прогнозування впливу навчального процесу на розвиток і становлення психологічної компетентності майбутніх фахівців. Такий моніторинг дозволяє педагогам, керівникам закладів освіти та органам управління отримувати своєчасну, якісну і коректну інформацію, необхідну для прийняття подальших рішень у системі освіти, спрямованих на досягнення більш значущого внеску у формування психологічної компетентності студентської молоді [4].

Основна ідея щодо здійснення моніторингу рівня сформованості психологічної компетентності у студентів, зводиться до того, щоб забезпечити керування процесом розвитку психологічної компетентності студентів, зробити відповідний процес більш спрямованим, практичним й організованим, а також сприяти реалізації сучасних вимог до професійної підготовки фахівця – формувати компетентну, конкурентоздатну, комунікабельну та креативну особистість.

Метою моніторингу рівня розвитку психологічної компетентності у студентів є відстеження і оцінка рівня сформованості психологічної компетентності, а також підвищення якості освітнього процесу до рівня сучасних вимог у вищій школі.

В педагогіці визначають такі основні завдання моніторингу рівня сформованості складових психологічної компетентності [4]:

- отримання достовірних даних про процес і поточний рівень стану психологічної компетентності
- розробку відповідної корегувальної програми, що сприятиме оптимальному формуванню психологічної компетентності на основі передбачення ймовірних змін;
- наступне відстеження змін у розвитку психологічної компетентності на основі корегувальної програми.

При розробці системи моніторингу слід врахувати його ключові функції:

- діагностичну – системне психолого-педагогічне вивчення якості освіти виховання, навчання, розвитку студента в навчальному закладі, а також рівня професійної компетентності вчителя;
- аналітичну – психолого-педагогічний аналіз освітнього процесу на всіх рівнях його структурної організації;
- оцінювальну – кількісну та якісну оцінку діяльності студента;
- інформаційну – забезпечення інформацією про позитивні результати моніторингу;



- коригувальну – дидактична корекція освітнього процесу, психолого-педагогічна корекція особисті на шляху її саморозвитку.

Моніторинг дозволяє студентам та викладачам виявити сильні та слабкі сторони процесу розвитку психологічної компетентності та своєчасно внести відповідні зміни для більш високих майбутніх результатів.

Враховуючи вищезазначене, у структурі моніторингу доцільно визначити такі основні компоненти:

- збір матеріалу про стан сформованості психологічної компетентності, який є найбільш об'єктивним, надійним та валідним;

- оцінювання, що складається з декількох оцінок: актуального стану рівня сформованості психологічної компетентності та оцінку перспектив і ресурсів її розвитку;

- прогнозування, метою якого є приведення об'єкту моніторингу до відповідного стану на основі визначених норм.

Ефективність досягнення очікуваних результатів залежить від мотивації, доступності й відкритості інформації. Відомо, що рівень мотивації знижується, якщо результат не відповідає затраченим зусиллям (рис. 1).



**Рис. 1.** Взаємозалежність факторів моніторингового дослідження

На нашу думку, порядок проведення моніторингу має бути таким:

1. Формування мети моніторингу, що передбачає визначення показників та критеріїв, в якості вимірювання.
2. Добір методик для проведення моніторингу (вибір карт спостережень, тестів, анкет тощо).
3. Організація дослідження (складання плану, визначення терміну проведення дослідження, відповідальних осіб, використання інструментарію).



4. Збір даних (проведення спостереження за певною формою (зовнішне, стандартне, вільне), результатів заповнення тестів, анкетування).

5. Обробка та аналіз даних (математична статистика, кореляційний аналіз, описове пояснення).

6. На основі одержаних даних розробка рекомендацій щодо формування досліджуваної складової.

7. Корекція – внесення певних змін під час освітнього процесу на основі запропонованих рекомендацій.

8. Контроль – дослідження правильності виконання запропонованих рекомендацій.

Отже, психологічна компетентність студентів розглядається як найважливіша умова успішності професійної діяльності особистості і показник її можливостей, що є однією зі складових психологічного здоров'я майбутнього покоління. Моніторинг рівня сформованості психологічної компетентності, що заснований відповідно до вищезазначеного порядку дає можливість на ранніх етапах з'ясувати причини, які сповільнюють освітній процес, а також дозволяє викладачу та студенту формулювати і вирішувати освітні завдання.

В подальшому планується розробити систему моніторингу рівня сформованості психологічної компетентності студентів спеціальності «Здоров'я людини».

#### **Перелік використаної літератури**

1. Казаннікова О.В. Психологічна компетентність педагога. [Електронний ресурс]. – URL: <http://sworld.com.ua/konfer29/1200.pdf>.

2. Бусыгина А.Л. Психологическая компетентность (грамотность) студентов педагогических вузов как основа психологического здоровья будущего педагога. [Електронний ресурс]. – URL: <http://vestnik-pp.samgtu.ru/uploads/series/1/44/462/2014-2-22-0004.pdf>

3. Габит Ж.Г., Ахтаева Н.С. Психологическая компетентность как условие выбора совладающих стратегий в процессе разрешения педагогических ситуаций. [Електронний ресурс]. – URL: [http://www.rusnauka.com/11\\_NPE\\_2014/Psihologia/8\\_166744.doc.htm](http://www.rusnauka.com/11_NPE_2014/Psihologia/8_166744.doc.htm)

4. Лукьянова М.И. Психолого-педагогическая компетентность учителя: Диагностика и развитие. – М.: Сфера, 2004. – 144с.

5. Никорчук Н.В. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в образовательном учреждении в режиме психологического мониторинга. [Електронний ресурс]. – URL: <http://xn--i1abbnckbmcl9fb.xn--p1ai/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8/410336/>

6. Федосеева А.М. Исследование процесса становления психологической компетентности студентов педвуза. [Електронний ресурс] // Вестн. Омского гос. пед. ун-та. 2006. – URL: <http://www.omsk.edu/article/vestnik-omgpu-6.pdf>

Стаття надійшла до редакції 28.02.2018 р.



## РОЗДІЛ 5. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, РЕКРЕАЦІЯ ТА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ У ПРАКТИЦІ ОЗДОРОВЛЕННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Авраменко Н. Б.,  
Беспалова О. О.

Avramenko N. B.,  
Bespalova O. O.

### CHECKING THE EFFICIENCY OF THE PHYSICAL REHABILITATION PROGRAM OF CHILDREN WITH THE DEPARTMENT OF PLANO-VOLGUS DEFORMATION

*The article presents the theoretically grounded comprehensive program of physical rehabilitation of children with valgus deformation of the lower extremities on the basis of medical physical training and therapeutic massage.*

**Key words:** *valgus deformation, therapeutic massage, medical physical culture, dysfunction, flatulence.*

### ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ 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 та лікувального масажу.*

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

**Постановка проблеми.** За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, захворювання опорно-рухового апарату займають третє місце після серцево-судинних та онкологічних захворювань [2], при цьому 17 % з них складають дефекти нижніх кінцівок (вроджені дисплазії кульшових суглобів, вальгусні або варусні деформації нижніх кінцівок, клишоногість, вивихи або підвивихи стегна, укорочення кінцівки) (Корж Ю.М. 2007, Нарскін Г.І. 2002).

У даний час вальгусна деформація нижніх кінцівок є дуже поширеною патологією серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Результати даних медичних оглядів констатують, що останнім часом, показник поширення деформацій нижніх кінцівок постійно збільшується.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** На сьогоднішній день в Україні понад 11% дітей дошкільного віку мають вальгусні деформації нижніх кінцівок та плоскостопість (С.І. Моисеев, Е.П. Кузнечихин, А.С.Козлов); серед дітей молодшого шкільного віку - до 81,2% від загального числа обстежених, що становить по частоті 3-є місце серед вроджених і 2-є місце серед статичних порушень опорно-рухової системи.

За останні 10 років показник зростання даної патології серед дитячого населення зріс у 1,5 рази. Така ситуація обумовлюється недостатнім проведенням профілактичних заходів, а також відсутністю комплексних програм реабілітації вальгусних деформацій нижніх кінцівок на ранніх етапах їх розвитку [5].

**Мета:** розробити, теоретично обґрунтувати та впровадити програму фізичної реабілітації для дітей з вальгусною деформацією нижніх кінцівок.



**Об'єкт:** фізична реабілітація дітей дошкільного віку із вальгусною деформацією нижніх кінцівок.

**Предмет:** засоби фізичної реабілітації дітей дошкільного віку із вальгусною деформацією нижніх кінцівок.

**Методи дослідження.** Під час виконання роботи, спираючись на поставлені завдання, нами були використані наступні функціональні методи дослідження: соматометрія, плантографічний метод за Чижиним, масово-ростовий індекс Кетле, тест на перевірку силової витривалості відвідних та привідних м'язів нижніх кінцівок.

**Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.** Плоско-вальгусна деформація стоп є досить поширеною ортопедичною патологією, вирішення якої потребує комплексного підходу. Дегенеративні зміни тканин в області внутрішнього зводу викликають певні дисфункції через опущення поздовжнього склепіння, чим провокують виражені біомеханічні зміни, які призводять до порушення основних її функцій - ресорної, балансування і поштовхової. При даному порушенні відбувається сплюснення поздовжнього склепіння, абдукціо-пронаційне положення переднього і вальгусне положення заднього відділів стопи.

При вальгусній деформації стопи її внутрішній край провисає, поздовжні склепіння товщають, передній відділ (пальці) відводиться назовні, до зовнішньої сторони відхиляється і п'ята. Дитина при ходьбі спирається на внутрішній край стопи. Вальгусна деформація діагностується, якщо відстань між внутрішніми щиколотками перевищує 4 см при випрямлених, щільно стислих колінах. При відсутності коректної реабілітації, плоско-вальгусна деформація стоп веде до Х-подібної (вальгусної) деформації гомілковостопних і колінних суглобів. Це обумовлює неправильне положення тазу, що у свою чергу, викликає порушення постави. Викривлення осей хребта і кінцівок призводить до перевантаження м'язів, які намагаються утримати тіло в правильному положенні. Це стає причиною появи болю і раннього остеохондрозу. Також при плоско-вальгусній деформації стоп підвищується ризик розвитку в подальшому поперечної плоскостопості, артрозу суглобів, викривлення хребта, що впливає на якість життя, викликаючи швидку стомлюваність, незграбну ходу, складності в підборі взуття.

Плоско-вальгусна деформація стоп може носити вроджений та набутий характер. Придбана плоскостопість може бути пов'язана з посиленням натягом м. triceps surae, будь-якою дисфункцією м. tibialis posterior, слабкістю зв'язкового апарата і абдукцією в середньому відділі, надмірною ротацією заднього відділу стопи, підвивиху таранної кістки, травматичними деформаціями, пошкодженням підшовного апоневроза, нейромусклярним дисбалансом, викликаним різноманітними захворюваннями [1]. Причинами часто стають деякі захворювання опорно-рухового апарату, а в окремих випадках — носіння незручного або м'якого із недостатньою фіксацією стопи взуття. Як правило, відхилення в розвитку стають помітні у віці 10-12 місяців, коли збільшується навантаженні на зв'язковий апарат стопи при ходьбі.

При «істинної» вродженої деформації причина полягає в зміні форми і взаємного розташування кісток дистальних відділів нижніх кінцівок в період внутрішньоутробного розвитку. Захворювання, обумовлене генетичним дефектом або патологіями вагітності, в даному випадку зазвичай виявляється в перші ж місяці після народження. Найбільш важкими є такі варіанти даної патології, як «вертикальний таран» і «стопа-качалка», що вимагають хірургічної корекції.





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.

Були сформульовані основні завдання комплексної програми ФР дітей із плоско-вальгусною деформацією стоп:

- зняття больового синдрому, покращення крово- і лімфообігу,
- зміцнення м'язів нижніх кінцівок,
- підвищення силової витривалості нижніх кінцівок і стоп,
- покращення фізичного розвитку та зміцнення всього організму,
- покращення самопочуття та психо-емоційного стану дітей.

Проведення заходів ФР базувалося на загальнометодичних принципах, які використовуються при організації будь-яких програм ФР.

ЛФК рекомендується проводити із полегшених вихідних положень (лежачи, сидячи на підлозі та на стільці), а також у вертикальному положенні на вібротерапевтичній «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 включав загальнорозвиваючі та спеціальні вправи, які виконувалися із полегшених вихідних положень: сидячи та лежачи. Це обумовлено необхідністю у зниженні вертикального осьового навантаження на нижні кінцівки.

У реабілітаційну програму були включені заняття на тренажерному пристрої - вібротерапевтичній «бігова доріжка». При виконанні вправ одночасно здійснюються активні рухові дії в суглобах стопи і м'язах нижніх кінцівок (фізичні вправи), а також масаж підошовної сторони стопи і вібростимуляція.

Завдання: створення вібротерапевтичної 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. В залежності від напрямку ходи (підйому пацієнта або спуску) змінюється вплив вібротерапевтичного полотна на стопи дитини. Завдяки шарнірному механізму здійснюється обертання валика-східців. Частота вібрації регулюється швидкістю «ходи». Кожен валик має масажне покриття - горбинки, яке забезпечує одночасний масаж стоп ніг.

Лікувальний масаж.

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

Курс лікувального масажу включав 10–12 процедур, за спеціальною методикою для плоско-вальгусної деформації стоп [3-4]. Особливість методики полягала в тому, що під час масажу нижніх кінцівок тонізували м'язи внутрішнього краю стопи та триголовий м'яз гомілки, розслаблювали м'язи зовнішнього краю стопи та передній і задній великогомілкові м'язи [4]. 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, ахілового сухожилка та підошовної 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 тильній поверхні стопи.

В результаті впровадження розробленої нами програми ми отримали наступні показники. На початку дослідження ми спостерігали ослаблення тону м'язово-зв'язкового апарату стопи у шести дітей з восьми досліджуваних. В ході повторного дослідження було з'ясовано, що вже у п'яти дітей з восьми м'язово-зв'язковий апарат стопи став міцнішим: при піднятті на кінчики пальців відбувалася супінація п'яти, вона зміщувалась у середину в більшій мірі.

За методикою Чижина зменшився показник індексу стопи від 1,3 до 1,2 балів, що складає 0,06 % від вихідних значень. Така динаміка вказує на зменшення поперечної вісі стопи. Згідно отриманих даних, відбулося зменшення відстані між внутрішніми кісточками 10,2% відносно вихідного значення. Ростовий індекс Кетле у дівчат покращився на 2,58 %, у хлопців на 2,16 %. Позитивна динаміка просліджувалась і при оцінці силової витривалості відвідних та привідних м'язів нижніх кінцівок. Так, силова витривалість привідних м'язів нижніх кінцівок збільшилась на 16,7 %, а сила відвідних м'язів на 12,5 %. В результаті повторного тестування середній показник при відведенні – приведенні нижніх кінцівок зріс від 8 до 9 разів, що складає 12,5 % від вихідного значення.

#### **Перспективи подальших досліджень**

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. Отримані в ході експерименту позитивні зміни у досліджуваних показниках дають підстави рекомендувати програму до застосування у медичних та реабілітаційних закладах, у дошкільних навчальних закладах освіти.

#### **Список використаної літератури.**

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. Кузнецихин, 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, 2015. – Т. 2. – С. 90-93.

Стаття надійшла до редакції 27.02.2018 р.



Бардакова А.С.  
Корж З.О.

Bardakova A.S.,  
Korz Z. O.

## EFFECTIVENESS OF USING A COMPLEX REHABILITATION PROGRAM FOR CHILDREN WITH HYPERTONIC TYPE OF VEGETOVASCULAR DYSTONIA

*The article examines the effectiveness of a complex program of physical rehabilitation for children with hypertonic type of vegetovascular dystonia in the steady state using health related aerobic fitness, and physiotherapy.*

**Keywords:** vegetovascular dystonia, health related aerobic fitness, physical rehabilitation, school-aged children.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ВЕГЕТОСУДИННУ ДИСТОНІЮ ЗА ГІПЕРТОНІЧНИМ ТИПОМ

*У статті розглядається ефективність комплексної програми фізичної реабілітації для дітей хворих на вегето-судинну дистонію за гіпертонічним типом на стаціонарному етапі з використанням оздоровчого фітнесу аеробного напрямку, дієтотерапії, та фізіотерапії.*

**Ключові слова:** вегето-судинна дистонія, оздоровчий фітнес аеробного напрямку, фізична реабілітація, діти шкільного віку.

**Постановка проблеми.** Вегетативні розлади є однією з актуальних проблем дитячого віку у зв'язку зі значним поширенням цієї патології, яка за даними різних авторів становить від 20 до 60 % від загального рівня захворюваності дітей різного віку [6].

Найчастіше розлади вегетативної нервової системи зустрічаються серед дітей старшого шкільного віку та підлітків, що зумовлено гормональною перебудовою організму в період статевого дозрівання, напруженням функціонування різних органів та систем і значним розумово-фізичним перевантаженням [1].

Оганов Р.Г. стверджує про досить великий ризик переходу ВСД за гіпертонічним типом в серцево-судинну патологію, зокрема, в гіпертонічну хворобу [7].

### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

Дослідження останніх років свідчать про те, що реальне зниження захворюваності на ВСД, значною мірою, залежить від впровадження масових програм профілактичної спрямованості. При цьому серед дітей і підлітків застосування подібних програм вважається найбільш ефективним та доступним[2].

Окрім того, сучасні дані щодо патогенезу захворювань серцево-судинної системи, дозволяють розглядати оздоровчі програми, які пов'язані з заняттями дітей фізичними вправами, як важливий засіб попередження й лікування різних хвороб системи кровообігу.

На думку низки авторів досить перспективним у цьому відношенні є включення в структуру програм оздоровлення дітей та підлітків різних видів аеробіки [3].

Застосування в комплексній реабілітації систематичних занять фітнесу аеробного напрямку, сприяє збільшенню темпів оптимізації функціонального стану організму і загальних адаптаційних здібностей [4].



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.

Перед початком проведення занять, необхідно визначити фізичні можливості дитини, інтенсивність, щільність фізичного навантаження, в процесі заняття потрібно проводити педагогічні спостереження та здійснювати контроль ефективності занять [5].

Систематичні заняття оздоровчою аеробікою здійснюють найбільший позитивний вплив на організм школярів, у зв'язку з відсутністю вираженого ударного навантаження на організм, відносно простотою виконання та сприятливим емоційним фоном.

Тому **метою дослідження є** оцінка ефективності комплексної програми фізичної реабілітації дітей 14-16 років з вегето-судинною дистонією за гіпертонічним типом з використанням занять оздоровчої аеробіки.

**Об'єкт дослідження:** фізична реабілітація хворих на ВСД за гіпертонічним типом.

**Предмет дослідження:** КПФР дітей 14-16 років хворих на вегето-судинну дистонією за гіпертонічним типом

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз наукових джерел, кількісний та якісний аналіз зібраних даних, математичні методи обробки даних.

**Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів:** Фізична реабілітація хворих дітей з вегетативними дисфункціями має бути індивідуальною, комплексною, тривалою і спрямованою на всі ланки патогенезу, успіх якої залежить від своєчасності й адекватності застосування засобів реабілітації.

Комплексна програма фізичної реабілітації була впроваджена на базі СОДКЛ фізіотерапевтичного відділення для 11 дітей кардіологічного відділення 14-16 років хворих на ВСД за гіпертонічним типом. Дослідження проводилось у 3 етапи.

На першому етапі проведено теоретичний аналіз літературних джерел з даної проблеми та окреслено завдання досліджуваної частини, підібрано методики обстеження.

На другому етапі було проведено експериментальне дослідження. Виміряли АТ, ЧСС, ЧД. Оцінили фізичну працездатність дітей за допомогою проби Руф'є, степ-тесту.

Дослідження функціонального стану кардіореспіраторної системи показало, що у дітей систолічний тиск (САТ), діастолічний тиск (ДАТ), ЧСС, були підвищені і не відповідали віковим нормам. Проведенні проби свідчили про низький рівень фізичної підготовки і адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень.

На підставі аналізу літературних джерел та результатів обстеження розробили КПФР, яка впроваджувалась протягом 2-х тижнів та включала наступні реабілітаційні засоби:

- ЛФК ( РГГ і ЛГ з елементами фітнесу аеробного напрямку)

Комплекс РГГ складався з 6 – 8 загально-розвиваючих вправ (ЗРВ) для великих і середніх м'язових груп та дихальних вправ. Вправ виконували в повільному і середньому темпі, повторюючи кожну вправу 4 – 8 разів.

Під час занять ЛГ включали елементи фітнесу аеробного напрямку. Заняття складалося з: підготовчої частини - розминка, основної частини яка включала аеробний блок (комплекс з базових кроків) і ЗРВ з використанням гімнастичного м'яча, заключної частини - пост-стретчинг (вправи на розтягування і розслаблення



м'язів). Інтенсивність навантаження – 60-75% від величин максимального споживання кисню. Оптимальні величини ЧСС під час виконання навантаження складали від 136 до 143 уд/хв. Музичний супровід у межах від 60-79 уд/хв до 120-134 уд/хв в залежності від частини заняття.

- Дієтотерапія – стіл №10 за Певзнером. Рекомендували включати в раціон харчування овочі та фрукти багаті калієм, магнієм, що сприяє зниженню тону судин. Пропонували виключити з раціону харчування продукти, що збуджують ЦНС та діяльність серця (міцний чай, кава, какао, шоколад) та їжу яка подразнює нирки (гострі закуски, приправи, копченості).

- Масаж шийно-комірцевої зони, тривалістю 15-20 хвилин. Всі поступальні рухи виконували зверху вниз. Застосовували прийоми проглажування, розтирання, м'яке витискання, глибоке, але повільне розминання.

- Фізіотерапевтичні процедури. Електрофорез 3% розчину натрію броміду на комірцеву зону виконували з ранку. Пацієнт займав положення – лежачи на животі. Електрод площею 800 – 1200  $cm^2$  розташовували на шийно-комірцеву зону, з'єднували з катодом. Інший електрод площею 400 – 600  $cm^2$  розміщували на попереково-крижовій ділянці, підключали до аноду. Сила струму становила 6 – 16 мА, тривалість процедури – 6 – 16 хв. Через кожну процедуру силу струму збільшували на 2 мА, а час впливу на 2 хв. На курс лікування призначали 8 – 10 процедур, що проводились щодня.

У другій половині дня (після обіду) проводили сеанси ароматерапії з ароматичним маслом лаванди та лимону.

Третій етап дослідження включав перевірку ефективності запропонованої КПФР.

У процесі проведення курсу фізичної реабілітації дітей спостерігали позитивну динаміку показників кардіореспіраторної системи (таб. 1).

Таблиця 1

### Динаміка показників кардіореспіраторної системи

Показники	До реабілітації	Після реабілітації	Різниця показників	
			Абс.	%
САТ мм рт. ст	131,6 ± 2,34	119,8 ± 1,68	11,8	8,9
ДАТ мм рт. ст	80,9 ± 3,68	75,9 ± 2,76	5	6,2
ЧСС уд/хв	84,4 ± 0,88	79 ± 0,43	5,3	6,3
ЧД	20,4 ± 0,38	19,1 ± 0,34	1,3	6,4

Згідно з аналізом параметрів артеріального тиску до і після курсу реабілітації зафіксували зниження систолічного артеріального тиску (САТ) від 131,6±2,34 до 119,8±1,68 мм.рт.ст. та діастолічного артеріального тиску (ДАТ) від 80,9±3,68 до 75,9±2,76 мм.рт.ст. ЧСС знизилась на 6,3%, ЧД на 6,4% в кінці курсу реабілітації.

Динаміка проби Руф'є свідчать про підвищення функціональних резервів серця у двох дітей (таб. 2).





Таблиця 2

### Динаміка показників проби Руф'є

Оцінка функціональних резервів серця	До реабілітації		Після реабілітації	
	Абс.	%	Абс.	%
атлетичне серце(0)	-	-	-	-
дуже добре (0,1 – 5,0)	5	45,5	5	45,5
Середнього ступеня (5,0 – 10,0)	4	36,3	6	54,5
Високого ступеня (15,1 – 20)	2	18,2	-	-

Показники проби степ-тесту з оцінкою «добра», «нижча від середньої» збільшились на 9,1%; показник з оцінкою «погано» зменшився на 9,1%; показник з оцінкою «середня» залишився без змін (таб. 3).

Таблиця 3

### Динаміка показників Степ-тесту

Оцінка результатів тесту	До реабілітації		Після реабілітації	
	Абс.	%	Абс.	%
Відмінна	-	-	-	-
добра	-	-	1	9,1
середня	2	18,2	2	18,2
Нижча від середньої	5	45,5	6	54,4
погана	4	36,3	3	27,3

Отримані результати підтверджують ефективність впровадженої реабілітаційної програми на стаціонарному етапі лікування.

**Висновки.** Результати проведеного дослідження дозволили констатувати, що у дітей, які пройшли реабілітаційний курс за розробленою програмою, реєструвалися виражені позитивні зміни кардіореспіраторної системи та загальних адаптивних можливостей організму. У зв'язку з цим, запропонована комплексна програма фізичної реабілітації з елементами фітнесу аеробного напрямку для дітей 14-16 років хворих ВСД за гіпертонічним типом може бути рекомендована для практичного застосування в лікувальних закладах.

### Список використаної літератури

1. Белоконь Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей: В 2 томах, Т. 1. — М.: Медицина, 1987. — 448 с
2. Гогін Є. Є. Діагностика та лікування внутрішніх хвороб / Є. Є. Гогін. - Москва, 1991.
3. 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.
4. Богдановська Н.В. Особливості функціонального стану і адаптивних можливостей серцево-судинної системи організму дітей старшого шкільного віку // Наукові записки Тернопільського державного педуніверситету Серія: Біологія. - Тернопіль 2002. - . № 4(19). - с. 65-69.



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. Педиатрія/ В.Г.Майданник – К.: АСК, 1999. – С. 255-279.

7. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калинина А.М. Профілактика сердечнососудистих захворювань: керівництво. — М. : ГЭОТАРМедиа, 2009. — 216 с.

Стаття надійшла до редакції 15.03.2018 р.

**Дикун Н.Ю.  
Корж З.О.**

**Dikun N.Y.,  
Korzh Z. O.**

### **RATIONAL NUTRITION AS A MEANS OF PHYSICAL REHABILITATION OF PREGNANT WOMEN WITH OBESITY**

*The article theoretically substantiates the use of rational nutrition as a means of a comprehensive program for the rehabilitation of pregnant women with obesity.*

**Keywords:** obesity, pregnancy, rational nutrition, physical rehabilitation.

### **РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ**

*У статті теоретично обґрунтовано застосування раціонального харчування як засобу комплексної програми реабілітації вагітних жінок хворих на ожиріння.*

**Ключові слова:** ожиріння, вагітність, раціональне харчування, фізична реабілітація.

**Постановка проблеми.** Ожиріння є однією з найбільш пріоритетних проблем сучасної медицини, до якої прикована увага широкого кола спеціалістів – ендокринологів, кардіологів, терапевтів, а також фізичних реабілітологів. Це пов'язано з широким розповсюдженням і тяжкими наслідками метаболічних порушень у пацієнтів з ожирінням.

В Україні не менше 30% працездатного населення має надмірну масу тіла і 25 % – ожиріння, при цьому аліментарно-конституційне складає майже 95 % [2].

Ожиріння під час вагітності є однією з найбільш важливих проблем в акушерській допомозі. Приблизно 50% вагітних жінок мають надлишкову вагу або ожиріння, що збільшує ризики розвитку та пологів [1].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У разі надлишку ваги тіла (понад 15 кг) у 15% випадків спостерігається слабкість пологової діяльності, переносування вагітності та великий плід, що ускладнює перебіг пологів та післяпологового періоду, пологовий травматизм матері та плода [4, 5]. Є й інші чинники, зокрема останніми роками праця жінок стала більш механізованою, а також збільшилася кількість непрацюючих вагітних, внаслідок чого зменшуються енерговитрати, відповідно – потреби в харчових речовинах та енергії [7].



Тому **метою дослідження** є теоретичне обґрунтування раціонального харчування як засобу комплексної програми реабілітації у вагітних жінок хворих на ожиріння.

**Об'єкт дослідження:** фізична реабілітація вагітних жінок.

**Предмет дослідження:** раціональне харчування як засіб фізичної реабілітації вагітних жінок хворих на ожиріння.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз наукових джерел.

**Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів:** Важливим засобом фізичної реабілітації є раціональне харчування яке передбачає своєчасне постачання організму смачною їжею, що містить поживні речовини – білки, жири, вуглеводи, вітаміни, макро- та мікроелементи, які людина повинна одержувати в оптимальній для організму кількості та в певних співвідношеннях, що забезпечує нормальне функціонування всіх систем і органів [3].

Раціональне харчування – це фізіологічно повноцінне харчування людини з урахуванням її статі, віку, характеру праці, кліматичних та географічних умов, індивідуальних особливостей [2].

Раціональне харчування, адаптоване до особливостей патогенезу, клінічного перебігу, рівня і характеру метаболічних порушень, є важливим лікувальним фактором, що володіє багатосторонньою дією на організм хворого, позитивно впливає на метаболічні процеси на всіх рівнях регуляції [4].

Першорядне значення в харчовому раціоні має не набір тих чи інших видів продуктів, а їх енергоцінність. Надмірна енергетична цінність харчових продуктів є домінуючою причиною широкої розповсюдженості ожиріння [4].

Необхідною умовою успішної по життєвої терапії ожиріння є усвідомлене дотримання рекомендацій раціонального харчування [5]. Але період вагітності не є сприятливим для змін стереотипу харчування. Для попередження негативного впливу, психологічного дискомфорту, який може бути обтяжуючим для вагітної жінки з надлишковою масою тіла та ожирінням різного ступеня, ми розробили комплекс послідовних профілактичних заходів і підготували «Рекомендації для вагітної з надлишковою масою тіла», принципи яких викладені нижче.

Ми не ставимо за мету знизити надлишкову масу тіла за період вагітності. Наша задача – запобігти надмірній надбавці маси тіла, нормалізувати показники обміну речовин та попередити ускладнення вагітності і пологів.

Для зміцнення здоров'я вагітної і майбутньої дитини та профілактики негативних наслідків ожиріння найважливішим є раціональне харчування. Показником його ефективності є контроль приросту маси тіла під час вагітності. Тому першим кроком запропонованого комплексу заходів є контроль маси тіла.

З урахуванням анатомо-фізіологічних змін організму вагітних для діагностики ступеня ожиріння у вагітних використовують запропоновані Н.С. Луценко таблиці [6], які враховують росто-вагові показники, вік жінки та термін вагітності.

Надмірним приростом маси тіла під час вагітності вважають величину, що перевищує 12-16 кг. Якщо ці показники перевищують загальноприйняті в акушерській практиці, необхідно вносити зміни в режим харчування і фізичної активності.

Прийом їжі вранці повинен становити біля 30 - 40% від добового раціону, в обід – 50%, ввечері – 20%. Необхідно приймати їжу 4-5 разів на день [5].

Наступним кроком для попередження надмірного приросту маси є дотримання збалансованого харчування, яке відповідає правильному співвідношенню



компонентів їжі: білки – 15% (80-100 г/на добу); жири – не більше 25-30% (80-100 г/на добу); вуглеводи – 55-60% добової калорійності (450-500 г/на добу) [1].

Необхідно обмежувати споживання тваринних жирів (жирне м'ясо, жирний сир, сметана, вершки). Доцільно у раціон вводити переважну частку рослинних жирів, риби, морських продуктів, які є джерелом надходження незамінних компонентів їжі – поліненасичених жирних кислот (ПНЖК). Вони відіграють суттєву роль у профілактиці захворювань серцево-судинної системи, печінки та інших органів і, зокрема, попереджають розвиток у вагітних можливих депресивних станів в третьому триместрі, які виникають із-за недостатності ПНЖК [2].

Харчовий раціон вагітної повинен бути різноманітним і багатим вітамінами. Виключають із харчового раціону смажені і копчені продукти, так як вони підвищують вміст холестерину. Перевагу надають вареній та тушкованій їжі. Споживання кухонної солі обмежують до 4-5 г/на добу.

Для попередження закрелів, до яких схильні вагітні жінки, у раціон необхідно вводити харчові волокна, джерелами надходження яких є овочі і фрукти. Їх вміст багатий у складі хліба із борошна грубого помолу. Харчові волокна стимулюють моторну функцію кишківника, сприяють виведенню із організму надлишку холестерину і токсичних речовин [7].

У першому триместрі вагітності йде активна перебудова організму жінки і адаптація до нового стану. Враховуючи, що у жінки є ожиріння необхідно перейти на низькокалорійну дієту, що включає більше фруктів, соків, відварів з сухофруктів, в тому числі з шипшини. На самому початку вагітності рекомендуються більш частий (5-6 разів на добу) прийоми їжі. У цей час відбувається закладка всіх систем дитини, і основну увагу слід зосередити на якості їжі. Особливо це стосується вітамінів і білків (адже з кожних трьох грамів білка, що з'їдається вагітною, один грам йде на побудову тканин плода). Добовий раціон повинен містити в середньому 110 г білка, 75 г жиру і 350 г вуглеводів при загальній енергоцінності 2400-2700 ккал – таке співвідношення повністю покриває потреби організму вагітної та забезпечує нормальну роботу травної системи. При зміні смаку і відчутті потреби в кислому або солоному дозволяється вживати в невеликих кількостях оселедець, ікру, квашену капусту, солоні огірки. Взагалі можна задовольняти примхи в їжі, але нічим не зловживати [5].

У другому та третьому триместрах вагітності додатково до норми білків необхідно додавати 6г білка на добу. Головними джерелами білків є нежирне біле м'ясо, риба, яйця, сир, нежирне молоко, кефір. Кількість вуглеводів необхідно зменшити за рахунок білого хліба, здоби, солодощів, макаронних виробів, цукру, варення. Основна кількість вуглеводів повинна надходити в організм у вигляді овочів, зелені, несолодких фруктів і ягід, які викликають відчуття насичення та поліпшують здоров'я. Овочі і зелень (помідори, огірки, морква, кабачки, баклажани, шпинат та інші) можна споживати практично в будь-яких кількостях. При надмірному споживанні вуглеводів їх надлишок перетворюється в жири і сприяє розвитку ожиріння (із кожних 100 г надлишкових вуглеводів утворюється біля 30 г жирів). В корекції імунітету роль раціонального харчування першорядна [6].

А також вважаємо, що раціональне харчування вагітної повинно поєднуватися з фізичною активністю. Найкращим видом фізичного навантаження є щоденна ходьба щонайменше протягом 30 хвилин в помірному темпі. Прогулянки на свіжому повітрі є необхідною умовою нормалізації маси тіла що сприятиме нормальному розвитку плоду [1].



Всі ці поради не тільки запобігають збільшенню ваги тіла, але й попереджають можливі негативні наслідки на організм матері і майбутньої дитини, а також покращують імунний захист організму.

**Висновки.** Таким чином, для попередження акушерських ускладнень у вагітних з ожирінням є комплексний підхід, основу якого складає сполучення збалансованого раціонального харчування, модифікації способу життя та самоконтролю над надлишковою масою тіла в період вагітності.

#### Література:

1. Артымук Н. В. Пищевое поведение и репродуктивные проблемы женщин с ожирением / Н. В. Артымук, Н. А. Крапивина, О. А. Тачкова // Акушерство и гинекология. – 2010. – №2. – С. 34–37.
2. Бердыева Т.С. Рациональное питание беременных женщин при нормально протекающей беременности и при токсикозах беременности / Т.С. Бердыева, Н.А. Щербина, Ю.В. Шматько. –Харьков: Форсинг, 1999. – 32 с.
3. Жабченко І.А. Стан фактичного харчування практично здорових вагітних в умовах великого промислового центру / І.А. Жабченко // Перинатологія та педіатрія. – 2001. – №4. – С. 16.
4. Луценко Н.С. Беременность и роды у женщин с ожирением: навч. посіб. / Луценко Н.С. – К.: Здоров'я, 1986. – С.1996.
5. Старостина Е.Г. Принципы рационального питания в терапии ожирения. Часть I. / Е.Г. Старостина // Кардиология. – 2001. – № 5. – С.94-99.
6. Прилепская В. Н. Проблема ожирения и здоровье женщины / В. Н. Прилепская, Е. В. Цаллагова // Гинекология. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 3–6.
7. Тимохина Е.В. Рациональное питание беременных / Е.В. Тимохина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – № 2. – С. 71–77.

Стаття надійшла до редакції 05.03.2018 р.

**Звіряка О. О.  
Руденко А. М.**

**Zviriaka O. O.,  
Rudenko A. M.**

#### **APPLICATION OF CURATIVE GYMNASTICS IS FOR THE CHILDREN OF PRESCHOOL AGE WITH VALGUS OF LOVER LIMBS**

*In the article examined hospital-etymology indexes of forming (X-similar) of valgus of lover limbs of children of preschool age and process of application of curative gymnastics in the conditions of preschool educational institutions.*

**Keywords:** valgus, X-similar extremities, curative gymnastics, preschool age.

#### **ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ДЛЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ВАЛЬГУСНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

*У статті розглядається клініко-етіологічні показники формування вальгусної (X-подібної) деформації нижніх кінцівок у дітей дошкільного віку та процес застосування лікувальної гімнастики в умовах ДНЗ.*





**Ключові слова:** вальгус, Х-подібні кінцівки, лікувальна гімнастика, дошкільний вік.

**Постановка проблеми.** Сучасний стан здоров'я населення України, особливо підростаючого покоління, вимагає прийняття негайних та ефективних оздоровчих заходів. В Україні за останнє десятиріччя кількість дітей з відхиленнями й розладами у стані здоров'я досягла критичного рівня. Близько 90% дошкільнят, учнів, студентів мають відхилення у стані здоров'я: у 4 рази збільшилася кількість дітей спеціальної медичної групи; 56% дітей мають незадовільний стан фізичної підготовленості; порушення постави виявлено у 40% дошкільнят та у 64% учнів початкових класів; 17% дітей мають деформацію нижніх кінцівок [4; 6].

Дошкільне дитинство – один із найбільш важливих періодів у житті людини. Саме у цьому віці на основі природного розвитку й соціальної адаптації закладаються основи здоров'я дитини, її психофізичного розвитку, знань, особистих якостей, свідомого ставлення до свого здоров'я, формується звичка систематично займатися фізичними вправами й отримувати від цього задоволення. Для дітей, які мають відхилення у стані здоров'я, це період для своєчасної оздоровчо-профілактичної та реабілітаційної роботи. Тому одним із найважливіших завдань, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я нації, є профілактика і корекція порушень опорно-рухового апарату (ОРА), починаючи з дитячого віку [4].

Погіршення здоров'я дітей, на думку більшості дослідників, пов'язане з комбінованою дією екстремальних чинників, основними з яких є зниження рухової активності (М.В. Дутчак, 2002); нездоровий спосіб життя (Г.П. Голоборотько, 2005; М.А. Калина, 2005); залежність рівня фізичного здоров'я від рівня фізичної підготовленості дітей і підлітків (Г.Л. Апанасенко, 2000; Т.Ю. Круцевич, 2002; Б.М. Шиян, 2002); збільшення їхніх психоемоційних навантажень (Ю.Б. Мельник, С.Д. Максименко, 2005).

Питання діагностики, профілактики і корекції порушень нижніх кінцівок у дітей є досить актуальними в наш час, у зв'язку з високою поширеністю цих станів і захворювань у дитячому віці. Тому виникає необхідність у розробці та впровадженні комплексних фізреабілітаційних програм для дітей із деформаціями нижніх кінцівок, завдяки яким можна ефективно корегувати їх форму.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Ряд дослідників [1; 3; 4; 8] дійшли висновку, що при порушенні постави м'язи нижніх кінцівок, м'язи спини та живота вступають у м'язовий дисбаланс, змінюється послідовність включення в роботу м'язів-антагоністів, синергістів, що призводять до неоптимального розвитку стереотипу. Правильну форму нижніх кінцівок допомагають формувати сила і силова витривалість основних м'язових груп нижніх кінцівок та добре розвинений зв'язково-суглобовий апарат.

Науковці визнають, що наявність вальгусної (Х-подібної) деформації нижніх кінцівок і стоп у дитини в майбутньому може негативно впливати на формування фізіологічних вигинів хребта та динамічного стереотипу правильної постави. Відбувається неправильний перерозподіл навантаження на різні сегменти ОРА, що спричиняє порушення постави, зміщення вертикальної осі тіла та всіх внутрішніх органів [2; 4; 11]. З віком може з'явитися остеохондроз, остеоартроз, значний больовий синдром у суглобах нижніх кінцівок та попереку. Тому з дошкільного віку необхідно приділяти велику увагу профілактиці цього порушення, перші ознаки якого можна діагностувати у ранньому дитинстві: рівно поставити дитину і попросити притиснути стопу до стопи, їй це зробити не вдасться, так як деформовані гомілки



будуть віддаляти їх один від одного. Вальгусна деформація ніг – це не вроджена вада, а набутий дефект. Викривлення ніг з'являється найчастіше через деякий час після того, як дитина встала на ноги і почала ходити. Особливо часто це відбувається, якщо малюк встав на ноги завчасно, якщо він багато стояв (наприклад, в манежі), мало повзав. Це пояснюється слабкістю, недорозвиненістю його м'язово-зв'язкового апарату і надмірним навантаженням на нижні кінцівки [2; 4; 5]. Дівчатка страждають частіше деформацією нижніх кінцівок ніж хлопці, що фізіологічно обумовлено їх ширшим тазом [2; 12]. Також наслідки патології дисплазії кульшових суглобів більш притаманні жіночій статі [11].

Як правило, така деформація гомілок поєднується з плоско-вальгусними стопами. Існує кілька клінічних ознак завдяки яким можна виявити розвиток вальгусної деформації стоп у дитини, і найчастіше вони виявляються на другому році життя: дитина пересувається незграбно, човгає ніжками, більше спираючись на внутрішню поверхню стопи; скарги на швидку втому під час фізичних навантажень, відчуття важкості і болю в ногах увечері. При носінні взуття неозброєним оком видно її нерівне зношування – з «завалом» стопи на внутрішню поверхню підошви.

На думку провідних фахівців (С. Ф. Годунова, 1972; Г. І. Батенкова, 1979; Н.Ю. Мітельман, 1978; Н. І. Шуленін, Т. А. Лукашевич, 1978; М.П. Конюхов, 1979; І. І. Мірзоєва, М. П. Конюхов, 1980; Х. З. Гафаров, 1982) плоско-вальгусна стопа характеризується зміщенням різного ступеня човноподібної кістки донизу, пронації і поворотом поздовжньої осі всередину п'яtkової кістки, відведенням переднього відділу стопи до зовні в шопаровому суглобі [9; 10].

Для вродженої плоско-вальгусної деформації характерні типові зміни форми таранної кістки, а також порушення взаєморозміщення кісток стопи взагалі. При цьому таранна кістка вклинюється між човноподібною і п'яtkовою кістками та займає вертикальне положення. Стопа приймає вид гойдалки (М. П. Конюхов, І. І. Мірзоєва, 1977; В. В. Яковець; Г. В. Прохорова, 1980; Х.З. Гафаров, 1982; Arthur, 1967; Ellis, 1977; Gones, 1975; Lichtblau, 1978). Така деформація може поєднуватися з анкілозом таранної, п'яtkової і човноподібною кісток [10; 13].

При вальгусній деформації ніг основні зміни відбуваються в колінному суглобі. Нерівномірний розвиток виростків стегнової кістки (швидше зростання внутрішніх виростків, чим зовнішніх) призводить до того, що суглобова щілина стає ширшою в середині і вужче ззовні. Зв'язки, які зміцнюють суглоб, розтягуються, особливо з внутрішньої сторони, коліно втрачає свою стабільність. Гомілка відхиляється назовні, у важких випадках може бути викривлення кісток гомілки опуклістю всередину. У таких дітей відбувається перерозгинання ніг в колінних суглобах у сагітальній площині [7].

Аналіз порушень основних функцій організму, що виникають у хворих з деформаціями нижніх кінцівок, вказує на те, що вони з'являються внаслідок порушень кальцієвого обміну (рахіт), дисплазії кульшових суглобів, генетичною схильністю. А також є результатом відсутності профілактичних заходів і недооцінки ролі відновного лікування з використанням різноманітних засобів і методик фізичної реабілітації. Підтвердженням цьому є значна кількість досліджень (М.Г. Григор'єва, 1984; В. Brotzman, 1996; В.М. Єрин, Г.Є. Іванова, 1997; О.Д. Дубогай, 2002; І.В. Рой, 2005; Ю.О. Ляний, Ю.М. Корж, 2011) з проблеми використання фізичних вправ для профілактики та лікування різних патологій ОРА.

Лікувальна фізична культура відноситься до числа методів, дія яких спрямована на активізацію механізмів за принципом моторно-вісцеральних рефлексів [4; 6; 8].



Відомо, що організм дитини в цілому не є мініатюрою дорослого. На певному віковому періоді розвитку складається комплекс певних вікових особливостей дитини. Кожному з них відповідають свої особливості у формуванні рухових навичок та характерні реакції на застосування засобів фізичної культури. Ось чому при підборі фізичних вправ і при проведенні занять лікувальної гімнастики (ЛГ) з дітьми потрібно завжди враховувати особливості вікової фізіології. Активна м'язова діяльність – обов'язкова умова для нормального розвитку і формування зростаючого дитячого організму. Обмеження рухів внаслідок будь-яких причин і в будь-якому дитячому віці справляє негативний вплив на фізичний розвиток і здоров'я дітей, і тим більше на здоров'я дітей хворих і ослаблених. На жаль, ця особливість дитячого організму часто не враховується педагогами та лікарями при роботі з дітьми в освітніх та лікувально-профілактичних установах.

**Мета роботи** – розробити та апробувати комплекс лікувальної гімнастики для дітей дошкільного віку із вальгусною деформацією нижніх кінцівок в умовах ДНЗ.

**Об'єкт дослідження** – лікувальна гімнастики для дітей дошкільного віку із вальгусною деформацією нижніх кінцівок.

**Предмет дослідження** – процес застосування лікувальної гімнастики з елементами авторських методик за Ю. М. Корж (2012) та Н. Г. Соколовою (2010) в умовах ДНЗ.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури; педагогічне спостереження; тестування; бесіди та анкетування.

#### **Виклад основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.**

При вальгусній деформації нижніх кінцівок відбувається розтягнення зв'язок на внутрішній стороні колінного суглобу та спазмування із зовнішньої боку. Тому необхідно було підібрати комплекс вправ та інших засобів, щоб розтягувати м'язи зовнішньої поверхні гомілки і стегна, а на внутрішній зміцнювати. При подовжній плоскостопості – зміцнювати м'язи-згиначі стопи, а також міжкісткові фасції і підшовний апоневроз. Згідно методичних рекомендацій ми залучали батьків приймати активну участь в процесі оздоровлення, який вимагав постійної уваги, терпіння та наполегливості. Нами було застосовано оздоровчо-корегуючі комплекси за різними методиками: 1-й та 2-й тиждень – проводили заняття ЛГ із застосуванням елементів авторської методики «Богатир» (за Корж Ю.М., 2012); 3-й та 4-й тиждень – із застосуванням корекційної гімнастики (за Соколовою Н.Г., 2010).

Перші два тижні комплекс складався із 12 спеціальних гімнастичних вправ з використанням поролонових «Тигрячих лап», поролонового тренажера «Гармошка», «Клин», «Педаль» та гумово-поролонового еспандера «Лук». На 1 тижні комплекс налічував 10 вправ, кожна з яких діти виконували по 6-8 повторень залежно від її складності. На 2-му тижні ЛФК збільшували фізичне навантаження за рахунок збільшення кількості вправ у комплексі до 12 і кількості повторень в одному підході до 8-10 разів. Далі, коли тонус ослаблених м'язів покращувався, призначали 2 підходи для окремих м'язових груп (м'язів-розгиначів). При вальгусній («Х»-подібній) деформації стегна і гомілки ми призначали вправу №3 («Тигрята плескають ногами») та №4 (стискання тренажера «Гармошка» колінами із в. п. лежачи на спині), що збільшують силові показники привідних м'язів стегна, які сприяють утриманню стегна і гомілки від дугоподібного викривлення всередину.

В комплекс ЛГ входили вправи для збільшення сили м'язів-згиначів пальців і стопи: № 9 (стискання тренажера «Клин» передніми частинами стоп із в. п. сидячи), №10 (стискання тренажера «Клин» п'ятками із в. п. сидячи), №11 (натискання передньою частиною стопи на тренажер «Педаль» із в. п. сидячи), №12 (натискання



п'яткою на тренажер «Педаль» із в. п. сидячи на стільці). Покращуючи тонус цих м'язових груп, збільшується висота подовжнього і поперечного склепіння стопи, що сприяє корекції форми стопи за різних форм плоскостопості.

Використовували також статичну дихальну вправу № 2 «Тигрята надувають животи» для покращання газообміну в легенях та релаксації основних м'язових груп тулуба і кінцівок. Рекомендували вправи під час яких значною мірою збільшується силова витривалість м'язів черевного преса – № 1 («Тигрята високо піднімають стегна»), №5 (розтягування ногами еспандера «Лук-1» із в. п. сидячи), №7 (розтягування ногами еспандера «Лук-1» із в. п. лежачи на спині), №8 (розтягування ногами еспандера «Лук-1» із в. п. лежачи на боці).

Для зацікавленості дітей на 3-му тижні проводили лікувальну гімнастику за Н. Г. Соколовою (2010), яка спрямована на диференційоване навантаження м'язів гомілковостопного сегмента, самомасажу гомілок і стоп.

Особливу увагу звертали на рухи, що давали динамічне навантаження на стопу, так, як при їх виконанні з великою амплітудою поздовжнє склепіння стопи менше сплющується, ніж при статичних. Серед найбільш доступних динамічних вправ застосовували ходьбу та її різновиди. Вправи на координацію рекомендували проводити при складних поєднаннях рухів і дотриманням їх послідовності. Вони використовувались для тренування і відновлення рухових навичок, відновлення порушеної регуляції рухів. Вправи в рівновазі спрямовувались на тренування вестибулярного апарату і стереотипу правильної постави. Вони виконувались при зменшеній площі опори, зміни положення голови і тулуба. Даний комплекс через 1 тиждень застосування розширювали ускладненими видами ходьби: зміною положення рук (на поясі, в сторони, вперед, за головою, вгору); на п'ятках та носках («ведмедик», «лисичка» або «котик»); внутрішній та зовнішній частинах ступні («клишоногий ведмедик»); перекатом з п'ятки на носок; дрібними кроками. На третьому тижні додавали ходьбу приставним кроком, правим та лівим боком. На четвертому – спиною вперед, з високим підніманням ніг та з закритими очима.

Комплекс ЛГ проводився малогруповим методом, тривалістю занять 25 хвилин. Під час проведення занять ЛГ спеціальні вправи доповнювались загально-розвиваючими вправами для всіх м'язових груп з метою вирівнювання тону м'язів нижніх кінцівок. Також використовувались вправи на виховання правильної постави. Однак, при проведенні занять необхідно пам'ятати, що систематична перевтома м'язів нижніх кінцівок, особливо у дитячому віці, може стати безпосередньою причиною виникнення функціональної недостатності стоп, а потім і статичної плоскостопості. Тому, заняття проводились регулярно з обов'язковим контролем і дотриманням принципу постійного підвищення навантаження.



Рис. 1. Результати анкетування батьків, щодо здорового способу життя





Аналізуючи відповіді на питання анкет, було виявлено, що батьки розуміють важливість здорового способу життя та занять ЛГ у дошкільному віці. Серед опитаних батьків: 49% відповіли, що здоровий спосіб життя є частиною їхнього життя; 43% позитивно ставляться до фізичних вправ але дуже рідко застосовують їх на практиці; 8% вважають, що є інші, більш важливі речі в повсякденному житті, тому і не приділяють цьому достатньо уваги (рис. 1).

Подальші анкетування показують, що 31,5% батьків вважають достатнім обсяг занять з фізичного виховання і ЛФК, які проводяться в дитячому садку. Тому не потрібно проводити спеціальних занять у домашніх умовах. Тільки 10% опитаних батьків постійно займаються ранковою гімнастикою, фізичними вправами та масажем. За результатами анкетування 58,5% батьків вважають потрібним активізувати роботу з фізичного розвитку дитини (виконувати ранкову гімнастику, займатись спеціальними коригуючими вправами) (рис. 2).

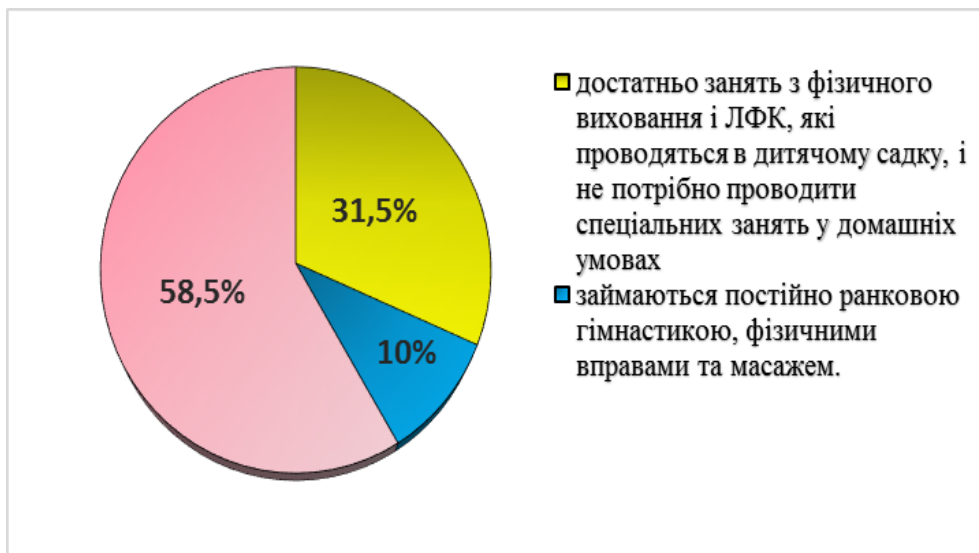


Рис. 2. Результати анкетування батьків, щодо проведення занять ЛФК

Для визначення ефективності запропонованого комплексу ЛГ для дітей дошкільного віку із вальгусними деформаціями нижніх кінцівок проводились тестування фізичних якостей (табл. 1).

Оцінка результату тесту «Ножиці» у положенні лежачи на спині свідчить про те, що у дітей ЕГ він покращився на 21,9 %, тоді, як у КГ цей результат складав 20,2 %. Покращення результатів відбувалося завдяки використанню силових коригуючих вправ та гумово-поролонових тренажерів, особливо, тренажер «Гармошка».

Аналізуючи результати показників тесту піднімання ніг із положенні лежачи на спині у дітей ЕГ і КГ було виявлено покращення показників, що відповідно склало – 3,8% та 3,1%. Покращення результатів рухового тесту досягли завдяки використанню силових, загальнорозвиваючих вправ для прямих та косих м'язів живота.

Згідно таблиці 1 у дітей ЕГ спостерігається подальше збільшення швидкісно-силових якостей, які розвивалися завдяки використанню вправ з подоланням опору та гумово-поролонових тренажерів.

Аналізуючи результати тесту по визначенню гнучкості спостерігаємо покращення показників, які у дітей ЕГ на 7,2% кращий показник гнучкості, ніж у КГ.





Покращення результатів відбувалося завдяки комплексному поєднанню фізичних вправ на розтягування.

Таблиця 1.

**Результати тестування фізичних якостей**

Опис тесту	ЕГ				КГ			
	До експерименту	Після експерименту	Різниця		До експерименту	Після експерименту	Різниця	
	М	М	М	%	М	М	М	%
Ножиці ногами у положенні лежачи на спині (сек.)	37,15	45,3	8,15	<b>21,9</b>	38,1	45,8	7,7	<b>20,2</b>
Піднімання ніг із положення лежачи на спині(сек.)	20,8	21,6	0,8	<b>3,8</b>	20,5	21,15	0,65	<b>3,1</b>
Присідання за 20 сек. (разів)	18,25	19,75	1,5	<b>8,2</b>	14,4	14,85	0,45	<b>3,2</b>
Силова витривалість м'язів черевного преса (разів)	7,55	9,05	1,5	<b>19,8</b>	8,15	9,1	0,95	<b>11,7</b>
Визначення гнучкості, см	4,8	5,15	0,35	<b>7,2</b>	4,8	5,08	0,28	<b>5,8</b>
Силова витривалість розгиначів тулуба (сек.)	36,5	37	0,5	<b>1,4</b>	34	34,25	0,25	<b>0,74</b>

Аналіз отриманих результатів засвідчив стабілізаційний ефект розробленого нами комплексу заходів лікувальної гімнастики. Адже за час проведення експерименту прогресування досліджуваної патології не відбулося, хоча згідно статистичних даних, за відсутності відповідних заходів характерне прогресування вальгусної (Х-подібної) деформації нижніх кінцівок. Крім того, наприкінці розробленої нами програми у досліджуваних дітей спостерігалось загальне покращення фізичного стану, самопочуття, настрою та психоемоційного статусу.

**Перспективи подальших досліджень.** Удосконалити, апробувати та довести ефективність програми фізичної реабілітації дітей дошкільного віку із вальгусною деформацією нижніх кінцівок в умовах ДНЗ.

**Висновки.** Аналіз науково-методичної літератури, педагогічні спостереження, тестування, бесіди і анкетне опитування, проведені нами із фахівцями дошкільного закладу підтвердили дослідження провідних науковців. Так, погіршення екологічної ситуації, соціально-економічних умов, зниження рухової активності, що призводить до дисгармонії показників фізичної підготовленості, спричиняє порушення ОРА, зокрема, деформації нижніх кінцівок у дітей дошкільного віку.



Розроблено і апробовано лікувальну гімнастику з елементами авторських методик за Ю.М. Корж (2012) та Н.Г. Соколовою (2010) в умовах дошкільного навчального закладу. Надані методичні рекомендації батькам, щодо самостійних занять вдома. Після використання комплексу заходів для дітей дошкільного віку з вальгусною деформацією нижніх кінцівок відбулися позитивні зміни, а саме зменшення втоми, больових відчуттів при тривалому стоянні і ходьбі, збільшення гнучкості, сили та витривалості відповідних сегментів ОРА. Покращання у показниках фізичних якостей відбувалося завдяки використанню вправ загальнорозвиваючих, з подоланням опору, гумово-поролонових тренажерів, а особливо спеціальних гімнастичних вправ для нижніх кінцівок.

### Список використаної літератури

1. Альошина А. І. Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дошкільнят, школярів та студентської молоді у процесі фізичного виховання: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 356 с.
2. Анатомія кінцівок: навч. посібник. / В. Г. Ковешніков, В. З. Сікора, В. С. Пикалюк та ін. Суми : СумДУ, 2014. 245 с.
3. Еникеев А. Р. Роль факторов риска в развитии и прогрессировании сколиоза у детей и подростков // Педиатрия. 2008. № 1. С. 84-87.
4. Корж Ю. М. Експериментальна авторська методика оздоровчо-корекційної гімнастики «Богатир» для дітей старшого дошкільного віку з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: навч. посібник. Суми: СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2012. 160 с.
5. Літовка І. П. Корекція змін стану кісткової тканини при дефіциті навантажень // Фізіологічний журнал. 2010. Т. 56. № 3. С. 56-57.
6. Люльков Р. А. Програма фізичної реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями постави та вальгусною деформацією стоп / Р. А. Люльков, Ю. С. Люлькова, Ю. М. Корж, О. М. Звіряка // Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення: матеріали XV Міжнародної наук.-практ. конф. молодих учених: у 2-х т. Суми : СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2015. Т. II. С. 90 - 93.
7. Нарскин Г. И. Система профилактики и коррекции отклонений опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного и школьного возраста средствами физического воспитания : Дис. д-ра пед. наук: 13.00.04: Москва, 2003. 426 с.
8. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей: учебное пособие / Н. Л. Черная и др. Ростов н/Д. : Феникс, 2007. 160 с.
9. Особенности ортопедического обеспечения больных с деформацией стоп / Д. А. Яременко и др. // Ортопедия, травматология и протезирование. 2009. № 2. С. 49.
10. Соловьев А. Е. Врожденная плоско-вальгусная патология стопы у детей // Клінічна хірургія. 2013. № 7. С. 47-51.
11. Скляренко Є. Т. Травматологія і ортопедія: підручник. К. : Здоров'я, 2005. 384 с.
12. Юмашев Г. С. Травматологія і ортопедія: підручник. М. : Медицина, 1990. 324 с.
13. Яременко Д. А. Диагностика и классификация статических деформаций стоп // Ортопедия и травматология. 1985. № 11. С. 59-67.

Стаття надійшла до редакції 10.03.2018 р.



Івницький В.В.,  
Калашник Д.С.,  
Клим І.Я.  
Котелевський В.І.  
Звіряка О. М.

Ivnytskiy V. V.,  
Kalashnyk D. S.,  
Klym I. Ya.,  
Kotelevs'kyj V. I.  
Zviriaka O. M.

## PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH AN OSTEOCHONDROSIS IS COMPLICATED BY THE PROTRUSION OF INTERVERTEBRAL DISCS

The complex rehabilitation program is considered in this article with application of traditional and modern methods of rehabilitation of patients with an osteochondrosis is complicated by the protrusion of intervertebral discs.

**Keywords:** osteochondrosis, protrusion of intervertebral discs, rehabilitation program.

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ УСКЛАДНЕНИЙ ПРОТРУЗІЄЮ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ

*У статті розглядається комплексна реабілітаційна програма із застосуванням традиційних і сучасних методів реабілітації хворих на остеохондроз хребта ускладнений протрузією міжхребцевих дисків.*

**Ключові слова:** остеохондроз, протрузії міжхребцевих дисків, реабілітаційна програма.

**Постановка проблеми.** Остеохондроз хребта (ОХ) та зумовлені ним вертеброневрологічні синдроми – найбільш актуальні проблеми здоров'я суспільства, що обумовлено їх поширеністю, й економічними втратами у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю або інвалідністю. За останні роки значно зросла кількість захворювань на ОХ з неврологічними ускладненнями: люмбошіалгією, люмбаго, люмбалгією. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я остеохондроз хребта – широко відоме ураження опорно-рухового апарату (ОРА), яке за поширеністю посідає третє місце після патології серцево-судинної системи і онкологічної патології [1]. Статистичні показники Міністерства охорони здоров'я України свідчать, що 21,8 % населення нашої держави страждає на ОХ та біль у спині, а в країнах Західної Європи – 40–80 % [8]. Дані Я. Ю. Попелянського показали кореляцію віку із частотою клінічних проявів остеохондрозу: до 20 років – 5, 7 %, 21-30 років – 17%, 31-40 років – 48 %, 41-50 років – 71%, 51-60 років – 74 %, старше 60 років – 80 % [9].

Дуже часто остеохондроз ускладнюється наявністю нестабільних хребтово-рухових сегментів і протрузій міжхребцевих дисків. На сьогодні в терапії дискогенного больового синдрому провідними є медикаментозне, а й в ряді випадків і хірургічне лікування. Однак, вказані способи терапії в багатьох випадках не забезпечують радикального й ефективного вирішення терапевтичних завдань. Використання медикаментозних засобів не завжди мають позитивний вплив, іноді, викликають побічні явища. Широка розповсюдженість дискогенних больових синдромів дегенеративно-дистрофічного походження визначає актуальність пошуку альтернативних способів лікування [6; 7].



**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Особливу увагу науковців привертають немедикаментозні засоби лікування ОХ, а саме фізичної реабілітації [2; 4; 5; 8; 10]. Процес фізичної реабілітації хворих на остеохондроз з нестабільністю хребтово-рухових сегментів забезпечується застосуванням усіх засобів відновлення: фізичні вправи, корегування положенням, масаж, розтягування м'язів, фізіотерапія, мануальна терапія, рефлексотерапія. Однак, їх поєднання та обсяг навантаження залежать від реабілітаційного потенціалу хворого, загального стану організму, характеру, локалізації ураження, періоду захворювання [4].

У процесі планування терапії осіб з ураженням міжхребцевих дисків варто враховувати необхідність впливу на нервово-м'язову систему, фіброзну тканину та патогенетичні механізми. Під час гострого періоду та на стадії регресу дискогенної патології найчастіше використовують постійний електричний струм низької напруги (гальванізація, електрофорез), електромагнітні поля та ультразвукові коливання [7].

За відсутності протипоказань фахівці рекомендують масаж, який починають у підгострій і хронічній стадії захворювання. Методика масажу залежить від вираженості больового синдрому, клінічних проявів, наявності локальних дистрофічних змін у тканинах та тригерних точках [2; 6]. Лікувальний масаж поділяють на точковий, періостальний, сегментарно-рефлекторний та апаратний [2; 3; 4; 10].

Переважає більшість науковців-практиків вважають, що універсальним стимулятором усіх фізіологічних процесів в організмі є рухова активність, яка посідає значне місце в системі реабілітації хворих із дискогенними больовими синдромами. У методиці лікувальної гімнастики (ЛГ) враховуються, насамперед, гострота больового синдрому та стадія захворювання. Метою ЛГ у гострий та підгострий періоди є усунення компресії нервових корінців і зменшення болю, розслаблення м'язів та усунення наслідків протибольової пози. Під час стадії загострення хворому необхідний тимчасовий спокій, оскільки, тривалий період гіподинамії призводить до зниження активності, ослаблення м'язової системи та збільшення термінів відновлення порушених функцій [2; 3].

Сучасні реабілітаційні установи для усунення дискогенного больового синдрому застосовують гідрокінезотерапію у вигляді гімнастичних вправ, корекції положенням, підводного масажу, плавання, ігор та витягнення. При витягненні хребта у воді лікувальний ефект можливий завдяки розвантаженню міжхребцевих дисків, що зменшує тиск на корінці спинномозкових нервів. Подальше застосування гідрокінезотерапевтичного комплексу ґрунтується на властивостях води і особливостях її впливу на організм. Серед яких теплий температурний чинник поліпшує лімфообіг, сприяє розслабленню, зменшує рефлекторну збудженість, покращує еластичність м'язів і знижує больові відчуття [2; 10].

**Мета роботи** – обґрунтувати програму фізичної реабілітації хворих на поперековий остеохондроз, ускладнений протрузією міжхребцевих дисків, на підставі використання традиційних і сучасних методів.

**Об'єкт дослідження** – засоби фізичної реабілітації при остеохондрозі поперекового відділу хребта ускладненого протрузіями міжхребцевих дисків.

**Предмет дослідження** – процес застосування засобів фізичної реабілітації при остеохондрозі поперекового відділу хребта ускладненого протрузіями міжхребцевих дисків у підгострій стадії та ремісії.

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

**Виклад основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.** Програма фізичної реабілітації хворих на поперековий остеохондроз, ускладнений



протрузією міжхребцевих дисків містить опис використаних у програмі методів і засобів фізичної реабілітації у підгострій стадії та ремісії, які підібрані з урахуванням: функціональних порушень поперекового відділу хребта; тяжкості ураження; якості життя; порушення статодинамічного стереотипу; плинності відновлення, загального стану організму, віку, статі і толерантності до фізичних навантажень. Реабілітаційну програму розроблено для двох стадій захворювання: підгострої та ремісії.

Дослідження проведено на базі інформаційно-консультативного центру «Dr. Nona» та навчально-наукового консультативного центру фізичної та психологічної реабілітації ННІФК, Матеріали роботи ґрунтуються на вивченні динаміки відновлення 54 хворих протягом року (2016–2017 рр.). В реабілітаційній програмі брали участь чоловіки і жінки різних професій: спортсмени 15%, викладачі 45%, робочі 40%. Із загальної групи хворих 37 % склали чоловіки, 63 % жінки, усі працездатного віку, 38 % з них – похилого віку. Середній вік хворих (n=54) склав  $57,9 \pm 1,52$  років ( $x \pm S$ ).

Середня тривалість хвороби пацієнтів (n=54) –  $6,5 \pm 0,33$  років. У 5 % хворих давність хвороби – менше 2 років. Хвороба супроводжувалася больовими синдромами, де у 95% випадків хворі скаржилися на постійний біль у поперековому відділі хребта.

На основі проведених досліджень, нами була розроблена і впроваджена програма фізичної реабілітації (рис. 1).



Рис. 1. Блок-схема програми фізичної реабілітації хворих на поперековий остеохондроз, ускладнений протрузією міжхребцевих дисків





У підгострій стадії 6–8 день, руховий режим – вільний. Завдання цього періоду: зниження болю, покращення трофічних процесів у нестабільних сегментах, адаптація до фізичного навантаження, розслаблення постуральних і зміцнення гіпотрофованих м'язів. Серед локальних завдань було збільшення сили в певному м'язі та стимулювання відновлення рухів. Засоби фізичної реабілітації спрямовані на формування ізольованих рухів в окремих суглобах зі статодинамічною регуляцією м'язів. Виконували спеціальні ізометричні, ізотонічні вправи на розслаблення м'язів, збільшення рухливості у поперековому відділі хребта, зміцнення м'язів тулуба, кінцівок, м'язів-стабілізаторів хребта, антигравітаційного комплексу м'язів. Особлива увага приділялась усуненню порушень стереотипу актів стояння і ходьби. Хворим додатково рекомендували елементи постізометричної релаксації (ПІР), масаж, дозоване тренування в ходьбі та вправи на паралельних брусах. Хворі виконували вправи у в.п. - лежачи та стоячи. Рекомендували розпочинати день з РГГ (10–15 хвилин) для підготовки серцево-судинної системи та ОРА до навантажень. У кінці стадії додавалися активні ізометричні вправи для зміцнення м'язів-стабілізаторів хребта. Тривалість занять 20-40 хвилин, відповідно до загальної та локальної реакції організму на навантаження, що не викликало стомлення. Рекомендовано 2–3 вправи по 6–10 повторень (для верхнього плечового поясу до 30 повторень). Не залишали без уваги психоемоційну сферу. Намагалися викликати у хворого позитивний настрій та залучити його до активної участі у реабілітаційному процесі. Метод проведення занять – індивідуальний. Під час утримання рук, ніг або тулуба – не затримувати дихання, після 2–3 повторень – пауза 0,5–1 хвилина або дихальна вправа.

Стадія ремісії 9–20 день, руховий режим – щадний. Завдання цього періоду: відновлення оптимального статодинамічного стереотипу, закріплення правильної постави, підвищення стабільності поперекового відділу хребта, покращення біомеханіки актів стояння та ходьби. Застосовували ПІР, масаж, дозовану ходьбу (50–300 м), спеціальні фізичні вправи на фітболі і балансувальних дисках.

При виконанні спеціальних фізичних вправ на фітболах та балансувальних дисках здійснюється специфічний і неспецифічний вібраційний вплив у низькочастотному діапазоні на організм людини, що дозволяє індивідуалізувати та підвищити ефективність реабілітаційного процесу. Заняття на балансувальних дисках сприяли покращенню діяльності вестибулярного апарату, координації рухів, рівноваги та зміцненню всіх груп м'язів. Для зміцнення м'язів спини та черевного пресу, стійкості до ортостатичних навантажень застосовували спеціальні фізичні вправи на фітболі. **Виконували вправи з повторенням від 5–6 до 7–8 разів для певних вправ**, відпочинок між підходами становив 1–2 хвилини. Принцип тренувань – поступове зменшення площі опори при збільшенні дестабілізуючих рухів. З поліпшенням функції рівноваги у в.п. сидячи і стоячи поступово проводили вправи у русі: ходьба по балансувальній доріжці, пересування спиною і боком вперед. Заняття проводили з поступовим ускладненням вправ у повільному темпі, без різких рухів. Уникали різких нахилів, поворотів, стрибків, вправ на швидкість, заборонялись вправи, що посилюють біль. Після зняття болю включали вправи для зміцнення м'язів спини і живота. Збільшували тривалість прогулянок з 20–30 хвилин до 2–3 годин на день. Під час проведення фізичної реабілітації хворим похилого віку оцінювали стан когнітивних функцій, психоемоційної сфери та їх мотивації. Перед початком занять розмовляли з хворим у повільному темпі, повторювали декілька разів інструкції, тренували увагу, коригували психоемоційні розлади, залучали до обговорення програми відновлення, складали розклад процедур для уникнення фізичної перевтоми.



**Перспективи подальших досліджень.** Удосконалити, апробувати та довести ефективність програми фізичної реабілітації хворих на поперековий остеохондроз ускладнений протрузією міжхребцевих дисків.

**Висновки.** На основі аналізу науково-методичної літератури нами було визначено причини, механізм розвитку та особливості перебігу протрузій поперекового відділу хребта. Враховуючи анатоμο-фізіологічні особливості будови та функції хребетного стовпа і прилеглих до нього тканин, поперековий відділ є найчастішою областю розвитку патології хребта, зокрема, остеохондрозу.

Комплексна програма реабілітації хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта ускладнений протрузією міжхребцевих дисків, проводиться з урахуванням патогенезу захворювання та провідних синдромів. Враховуючи клінічні показники нами була розроблена програма реабілітації, яка включала: лікувальну гімнастику; постізометричну релаксацію; лікувальний масаж із елементами тракції хребта; спеціальні вправи на технічних засобах з нестійкою опорою (балансувальні диски, фітболи).

#### **Список використаної літератури**

1. Альошина А. І. Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дошкільнят, школярів та студентської молоді у процесі фізичного виховання: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 356 с.
2. Епифанов В. А., Епифанова А. В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика): пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 272 с.
3. Жук П. М., Стельмах И. Н., Нычик А. З. Остеохондроз позвоночника (лечение и профилактика): практическое пособие. К.: Кн. Плюс, 2003. 140 с.
4. Котелевський В. І. Інтегративна технологія проведення масажних маніпуляцій у фізичній реабілітації студентської молоді з патологією хребта // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. за ред. С.С. Єрмакова. Харків: ХДАДМ(ХХПІ), 2016. № 3. С. 31–40.
5. 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.
6. Мачерет Є. Л., Довгий І. Л., Коркушко О. О. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: підручник. К. Т. 1. 2006. 256 с.
7. Мачерет Є. Л., Довгий І. Л., Коркушко О. О. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: підручник. К. Т. 2. 2006. 480 с.
8. Попадюха Ю. А., СохибБахджат Махмуд Аль Маваждех. Сучасні методи та засоби фізичної реабілітації при нестабільності попереково-крижового відділу хребта // Здоров'я, фізичне виховання і спорт в умовах сьогодення: зб. пр. наук.-практ. конф. Хмельницький, 2012. С. 80–83.
9. Попелянський Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руководство для врачей. М.: Медпресс-информ, 2011. 672 с.
10. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник. К.:Олімп. л-ра, 2009. 488 с.

Стаття надійшла до редакції 03.03.2018 р.



Каракай О.О.  
Котелевський В.І.

Karakai O. O,  
Kotelevskiy V.I.

## A COMPREHENSIVE APPROACH TO REHABILITATION OF PERSONS WITH SPINAL OSTEOCHONDROSIS

The article gives a theoretical overview of modern views on the complex approach to rehabilitation of persons with spinal osteochondrosis. The optimal means and methods of physical rehabilitation of persons with spinal osteochondrosis are determined

**Key words:** spinal osteochondrosis, rehabilitation, physical rehabilitation, complex approach.

## КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА

*У статті здійснено теоретичний огляд сучасних поглядів на комплексний підхід до реабілітації осіб із остеохондрозом хребта. Визначено оптимальні засоби і методи фізичної реабілітації осіб із остеохондрозом хребта*

**Ключові слова:** остеохондроз хребта, реабілітація, фізична реабілітація, комплексний підхід.

**Постановка проблеми.** Остеохондроз є одним з найпоширенішим захворюванням хребта, що проявляється дистрофічними змінами міжхребцевого диску і прилеглих до нього хребців та характеризується хронічним перебігом. У структурі захворювань периферичної нервової системи провідне місце посідають клінічні прояви остеохондрозу хребта, що становлять 74% випадків. За статистичні даними на остеохондроз страждає 40-80 % населення в усьому світі [2].

Медико-соціальна значущість проблеми лікування неврологічних проявів остеохондрозу пов'язана з ураженням переважно осіб працездатного віку та тяжкими наслідками: остеохондроз хребта займає перше місце у структурі захворювань з тимчасовою втратою працездатності й інвалідності населення України [5]. Низка наукових досліджень свідчить про тенденцію до «омолодження» захворюваності на остеохондроз та виявлення вертебральної патології вже у студентської молоді, що значно впливає на показники якості їх життя [6]. Приблизно 0,3% пацієнтів з остеохондрозом хребта щорічно оперуються, однак після оперативних втручань 8-25% з них встановлюється інвалідність [12, с. 3].

Отже, широка поширеність остеохондрозу хребта серед населення працездатного віку, схильність до стійкого і затяжного перебігу та виникнення рецидивів, високий рівень інвалідизації, труднощі лікування та реабілітації обумовлюють актуальність означеної проблеми.

Різні аспекти реабілітації осіб з остеохондрозом висвітлено в наукових працях С.М. Афанасьєва, А.Н. Белової, В.І. Котелевського, О.Б. Лазаревої, О.К. Марченко, І.Р. Мисули, О.Б. Шеремет, Г.С. Юмашева та ін. Науковцями обґрунтовується важливість комплексного підходу до реабілітації осіб з остеохондрозом хребта, що передбачає оптимальну інтеграцію комплексу засобів і методів реабілітації та, відповідно, здійснення комплексного терапевтичного впливу на клінічні прояви остеохондрозу.

**Мета дослідження** – теоретичний огляд сучасних підходів до комплексної фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом хребта.



**Об'єкт дослідження:** реабілітація осіб з вертебральною патологією.

**Предмет дослідження:** комплексна фізична реабілітація осіб з остеохондрозом хребта.

**Викладення основного матеріалу.** Основними факторами, що впливають на характер і спрямованість реабілітаційних інтервенцій у хворих з вертебральною патологією, є: 1) локалізація патологічного процесу (шийний, грудний, поперековий рівні ураження); 2) характер клінічних синдромів (рефлекторні, компресійні корінцеві, компресійні судинні, спинальні синдроми); 3) стадія патологічного процесу й гострота больового синдрому (гостра стадія: етап прогресування загострення, стаціонарний етап, етап регресування загострення; стадія ремісії: повна, неповна). Гостра стадія захворювання у більшості випадків проявляється гострим болем у спині, кінцівці тривалістю у середньому 5-6 тижнів. Стадія неповної ремісії захворювання характеризується хронічним або часто рецидивуючим перебігом під дією несприятливих факторів [10, с. 485].

Серед базових принципів фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом хребта виділяють: ранній початок реабілітації; індивідуально-диференційований підхід – відповідно до клінічних проявів, стадії патологічного процесу тощо; систематичність та тривалість реабілітації; щадний характер реабілітаційних інтервенцій; поетапність реабілітаційного процесу; комплексність реабілітації; свідомо й активна участь пацієнта в реабілітаційному процесі; постійний контроль за ефективністю реабілітаційного впливу. Доцільно відзначити, що комплексний підхід до фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом хребта розглядається в двох аспектах: 1) оптимальна (адекватна) інтеграція комплексу реабілітаційних інтервенцій; 2) комплексність та фазовість терапевтичного впливу як на вертебральні, так і екстравертебральні патологічні процеси.

Про ефективність застосування комплексу методів і засобів фізичної реабілітації свідчить значна кількість наукових праць і публікацій. Так, у дослідженні С.М. Афанасьєва, Т.В. Майкової обґрунтовано програму фізичної реабілітації при попереково-крижовому остеохондрозі, побудовану на підґрунті остеогенної концепції розвитку захворювання. Комплексна програма фізичної реабілітації реалізовувалася в три етапи (адаптаційний, тренувально-корекційний, стабілізаційний) та включала такі заходи: теоретичну підготовку пацієнтів, лікувальну гімнастику, побудовану на підґрунті системи Дж. Пілатеса з використанням півсфери BOSU та ролерів, лікувальний масаж. Результати експериментального дослідження ефективності зазначеної програми фізичної реабілітації дозволили констатувати, що відновлення мінеральної щільності кісткової тканини відзначено у 41,1 % пацієнтів; зменшення остеодефіциту та відновлення метаболічної активності – у 34,5 % пацієнтів; зменшення активності катаболічних процесів сполучної тканини та підвищення активності фази колагеноутворення – у 65,5% пацієнтів [1].

І. О. Жаровою розроблено програму фізичної реабілітації, що включає фізичні вправи, масаж, фізіотерапевтичні процедури, гідрокінезіотерапію, бальнеотерапію, а також ортопедичні технології. Розроблена програма реабілітації побудована з урахуванням педагогічних принципів та принципу диференціації фізичних вправ спеціальної спрямованості, що впливають на окремі м'язові групи залежно від локалізації осередку ураження, характеру рухових порушень, і реалізується за трьома руховими режимами: щадним, щадно-тренуючим та тренуючим. За результатами дослідження виявлено більш позитивну динаміку усунення





функціональних проявів остеохондрозу в пацієнтів експериментальної групи, що підтвердило дієвість розробленої програми фізичної реабілітації [4].

За результатами дослідження В.І. Котелевського підтверджено ефективність комплексного застосування таких реабілітаційних засобів і методів як лікувальний масаж (поверхневий з корекцією шкірних ділянок Захар'їна-Геда; глибокий з корекцією тригерних і періостальних ділянок), мануальна терапія (прийоми обстеження, мобілізації і маніпуляції, що виконувались у спіралеподібному напрямі) в інтеграції з психокорекцією (психологічна підготовка) [6].

Результати дослідження Н. Богдановської, І. Кальонової засвідчили дієвість комплексної реабілітаційної програми, що включає послідовне застосування постізометричної релаксації й ізометричних вправ на профілакторі Євмінова для м'язів спини й передньої черевної стінки з послідовним підключенням масажу, фізіотерапевтичних процедур. Науковці відзначили позитивні результати реалізації означеної програми, що проявилися в зменшенні м'язово-тонічних проявів рефлекторних вертебро-неврологічних синдромів, сприяли стабілізації хребетних рухових сегментів, дозволили покращити фіксуючі функції м'язового корсета в хворих з остеохондрозом хребта [3].

Т. Толстикovou, А. Макатуха обґрунтовано комплексну програму фізичної реабілітації, що передбачала реалізацію таких засобів: лікувальну гімнастику (статичні і динамічні дихальні вправи); гідрокінезотерапію (підводна тракція хребта); апаратний масаж (лабільна і стабільна вібрація). Експериментальна перевірка ефективності фізреабілітаційного комплексу засвідчила стійку тенденцію до покращення досліджуваних показників: зниження больового синдрому, збільшення рухливості хребта в сагітальній і фронтальній площинах, збільшення екскурсії грудної клітки [11].

Результати дослідження, проведеного І.Р. Мисулою зі співавторами, підтвердили ефективність застосування комплексної програми фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом хребта (поєднаного з остеопорозом), яка включала пелоїдотерапію, апаратну фізіотерапію (ультразвукова терапія, мікрохвильова резонансна терапія), масаж та ЛФК. Науковці відзначили, що включення пелоїдотерапії та низькоінтенсивних методів дає виражений знеболювальний та протизапальний ефект, прискорює процеси регенерації; при застосуванні лікувального комплексу спостерігається виражений імуномодулюючий ефект та позитивний вплив на основні ланки патогенезу остеохондрозу хребта, що проявляється призупинкою деструктивних процесів у хрящах і клінічним покращенням [8].

А.Р. Ляпидевський, Є.Ю. Грабовська обґрунтовують комплексне застосування в системі фізичної реабілітації жінок з поперековим остеохондрозом хребта таких засобів: лікувальна гімнастика, малоамплітудні вправи на профілакторі Євмінова та керована психофізіологічна регуляція (ідеомоторні вправи за системою «Ключ»). Результати експериментальної перевірки ефективності означеної програми засвідчили позитивний вплив на стан вертебро-неврологічного статусу пацієнтів, фізичну працездатність, покращення показників якості життя, що проявилось в збільшенні рухливості хребта, поліпшенні індексу фізичної підготовленості, підвищенні показників всіх параметрів якості життя [7].

Д.В. Поповичем зі співавторами проведено дослідження, результати якого виявили ефективність комплексного застосування різних методик лікувального масажу (поверхневий і глибокий), комплексу лікувальної гімнастики статико-динамічних вправ та вправ на дошці Євмінова для хворих з остеохондрозом шийно-





грудного відділу хребта. За результатами експериментального дослідження відзначено, що запропонована комплексна програма фізичної реабілітації сприяє нівеляції больового синдрому, покращенню функціонального стану хребта та стану психоемоційної сфери, підвищенню якості життя пацієнтів з остеохондрозом [9].

Таким чином, огляд наукових досліджень дозволив з'ясувати, що в системі фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом хребта ефективним є комплексний підхід. Серед засобів і методів фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом хребта найбільш оптимальними визнано такі: тракційне лікування, індивідуальні програми кінезіотерапії/ЛФК; мануальна терапія (прийоми мобілізації, постізометрична релаксація), різні методики масажу (лікувального, сегментарного, точкового), гідрокінезотерапія тощо.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в пошуку нових підходів до фізичної реабілітації осіб з шийно-грудним відділом хребта.

### Список використаної літератури:

1. Афанасьєв С.М., Майкова Т.В. Ефективність фізичної реабілітації при попереково-крижовому остеохондрозі, побудованої на підґрунті остеогенної концепції розвитку захворювання // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Випуск 11(93). 2017. С. 8-13.
2. Бабов К.Д., Пеклина Г.П., Леонова Н.Н. Проблемы восстановительного лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата на современном этапе / Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. 2001. № 4. С. 43–47.
3. Богдановська Н., Кальонова І. *Ефективність* комплексного застосування засобів кінезотерапії в реабілітації хворих на *остеохондроз* хребта // Спортивний вісник Придніпров'я. 2012. № 3. С. 122-125.
4. Жарова І. О. Ефективність застосування засобів фізичної реабілітації у хворих з порушеннями опорно-рухового апарату (остеохондроз і плоскостопість) // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. Вип. 2-3. 2005. С. 45-48.
5. Корнацький В. М. Хвороби кістково-м'язової системи: стан проблеми в Україні та Європі // Укр. мед. часоп. 2001. № 4. С. 139–141.
6. Котелевський В.І. Комплексні підходи в застосуванні психокорекції, лікувального масажу та мануальної терапії при вертебральному остеохондрозі // Спортивний вісник Придніпров'я. 2009. № 2-3. С. 179-182.
7. Ляпидевский А.Р., Грабовская Е.Ю. Эффективность комплексного подхода в реабилитации больных остеохондрозом позвоночника // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. Ч. 1, 2013. № 19(278). С. 128-134.
8. Мисула І.Р., Голяченко А.О, Мисула Ю.І., Голяченко О.А., Сидлярук Н.І. Сучасні аспекти відновного лікування остеохондрозу хребта, поєданого з остеопорозом // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 4/1 (46). С. 126-129.
9. Попович Д.В., Коваль В.Б, Салайда І.М., Вайда О.В., Руцька А.В. Реабілітація хворих на остеохондроз хребта // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2017. № 4. С. 74-77.
10. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Том 2 // Под ред. А.Н.Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор. 1999. 648 с.
11. Толстикова Т., Макатуха А. Програма фізичної реабілітації пацієнтів з остеохондрозом грудного відділу хребта та оцінка її ефективності // Спортивний вісник Придніпров'я. 2016. № 2. С. 239-244.



12. Юмашев Г. С. Остеохондроз позвоночника. М.: Медицина, 1984. 384 с.

Стаття надійшла до редакції 09.03.2018 р.

**Карпенко Ю. М.  
Алексенко А.В.**

**Karpenko Y. M.  
Aleksenko A.V.**

### **APPLICATION OF ELEMENTS OF ERGOTHERAPY IN REFUSAL WORK WITH PERSONS WHO HAVE BEEN SUSPECTED**

*The research is directed to detect a degree recovery of lost functions and self-care skills in patients with acute violation of cerebral circulation under the influence of occupations on ergotherapy.*

**Key words:** *ergotherapy, self-service, spasticity, limb, stroke.*

### **ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ЕРГОТЕРАПІЇ У ВІДНОВНІЙ РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ**

*Дослідження спрямоване на виявлення ступеню відновлення втрачених функцій та навиків самообслуговування у хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу під впливом занять з ерготерапії.*

**Ключові слова:** *ерготерапія, самообслуговування, спастичність, кінцівка, інсульт.*

**Актуальність теми.** Сьогодні в Україні, як і в інших країнах світу, існує тенденція до зростання неврологічних захворювань. Найбільш актуальними та соціально значущими, у структурі неврологічної патології, залишаються судинні захворювання головного мозку, провідне місце серед яких посідають, гострі порушення мозкового кровообігу – мозкові інсульти [3].

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 переносить 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. За даними багатьох джерел, лише близько 20% хворих, які вижили повертаються до колишньої роботи. Дослідження останніх років свідчать про значні можливості комплексних поетапних програм, що реалізуються на базі спеціалізованих установ відновного лікування, в підвищенні клініко-соціальних наслідків у хворих, які перенесли мозковий інсульт [1].

Тому в даний час при визначенні ефективності лікування і реабілітації постінсультних хворих велика увага приділяється відновленню самообслуговування, поліпшенню самопочуття і підвищенню задоволеності життям в психо-емоційному, соціальному і духовному аспектах. Для цього в останні роки вітчизняні та зарубіжні науковці інтенсивно розробляють напрямок ерготерапії, метою якого 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 [3].

Значні порушення функцій нервово-м'язового апарату, що ускладнюють здатність самостійного пересування, самообслуговування, спостерігаються у хворих після перенесеного мозкового інсульту. Причиною зниження і втрати працездатності хворих є не тільки тяжкість пошкодження і захворювання, але і несвоєчасне та нерегулярно проведене відновне лікування, а також невикористання всього комплексу засобів, направлених на відновлення і розвиток тимчасово втрачених функцій рухового апарату [6].

Кінцевий результат лікування хворих з наслідками мозкового інсульту оцінюється перш за все по ступеню відновлення порушених функцій. Основним засобом, що реалізує лікувальний ефект всієї системи комплексної медичної реабілітації такої групи хворих, являється ерготерапія – перехідний ступінь від відновлення здоров'я хворих до відновлення їх професійних навиків [7].

Ерготерапія хворих, які перенесли мозковий інсульт, спрямована на попередження інвалідності, зниження її ступеня тяжкості і допомогу хворим в плані їх максимально можливої фізичної, психічної, соціальної та професійної адаптації, є актуальною медичною та соціальною проблемою. Сьогодні існує значна кількість наукових робіт вітчизняних і зарубіжних вчених, що присвячені відновній роботі з особами, що перенесли інсульт (Андріюк Л.В. [1], Віничук С.М. [3], Потокій В.С. [5], Edmans J., Champion A.[6], Hoffmann T. [7], Legg LA, Lewis SR [8]). Проте ми не знайшли достатню кількість наукових повідомлень про дослідження впливу ерготерапії на ступінь відновлення тих чи інших функцій постінсультних хворих, так і на рівень їх незалежності при виконанні усіх основних видів побутової діяльності.

**Мета роботи** – науково обґрунтувати та розробити програму фізичної реабілітації із застосуванням елементів ерготерапії для постінсультних хворих.

Дослідження проводилося на базі неврологічного відділення Сумської обласної лікарні. Програма фізичної реабілітації з використанням елементів ерготерапії застосовувалася для хворих з різними функціональними порушеннями, які перенесли мозковий інсульт.

До експериментальної групи увійшло 12 осіб з різними формами тяжкості спастичного парезу та різними функціональними розладами рухової сфери. Середній вік досліджуваних – 56 років.

Програма фізичної реабілітації впроваджувалась у вигляді волонтерської діяльності, проводилася в домашніх умовах, на лікарняному періоді реабілітації, у вільному руховому режимі. Вона включала: ЛФК; масаж; ерготерапію.

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

Під час занять ерготерапії ми чергували роботу з відпочинком, використовуючи вправи на розслаблення, здійснювали постійний контроль за реакцією хворого на навантаження. Заняття проводилося щоденно, протягом однієї години, після масажу і лікувальної фізичної культури.

Для урізноманітнення видів праці ми розділили їх на категорій: 1 категорія – підсобні роботи; 2 категорія – ручна праця з елементами різних операцій або із застосуванням ускладнених механізмів; 3 категорія – відновлення побутових навичок



у хворих після інсульту з використанням спроб самостійного одягання, взування, приймання їжі, чищення зубів, причісування, гоління, макіяжу, особиста гігієна; 4 категорія – творчі види праці.

Загалом заняття із ерготерапії проходили у спокійній та витриманій атмосфері. Хворі намагалися не тільки виконувати завдання самостійно, але і допомагати іншим. На кожному занятті із ерготерапії використовувалися 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, тугорухливості, м'язової атрофії, тренування активних рухів у паретичних кінцівках. Відновлення навичок ходьби. Розвиток побутових і трудових навичок.

Застосовувалися: 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, з допомогою, пригнічення синкінезій вольовим зусиллям, механотерапія [3].

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

Лікувальну гімнастику застосовували у вигляді спеціальних лікувально-гімнастичних вправ для верхніх та нижніх кінцівок, у вихідних положеннях лежачи (на спині, на здоровому боці, на животі), сидячи (на кушетці, на стільці, за столом) та стоячи (перед ліжком, столом, дзеркалом, гімнастичною стінкою). В комплекс лікувальної гімнастики включали навчання правильній ходьбі та вправи для закріплення навички правильної постановки стоп.

Для профілактики у хворих наявних синкінезій, виконували вправи на усунення співдружних рухів. Заняття проводилися під постійним наглядом методиста.

*Масаж.* У програму фізичної реабілітації був включений масаж верхніх кінцівок.

Враховувалися наступні методичні рекомендації: масаж виконувався перед заняттям з працетерапії; кожен прийом повторювали 3-4 рази; під час перших 3-х процедур масажували тільки дистальні відділи верхніх кінцівок, а вже на 4-5 процедурі включали верхні відділи рук та деяких грудних м'язів; при масажі кисті, утримувалися III-V пальці в положенні розгинання, а I палець в положенні відведення; до масажу включалися пасивні вправи на розтягування спастичних м'язів хворої кінцівки.

Масаж руки пацієнта виконувався у вихідному положенні сидячи, рука хворого знаходилася на масажному столі, а масажист розташовувався навпроти. В план масажу руки хворого входило: масаж кисті та пальців (щадний масаж долонної та інтенсивний масаж тильної поверхні кисті); масаж передпліччя (кисть хворого фіксували під час масажу задньої поверхні – в положенні пронації, а при масажі передньої поверхні – в положенні супінації); масаж плеча (масажували трапецієподібний, найширший м'яз спини, дельтоподібні та грудні м'язи).

Спеціальний вплив надавали на плечовий суглоб у зв'язку з больовим синдромом і можливістю виникнення дистрофічних порушень у ньому.

**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 [5].

Отже, згідно з результатами проведеного дослідження, застосування елементів ерготерапії є одним із найкращих факторів в плані відновлення втрачених функцій опорно-рухового апарату та самообслуговування у 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. В подальшому планується експериментальна перевірка ефективності розробленої програми.

### Використана література.

1. Андріюк Л. В. Додаткові можливості корекції розладів неврологічних функцій у пацієнтів з наслідками геморагічного інсульту / Л. В. Андріюк, І. В. Магулка // Медична гідрологія та реабілітація. – ПрАТ «Трускавецькурорт». – Т.13. – №1-3. – 2015. – С.24-35.
2. Багрій І.П. Особливості організації змісту професійної підготовки заняттєвих терапевтів у Канаді / І.П. Багрій // Психолого-педагогічні науки. – 2014. – № 2. – С. 209-216.
3. Віничук С. М. Пошук нових підходів до лікування гострого ішемічного інсульту / С. М. Віничук, М. М. Прокопів, Т. М. Черенько // Український неврологічний журнал. – 2014. – №1. – С. 3-10.
4. Мальцев С. Б. Эрготерапия : самообслуживание лиц с двигательными ограничениями : учебное пособие / С.Б. Мальцев. – Душанбе : Оксфорд Полиси Менеджмент, 2012. – 50 с.
5. Потокій В.С. Метод відновлення рухової функції у осіб із спастичністю м'язів після інсульту / В. С. Потокій // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. за ред. С. С. Єрмакова. – Харків : ХДАДМ(ХХПІ), 2014. – №3. – С.53-56.
6. Edmans J. Occupational therapy and stroke / J. Edmans, A. Champion, L. Hill. – Wiley-Blackwell, 2010. – 188 p.
7. Hoffmann T. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients / T. Hoffmann, S. Bennett, CL Koh, KT McKenna // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – Issue 9. Art. No.: CD006430. DOI: 10.1002
8. Legg LA, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke / LA Legg, SR Lewis, OJ Schofield-Robinson, A Drummond, P Langhorne // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2017. – Issue 7. Art. No.: CD003585. CD003585.pub3.

Стаття надійшла до редакції 15.03.2018 р.





Карпенко Ю. М.  
Гапич Н.М.

Karpenko Y. M.  
Hapych N.M.

## POSSIBILITIES FOR THE USE OF PHYSICAL THERAPY AT THE TIME OF CORRECTION OF WEIGHTS AND FIGURES IN WOMEN WITH EXPLORATION OF THE FIRST AND SECOND STEPS

*The article deals with the problem of body and body correction by means of physical therapy and an overview of effective methods to overcome the problem of obesity.*

**Keywords.** *Obesity, program, physical therapy, healthy lifestyle.*

### МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІД ЧАС КОРЕКЦІЇ ВАГИ І ФІГУРИ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ I-II СТУПЕНЯ

*У статті розглядається проблема корекції фігури та ваги засобами фізичної терапії та огляд ефективних методів подолання проблеми ожиріння населення.*

**Ключові слова:** *ожиріння, програма, фізична терапія, здоровий спосіб життя.*

**Постановка проблеми.** Ожиріння є серйозною медико-соціальною та економічною проблемою суспільства. Всесвітня організація охорони здоров'я і Європейський Союз назвали попередження та лікування ожиріння відвертим викликом системі охорони здоров'я у XXI сторіччі [2].

Стрімке поширення ожиріння, збільшення числа спричинених ним ускладнень, дозволяє говорити про пандемію цього захворювання.

Сьогодні у розвинених країнах світу надлишкову масу тіла та ожиріння мають 40–45 % населення. Кількість хворих на ожиріння у переважній більшості країн Європи перевищує 30%, при чому жінки хворіють у двічі-тричі частіше, ніж чоловіки. Зокрема, 40 % жителів Великої Британії та 25% жителів Франції мають надлишкову масу тіла, та відзначено високі несприятливі показники частотності ожиріння. У Німеччині захворювання виявлено майже у 50 % дорослого населення, в Угорщині на ожиріння страждає до 38%, у Польщі – 31% жінок. З високою динамікою зростають показники ожиріння дорослого населення у США, що залишається серйозною соціальною проблемою для країни. В Україні цей показник становить 45% [5].

У клінічній медицині ожиріння розглядають як полі етіологічне захворювання, при цьому первинне ожиріння аліментарно-конституційної природи є найпоширенішим і зустрічається у 70-85% випадків. За даними науковців, підтвердженими продовж багатьох років, на поширеність ожиріння особливо позначився науково-технічний прогрес, що спричиняє зниження обсягу рухової активності та порушення режиму харчування [1].

До теперішнього часу проводилися одиничні спроби систематизації засобів фізичної терапії в осіб із ожирінням (Н. Д. Вардимиади, 1998; Е. А. Никитина, 2004; І. М. Григус, 2012; О. Я. Андрійчук, 2015), однак деякі з них мають рекомендаційний характер, інші базуються на застосуванні різних засобів і методів зниження маси тіла без урахування взаємозв'язку клінічних проявів і асоційованих із ожирінням захворювань [4].

Що ж до використання фізичних факторів (природнього засобу корекції маси тіла, ключового та генеруючого чинника в системі здорового способу життя, у вирішенні завдань відновлення здоров'я населення із первинним ожирінням, то в



доступній нам літературі не вдалося виявити праць, присвячених даному питанню. Наявні лише одиничні, розрізнені відомості щодо застосування того або іншого засобу фізичного впливу на організм даного контингенту.

Дані положення, висока медико-соціальна значущість захворювань, пов'язаних із ожирінням жінок, що особливо маніфестує в молодому віці, прогресуючий перебіг захворювання і складність його лікування свідчать про необхідність систематизації наявного масиву знань про ожиріння жінок I-II ступеня, а також розроблення концепції фізичної терапії при первинному ожирінні, що має суттєве теоретичне, практичне і соціальне значення для збереження, підтримки і зміцнення здоров'я молодого населення нашої країни.

**Мета дослідження** полягає в систематизації наявних знань про застосування ефективних засобів та методів фізичної терапії для подолання кризової динаміки ожиріння жінок.

Результати дослідження. Головне завдання фізичної терапії при ожирінні полягає не тільки в зниженні маси тіла, а і у виробленні стереотипу здорового способу життя. Відмінною особливістю програми фізичної терапії повинно бути одночасне використання різних видів рухової активності як аеробної, так і силової спрямованості, що володіють максимально ефективним впливом на зниження маси тіла жінок з I-II ступенем ожиріння.

Аліментарна форма ожиріння зумовлена зовнішніми причинами: переїданням, надмірним уживанням їжі, багатой на вуглеводи й жири, недостатньою фізичною рухливістю і пов'язаним із нею зменшенням енерговитрат. Ендокринно-церебральне ожиріння є наслідком внутрішніх причин, що виникають в організмі хворого: це порушення гормональної функції щитоподібної і статевих залоз, гіпофізу або регуляції жирового обміну ЦНС. У результаті в організмі замість нормальної кількості жиру, що дорівнює 10–15% маси тіла, його відкладається значно більше.

Провідну роль у розвитку цієї патології відіграють спадкові, психологічні, вікові, статеві, професійні чинники. Залежно від надлишкової маси визначають чотири ступеня ожиріння: I (легка) – маса тіла перевищує фізіологічну норму на 15–29%, II (середня) – те саме на 30–49%, III (тяжка) – перевищує норму на 50–100%, IV (дуже тяжка) – понад 100%. Для визначення ступеня ожиріння найчастіше застосовують масо-ростовий індекс (індекс Кетле), який отримують діленням маси тіла у грамах на зріст у сантиметрах. Цей індекс для чоловіків становить 370–400 і 325–375 г – для жінок. Також можна користуватися методом О. О. Покровського [3].

Відкладення жирової тканини ускладнює рухи діафрагми, порушує дихання, примушує працювати серце з додатковим навантаженням. У хворих нерідко розвиваються дистрофія міокарда, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, стенокардія, страждають інші органи та системи, спостерігаються зміни в діяльності дихальної, травної систем, з'являються хвороби опорно-рухового апарату, нервової системи. У хворих знижується рівень фізичного і психічного здоров'я. У зв'язку з цим мільйони людей намагаються знизити масу свого тіла за допомогою різноманітних засобів. Такі методи, як ліпосак-ція, зменшення об'єму шлунка, застосування різноманітних пасивних засобів для схуднення та штучних препаратів, які звідусіль пропонуються рекламодавцями, набувають неабиякої популярності. Однак не втрачають свого значення і такі відомі методи, як дієтотерапія, фізичне навантаження та використання фітотерапевтичних препаратів природного походження [2].

Комплексна програма фізичної терапії для жінок з ожирінням I-II ступеню повинна передбачати поетапне впровадження фізотерапевтичних заходів за трьома



етапами (клінічний, пост клінічний і санаторно-курортний етап), які відрізняються завданнями, рівнем рухової активності, спрямованістю і засобами фізичної терапії [5].

Клінічний етап (тривалість 30 днів). Щадний руховий режим. Заняття кінезитерапії проводиться у формі ранкової гігієнічної гімнастики та лікувальної гімнастики. Застосовується також фізіотерапія (ендоназальна гальванізація за методикою Кассіля у модифікації В.М. Стругацького); аутогенне тренування (метод словесно-образного емоційно-вольового управління станом за Г.М. Ситіним) і дієтотерапія, що застосовується на всіх етапах. Основними завданнями даного етапу є: навчання правильному диханню для подальших занять; адаптація організму до фізичних навантажень; підвищення енерготрас; навчання навичок самостійних занять; покращення психоемоційної адаптації.

Постклінічний етап (тривалість 4 місяці). Руховий режим – щадно-тренувальний (1 місяць) і тренувальний (3 місяці). Завдання щадно-тренувального режиму передбачають: збільшення калорійного дефіциту; покращення трофічних процесів в органах і тканинах малого тазу; покращення діяльності дихальної, серцево-судинної систем та їх функціонального стану; нормалізація жирового і вуглеводного обмінів; підготовка організму для подальших підвищених навантажень в умовах тренувального рухового режиму.

Завдання тренувального режиму полягають у посиленні стимуляції обміну речовин, розвитку і укріплення м'язів черевного пресу та м'язів тазового дна, зниження маси тіла, корегування метаболічних порушень, підвищення фізичної працездатності. На даному етапі використовуються заняття кінезіотерапії у формі ранкової гігієнічної гімнастики, можуть бути рекомендовані засоби оздоровчого фітнесу, гідрокінезотерапія (аквафітнес), також етап передбачає проведення процедур масажу.

Санаторно-курортний етап (тривалість 24 дні). Руховий режим – тренувальний. Основні завдання: зниження і стабілізація маси тіла, підвищення адаптаційних можливостей організму, активізація окисно-відновних процесів організму, закріплення навичок правильного харчування і рухової активності. Заняття кінезитерапії проводиться у формі ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики. Значне місце серед форм кінезитерапії лікувальній дозованій нордичній ходьбі за Ю.І. Андріяшеком. Режим припускає застосування гідрокінезотерапії (аквафітнес), бальнеотерапії та гідротерапії (скипидарні ванни, підводний душ-масаж і питне вживання мінеральної води «Нафтуса» або «Березовська») [4].

Дієтотерапія, яка є важливим заходом в комплексній програмі лікування ожиріння, призначається із поступовим зниженням добової калорійності, прийомами їжі 5-6 разів на день і невеликими порціями. На першому етапі не рекомендовано різко обмежувати харчовий раціон, оскільки різка зміна в споживанні їжі може викликати негативну реакцію, також не складають і конкретних меню, оскільки кожна людина має індивідуальні смакові переваги і фінансові можливості. Які б продукти людина не споживала, в цілому вони не повинні були перевищувати рекомендованої калорійності [3].

Представлені засоби і методи використовуються з метою взаємного впливу упродовж програми і призначаються відповідно до правил їх застосування та врахування протипоказань та методичних вказівок.

**Висновки.** Аналіз спеціальної науково-методичної літератури свідчить про те, що ожиріння є складною соціальною проблемою, оскільки знижує якість життя жінок, призводить до виникнення депресії у молодих жінок та може бути причиною первинного безпліддя. Незважаючи на активні пошуки дослідників ефективних



підходів до терапії ожиріння, їх ефективність залишається надзвичайно низькою, хоча на сьогоднішній день запропоновано безліч різноманітних методів короткострокової терапії, спрямованої на зниження надлишкової маси тіла. Водночас оптимальна стратегія довгострокового ефекту полягає у поєднаному використанні дієтотерапії та фізичних навантажень. У зв'язку з цим, розробка комплексної програми з фізичної терапії жінок із ожирінням I-II стадії набуває першочергового значення.

#### Література.

1. Вардимиади Н.Д. Лечебная физкультура и диетотерапия при ожирении / Н.Д. Вардимиади, Л.Г. Машкова. – Киев : Здоровье, 2006. – 48 с.
2. Демидова Т. Ю. Ожирение – основа метаболического синдрома / Т.Ю. Демидова // Лечащий врач. – 2002. – № 5. – С. 28-31.
3. Пархотик И.И. Лечебная физкультура при заболеваниях внутренних органов и нарушении обмена веществ: цикл лекцій / И.И. Пархотик. – Киев, 2006. – 128 с.
4. Скомороха О. С. Сучасні погляди на ожиріння та підходи до його лікування / О.С. Скомороха, Н.И. Владимірова // Теорія і методика фізичного виховання та спорту. – 2010. – №4. – С. 54-56.
5. Скомороха О.С. Ожирение как объект научных исследований / О.С. Скомороха, Н.И. Владимірова // Український науково-методичний молодіжний журнал. – 2011. – №1. – С. 196.

Стаття надійшла до редакції 09.03.2018 р.

**Корж Ю.М.,  
Корж З.О.**

**Korzh Y. M.,  
Korzh Z. O.**

### COMPLEX PHYSICAL REHABILITATION FOR WOMEN WITH LUMBOSACRAL VERTEBRAL OSTEOCHONDROSIS

The present article deals with application efficiency of the functional hinges TRX in the complex program of physical rehabilitation for women from 30 to 60 years old with lumbosacral vertebral osteochondrosis.

**Keywords:** osteochondrosis, physical rehabilitation, functional hinges TRX.

### КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ХВОРИХ НА ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИЙ ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА

*В статті розглядається ефективність застосування функціональних петель TRX в комплексній програмі фізичної реабілітації жінок віком від 30 до 60 років, хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта.*

**Ключові слова:** остеохондроз, фізична реабілітація, функціональні петлі TRX.

**Постановка проблеми.** В усьому світі спостерігається тенденція до збільшення числа захворювань опорно-рухового апарату. Остеохондроз – це найбільш розповсюджене дегенеративно-дистрофічне захворювання хребта. Біля 90,0% населення планети страждають від періодичного болю у спині. На думку вітчизняних і зарубіжних вчених відзначається стійка тенденція до омолодження





контингенту хворих на остеохондроз. Після 30 років кожна п'ята людина в світі страждає дискогенним радикулітом, що є одним із синдромів остеохондрозу [1].

За даними медичної статистики, до 63% дорослого населення України хворіє на остеохондрозом хребта. Якщо 10–15 років тому це захворювання було «привілегією» людей похилого віку, то тепер воно все частіше зустрічається в юнацькому і навіть дитячому віці [2].

Остеохондроз хребта призводить до зниження працездатності, а нерідко і до інвалідності, рівень якої становить 4 особи на 10 тисяч населення і займає перше місце за цим показником у групі захворювань опорно-рухового апарату [3].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Остеохондроз хребта – це поліетіологічне захворювання, основними причинами якого є спадкова схильність, фізіологічна нейроендокринна зношеність (вікові інволютивні процеси або старіння організму), надмірні фізичні навантаження на хребет, травми хребта та періартикулярних тканин, вроджені дефекти хребетного стовпа, м'язове перенапруження певних м'язових груп при тривалій асиметричній фіксованій позі [6].

Однією з основних причин розвитку остеохондрозу хребта є гіподинамія. Гравітаційні навантаження при гіподинамії сприяють вимиванню кальцію, порушенню структури кісткової тканини, що призводять до зниження обмінних процесів в кістковій і хрящовій тканині. Недостатні фізичні навантаження також сприяють зменшенню активності м'язової системи і розвитку дегенеративно-дистрофічних порушень в хребетно-рухових сегментах, послабляючи опорно-амортизаційну функцію хребта [5].

Послаблення тонусу м'язово-зв'язкового апарату сприяє надмірній рухливості сегментів хребта і призводить до нестабільності хребців. Фізичні навантаження викликають зміни фізіологічної кривизни хребта, що призводить до можливості перерозподілу тиску на міжхребцеві диски. При порушенні рівномірності тиску на диски виникають дистрофічні зміни, це призводить до дефектів постави і розвитку остеохондрозу хребта. Найбільші навантаження, як правило, припадає на поперековий відділ хребта. У цьому відділі хребетного стовпа виникають дистрофічні порушення в міжхребцевих дисках, що супроводжується їх деформацією, зниженням їх висоти, остеофітним розростанням кісткової тканини тіл хребців [4].

Для відновлення функції міжхребцевих дисків, які не мають власних судин, необхідно підвищити тонус глибоких паравертебральних м'язів та зв'язок, що виконують, крім опорно-рухової, ще і трофічно-транспортну функцію.

Поширеність даної хвороби та тяжкий її перебіг потребують вирішення завдань, що пов'язані не лише з впровадженням стандартних програм лікування (використання медикаментозної терапії та стандартних дієт), але й реалізацією ефективних профілактично-реабілітаційних програм з використанням спеціального інвентарю та тренажерів для зміцнення м'язово-сухожилкового апарату та покращання рухової функції хребта.

Активний руховий режим в підгострому періоді больового синдрому надає саногенетичну дію, усуваючи патобіомеханічний синдром. Застосування спеціальних вправ в цей період нормалізує роботу патологічно змінених м'язів, зміцнюючи їх, прискорюючи процеси відновлення в структурах хребетно-рухових сегментів, як за рахунок збільшення циркуляції крові, так і за рахунок розвитку стабілізаційно-фіксаційних властивостей. Перевага в цей період віддається малоамплітудним силовим вправам. Під час їх виконання м'язові волокна розвивають більшу силу, забезпечуючи необхідний ефект [1; 4].





Стандартних фізичних вправ недостатньо для глибокого навантаження м'язово-зв'язочних структур поперекового відділу хребта. Для вирішення цих завдань може бути використаний новий фітнес-тренажер - функціональні петлі TRX. Це універсальний засіб, який дає можливість індивідуально підібрати вправи з полегшених вихідних положень, зменшуючи вагу сегмента на поперековий відділ хребетного стовпа. При необхідності, за рахунок петель можна цілеспрямовано збільшити фізичне навантаження на даний сегмент хребта, змінюючи положення центру ваги тіла. Це дає можливість відновити моторику опорно-рухового апарату, збільшити фізичну працездатність, сприяти розвитку фізичних якостей, активізувати функцію основних систем організму.

Проблема попередження розвитку остеохондрозу хребта та усунення больового синдрому стає все більш актуальною і потребує своєї реалізації в розробці програми фізичної реабілітації. Основними складовими реабілітації є різні засоби лікувальної фізичної культури, фізіотерапії, масажу [7]. Серед них ЛФК є одним із основних і ефективних методів реабілітації. Питання залишається лише у виборі засобів фізичної реабілітації, їх поєднанні в залежності від клінічних проявів захворювання та функціонального стану кардіореспіраторної системи хворого. В наш час є достатньо розробок, присвячених фізичній реабілітації хворих на остеохондроз, але залишається мало вивченою методика застосування функціональних петель TRX, що і визначило мету нашої роботи.

**Мета дослідження:** розробити, науково обґрунтувати та перевірити ефективність комплексної програми фізичної реабілітації для жінок 30-60 років хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта.

**Об'єкт дослідження** – фізична реабілітація при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта.

**Предмет дослідження** – функціональні петлі TRX як засіб фізичної реабілітації при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта.

**Методи дослідження:** аналіз науково-методичних джерел за темою дослідження, антропометрія (вага тіла, зріст, індекс маси тіла), об'єктивне обстеження (оцінка виразності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою, м'язово-тонічного синдрому за індексом м'язового синдрому), соціологічно-психологічні методи, математичні методи обробки даних.

**Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.** Фізична реабілітація жінок, зокрема, жінок з остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта має свої особливості – вона повинна бути комплексною з урахуванням стану пацієнтів. Головним завданням комплексної реабілітаційної програми є: зменшити больовий синдром, зміцнити «м'язовий корсет», усунути порушення функції хребта, активізувати обмінні процеси, знизити вагу тіла, покращити функції ССС, дихальної та нервової систем, підвищити фізичну працездатність.

Комплексна програма фізичної реабілітації (КПФР) для пацієнтів хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта в відновний період передбачала використання засобів фізичної реабілітації як у центрі фізичного комфорту «Queen Fit», м.Суми. так і в домашніх умовах. На базі центру було розроблено та впроваджено комплексну програму фізичної реабілітації для 15 жінок віком від 30 до 60 років, хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта.

*Алгоритм проведення фізичної реабілітаційних заходів в домашніх умовах:* режим дня; дієтотерапія; ЛФК (ранкова гігієнічна гімнастика, ЛГ, самостійні заняття



спеціальними фізичними вправами), лікувальна ходьба, фізкультхвилинки; фізіотерапія (хлоридо-натрієві ванни).

*Режим дня* включав: сон не менше 8 годин на добу використовуючи ортопедичний матрац з подушкою; відрегульований рівень фізичних навантажень (індивідуально підібраний комплекс РГГ, ЛГ, дозовану лікувальну ходьбу, під час ходьби на роботу та з роботи, виконання фізкультхвилинки протягом дня; відвідування центру фізичного комфорту «Queen Fit»); здорове раціональне повноцінне харчування; прийом хлоридо-натрієвої ванни на ніч.

*Дієтотерапія* займала одне з провідних місць в КПФР, тому, що потребувала кардинальної зміни способу харчування, та передбачала вирішення таких завдань: відновлення пошкодженої структури хряща та зміцнення зв'язочного апарату міжхребцевих дисків; зниження надмірної маси тіла, що провокує прогресування та прояви нових симптомів захворювання. Була рекомендована низькокалорійна, збалансована дієта, збагачена мінеральними речовинами та вітамінами, невід'ємною частиною якої були продукти, до складу яких входили хондропротектори, що містять мукополісахариди, хондроїтин та інші компоненти. З цією метою пропонували включати в раціон харчування холодець, заливну рибу, морепродукти.

Пацієнтам рекомендували в основу частину раціону включати свіжі фрукти та овочі, а також соки фреш, тому, що вони багаті на вітаміни та мінерали, які сприяють нормалізації обміну речовин та відновленню хрящової тканини. Дієту 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. Індивідуальних меню не складали, тому що кожна пацієнтка мала свої смакові звички та фінансові можливості. Харчування проводилось таблицями, в яких була зазначена калорійність, як окремих продуктів, так і різних страв. 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 г.

В групі 93,3% жінок мали ожиріння I-III ст., тому не рекомендували вживати будь-які продукти, що пройшли обробку копченням, в'ялені та смажені харчові вироби (риба, м'со), міцний чай, каву або какао, генно-модифікованні харчові інгредієнти, продукти, які містять трансжири, напої алкогольного походження, газовану солодку воду.

Особливу увагу приділяли питному режиму, тому, що вода є цінний і доступний спосіб налагодити обмінні процеси в організмі. Було запропоновано 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.

*Ранкова гігієнічна гімнастика* проводили вранці, після сну, до сніданку для підняття загального тону організму та активації функціонального стану всіх органів і систем. Тривалість РГГ – 5–20 хв. в залежності від стану пацієнтки. У комплекс РГГ включали не більше 6–8 загально-розвиваючих і дихальних вправ з повторенням кожного з них від 4 до 8 разів.

*Самостійні заняття лікувальною гімнастикою*, метою яких було подальше зміцнення м'язів тулуба, збереження рухливості хребта і правильної постави, подовження ремісії захворювання, рекомендували виконувати в домашніх умовах



тричі на тиждень протягом 5–25 хв. після засвоєння пацієнтами комплексу спеціальних фізичних вправ у центрі.

*Лікувальну ходьбу* рекомендували застосовувати кожного дня, з метою нормалізації обміну речовин, відновлення функціонального стану організму, адаптації ССС, дихальної систем до фізичних навантажень, нормалізації моторної і секреторної функцій органів травлення, поліпшення психоемоційного стану. Пропонували ходити пішки на роботу та з роботи (2–3 км. за год.) у повільному темпі (60-80 кроків за 1 хв.), поступово збільшуючи дистанцію до 10000 кроків на день.

Так як хлоридо-натрієві (соляні) ванни покращують обмінні процеси, мають протизапальну, протибольову дію, позитивно впливають на функціональний стан нервової системи, рекомендували проводити загальні ванни слабкої концентрації (10 г/л солі). Температура води 36-38 С°, тривалість процедури 10–15 хв., щодня або через день, на курс 15 ванн. Можливе використання як кухонної, так і морської солі. Після проведення процедури – відпочинок 30 хвилин.

#### *Алгоритм проведення фізреабілітаційних заходів у центрі фізичного комфорту «Queen Fit».*

Для реабілітації та покращення стану пацієнтів було розроблено комплекс вправ з використанням фітнес-тренажеру – функціональні петлі TRX, проведення курсу ДЕНАС-терапії.

Функціональні петлі TRX представляють собою універсальний тренажер, з гімнастичними кільцями, до яких кріпиться стрічка, що нагадує парашутні стропи. Програма TRX Suspension Training, це ефективна методика функціонального тренінгу з використанням власної ваги тулуба для роботи з м'язами всього тіла.

Заняття на тренажері TRX використовують для пацієнтів з будь-яким рівнем фізичної підготовки, вони 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, задіючи одночасно 90% усіх м'язових груп. Перевага занять з функціональними петлями TRX: в тому, що відсутнє осьове (вертикальне) навантаження хребта.

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. З цією метою застосували комплекс різноманітних фізичних вправ, які зосереджені саме на відновленні функціонального стану м'язів опорно-рухового апарату (ОР).

У залежності від віку, характеру, стадії захворювання, інтенсивності больового синдрому, активності процесу, симптоматики, супутніх захворювань для кожного пацієнта було розроблено індивідуальний комплекс вправ на функціональних петлях TRX.

Курс занять в умовах центру включав три періоди: підготовчий (5–6 занять), основний (28–30 занять), заключний (4–5 занять).

Заняття 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 з 8 год до 20 год., в залежності від вільного часу пацієнтів.

Кожне заняття включало в себе: розминку (загальна суглобова гімнастика, поверхнева розтяжка), основний комплекс спеціальних вправ на функціональних



петлях TRX і глибока розтяжка (комплекс вправ на розтягування м'язів з 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 стретчингу (вправи, які спрямовані на розвиток гнучкості і розтягування м'язо-зв'язочно-го апарату). 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, зменшувало больовий синдром.

Фізіотерапія. Денс-терапія – медикаментозний, неінвазивний, знеболюючий метод, який направлений на аутомодуляцію гомеостазу, на мобілізацію в межах фізіологічних констант внутрішніх сил організму, регуляцію обміну речовин, кровообігу, нормалізацію роботи нервової системи.

Метою застосування Денс-терапії було зняти біль і попередити її повторення. Застосовували наступну методику проведення процедур: пацієнтка займала зручне положення, лежачи на животі, максимально релаксувала м'язову систему, в цьому положенні визначали локалізацію зони з максимальним больовим синдромом, шляхом пальпації паравертибральних ділянок. На проекцію больової зони ставили виносний аплікатор, який підключали до апарату Денс-ПКМ. Сила струму – порогова (відчуття поколювання, легкої вібрації), частота імпульсу струму – 77 Гц., тривалість процедури – від 5 до 20 хв., через день, на курс 10–15 процедур.

Додатково впливали на зони відповідності поперекового відділу хребта за системою Су-Джок на кистях і стопах. Режим: «Терапія» при комфортній силі струму на частоті імпульсів – 20,60 або 77 Гц по 1-2 хв. на кожній зоні.

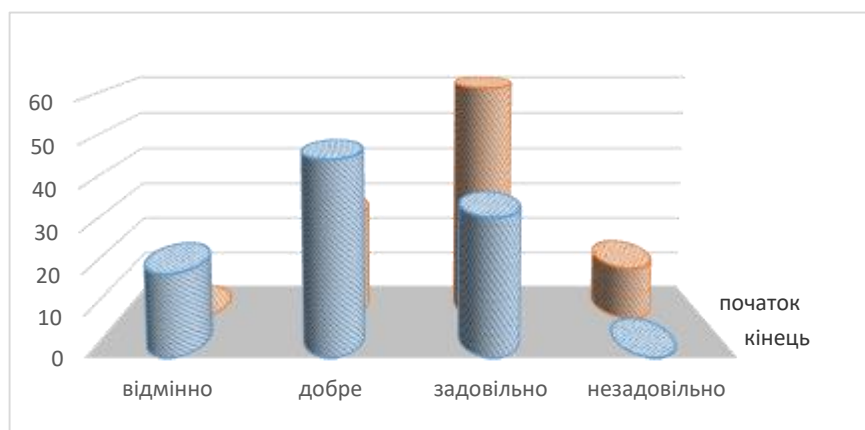


Рис. 1. Динаміка показників стану здоров'я жінок.

Аналіз й узагальнення результатів дослідження ефективності розробленої КПФР для хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта дозволили констатувати більш позитивну динаміку показників больового синдрому в процесі реабілітації за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), стану здоров'я жінок, ІМТ, клінічних симптомів захворювання.



За результатами анкетування в кінці відновного періоду оцінювали ефективність застосування КПФР, аналізуючи стан здоров'я пацієнтів за експрес-тестом (рис.1).

Стан здоров'я у жінок покращився на 70,2%, а кількість жінок, які оцінили свій стан на «відмінно» збільшилася з 0 до 20%.

Аналізуючи динаміку больового синдрому в процесі реабілітації за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), результати якої представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Показники больового синдрому за ВАШ

Оцінка в балах	Початок дослідження		Кінець дослідження		Різниця показників	
	Абс	%	Абс.	%	Абс	%
0(відсутність болю)	1	6,7	5	33,3	4	26,7
1-2 (слабкий біль)	3	20,0	7	46,7	4	26,7
3-4 (помірний біль)	7	46,7	3	20,0	4	26,7
5-6 (виражений біль)	4	26,7	-	-	4	26,6
7-8 (нестерпний біль)	-	-	-	-	-	-

Можна зробити висновок, що на кінець дослідження при впровадженні КПФР показник «виражений біль» у попереково-крижовому відділі хребта становив 0%, що у порівнянні з початком дослідження зменшився на 26,7%. «Помірний біль» відмічали 20,0%, жінок, даний показник зменшився на 26,6%. «Слабкий біль» відповідно зменшився на 46,7%. Показник «відсутність болю» становив 33,3%, що свідчить про його збільшення на 26,6%, тобто 4 жінки на кінець дослідження позбулися болю у попереково-крижовому відділі хребта

На при кінці дослідження проаналізували динаміку показника обмеженості рухів у попереково-крижовому відділі хребта за 4 ступенями. За даними показників обмеженості рухів у поперековому відділі хребта у жінок спостерігали, що обмеженість рухів III ступеню зменшилась на 13,4% в порівнянні з початком дослідження і становить 13,3%; II ступінь – у 40,0%, що на 20,0% менше ніж з початку дослідження; I ступінь – зросла на 33,4% і складає 46,7%.

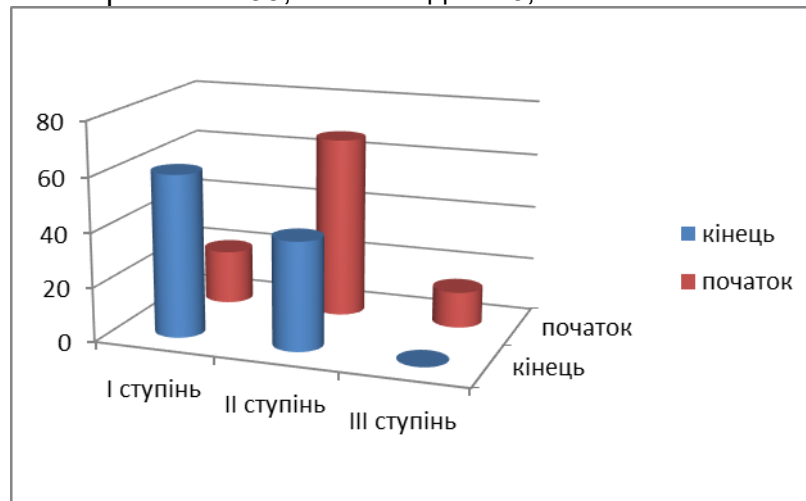


Рис. .2. Динаміка показників МТС.





При аналізі динаміки показників м'язового тону за індексом МТС можна зробити висновок, що в кінці дослідження ні в жодної жінки не було виявлено III ступінь МТС. II ступінь МТС виявлена у 40,0% жінок, що менше на 26,7% у порівнянні з початком дослідження. I ступінь МТС фіксувалась у 60,0%, що свідчить про збільшення даного показника на 40,0%. Динаміка показників МТС представлена на рис. 2.

В результаті реабілітації жінок, хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта, звернули увагу на динаміку показників ІМТ. За статистичними даними спостерігали наступну тенденцію, питома вага жінок з II ст. ожиріння зменшилася, а з предожирінням збільшилась на 13,3% та становила на кінець дослідження відповідно – 40,0% і 20%. Кількість жінок з I ст. ожиріння залишилася не змінною на початку та в кінці дослідження, що становило 20%. Одна жінка позбулася ожиріння, що склало – 6,7%. Кількість жінок з III ст. ожиріння зменшилось і становило – 6,7% проти 20% на початку дослідження (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка показників ІМТ

Ступінь ожиріння	Початок досліджен.		Кінець дослідження		Різниця показників	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Відсутня	-	-	1	6,7	1	6,7
Предожиріння	1	6,7	3	20,0	2	13,3
I ступінь	3	20,0	3	20,0	0	0
II ступінь	8	53,3	6	40,0	2	13,3
III ступінь	3	20,0	2	13,3	1	6,7

В кінці відновного періоду спостерігали покращення показників кардіореспіраторної системи. Вважаємо, що це відбулося завдяки оптимальному чергуванню статичних, динамічних дихальних вправ, вправ на релаксацію та вправ для підвищення рухливості грудної клітки, які включалися в комплекс РГГ, ЛГ, заняття з петлями TRX, лікувальну ходьбу (рис.3.).

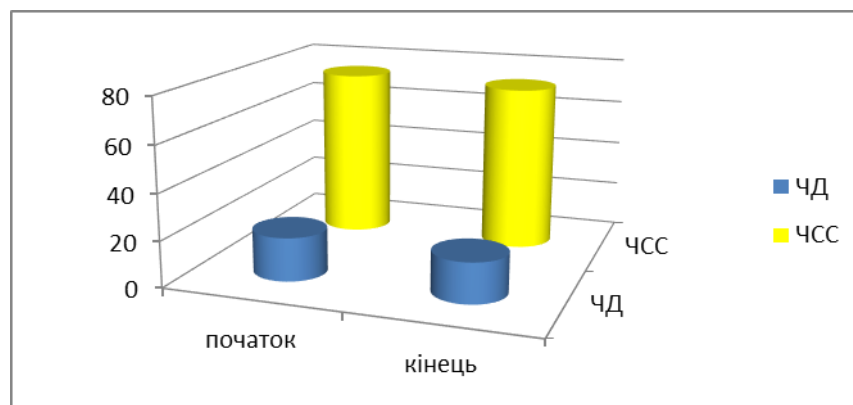


Рис. 3. Динаміка показників кардіореспіраторної системи.

Аналізуючи показники динаміки ЧСС та ЧД, можна зробити висновок, що на прикінці дослідження ЧД зменшилась на 7,4%, ЧСС на 2,7% відносно початкового рівня.

За результатами анкетування в кінці відновного періоду, після застосування КПФР (табл.3.), була відзначена позитивна динаміка клінічних симптомів остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта: обмеженість при русі в спині зменшилася у 11 осіб, що склало 73,2%; больовий синдром після сну зменшився у 7 осіб (46,8%); больовий синдром при побутових рухах зник у 13 жінок (86,6%);



больовий синдром після виконання фізичних вправ припинився у 14 осіб (93,3%);  
больовий синдром при тривалій ходьбі зник у 6 осіб (40,6%).

Таблиця 3  
Динаміка клінічних симптомів при попереково-крижовому остеохондрозі

Клінічні симптоми	На початку дослідження		В кінці дослідження	
	Абс.	%	Абс.	%
Обмеженість при русі в хребтовому стовбі	13	86,6	2	3,4
Больовий синдром після сну	11	73,4	4	6,8
Больовий синдром при тривалій ходьбі	7	46,6	1	1,7
Больовий синдром при побутових рухах (одягання, зав'язування шнурків і ін.)	13	86,6	2	3,4
Зниження больового синдрому після виконання фізичних вправ.	8	53,3	14	93,3

Таким чином, комплекс вправ на функціональних петлях TRX, як метод фізичної реабілітації, зняв навантаження з хребта, сприяв його тракції, зміцнив м'язовий корсет спини, живота, відновив крово-, та лімфообіг і трофічні процеси в ураженому відділі хребта, що сприяло позитивній динаміці при поперековому остеохондрозі в кінці відновного періоду. А також, у пацієнтів покращився фізичний та психоемоційний стан, що сприяло їх поверненню до повсякденного життя.

**Висновки.** 1. Надання фізичної реабілітаційної допомоги завжди повинно враховувати індивідуальні особистості пацієнта та передбачати комплексний вплив засобів фізичної реабілітації.

2. Реабілітаційні програми розроблені на основі такого підходу, значно підвищують ефективність відновлювального лікування хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта

#### Список використаної літератури

1. Алтунбаев Р. А. Боли в спине: наиболее общие принципы классификации, диагностики и терапии / Р. А. Алтунбаев, О. С. Хайрутдинова // Неврол. вестн. Журн. им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 32-36.
2. Бабанов С. А. Синдром боли в нижней части спины / С. А. Бабанов // Сестринское дело. – 2013. – № 1. – С. 22-26.
3. Баранцевич Е. Возможности лечения хронической боли при пояснично-крестцовой радикулопатии / Е. Баранцевич, В. Андреев // Врач. – 2012. – № 11. – С. 13-19.
4. Гершбруг М.И. Кинезотерапия от боли в спине. Курс лечебной гимнастики для профилактики и лечения остеохондроза позвоночника. / М.И. Гершбруг, Г.А. Кузнецова. – М.: Эксмо. 2012. – 248 с.
5. Черкасов А.Д. Спастические состояния межпозвоночных мышц – причины миофасциальных болевых синдромов в спине и остеохондроза позвоночника. [Текст] / А.Д. Черкасов, В.А. Нестеренко, В.Б. Петухов, Д.А.Тищенко // Современные наукоемкие технологии, 2013. – № 1. – С. 102–105. ]



6. Шестерня Н.А. Остеохондроз позвоночника // Травматология и ортопедия / Под ред. члена-корр. РАМН Ю.Г.Шапошникова. - М.: Медицина, 1997. - Т.3.-С. 170-179. ]].

7. Dexel J. Comparative study of elbow disorders in young highperformance gymnasts [Text] / J. Dexel, K. Marschner, H. Beck, I. Platzek [et all] // Int. J. Sports. Med, 2014. – Oct. № 35(11). – P. 960–965.].

Стаття надійшла до редакції 18.03.2018 р.

Котелевський В. І.,  
Салівон С. М.

Kotelevs'kyj V. I.  
Salivon S. M.

### CRANIOSACRAL MODEL OF REHABILITATION EFFECTS IN PHYSICAL REHABILITATION OF VERTEBRAL PATHOLOGY

*On the basis of the analysis of literature sources, the article presents the historical development of craniosacral therapy, defines the main approaches, principles and methods of using the craniosacral model of rehabilitation effects in physical rehabilitation of vertebral pathology.*

**Key words:** *physical rehabilitation, craniosacral therapy, osteopathy, vertebral pathology.*

### КРАНІОСАКРАЛЬНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВПЛИВУ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕРТЕБРАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

*На основі аналізу літературних джерел в статті представлено історичний розвиток краніосакральної терапії, визначені основні підходи, принципи та методики застосування краніосакральної моделі реабілітаційного впливу у фізичній реабілітації вертебральної патології.*

**Ключові слова:** *фізична реабілітація, краніосакральна терапія, остеопатія, вертебральна патологія.*

**Постановка проблеми.** Надання реабілітаційної допомоги хворим з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта, які характеризуються великою поширеністю і втратами працездатності, відноситься до пріоритетних проблем реабілітології [3; 12].

Дана проблема знаходиться у центрі уваги реабілітологів, неврологів, ортопедів та інших спеціалістів. Різноманітні масажні технології, елементи мануальної терапії ефективно використовуються у сучасній фізичній терапії [6; 10]. Проте існують і певні недоліки; до теперішнього часу відсутні єдині погляди на механізми і фактори відновлювання функціональних порушень хребта при вертебральному остеохондрозі, має місце висока частота ускладнень і нестійкість ефекту при застосуванні традиційних директних маніпулятивних технік, в яких іноді припускається доволі грубий інтенсивний вплив на тканини тіла [3]. Робота з оптимізації реабілітації вертебральної патології повинна здійснюватись безперервно. Дану роботу виконано відповідно до «Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури та спорту на 2011–2017 р.» за темою 4.6.3.1. «Теоретико-методичні засади фізичного виховання і спорту у формуванні здорового способу життя», а також за



темою 3.5.2. «Програмування та методики фізичної реабілітації осіб різних нозологічних та вікових груп».

Прогрес реабілітаційної науки вимагає пошуку нових форм і методичних підходів до реабілітаційного процесу [1; 8], вивчення новітніх та удосконалення існуючих масажних та мануальних технологій, які поєднували в собі щадність, м'якість і високу ефективність проведення маніпуляцій. Безумовно краніосакральна терапія у переліку таких технік займає достойне місце

У реабілітації превалює різнобічний підхід до корекції біомеханічних змін хребта залежно від локалізації порушення. За цими критеріями нами було визначено певні моделі реабілітаційного впливу [3].

Провідною ідеєю цього дослідження стало припущення про доцільність ефективного застосування маніпулятивних технік краніосакральної терапії при вертебральному остеохондрозі в межах краніосакральної моделі реабілітаційного впливу при вертебральній патології.

**Мета й завдання дослідження.** Відповідно до основної ідеї дослідження було сформульовано **мету статті:** проаналізувати краніосакральну модель реабілітаційного впливу у фізичній реабілітації вертебральної патології і особливості її застосування у комплексних реабілітаційних програмах спрямованих на корекцію функціональних порушень хребта.

Меті статті відповідали такі **завдання:**

1) вивчити історію розвитку та основні механізми впливу на хребцево-руховий апарат краніосакральної терапії, яка лежить в основі краніосакральної моделі реабілітаційного впливу.

2) визначити основні елементи краніосакральної терапії, які, доповнюючи прийоми класичного та лікувального масажу, становитимуть основу комплексних реабілітаційних програмах спрямованих на корекцію функціональних порушень хребта.

**Об'єктом дослідження** виступала фізична реабілітація вертебральної патології (вертебрального остеохондрозу).

**Предмет дослідження:** застосування маніпулятивних технік краніосакральної терапії при вертебральному остеохондрозі в межах краніосакральної моделі реабілітаційного впливу при вертебральній патології.

**Метод дослідження.** У дослідженні використовувався аналіз науково-методичної літератури за даною тематикою, аналіз прикладних аспектів краніосакральної терапії.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Краніосакральна система була відкрита остеопатом із США Вільямом Гарнером Сатерлендом (1873–1954), учнем засновника остеопатії Ендрю Тейлора Стілла (1828–1917) [2; 11]. Сатерленд переніс біомеханічні принципи класичної остеопатії на черепні шви. Він описав функціональні взаємозалежності і розробив фундаментальні положення терапії, назвавши описану ним систему краніальною остеопатією [9]. Пізніше через тісний функціональний зв'язок черепа і крижової кістки систему перейменували у краніосакральну остеопатію. Під час своїх досліджень Сатерленд виявив, що череп ритмічно розширюється і скорочується. Тривалий час науковці вважали, що шви між кістками черепа костеніють у ранньому віці, перетворюючи череп на єдину конструкцію. Але виявилось, що це не зовсім так. У стиках між його кістками протягом усього життя зберігаються розтягнуті і пружні волокна. Завдяки їм череп ледь помітно розширюється (на 2–3 мм) за одне скорочення, і таких скорочень в хвилину може бути від 6 до 12 [8; 12].



Американські лікарі, що відкрили цей феномен в 30-х рр. ХХ століття назвали це явище краніосакральним ритмом (від латинського «краніум» – череп, «сакрум» – крижі) [1]. Таку назву дано не випадково: той же ритм визначається і в ділянці крижі, адже він з'єднаний із черепом у єдину динамічну систему через хребетний канал, у якому циркулює спинномозкова рідина – ліквор, що омиває оболонки головного та спинного мозку [5]. Крім спинномозкової рідини, краніосакральна система включає мембрани, що оточують головний і спинний мозок, кістки черепа і крижі і оболонки, що покривають кожен нерв тіла. Симетрична пульсація всіх цих структур у краніальному ритмі позначається на всіх частинах організму. Будь-яка перешкода вільному руху рідини може спричинити дисфункцію або хворобу [4].

Таким чином, на сьогоднішній день найбільш переконливою теорією виникнення краніосакрального ритму є теорія циклічної зміни тиску спинномозкової рідини, розроблена лікарем остеопатії Джоном Апледжером (США) [1]. Він же вказав на важливість зв'язку сполучної тканини або фасцій із краніосакральним ритмом. Краніосакральний ритм має фази, частоту, амплітуду і симетрію, які передаються кожній структурі нашого тіла через сполучну тканину, включаючи внутрішні органи. Кістки черепа виконують «дихальні» рухи. Ці рухи нерозривно пов'язані з продукуванням ліквору (спинномозкової рідини, що омиває головний і спинний мозок від черепа до крижів) [7]. Череп, хребет і крижі працюють як єдине ціле. Цей механізм знаходиться в стані постійної ритмічної активності. Неправильне положення крижів і куприка може формувати скручування твердої спинномозкової оболонки аж до голови. Таким чином, травми куприка або різниця в «довжині» ніг можуть викликати головні болі, а черепно-мозкова травма або некоректні стоматологічні втручання можуть впливати на поставу, призвести до формування сколіозу і сприяти утворенню кили міжхребцевого диска. Рухи та метаболізм мозку, флуктуація ліквору, зміна натягу внутрішньочерепних мембран, рух кісток черепа і крижів – усе це являє собою єдиний краніосакральний механізм. Отже на сьогодні існує кілька гілок краніосакральної терапії, в тому числі біомеханічна доктрина Апледжера, і біодинамічна — Сатерленда [6]. Проте основу краніосакральної моделі реабілітаційного впливу становить методика краніосакральної терапії.

### **Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів дослідження.**

Для того щоб зрозуміти сутність краніосакральної терапії необхідно визначити принципи її застосування, які певним чином спорідненні з принципами остеопатичного лікування. Базовим підходом при проведенні реабілітації з використанням краніосакральної терапії є холистичний (єдність людини і Всесвіту). За висловом Е. С. Стіла «людське тіло функціонує не в окремих частинах а як гармонійне ціле» [9]. Тому одно із основних завдань реабілітолога, який використовує краніосакральну терапію є в покращення функціональних можливостей нервової системи в регуляції функцій організму пацієнта, а це в свою чергу підтримує його здоров'я.

Другим постулатом остеопатичного лікування є теза про те, що організм людини має вроджену властивість до саморегуляції і самоціленню завдяки наявності складної системи балансу різних систем організму і завдання краніосакральної полягає в тому, щоб створити передумови і терапевтичний простір для того, щоб організм відновив свої регуляторні функції.

Дуже важливим для краніосакральної терапії є розуміння взаємозалежності структури і функції в організмі: «структура керує функцією, а функція формує структуру» [7]. Працюючи зі структурою, тобто з тканинами тіла людини





реабілітолог впливає на функції організму. При відновленні функції поступово відновлюється і структура.

Поряд із вищенаведеними основними принципами остеопатії дуже важливим є ще один, а саме, принцип рухливості. Суть цього принципу полягає в тому, що практично всі структурні одиниці тканин тіла (фасції, м'язи, сухожилля, кістки) мають певну рухливість. Навіть кістки можуть пульсувати з частотою 6-7 мікрорухів за хвилину. Ендрю Стіл стверджував: «Там де структура гармонічна хвороба не може розвиватися». І краніосакральний терапевт повинен оцінювати порядок зі структурою і рухливість тканин. Суть методу полягає в діагностиці та лікуванні обмежень рухомості та пластичності тканин тіла (рестрикцій). Ледь торкаючись до голови, фахівець оцінює амплітуду рухів його кісток, симетричність лівої і правої сторін, а також переднього і заднього відділів, визначення стану черепних швів (наявність хворобливості й обмеження рухливості). За рахунок мікрорухів проводяться специфічні техніки краніосакральної терапії, які приводять до усунення рестрикцій (робота з фасціями та краніосакральним ритмом, окципітальний реліз, «компресія», «декомпресія», «розкручення», «розгортання» [8]. Особливою популярністю для найбільш ефективного усунення рестрикцій користується техніка розгортання і прийом окципітального релізу. Останнім часом вважається, що ключова роль у тілесній регуляції належить краніосакральній системі, і особливою ефективністю в краніосакральній терапії вирізняється прийом окципітального релізу [12], спрямований на ліквідацію рестрикції окципітоцервікального переходу. Функціональні рестрикції цієї ділянки можуть давати достатньо поліморфну клінічну картину: місцеві болі, болі в будь-якій частині тіла, загальний м'язовий гіпертонус, порушення координації, різні вегетативні та психосоматичні розлади.

В основі техніки розгортання є припущення про те, що будь-який стан тіла, навіть якщо традиційно він розуміється як проблемний, має своє значення. Йдеться не про те, щоб позбавитися стану, що кваліфікується як патологічний, а про те, щоб під час роботи з ним стимулювати його повне розгортання, спостерігаючи за процесом і не маніпулюючи їм. Суттю методики розгортання є логічне завершення наявного малюнка порушення рухливості. Для вироблення уміння працювати з будь-ким терапевт повинен спробувати якомога більше відсторонитися від своїх уявлень про те, що є правильним, і бути повністю до послуг у пацієнта. Окципітальний реліз прийнято проводити в три фази [3].

**Фаза 1.** Пацієнт лежить на спині. Терапевт кладе середні пальці вертикально на основу черепа і прагне до контакту у напрямі задньої дуги атланта. Індукцією руху служить вага голови пацієнта. Намагаються, щоб голова не торкалася долоней терапевта. Проводять лікувальну техніку розгортання, контактуючи пальцями із задньою дугою атланта, до появи відчуття «вільного плавання» атланта.

**Фаза 2.** Середні пальці терапевта здійснюють обертальний рух у латеральному напрямі, поки не почнеться поперечне розтягування коротких субокципітальних м'язів. Голова пацієнта в цій фазі торкається долонь терапевта.

**Фаза 3.** Другий, третій, четвертий пальці ставимо вертикально на основі черепа, поряд один з одним. П'яті пальці немов би чіпляються за *protuberantia occipitalis externa* і виконують незначне натягнення у краніальному напрямі як індукція. Всі середні пальці знаходяться у контакті із задньою дугою атланта і здійснюють техніку розгортання аж до настання релізу (розслаблення). Необхідно старатися, щоб голова пацієнта не торкалася долонь реабілітолога (рис. 1).



Рис. 1. Окципітальний реліз

Обгунтованість основних принципів краніосакральної терапії, фізіологічність та щадність краніосакральних маніпулятивних технік робить краніосакральну модель реабілітаційного впливу досить популярною у сучасній реабілітології. Доповнюючи природні процеси оздоровлення, краніосакральна терапія використовується як профілактичний захід здоров'я для підтримки опірності хворобам, підвищення емоційного і психологічного стану, поліпшення функціонування центральної нервової системи. Краніосакральна терапія ефективно використовується для широкого рівня проблем, включаючи занепокоєння, депресію, головні болі, мігрені; безсоння, втома; інфекції середнього вуха, порушення функції черепно-мозкових нервів; хронічні та гострі болі шиї і спини; грижі міжхребцевого диска; невропатії та невралгії; погіршення моторної координації; посттравматичні стани; коліки, погане травлення, розлад центральної нервової системи; проблеми рухового розвитку і моторної координації; травми головного та спинного мозку; наслідки пологових травм; сколіоз; інфантильні розлади; шкільна неуспішність і гіперактивність; хронічна втома; емоційні труднощі; стрес і проблеми, пов'язані з напругою; нервово-судинні або імунні розлади; постхірургічний стрес [11]. Безумовно, краніосакральну терапію можна з успіхом застосовувати і при функціональних порушеннях хребта та вертебральному остеохондрозі.

Вищенаведені прийоми краніосакральної терапії (окципітальний реліз та розгортання) особливо актуальними є при шийному остеохондрозі при якому дуже часто порушується мозковий кровообіг і тому застосування краніосакральної терапії є дуже доречним.

Таким чином можна дійти до **висновку**:

1. Краніосакральна терапія є методом вибору для проведення реабілітаційного впливу при вертебральній патології та інших захворювань пов'язаних з порушенням мозкового кровообігу.

2. Базисні теоретичні основи та принципи краніосакральної терапії (холістичний підхід, як єдність людини і Всесвіту; погляд на організм людини, як на саморегулюючу систему; розуміння взаємозалежності структури і функції в організмі) є вельми доречними при наданні реабілітаційної допомоги пацієнтам з церебральною допомогою.



3. Специфічні техніки краніо-сакральної терапії, які за рахунок мікро рухів приводять до усунення рестрикцій (робота з фасціями та краніосакральним ритмом, окципітальний реліз, «компресія», «декомпресія», «розкручення», «розгортання») проводяться становлять методичну основу краніосакральної терапії. Особливою популярністю при наданні реабілітаційної допомоги при неврологічних проявах шийного остеохондрозу користуються прийоми «розгортання» і окципітального релізу».

**Перспективи подальших досліджень.** Загалом краніосакральна модель реабілітаційного впливу у реабілітації вертебральної патології має право на існування і її застосування є цілком виправдано при різноманітній вертебральній патології, а особливо при патології шийного відділу хребта, коли дуже важливі щадність і поступовість проведення ефективної маніпуляції на хребті. Саме цими властивостями зумовлена велика перспективність застосування краніосакральної терапії у вертебродології.

#### **Список використаної літератури:**

1. Апледжер Дж.Е. Краниосакральная терапия. Что это? Как это работает? /Дж.Е.Апледжер, Р.Гроссинджер, Д.Эш, Д.Коэн. - СПб.:ИГ Весь, 2010,- 112с.
2. Гарольд И. Магун Остеопатия в краниальной области: / Гарольд И. Магун; пер. с англ. Г.М. Абелевой.- Санкт Петербург: ООО МЕРИДИАН-С, 2010.-336с.
3. Котелевський В. І. Превентивна фізична реабілітація вертебральної патології / В. І. Котелевський. монографія. – Суми : СумДПУ, 2017. – 682 с.
4. Майкл Керн. Мудрость тела. Краниосакральный подход к здоров'ю. / Майкл Керн.- СПб.: Сударыня, 2006.- 290с.
5. Медленноволновые колебания в краниосакральном пространстве: гемолитвородинамическая концепция происхождения / Ю.Е. Москаленко, Т.И. Кравченко, Г.Б. Вайнштейн, П. Хальворсон, А.Фейлдинг, А.Мандара, А.А.Панов, В.Н.Семерня // Физиологический журн. России им.Сеченова,- 2008.-Т.94, №4.- С.441-447.
6. Мохов Д.Е., Марьянович А.Т. Доказательная остеопатия /Д.Е Мохов, А.Т.Марьянович //Мануальная терапия.-2012.-№4(48).- С.77-91.
7. Новосельцев С.В. Введение в остеопатию / С.В.Новосельцев. - СПб.: ООО Издательство ФОЛИАНТ, 2005.- 240 с.
8. Новосельцев С.В. Клиническая остеопатия. Рефлекторные техники / С.В.Новосельцев. - СПб.: ООО Издательство ФОЛИАНТ, 2013.- 352 с.
9. Остеопатия. Теоретические и клинические аспекты / В.Л.Андрианов, Н.И. Беспала, В.В.Бутуханов и др.; под ред. В.Л.Андрианова. - СПб., 2010.- 256 с.
10. Соловей И.Г. Остеопатия. Миофасциальные, краниосакральные, мышечно-энергетические и другие техники / И.Г.Соловей. - Минск: Харвест, 2010.- 464С.
11. Торстон Лиём. Практика краниосакральной остеопатии / Торстон Лиём.- Санкт-Петербург: ООО МЕРИДИАН-С, 2008.- 510 с.
12. Чикуров Ю.В. Краниосакральная остеопатия // Матер. науч.-практ. конф. «Вопросы применения краниосакральной техники в клинической практике мануальной медицины». - Днепропетровск. -2001. - С.2-5.

Стаття надійшла до редакції 06.03.2018 р.



Кузьменко А.В.  
Міхєєнко О. І.

Kuzmenko A.V.  
Mikheienko O. I.

## FEATURES OF REHABILITATION INCREASED AFTER CHILDREN OF EARLY AGE

*The article examines the need for rehabilitation after a hip fracture in women of adulthood and the implementation of rehabilitation depending on the tasks set.*

**Keywords:** fracture, interference, thigh, strength, amplitude, pain.

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ СТЕГНА У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

*У статті розглядається проблемні аспекти процесу реабілітації після перелому стегна у жінок зрілого віку та реалізація відновного лікування залежно від поставлених завдань.*

**Ключові слова:** перелом, втручання, стегно, сила, амплітуда, біль.

**Постановка проблеми.** Травматичні переломи кісток нижньої кінцівки, за різними статистичними даними, становлять від 38 до 48% усіх переломів [6].

Переломи проксимального кінця стегнової кістки найчастіше трапляються і становлять близько чверті усіх переломів стегнової кістки. Вони виникають переважно у жінок, що обумовлено особливостями інволютивних змін у жіночому організмі зокрема гормональними змінами в періоді менопаузи, що впливають на швидкість розвитку остеопорозу. У процесі старіння відбуваються виражені дистрофічно-деструктивні зміни, що виявляються у зменшенні міцності кісток, зниженні тону м'язів та сповільненні нервово-м'язової захисної реакції у момент нещасного випадку [8].

Дані ВООЗ свідчать про те, що кількість ліжко-днів на рік для жінок з остеопоротичними переломами проксимального відділу стегнової кістки перевищує даний показник для таких захворювань, як рак молочної залози, гострий інфаркт міокарда, хронічні захворювання легень та цукровий діабет [7].

Усього у світі за рік реєструють 1,7 млн. випадків переломів проксимального кінця стегнової кістки. Переломи проксимального кінця стегнової кістки належать до небезпечної для життя травми, оскільки при тривалій іммобілізації гіпостатичні ускладнення на фоні супутніх захворювань часто призводять до летального завершення, частота якого за даними літератури варіює в межах 20-40% пацієнтів з даною травмою. Застосування оперативного методу лікування при переломах проксимального кінця стегнової кістки дозволяє досягнути зниження смертності до 1-7%. На сьогоднішній день основним методом лікування переломів проксимального кінця стегнової кістки є оперативний і тільки у крайніх випадках застосовують консервативне лікування [4].

Фізична реабілітація є невід'ємною складовою післяопераційного процесу відновлення після травми проксимального кінця стегнової кістки. Наукові дослідження у галузі фізичної реабілітації підтверджують, що для досягнення ефективного результату під час її проведення потрібно на всіх етапах враховувати індивідуальні особливості пацієнта.

У той же час, у більшості робіт окреслено лише загальні питання фізичної реабілітації, що містять певні методичні рекомендації, що стосуються зокрема, застосування лікувальної фізичної культури в умовах стаціонару. Практичні



рекомендації передбачають орієнтовні комплекси фізичних вправ, які можна застосовувати для даного контингенту пацієнтів.

**Мета дослідження** - розробити програму реабілітації для жінок зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження проводилося на базі травматолого-ортопедичного відділення Сумської обласної лікарні. У дослідженні взяли участь 32 жінки зрілого віку з переломом проксимального кінця стегнової кістки, середній вік їх становив  $49,7 \pm 0,73$  роки.

Найчастіше переломи проксимального кінця стегнової кістки у жінок зрілого віку траплялися переважно внаслідок падіння в домашніх умовах та на вулиці (табл.1).

Таблица 1

### Причини виникнення переломів проксимального кінця стегнової кістки у жінок зрілого віку

Вид травматизму	Кількість осіб	Частота виявлення (%)
побутовий	22	50,0
вуличний	8	47,22
дорожньо-транспортний	1	1,39
спортивний	1	1,39

Усі пацієнти були прооперовані з метою стабілізації проксимального кінця стегнової кістки. Після оперативного втручання жінкам було рекомендовано заняття ЛФК та фізичної реабілітації.

Жінки зрілого віку були поділені методом випадкової вибірки на основну групу та групу порівняння по 16 осіб в кожній. Відбір жінок зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у основну групу та групу порівняння відбувався в міру їх переходу в стаціонар.

Пацієнти основної групи займалися за розробленою нами програмою фізичної реабілітації, що передбачала індивідуальний метод проведення занять.

Пацієнти групи порівняння проходили курс ЛФК. Заняття ЛФК проводив інструктор ЛФК вищої категорії у формі ЛГ, застосовуючи індивідуальний метод проведення занять.

Нами було проведено аналіз вихідного рівня функціонального стану жінок та підібрано засоби реабілітаційного втручання: засоби для зменшення болю; засоби для відновлення амплітуди руху; засоби для відновлення силових якостей; засоби для відновлення втрачених функцій.

До засобів для зменшення болю належать:

- лікування положенням (розвантажувальні положення, підймання);
- постізометрична релаксація (ПІР);
- активні і пасивні вправи.

Вибір засобів для зменшення болю залежить від його локалізації характеру та інтенсивності.

Лікування положенням ми використовували на запальній стадії загоєння, яка триває в середньому до 24-48 годин. Ознаками цієї стадії є почервоніння та підвищення температури, утворення набряків, біль. Ці ознаки є взаємопов'язані між собою. Протягом 2-ох діб після оперативного втручання ефективними є розвантажувальні положення та піднімання кінцівки для відтоку крові і лімфи і укладання в такому положенні [3].





Фізичні вправи виконували для зменшення м'язового та суглобового болю. Ефективною для зменшення болю є методика запропонована Джеймсом Сіріаксом [8]. Вона передбачає виконання коливальних рухів з частотою 2-3 рухи за одну секунду (в залежності від розміру суглобу). Згідно цієї методики амплітуда наявного руху умовно приймається за 100%. Для лікування болю використовують вправи по першому і другому ступенях:

- перший ступінь передбачає виконання малоамплітудних рухів в межах 15% від наявної амплітуди. Такі рухи застосовують у стадії запалення. Виконують 2-3 підходи по 10 секунд, між ними 15-20 секунд відпочинку;
- другий ступінь передбачає виконання великоамплітудних рухів в діапазоні 15%>50% до середини наявної амплітуди руху і виконують при зменшенні ознак запалення. Виконують 2-3 підходи по 20-30 секунд, через 30 секунд відпочинку.

Якщо при застосуванні цієї методики біль не зменшується необхідно зменшити амплітуду руху та збільшити тривалість відпочинку.

Засобами для профілактики виникнення контрактур та відновлення амплітуди руху є:

- постізометрична релаксація;
- активні та пасивні вправи.

Профілактику виникнення контрактур проводять з першого дня після операції. Внаслідок іммобілізації контрактури можуть виникати не лише в ураженій кінцівці, а й у здоровій. Ризик виникнення контрактур залежить від тривалості доопераційного періоду лікування [6].

Найчастіше у жінок зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки в перші дні після оперативного втручання в ураженій кінцівці виникають анталгічні контрактури, де обмежуючим фактором є біль. Для їх усунення ми підбирали засоби для зменшення болю. Для відновлення амплітуди рухів у суглобах ураженої кінцівки після оперативного втручання основним засобом є активні вправи, оскільки пасивні є протипоказані. Для збільшення амплітуди (при міогенних та артрогенних контрактурах) ефективними є виконання вправ по третьому і четвертому ступенях згідно методики запропонованої Джеймсом Сіріаксом [5].

ПІР застосовують для відновлення довжини м'язів антагоністів (при міогенних контрактурах). Методика виконання така ж, як і при зменшенні болю, але можна діяти з більшим зусиллям, орієнтуватись на реакцію пацієнта на біль та опір (кінцеве відчуття реабілітолога).

Засобами для відновлення силових якостей є силові вправи. Без прояву м'язової сили людина не може виконати жодної рухової дії. Для осіб після перелому проксимального кінця стегнової кістки вибір силових вправ залежить від вихідного рівня м'язової сили, тобто від результатів мануально-м'язового тестування (ММТ) при проведенні реабілітаційного обстеження [2].

Якщо результати ММТ свідчать, що м'язова сила становить 4 або 5 балів (за шестибальною шкалою), то для їх тренування ми обирали:

- вправи з обтяженням масою власного тіла;
- вправи з обтяженням масою предметів (тягарці, гантелі);
- ізометричні вправи.

Для тренування сили м'язів, вихідна оцінка яких є 3 бали згідно ММТ, ефективними є:

- вправи з обтяженням масою власного тіла;
- ізометричні вправи.



Для тренування сили м'язів, вихідна оцінка яких є меншою від трійки застосовують:

- активні вправи з допомогою;
- самостійні активні вправи;
- вправи з утриманням.

Паралельно із вирішенням згаданих вище завдань фізичної реабілітації з перших днів після оперативного втручання потрібно розпочинати навчання руховим діям, необхідним для самообслуговування.

Важливим етапом процесу фізичної реабілітації жінок зрілого віку також є самостійні заняття. Самостійні заняття здійснювалися згідно рекомендацій фахівця з фізичної реабілітації. Вправи, що винесені на самостійне виконання повинні бути знайомими для пацієнта, простими і безпечними у виконанні. Перед наданням рекомендацій потрібно впевнитися у тому, що особа здатна правильно виконувати заплановані вправи [1].

Зважаючи на вік пацієнтів та важкість травми рекомендації для виконання самостійного заняття повинні бути надані у письмовій формі. Кожна вправа повинна передбачати дозування, встановлене фізичним реабілітологом. Реабілітаційне втручання – це цілеспрямована взаємодія фахівця з фізичної реабілітації і пацієнта з використанням методів і засобів для досягнення змін у стані пацієнта відповідно до реабілітаційного прогнозу. Якість реабілітаційного втручання залежить від правильного його планування, від майстерності фізичного реабілітолога та від психологічних особливостей пацієнта, зокрема від мотивації до занять [8]. Важливо, щоб пацієнт розумів сутність реабілітаційного втручання та прикладав зусилля для досягнення встановлених завдань, оскільки досягнути позитивного результату можна лише при двосторонній співпраці фахівця з фізичної реабілітації та пацієнта.

Реабілітаційне втручання передбачає пряме втручання та інструктаж родичів і опікунів [7]. Пряме реабілітаційне втручання це застосування підібраних на основі реабілітаційного обстеження засобів фізичної реабілітації. Під час реабілітаційного втручання фахівець фізичної реабілітації повинен аналізувати дії та їх результати. У ході реабілітаційного втручання фахівець з фізичної реабілітації може приймати рішення, щодо модифікації вправ, зміни вихідних положень, регулювання дозування навантажень. Якщо в процесі втручання реабілітолог відзначає нераціональний підбір засобів або виявляє помилки у визначенні порушень то може прийняти рішення для проведення додаткового обстеження.

Реабілітаційне втручання також передбачає навчання та інструктаж родичів та опікунів. Допомога родичів і опікунів для жінок зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки є особливо важливою в перші дні після оперативного втручання. Інструктаж передбачає пояснення опікунам змісту фізичної реабілітації та рекомендації, що стосуються догляду за особою з даною патологією, профілактики виникнення ускладнень та особливостей виконання рухових дій, зокрема переміщень.

**Висновки.** Отже, отримані у ході дослідження результати дозволяють рекомендувати розроблену комплексну методику фізичної реабілітації для практичного використання в умовах лікувально-профілактичних установ, реабілітаційних центрів. Розроблені практичні рекомендації щодо індивідуалізації програми фізичної реабілітації сприяють підвищенню ефективності проведення занять з жінками зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, що дозволяє скоротити терміни перебування пацієнтів в межах стаціонару.



Розроблена методика фізичної реабілітації запропонована для застосування в травматологічному відділенні Сумської обласної лікарні.

#### Література:

1. Дідух Г. Реабілітаційне обстеження осіб похилого віку після перелому проксимального відділу стегна / Г. Дідух // Фізична реабілітація-здобутки, проблеми, перспективи. – Л., 2009. – С. 30-35.
2. Кобелев С. Мануальний м'язовий тест – ефективний спосіб визначення сили м'язів для осіб з ураженням спинного мозку / Степан Кобелев // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2004. №8. – С. 455-459.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2009. – 442с.
4. Мятіга О.М. Комплексна фізична реабілітація при осколкових переломах діафіза стегна після біологічного синтезу у другому періоді / О.М. Мятіга, Д.С. Мятіга // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2010. – №4. – С. 82-85.
5. Никаноров А. Физическая реабилитация больных с множественными травмами бедра и голени методами нетрадиционной медицины / А. Никаноров // Физическое воспитание студентов творческих специальностей ХГАДИ (ХХПИ). – Харьков, 2004. – №1. – С. 81-85
6. Норе́йко С. Б. Фізична реабілітація при переломі стегнової кістки / С.Б. Норе́йко, І. П. Зенченков, Р. П. Федоришин, М. В. Савельєв // Наука і освіта. – 2014. №4. – С. 115-118.
7. Форасенко В.С. Переломи проксимального відділу стегнової кістки у людей старших вікових груп та їх медико-соціальні наслідки: автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 2006. – 20с.
8. Швець Р.І. Фізична реабілітація при переломах стегнової кістки/ Р.І. Швець // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. – Л.,2005. – С.78-80.

Стаття надійшла до редакції 09.03.2018 р.

Кукса Н.В.  
Копитіна Я.М.  
Ткаченко К.О.

Kuksa N. V.,  
Kopytina Y. M.  
Tkachenko K. O.

#### REHABILITATION OF STROKE PATIENTS: MODERN TRENDS AND SOFTWARE IN SANATORIUM CONDITION

*The article considers modern tendencies of rehabilitation post-stroke patients on the basis of clinical guidelines of leading world national and international organizations. The software of complex rehabilitation of post-stroke patients in the conditions of specialized sanatoria is analyzed.*

**Key words:** stroke, poststroke patients, rehabilitation, program of rehabilitation, sanatorium.

#### РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В УМОВАХ САНАТОРІЮ



*У статті розглянуто сучасні тенденції реабілітації постінсультних хворих на підставі клінічних настанов провідних світових національних та міжнародних організацій. Проаналізовано програмне забезпечення комплексної реабілітації постінсультних хворих в умовах спеціалізованих санаторіїв*

**Ключові слова:** інсульт, постінсультні хворі, реабілітація, програма реабілітації, санаторій

Мозковий інсульт є найбільш поширеною і тяжкою цереброваскулярною патологією, що характеризується високими показниками летальності та рівнем інвалідизації населення. За останні роки в Україні відзначається тенденція до стабілізації і зниження рівня смертності внаслідок інсульту – станом на 2016 р. наша країні посідає 41-е місце за показником смертності від інсульту (384 на 100 тис. населення) [13].

Натомість рівень захворюваності на інсульт в Україні (щорічно – близько 100 тис. випадків, з яких 33% - населення працездатного віку) майже вдвічі перевищує рівень захворюваності в розвинених країнах Європи [15].

Не менш сумними є статистичні дані щодо рівня інвалідизації внаслідок інсульту. В Україні рівень інвалідизації після перенесеного інсульту становить від 76 до 85%, тоді як у країнах Західної Європи – 25-30% [2].

Зазначене свідчить про необхідність підвищення рівня організації профілактично-реабілітаційної роботи в аспекті первинної і вторинної профілактики інсульту та відновлення втрачених/порушених функцій в постінсультних хворих.

Важливим етапом в системі вторинної профілактики і відновної терапії постінсультних хворих є санаторно-курортний етап реабілітації, основною метою якого є стабілізація позитивних зрушень, досягнутих в умовах стаціонару; попередження повторних порушень мозкового кровообігу; подальше відновлення порушених функцій (рухових, мовленнєвих, психічних); підвищення толерантності до фізичних навантажень; відновлення соціально-побутової активності.

Окремі аспекти санаторно-курортної реабілітації постінсультних пацієнтів відображено в наукових працях Д.У. Абдулліної, Л.В. Андріюка, О.Ф. Казачанської, О.О. Лазаревої, І.В. Магулки та ін. Натомість, зважаючи на високий рівень захворюваності та інвалідизації працездатного населення внаслідок інсульту, питання функціонального відновлення та соціально-побутової адаптації постінсультних хворих на різних етапах реабілітації, зокрема в умовах санаторію, не втрачає своєї актуальності.

**Мета дослідження** – теоретичний аналіз сучасних підходів до реабілітації постінсультних хворих та програмного забезпечення комплексної реабілітації постінсультних хворих в умовах спеціалізованих санаторіїв.

**Об'єкт дослідження:** реабілітація постінсультних хворих.

**Предмет дослідження:** програмне забезпечення комплексної реабілітації постінсультних хворих в умовах санаторіїв неврологічного профілю.

**Викладення основного матеріалу.** У перебігу інсульту виділяють кілька періодів, на кожному з яких вирішуються спеціальні завдання реабілітації: гострий період (до 6 тижнів), ранній відновлювальний (до 6 місяців), пізній відновлювальний (до одного року), резидуальний [10, с. 120]. Найбільш активно відновлення порушених функцій відбувається протягом перших шести місяців і до року від початку захворювання – у ранній та пізній відновлювальний періоди. Реабілітацію



постінсультних хворих розпочинають у гострий період після стабілізації життєвоважливих функцій організму, насамперед – гемодинамічних показників. Після стаціонару відновне лікування продовжується в амбулаторних реабілітаційних відділеннях або центрах, нейрореабілітаційних відділеннях санаторіїв.

Розглянемо сучасні підходи до реабілітації постінсультних хворих, засновані на науково доказовій практиці (доказова медицина). Аналіз «Адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах: «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом і ТІА», розробленої вітчизняними науковцями на підставі настанов провідних світових національних та міжнародних організацій, дозволив відзначити такі рекомендації в аспекті реабілітації постінсультних хворих, що визнані як переконливо науково обґрунтовані:

1) Рання початок реабілітації є ключовим компонентом у відділенні для лікування гострих порушень мозкового кровообігу. Розпочинати реабілітацію – після досягнення стабілізації вітальних показників.

2) Мобілізація є фундаментальним компонентом ранньої реабілітації.

3) Ключовою характеристикою відділення для лікування гострих порушень мозкового кровообігу (інсульту) є реабілітація, яка здійснюється мультидисциплінарною бригадою. Мультидисциплінарна бригада може складатися з лікаря, медсестри, лікаря ЛФК, ерготерапевта, логопеда, психолога, пацієнта, членів його сім'ї або осіб, які доглядають за пацієнтом.

4) Пацієнт повинен отримувати реабілітаційне лікування, інтенсивність і тривалість якого повинні бути засновані на індивідуальному реабілітаційному плані і відповідати потребам та рівню толерантності пацієнта до навантажень.

5) Пацієнт після інсульту повинен отримувати згідно з індивідуально розробленим планом мінімум 1 годину роботи з кожним фахівцем мультидисциплінарної бригади, мінімум 5 разів на тиждень з урахуванням індивідуальних потреб і толерантності до навантажень.

6) Мультидисциплінарна бригада повинна сприяти постійному застосуванню навичок, отриманих в ході реабілітації, у повсякденній активності пацієнта; пацієнтам повинна бути надана можливість і їх необхідно заохочувати практикувати ці навички стільки, скільки це можливо з урахуванням толерантності до навантажень.

7) Реабілітаційне лікування повинно включати повторення та інтенсивне використання завдань так часто, настільки це можливо з урахуванням індивідуальних потреб і толерантності до навантажень, які змушують пацієнта опановувати необхідні моторні навички, що залучають кінцівки [14, с. 82-84].

На основі аналізу «Клінічної настанови з допомоги пацієнтам при інсульті» (Національний Фонд Інсульту Австралії / National Stroke Foundation of Australia) виявлено такі настанови з допомоги постінсультним хворим в аспекті діяльності фізичного терапевта, що відзначені як науково доказові та рекомендовані кращим клінічними досвідом практичної діяльності і висновками експертів:

1) фізичний терапевт є важливим членом мультидисциплінарної команди при інсульті;

2) реабілітацію необхідно планувати таким чином, щоб забезпечити максимально можливу кількість занять протягом перших шести місяців після інсульту;

3) необхідно проводити не менше однієї години активного заняття щоденно, щонайменше п'ять разів на тиждень;





4) за необхідності доцільно заохочувати пацієнта до продовження тренування навичок, опанованих на сеансах з фізичної терапії, залучаючи до цього ближнє соціальне оточення (родина, друзі, опікуни тощо);

5) для постінсультних хворих з ризиком появи контрактур не рекомендується для розтягнення м'язів регулярно використовувати лонгети або тривале позиціонування. Поетапне лонгетування може бути застосовано для зменшення важких, наявних контрактур у тих випадках, коли традиційна терапія виявилась безрезультатною;

6) втручання на зменшення спастичності, крім ранньої комплексної програми терапії, не повинні регулярно надаватись особам, які мають легкий та середній ступінь прояву спастики (у випадку, якщо спастичність не заважає особі після перенесеного інсульту в її діяльності або особистій гігієні);

7) обов'язково включати заняття на підвищення рівня кардіореспіраторної витривалості (кардіореспіраторне тренування);

8) пацієнтам із труднощами вставання чи ходьби, повинна бути надана можливість індивідуального багаторазового тренування відповідних функцій (вставання, ходьба);

9) пацієнтам, які мають труднощі із задіянням верхньої кінцівки, необхідно надати можливість індивідуального багаторазового тренування функцій верхньої кінцівки. Для певної групи пацієнтів найбільш ефективним визнано рухову терапію, індуковану обмеженням (СІМТ);

10) для осіб із вираженою слабкістю м'язів та ризиком появи підвивиху в плечі, допомога може включати навчання та підготовку пацієнта, родини/ опікунів і персонал щодо правильного позиціонування та догляду за ураженою кінцівкою;

11) для осіб, які мають знижену рухливість, допомога щодо запобігання набряку в руці та нозі включає підняття кінцівки під час відпочинку;

12) пацієнти, які мають труднощі функціонування у повсякденній діяльності (ADL), повинні бути оцінені кваліфікованим клінічним спеціалістом. Персонал та постінсультні пацієнти, а також їх опікуни/ родина повинні узгодити, які методи та обладнання є необхідним для досягнення максимальних результатів, пов'язаних з виконанням ADL та сенсомоторних, перцептивних і когнітивних здібностей;

13) постінсультні пацієнти, які мають залишкові порушення на завершальному етапі реабілітації, повинні щорічно проходити огляд у лікаря загальної практики чи реабілітолога для визначення потреби у подальшому отриманні втручань. При появі нових проблем, які не мали місце на початку реабілітації, або коли фізичний стан чи соціальні умови особи зазнали змін, повинен бути залучений відповідний медичний фахівець або представник реабілітаційної служби для проведення подальшого обстеження;

14) постінсультні пацієнти зі стійкими труднощами при виконанні особистих завдань повсякденної та професійної діяльності, дозвілля і відпочинку, повинні мати оновлений задокументований план допомоги для вирішення цих проблем;

15) при постановці реабілітаційних цілей повинно бути обговорено і враховано бажання та очікування постінсультного хворого та його родини/ опікунів, залучених до процесу відновлення. Постінсультні хворі повинні пройти курси навчання з оволодіння навичок самодогляду (самообслуговування), які включають у себе практичне вирішення проблем та постановку особистих цілей [6].

Таким чином, аналіз вищезазначених клінічних настанов дозволив відзначити такі сучасні підходи до реабілітації постінсультних хворих: науково доказова практика



(доказова медицина) – провадження реабілітаційної діяльності на підставі рекомендацій, що переконливо науково обґрунтовані результатами рандомізованих контрольованих досліджень або мета-аналізів рандомізованих контрольованих досліджень; мультидисциплінарний підхід, що передбачає залучення до реабілітаційного процесу фахівців різного профілю та ближнього соціального оточення хворого; ранній початок проведення реабілітаційного втручання та мобілізації пацієнта; індивідуальний підхід – відповідно до періоду й особливостей перебігу захворювання, етапу реабілітації, а також толерантності до фізичних навантажень; систематичність та тривалість реабілітаційних втручань; проблемно-орієнтовний підхід, що передбачає визначення цілей та планування реабілітаційного процесу з урахуванням проблем, потреб та побажань пацієнта та його ближнього соціального оточення; соціально-адаптаційна спрямованість реабілітаційного процесу – забезпечення максимально можливої незалежності пацієнта в повсякденному житті шляхом навчання і перенавчання навичкам соціально-побутової, продуктивної, рекреаційної діяльності, а також за необхідності – адаптації навколишнього середовища до потреб і проблем пацієнта.

Систематичність та тривалість реабілітації постінсультних хворих забезпечується поетапною організацією реабілітаційного процесу: реабілітація в стаціонарі лікувально-профілактичного закладу (неврологічне або нейрохірургічне відділення, нейрореабілітаційне відділення); реабілітація в амбулаторних реабілітаційних відділеннях поліклініки, реабілітаційних центрах, санаторіях.

Аналіз наукових праць, присвячених питанням реабілітації постінсультних хворих, виявив, що на сьогодні існує значна кількість досліджень, в яких розглядаються особливості реабілітації постінсультних пацієнтів в умовах стаціонару. Специфіка реабілітації постінсультних хворих в санаторно-курортних умовах знайшла відображення лише в поодиноких наукових працях.

Так, результати дослідження Д.У. Абдуліною засвідчили високу ефективність реабілітації постінсультних хворих в умовах санаторію, що включала такі реабілітаційні засоби і методи: природні лікувальні фактори, бальнео- і магнітотерапію, гіпобаротерапію, гідрокінезіотерапію [1]. Після проведеного курсу санаторно-курортної реабілітації показник інвалідності в постінсультних хворих знизився до 16%: у 17% інвалідів було змінено групу інвалідності з другої на третю; у 2,7% - інвалідність було знято. Вчена зазначає, що підвищення ефективності реабілітації постінсультних хворих забезпечується за рахунок наступності між лікувально-профілактичними закладами і санаторіями; розширення обсягу реабілітаційних заходів в амбулаторно-поліклінічних закладах та організації нейрореабілітаційних відділень в санаторіях [1].

О.О. Лазаревою науково обґрунтовано методику реабілітації в ранній відновлювальний період ішемічного інсульту в курортних умовах, яка передбачала реалізацію таких реабілітаційних заходів: дієтотерапія, кінезіо-, гідрокінезіо- і бальнеотерапія; фізіотерапія (електрофорез, електростимуляція, магнітолазеротерапія), альтернативні методи (голкорексфлексотерапія, аромо- і фітотерапія), психокорекція тощо [9]. Результати дослідження ефективності програмного та методичного забезпечення реабілітації постінсультних хворих у санаторно-курортних умовах дозволили відзначити в хворих експериментальної групи більш ранню позитивну динаміку клініко-неврологічних проявів у вигляді зниження ступеня вираженості неврологічного дефіциту, не залежно від латералізації процесу, у порівнянні з групою хворих, яким проводилося відновне лікування амбулаторно [9].



За результатами експериментального дослідження О.Ф. Казачанської констатовано, що санаторно-курортна реабілітація достовірно сприяє відновленню функціональної незалежності постінсультних хворих [5]. Науковець визначає такі аспекти, що детермінують ефективність реабілітації постінсультних хворих в умовах санаторію: мультидисциплінарний підхід; індивідуальний та диференційований підхід до призначення терапевтичних процедур; комплексне застосування засобів і методів реабілітації.

Аналітичний огляд реабілітаційних програм і послуг, що надаються санаторіями України, які спеціалізуються на лікуванні та реабілітації пацієнтів неврологічного профілю, дозволив з'ясувати, що в основі комплексних програм фізичної терапії постінсультних хворих – індивідуальні програми кінезіотерапії/ЛФК і фізіотерапії. Тривалість рекомендованого курсу санаторно-курортної реабілітації для постінсультних хворих може становити 12, 18 і 24 дні. Загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування включають: гострі запальні й онкологічні хвороби, важкі соматичні захворювання (серцево-судинна недостатність НК II-III; прогресуючий перебіг гіпертонічної хвороби з кризами; ниркова недостатність та ін.). Протипоказаннями до санаторно-курортного лікування/реабілітації постінсультних хворих, окрім загальних протипоказань, є: виражений неврологічний дефіцит (гемі- або параплегія), важкий бульбарний синдром, повна сенсомоторна афазія; виражене зниження інтелекту, психопатологічні та психопатоподібні зміни особистості, що ускладнюють перебування хворого в санаторії, його спілкування; часті епілептичні напади й інші види пароксизмальних розладів свідомості; значні гіперкінетичні, гіперсомнічні, діссомнічні, виражені вестибулярні і мозочкові синдроми; виражені розлади зору, слуху; порушення функцій тазових органів.

У клінічному санаторію «Жовтень» (Київ, Конча-Заспа) [7] реабілітація постінсультних хворих здійснюється за комплексними програмами санаторно-курортного лікування для хворих цієї нозології, які включають: кліматотерапію; дієтичне харчування; фізичну реабілітацію (дозована ходьба, кінезіотерапія в залі та басейні, масаж); бальнеотерапію (різні лікувальні ванни, підводний душ-масаж) і гідротерапію (лікувальні душі); озокеритотерапію; грязелікування; фізіотерапевтичні методи (магніто-і лазеротерапія, електрофорез лікарських речовин; дарсонвалізація, електростимуляція м'язів, центральна електроанальгезія й ін.); психотерапію; фіто- й ароматерапію. Програма фізичної терапії/реабілітації для постінсультних хворих включає такі засоби і методи: фізіотерапія (електростимуляція м'язів, або лазеротерапія, або магнітотерапія, або дарсонвалізація, або електросон, або центральна електроанальгезія) (№10); синглетно-киснева терапія (№10); світлотерапія («біоптрон») (№10); ароматерапія (№10); сухі вуглекислі ванни (№7); масаж 1 зони (№10); інтервальна гіпоксично-гіпероксична терапія (№10); лікувальна гімнастика – індивідуальні заняття з інструктором (№10); системна магнітотерапія «Мультимаг» (№10).

Санаторій «Конча-Заспа» [11] пропонує комплексні програми реабілітації для неврологічних пацієнтів за трьома напрямками: фізична реабілітація, психотерапія, соціальна реабілітація. Програми фізичної терапії для постінсультних хворих включають: лікувальну гімнастику за індивідуальною програмою; механотерапію (механотерапевтичний комплекс Biodex Pro 4 (США) для розробки суглобів в пасивному, активному режимі та режимі опору; механотерапевтичний комплекс Kinetec (Франція) для пасивної розробки суглобів); стабілотренінг (тренування вестибулярного апарату за допомогою стабілоплатформ у статичній та динамічній);



лікувальне плавання у басейні; масаж кінцівок; фізіотерапевтичну процедуру на апараті Intellect Advanced Combo [11].

ДП Клінічний санаторій «Хмільник» (Хмільник, Вінницька обл.) [4] пропонує комплексні реабілітаційні послуги, які включають такі процедури для хворих із захворюваннями серцево-судинної та нервової систем: радонотерапію (ванни, підводний душ-масаж, підводне витягування хребта, гідрокінезотерапія, зрошення), інші види бальнеолікування, кліматотерапію, озокеритолікування, ЛФК, механотерапію, масаж, електросвітлолікування, баротерапію, екстензійну вібрацію хребта, високотону, інформаційно-хвильову терапію, лазеро-, магніто, ультразвукову терапію, мікрохвильову терапію, інгаляції, аероіонотерапію, лазерне опромінення крові з кисневими коктейлями і синглетно-кисневою терапією, психотерапію, дієтотерапію. Окрім зазначених послуг, що входять до вартості путівки, санаторій пропонує додаткові послуги за окрему плату, переважно – комплементарні терапевтичні методи і засоби (голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, фіто-, арома-, гірудо-, равлико-, стоун-, озонотерапія та ін.).

На базі ДП Клінічний санаторій «Лермонтовський» (Одеса) [3] реабілітація постінсультних хворих здійснюється у відділенні ранньої реабілітації після гострих цереброваскулярних захворювань і нейротравм. Відновлювальному лікуванню в реабілітаційному відділенні для дорослих з цереброваскулярною патологією підлягають пацієнти, які мають відповідні медичні показання для відновного лікування, досягли певного рівня фізичної активності, самостійно себе обслуговують і не мають медичних протипоказань. Серед реабілітаційних процедур, які пропонуються постінсультним хворим: кліматотерапія, кінезіотерапія, механотерапія, гідрокінезотерапія у басейні, різні види масажу, психофізична гімнастика, індивідуальна та групова психотерапія, грязе- і водолікування (грязьові, газові, скипидарні, бішофітні, хвойні та ін. ванни), інфрарелотерапія, електрогрязелікування, гідротерапія (душ Шарко, віяловий душ), апаратна фізіотерапія (електро-, магніто-, світло, СВЧ-, КВЧ-, УЗ-терапія), електростимуляція, аероароматерапія, нормобарична гіпоксітерапія, озонотерапія, рефлексотерапія [3].

Клінічний санаторій «Роща» (Харківська обл.) [8] пропонує такі реабілітаційні процедури для постінсультних хворих: кліматотерапія; масаж; лікувальна фізкультура; гідрокінезотерапія в басейні; гідротерапія: душ-водоспад, циркулярний душ; психотерапія; Су-Джок терапія, голкорексфлексотерапія; фіто- й ароматерапія; електросон; електроанальгезія, електростимуляція; місцева дарсонвалізація; ультразвукова терапія, ультрафонофорез. До вартості путівки входять такі реабілітаційні процедури: кліматотерапія; ранкова гімнастика (щоденно); фітотерапія №10 (щоденно); бальнеотерапія (1-2 вида з наступних: ванни – мінеральні, фіто, циркулярний душ, лікувальний басейн з гідрокінезом – через день); апаратна фізіотерапія (через день); масаж однієї зони (через день); апплікації озокеритові (через день); лікувальна фізкультура (групові або індивідуальні заняття) або механотерапія – через день); ароматерапія [8].

На базі санаторію «Славутич» (Дніпропетровська обл.) [12] функціонує відділення реабілітації хворих з цереброваскулярною патологією, в якому проводиться комплексна реабілітація постінсультних хворих, для яких пропонуються такі реабілітаційні заходи: санаторний режим (I-II (щадний або щадно-тренувальний); дієта 10 (раціон № 4); аеротерапія (повітряні ванни, прогулянки по території санаторію); руховий режим (лікувальна фізкультура (індивідуальна або групова), ранкова гігієнічна гімнастика, механотерапія); бальнеотерапія (лікувальні ванни та душі, підводний душ-масаж, гідролазерний





масаж); апаратна фізіотерапія (електрофорез, трансцеребральна магнітолазерна і магнітотерапія, ультразвукова терапія на суглоби з контрактурою, магнітотерапія та магніторезонансна терапія, світлолікування, лазеротерапія та КХЧ-терапія, магнітолазерна й ультразвукова терапія на проекцію печінки, біорезонансна стимуляція, електросон, внутрішньовенна і надсудинна лазерна і магнітолазерна терапія, інтерференційна терапія, гальванізація, дарсонвалізація або постійне магнітне поле або змінне магнітне поле, ампліпульстерапія, електростимуляція або ультратонтерапія, скануюча лазерна терапія); теплотерапія (грязьові, парафінові та озокеритові аплікації); аероіонотерапія; синглетно-кисневі інгаляції; різні варіанти масажу (ручний, гідролазерний, вакуумний); фітотерапія; кінезіотерапія, гідрокінезотерапія; психотерапія.

Таким чином, аналіз реабілітаційних послуг, які пропонуються вітчизняними санаторіями в контексті комплексної реабілітації постінсультних хворих, засвідчив значну ресурсну базу та широкий спектр реабілітаційних заходів і процедур, серед яких домінують, окрім клімато- і дієтотерапії, лікувальна фізкультура; гідро-, кінезіо- і гідрокінезотерапія; бальнео-, грязе-, озокерито- і парафінотерапія; різні види масажу; апаратна фізіотерапія (електростимуляція, лазеро-, магніто, ультразвукова терапія тощо), психотерапія і психокорекція, а також різні комплементарні методи і засоби терапії.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в обґрунтуванні програмного й організаційно-методичного забезпечення комплексної реабілітації постінсультних хворих у відновлювальний період захворювання в умовах санаторію.

#### **Список використаної літератури:**

1. Абдуллина Д.У. Медико-соціальна ефективність реабілітації больних после інсульта в умовах санаторія: автореф. дис. ...канд. мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение». Москва. 2009. 25 с.
2. 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>
3. ДП Клінічний санаторій «Лермонтовський». Офіційний сайт. URL: <http://sanlermontov.com.ua/lechenie/>
4. ДП Клінічний санаторій «Хмільник». Офіційний сайт. URL: <http://khmilnyk-zdrav.com.ua/>
5. Казачанская Е.Ф. Ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт, в условиях кардионеврологического санатория: автореф. дис. ...канд. мед. наук: спец. 14.01.11 «Нервные болезни». Саратов. 2015. 24 с.
6. Клінічна настанова з допомоги пацієнтам при інсульті. Короткий посібник з фізичної терапії. URL: [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/NSF\\_concise\\_guidelines\\_physiotherapy\\_2010\\_ukr.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/NSF_concise_guidelines_physiotherapy_2010_ukr.pdf)
7. Клінічний санаторій «Жовтень» Офіційний сайт. URL: <http://www.zhovten.org/programms/insultprogramm/>
8. Клінічний санаторій «Роща». Офіційний сайт. URL: <http://roscha.com.ua/lechenie/nevrologicheskoe-otdelenie>





9. Лазарева О.А. Кардиоцеребральная реабилитация больных с инсультом на курорте «Тинаки – 2»: автореф. дис. ...канд. мед. наук: спец. 14.01.11 «Нервные болезни». Саратов. 2010. 24 с.
10. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Том 2 // Под ред. А.Н.Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор. 1999. 648 с.
11. Санаторій «Конча-Заспа». URL: <http://www.konchazaspa.kiev.ua/ru/rehabilitation/nevrologija.html>. URL: [http://konchamed.kiev.ua/ru/nevrologiya/reabilitatsiya-posle-insulta-i-cherepno-mozgovyh-travm-\\_chmt\\_.html](http://konchamed.kiev.ua/ru/nevrologiya/reabilitatsiya-posle-insulta-i-cherepno-mozgovyh-travm-_chmt_.html)
12. Санаторій «Славутич». Офіційний сайт. URL: <http://slavutich.net.ua/c-pat.php>
13. Стасенко Т. 2017-12-01 Інсульт: впровадження успішних стратегій лікування // Редакція журналу «Український медичний часопис». 12.01.2017. URL: <https://www.umj.com.ua/article/117650/insult-vprovadzheniya-uspishnih-strategij-likuvannya>
14. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. [Електронний ресурс]. 2012, перегляд 2015. С. 82-84 URL: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2012\\_602/2012\\_602dod1AKN.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2012_602/2012_602dod1AKN.pdf)
15. Філіпєць О.О. Теленько Г.О. Динаміка поширеності захворюваності та смертності від порушень мозкового кровообігу в м. Чернівці за результатами роботи кабінету цереброваскулярної патології // Буковинський медичний вісник. Том 19. № 2 (74). 2015. С. 207-211.

Стаття надійшла до редакції 06.03.2018 р.

Ломинога С.І.,  
Журбенко Н.М.

Lomynoha S.I.  
Zhurbenko N.M.

#### **PROHIBITED PROGRAMS FIZICHNO-REABILITAKSIÏ AT THE OPEN-RUPHOVSKY APARATH IN THE DAY THAT PIDLITKIV AT THE APPLICATION OF THE SPORT-OVZDOROVCHO CLUB "PATRIOT" AT THE VINNYTSIA**

*In this article the peculiarities of the program of physical rehabilitation of children and adolescents with locomotor system diseases are analyzed on the basis of the new modern system of Alpha-Gravity on the example of the sports and health club "Patriot" in the city of Vinnytsia. The influence of this method during the year of application on the health of the patients of the club, which has shown the effectiveness of use in combination with traditional methods of exercise therapy, therapeutic swimming.*

**Key words:** Alpha-Gravity, physical rehabilitation, diseases of the musculoskeletal system, therapeutic swimming, sports club «Patriot» in Vinnitsa.

#### **ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА ПРИКЛАДІ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧОГО КЛУБУ «ПАТРІОТ» У МІСТІ ВІННИЦІ**

*В даній статті проаналізовано особливості програми фізичної реабілітації дітей та підлітків із захворюваннями опорно-рухового апарату на основі нової сучасної системи Альфа-Гравіті на прикладі спортивно-оздоровчого клубу*



*«Патріот» у місті Вінниця. Досліджено вплив цієї методики на здоров'я пацієнтів клубу впродовж року застосування, яка виявила ефективність у поєднанні із традиційними методиками ЛФК та лікувальним плаванням.*

**Ключові слова:** Альфа-Гравіті, фізична реабілітація, захворювання опорно-рухового апарату, лікувальне плавання, спортивно-оздоровчий клуб «Патріот» у місті Вінниця.

**Постановка проблеми.** Щорік лікарі констатують збільшення кількості дітей та підлітків на початкових стадіях захворювання опорно-рухового апарату. Найбільш поширені у школярів, здебільшого, через слабкість м'язового корсету і внаслідок малорухливого способу проведення дозвілля, сидіння за незручними шкільними партами, а також надмірного захоплення Інтернетом та он-лайн іграми - лордоз, сколіоз, кіфоз, плоскостопість.

**Зв'язок роботи з науковими планами.** Дослідження проводилося відповідно до навчального плану студентської науково-дослідної роботи кафедри медицини і реабілітації в розділі фізичної реабілітації при захворюваннях опорно-рухового апарату.

**Аналіз останніх літературних джерел і публікацій.** Реабілітаційний напрям медицини є, без перебільшення, єдиною панацеєю від подальших ускладнень і можливих операційних втручань при загостренні хвороб ОРА. У спортивно-оздоровчому клубі «Патріот» практикують використання різноманітних методик ЛФК, масажу, фізіотерапії, мануальної терапії, кінезотерапії і Альфа-Гравіті - комплексу спеціальних фізичних вправ, рушійним елементом якого є гравітація.

Про «Альфа-Гравіті» (АГ) детально викладено у статті «Десять загальноцивілізаційних концепцій в Україні» [5, стор. 10-11, 24-25]. Автор методики АГ Володимир Єзерський. Він розробив і пропонує персональні тренування на підвісних тренажерах.

На відміну від інших видів фізичної активності Альфа-Гравіті виключає компресію на хребет і суглоби. Активна робота м'язів відбувається за рахунок балансування у підвішеному стані з опорою на підвісні триси, за які людина чіпляється за допомогою кистей рук та стоп. Заняття у найкоротші терміни дозволяють відновити тонус м'язів, розблокування м'язевих зажимів, покращити кровообіг, позитивно впливають на зміцнення опорно-рухового апарату, збільшують відстань між хребцевими дисками. Також заняття покращують роботу центральної нервової системи, яка відповідає за низку захворювань, які люди часто навіть не схильні пов'язувати із проблемами хребта.

Система допомагає у відновленні після травм (перелому, вивиху, розриву зв'язки та ін.), сприяє лімфодренажу, поліпшенню кровопостачання, стимуляції роботи головного мозку, підвищенню гнучкості тіла, омолодженню організму, послабленню розумового та емоційного напруження, зменшенню або повному виліковуванню міжхребцевих гриж. При одночасному витягуванні хребта працюють м'язи, тобто з'єднуються і напруга, і розтягнення. При цьому гарантована розтяжка, яку людина не відчувала до сих пір. [5 – ел. версія].

Цю систему успішно вже рік використовують спеціалісти «Патріоту». Її ефективність підтверджено на контрольній групі з 20 дітей віком від 5 до 16 років, що мали різноманітні порушення ОРА. З початку занять впродовж року дали наступні результати:



- зміцнення опорно-рухового апарату і всієї структури тіла: суглобів, хребта, зв'язок, сухожиль;
- відновлення рухливості після травм, переломів, вивихів, розриву зв'язок та укріплення кісткової тканини;
- усунення м'язових зажимів;
- підвищення гнучкості тіла;
- поліпшення циркуляції крові;
- стимуляція роботи головного мозку;
- укріплення серцево-судинної системи;
- зняття розумового та емоційного напруження.

За словами С. Ломиноги, збагачення ЛФК такою методикою, як Альфа-Гравіті, сприяло можливості розтягнути хребет і м'язи за рахунок сили і ваги власного тіла.

Впродовж трьох років у «Патріоті» пройшли реабілітацію і відновили своє здоров'я понад 250 осіб, з них 60% - це діти до 14 років. А система Альфа-Гравіті дозволила прискорити процес оздоровлення і закріпити результати на тривалий період.

Саме у «Патріоті» ефективно застосовуються комплексні підходи до використання різних засобів фізичної реабілітації з урахуванням віку, індивідуальних особливостей, періоду хвороби, рухового режиму, супутніх патологій, які у сучасній літературі представлено в недостатньому обсязі, однак, досвід фахівців, що працюють у клубі, дозволяє ефективно практикувати набуті знання.

**Мета статті.** Описати деякі результати застосування програми альфа-гравіті для дітей та підлітків на базі дитячого спортивно-оздоровчого клубу «Патріот» у місті Вінниці.

**Виклад основного матеріалу.** Робота проводилась нами у 4 етапи. На першому було вивчено та проаналізовано джерела літератури з проблем реабілітації дітей та підлітків, яким діагностовано дефекти постави: сколіоз, плоскостопість, кіфоз, лордоз та ін. На другому етапі ознайомлено із результатами обстеження 20 дітей і підлітків із числа вищезазначеної категорії в умовах дитячого спортивно-оздоровчого клубу «Патріот». Вивчена і проаналізована загальноприйнята в умовах клубу програма фізичної реабілітації, а також застосування Альфа-Гравіті. Окрім цього є і додаткова програма для визначеної категорії дітей з лікувального плавання на базі басейну Вінницького міського палацу дітей та юнацтва імені Лялі Ратушної.

На третьому етапі роботи – через рік регулярного відвідування занять у клубі та басейні, діагностичні дослідження на основі проведеної фотометрії, повторного зовнішнього огляду і функціонального стану, отримані дані дозволили діагностувати сталий ефект у бік покращення загального стану пацієнтів.

На четвертому етапі роботи було зведено і порівняно отримані дані, дана характеристика, проведено обговорення результатів, аргументовані висновки, внесено рекомендації і оформлена публікація.

Застосування методики Альфа-Гравіті із цільовою групою, визначеною для дослідження, дали можливість зробити висновки щодо загального покращення стану здоров'я і функціонального стану організму.

На початку спостереження в усіх дітей та підлітків, відзначалось зменшення амплітуди активних рухів у плечовій зоні, зоні хребта, зниження сили м'язів, порушення постави і ходи.

Позитивний вплив комплексної фізичної терапії після року регулярних тренувань тут відчули практично 90% опитуваних, що підтверджено клінічними діагностичними даними. Виявлено позитивні зміни у поставі, поліпшення рухливості при поворотах і нахилах в зоні хребта, збільшення фізичних можливостей при



дозованому фізичному навантаженні, в окремих випадках змінено діагноз «сколіоз» на «сколіотичну осанку», поліпшено загальний функціональний стан.

**Перспективи подальших досліджень.** Дані, отримані в цьому дослідженні, будуть використовуватися в подальшій науковій і практичній роботі.

**Висновки.** 1. Ознайомлення, вивчення та проведення аналітичної роботи із сучасною спеціальною літературою з проблем фізичної реабілітації дітей та підлітків з синдромом шийного остеохондрозу, а також з іншими порушеннями опорно-рухового апарату – сколіоз, плоскостопість, дефекти постави дозволило визначити етіологію, патогенез, класифікацію та клінічні ознаки фізіологічних змін організму, дізнатись про нову цікаву методику реабілітації, як Альфа-Гравіті і механізм її впливу на дитячий організм. 2. Позитивна динаміка була ефективною, незважаючи на невеликий проміжок часу, за умов комплексного застосування усіх перелічених методик. Фактично, впродовж одного року, група з 20-ти дітей пройшла курс реабілітаційних дій, отримавши якісний вплив на оздоровлення організму. 3. Отримані дані з динаміки і перебігу реабілітаційного курсу підводять до висновку, що запропонована програма фізичної реабілітації к.м.н. Ломиноги С.І., що включала поєднання різноманітних традиційних методик, а також Альфа-Гравіті, значно прискорила загальнозміцнюючу дію на правильне формування опорно-рухового апарату і може бути рекомендована в інших закладах відповідного типу.

#### Література:

1. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту. – К.: Олімпійська література, НУФВСУ, 2000. – 422 с.
2. Полесья Г.В., Петренко Г.Г. Лечебное плавание при нарушениях осанки и сколиозе у детей. – Киев: Здоровье, 1980. – 143 с.
3. Електронні довідники: <https://www.facebook.com/vladimir.ezerskiy> - профіль Володимира Єзерського у соцмережі Facebook
4. [http://cyclowiki.org/wiki/%D0%92%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80\\_%D0%91%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87\\_%D0%95%D0%B7%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9](http://cyclowiki.org/wiki/%D0%92%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80_%D0%91%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87_%D0%95%D0%B7%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9) – інформація про Володимира Єзерського у електронному довіднику «Циклопедія».
5. И.А. Козырев, Эссе №1: об «Альфа-Гравити» // «Академия Тринитаризма», М., Эл № 77-6567, публ.22517, 17.09.2016

Стаття надійшла до редакції 20.03.2018 р.

Лянной Ю.О.  
Ковальова А. Ю.

Lyannoy Y. O.  
Kovalova A.Y.

#### PEDAGOGICAL MEANS AND METHODS IN REHABILITATION AND CORRECTION WORK WITH CHILDREN SUFFERING CEREBRAL PALSY

*The article outlines the main pedagogical means and methods in rehabilitation and correction work with children suffering cerebral palsy, describes the principles of education*



*and upbringing that form priority-oriented, personal qualities, which are necessary for successful social adaptation and integration.*

**Key words:** *pedagogical means, rehabilitation and correction work, cerebral palsy, principles of education and upbringing, organisational models of medical and pedagogical care for children with cerebral palsy.*

## **ПЕДАГОГІЧНІ ЗАСОБИ І МЕТОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЙНО-КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ З ДЦП**

*У статті визначено основні педагогічні засоби і методи в реабілітаційно-корекційній роботі з дітьми з ДЦП, охарактеризовано принципи навчання і виховання, які формують пріоритетні особисті якості, необхідні для успішної соціальної адаптації й інтеграції.*

**Ключові слова:** *педагогічні засоби, реабілітаційно-корекційна робота, дитячий церебральний параліч, принципи навчання і виховання, моделі організації лікувально-педагогічної допомоги дітям з ДЦП.*

**Постановка проблеми.** Одним із завдань державної політики у сфері охорони здоров'я є розвиток різних технологій, які сприяють удосконаленню допомоги дітям з обмеженими можливостями. У зв'язку з цим створення умов для забезпечення рухової активності, корекції психічних порушень, фізичної реабілітації дітей, хворих на дитячий церебральний параліч, із залученням членів їхніх сімей є одним з актуальних завдань нашого суспільства, про що йдеться у затвердженій указом Президента України Національній доктрині розвитку фізичної культури і спорту (2004 – 2017 рр.).

Питання реабілітації дітей з ДЦП – це комплексна, багатопланова проблема, що містить у собі такий аспект як: медичний, психологічний, педагогічний, соціальної й логопедичної допомоги, ранньої соціальної адаптації, загального й професійного навчання [1]. На думку науковців важливою умовою комплексного впливу є взаємодія фахівців різного профілю в процесах діагностики, лікування, корекції, супроводу дитини з ДЦП і його родини.

У систему поетапної педагогічної реабілітації входять: спеціалізовані дошкільні освітні заклади, спеціалізовані школи-інтернати. Ми поділяємо погляди учених Л.А. Данилової й М.В. Іпполитової про необхідність формування державної системи дошкільної освіти дітей з ДЦП. На їх думку, у таких закладах, проводиться навчання, виховання, психолого-педагогічна корекція відхилень у розвитку, підготовка до школи і лікування даної категорії дітей. Вони вказують на комплексний характер корекційно-педагогічної роботи, що передбачає постійне врахування взаємовпливу рухових, мовних і психічних порушень у динаміці триваючого розвитку дитини.

**Аналіз науково-методичної літератури** свідчить про можливість використання у реабілітаційно-корекційній роботі засобів і методів фізичної культури для дітей з ДЦП. Автори Л. М. Шипіцина, І. І. Мамайчук [2] відзначають необхідність спільної стимуляції й розвитку всіх сторін психіки, мови й моторики, а також попередження й корекція їх порушення.

Ряд авторів, Л. Н. Абрамян, А. А. Антонов, Б. Мухацька [3] відзначали, що при корекційно-педагогічних заходах стимулюється провідний для даного віку вид діяльності: у дитячому віці – емоційне спілкування з дорослими; у ранньому віці – предметна діяльність; у дошкільному – ігрова діяльність.





На думку фахівців С. Н. Болтавец, Н. Бота і П. Бота, Ю. І. Вісковатова [4] особливості дошкільного віку полягають у тому, що дитина не в змозі розробляти і реалізовувати довгочасні програми поведінки, що орієнтовані на кінцевий результат. На скільки б вагомі не були для дитини питання психічного й фізичного самовдосконалення, вона не здатна до тривалих, монотонних тренувань, які необхідні для вироблення тих або інших компенсаторних навичок. Вся робота проходить так, щоб корекція проводилася ненав'язливо, у процесі тих видів діяльності, які є самими привабливими для дошкільників.

**Мета статті** – виокремити та охарактеризувати педагогічні засоби і методи в реабілітаційно-корекційній роботі з дітьми з ДЦП.

**Об'єкт дослідження** – педагогічний процес в реабілітаційно-корекційній роботі з дітьми з ДЦП.

**Предмет дослідження** – фізична реабілітація і корекція дітей зі спастичною диплегією ДЦП.

**Методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань застосовували: теоретичний аналіз і узагальнення даних спеціальної наукової літератури, педагогічне спостереження, анкетування.

**Виклад основного матеріалу.** Лікувально-педагогічний процес у дітей будується з урахуванням специфіки захворювання. Виділяють основні напрямки корекційно-педагогічної роботи цього віку: розвиток ігрової діяльності; розвиток мовного спілкування з оточуючими; розширення запасу знань і даних про оточення; розвиток сенсорних функцій; розвиток уваги, пам'яті, мислення; формування математичних знань; розвиток уміння рук; виховання навичок самообслуговування й гігієни; підготовка до школи.

За даними літератури, всебічний розвиток дитини згідно його можливостей є основною метою освіти дитини в спеціальній установі [5]. На думку фахівців ця мета може бути досягнута завдяки рішенням таких завдань:

- здійснення диференціальної діагностики;
- розвиток рухових, психічних, мовних функцій дитини, профілактика і корекція їх порушень;
- підготовка до навчання в школі.

Ученими [6] розроблені такі принципи навчання і виховання:

- принцип компетентності. Робота з дитиною повинна проводитися професійно грамотно. Педагоги, психологи, логопеди, методисти й інструктори проводять заняття за спеціальною програмою, разом із помічниками вихователів формують навички самообслуговування в процесі виконання режимних моментів, організують діяльність поза заняттями, прогулянки. Працюють із персоналом установи і родиною.

- принцип взаємозв'язку в роботі фахівців. Кожен фахівець здійснює свій розділ роботи і включає у свої заняття матеріал, що рекомендований іншими фахівцями для закріплення їхньої роботи, відбувається обмін і контроль роботи й правильність її виконання.

- принцип взаємодії з батьками. Батьки повинні мати повну інформацію, який медичний, психологічний і педагогічний вплив здійснюється на дитину. Враховуючи думки батьків, обговорюються плани роботи з дитиною. Педагоги й психологи розмовляють, обговорюють про результати й реалізацію програм, дають рекомендації батькам.



- принцип співвідношення індивідуального підходу з груповими формами роботи. Контингент дітей з ДЦП неоднорідний, підготовка дітей до життя передбачає включення їх у колективну діяльність. Це визначає необхідність співвідношення індивідуальних програм розвитку з такими програмами фронтальної роботи, у рамках яких можливий лабільний підхід до рівня засвоєння матеріалу різними дітьми.
- принцип щоденного врахування психофізичного стану дитини при визначенні обсягу й характеру проведених з ним занять. Педагогічний процес здійснюється разом з лікуванням. Медичні препарати й процедури впливають на психофізичний стан дитини. Органічні ураження центральної нервової системи супроводжуються коливаннями внутрічерепного тиску, емоційного стану, працездатності й уваги. Тому в деякі дні потрібно обмежувати заняття, щоб не сформувані в дітей негативне ставлення до самого процесу занять.
- принцип пріоритетного формування якостей особистості, необхідних для успішної соціальної адаптації й інтеграції. Лікувально-педагогічний процес будується, щоб у дітей сформувалася активна життєва позиція, оптимізм, дружелюбність, упевненість у своїх силах.
- принцип співвідношення роботи з розвитку порушених функцій і формування прийомів їх компенсації. Слід формувати функціональні системи завдяки більш активного розвитку збережених функцій. Для організації роботи велике значення має наявність приміщення і його устаткування. Розміщення меблів й ігрових предметів урахує недостатню координованість і стійкість дітей. Вся обстановка повинна сприяти розвитку дитини. Це наявність ігрових предметів для м'язового тренування, моторики, для навчання ходьбі та ін., зручне встаткування сприяє розвитку навичок самообслуговування.

Закордонні автори описують різні моделі організації лікувально-педагогічної допомоги дітям з ДЦП. Так, французи Н. Бота і П. Бота виклали свою систему роботи, де проголошували необхідність кожній дитині максимум рухових досягнень. Педагогічна робота складалася з розділів із виховання рухових функцій, навичок, з виховання мови, соціальне пристосування. Автори звертали увагу на проведення ігрової форми занять, що є природною умовою для розвитку рухових функцій, слухового сприйняття й інтелектуальних функцій. Не меншого значення автори надають розвитку особистісних якостей і підготовці до школи.

Угорський вчений А. Пето створив систему кондуктивного навчання, сутністю якої є підготовка до самостійного життя дітей. Лікувальний, психолого-педагогічний і соціальний вплив у системі автора об'єдналися в єдине ціле. Принципи й етапи навчання, які використовувались автором, спрямовані на оволодіння дитиною щодня новою можливістю. Учений уважав за необхідно приділяти особливу увагу вільним іграм з однолітками, оскільки така форма занять, на його думку, дозволяла розвивати засвоєні можливості. Автор віддає перевагу дітям із збереженим або частково збереженим інтелектом, які мають грамотних, наполегливих батьків.

Учений М. Прокус [7] розробив власну методику, розраховану на роботу з дітьми у віці 4-7 років. В основі своєї методики автор виділяє принцип вирівнювання психомоторного розвитку шляхом впливу на основні області розвитку: моторну, сенсомоторну, інтелектуальну, емоції й мову. У роботі вчений застосував комплекси вправ багато спрямованої дії, проведення занять проходить у кілька етапів: масаж або ритмічні вправи; розвиток загальної моторики; розвиток дрібної моторики; узагальнюючий етап – застосування комбінованих вправ.

Як психолого-педагогічна реабілітація представлена методика педагогом Е. Мазанек [7]. У своїй роботі автор засновує первісне обстеження на принципах та



етапах, а далі використовує заняття в ігровій формі. Одночасно на заняттях навчаються й батьки, які потім у себе вдома займаються з дитиною. Окремо автор приділяє увагу розвитку зорового й зорово-просторового сприйняття, рухів руки, навичок самообслуговування.

Автором методики ручної моторики став І. Филип'як [7]. Учений звертається до розвитку моторики в онтогенезі. Його методика пропонує комплекс вправ, розроблених на основі методу Є. Коттон. Сутність цієї методики полягає в проведенні вправ за столом, які виконуються в кілька серій: стискання і розтискування долонь; випрямлення рук; диференційована робота правої й лівої руки; дії на довільне схоплювання й т.д.

У цей час у багатьох країнах широке поширення одержала мережа реабілітаційних центрів для дітей з обмеженими можливостями. У центрах використовується так званий бригадний метод: із дитиною працює група фахівців різного профілю, які реалізують індивідуальну комплексну реабілітаційну програму. Типова реабілітаційна програма має такі складові: фізична терапія; побутове пристосування; рекреаційне; професійна підготовка; корекція мови і слуху; психологічна; соціальна допомога; освітня і тренувальна [6].

**ВИСНОВКИ.** Таким чином, у реабілітаційно-корекційній роботі з дітьми з ДЦП використовуються педагогічні засоби і методи, але наукових досліджень в області фахової освіти дітей з ДЦП дуже мало. Фахівці більше спираються на дані загальної й спеціальної педагогіки, а також рекомендації лікарів і психологів.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Семенова Н. А. Патогенетическая восстановительная терапия больных ДЦП / Н. А. Семенова [под ред. Штеренгерца Б. Е.]. – Киев: Здоровья, 1986. – 163 с.
2. Шипицина Л. М. Детский церебральный паралич : [уч. пособие] / Л. М. Шипицина, И. И. Мамайчук. – М.: Дидактика Плюс, 2001. – 272 с.
3. Божена Мухацька Стимулювання пізнавальної активності дітей у дитячому садку : автореф. дис...к.п.н. / Б. Мухацька. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. – 21 с.
4. Вісковатова Т. П., Шлапаченко О. А. Система використання рухливих ігор для дітей з церебральним паралічем в умовах санаторно-курортного лікування / Т. П. Вісковатова, О. А. Шлапаченко // Наука в олімпійському спорті. – К., 2006. – Спец. вип. – С. 65-69.
5. Козьявкін В. І. Детский церебральный паралич : [уч. пособие] / В. И. Козьявкин. – Львов: Медицина мира, 1996. – 219 с.
6. Левченко І. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : [уч. пособие] / І. Ю. Левченко, О. Т. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 186 с.
7. Мороз Л. В. Розвиток рухової активності в учнів з ДЦП засобами нетрадиційних технологій навчання : автореф...дис. к.п.н. / Л. В. Мороз. – О., 2007. – 21 с.

Стаття надійшла до редакції 06.03.2018 р.



Правдік С.С.  
Кукса Н.В.

Pravdik S. S.,  
Kuksa N. V.

## PHYSICAL THERAPY OF STUDENT YOUTH WITH VEGETO-VASCULAR DYSFUNCTION: LITERARY OVERVIEW

*The article presents an overview of modern views on the problem of physical therapy of students with vegetative-vascular dysfunction. The etiology, pathogenesis, forms of vegetative-vascular dysfunction, means and methods of physical rehabilitation / therapy of student youth with vegetative-vascular dysfunction are considered.*

**Key words:** vegetative-vascular dysfunction, student youth, physical therapy, rehabilitation, medical physical culture.

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ СТУДЕНСЬКОЇ МОЛОДІ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ: ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД

*У статті представлено огляд сучасних поглядів на проблему фізичної терапії студентів з вегето-судинною дисфункцією. Розглянуто етіологію, патогенез, форми вегето-судинної дисфункції, засоби і методи фізичної реабілітації/терапії студентської молоді із вегето-судинною дисфункцією.*

**Ключові слова:** вегето-судинна дисфункція, студентська молодь, фізична терапія, реабілітація, лікувальна фізична культура.

**Постановка проблеми.** Протягом останніх десятиліть в усіх індустріальних країнах світу хронічні неінфекційні захворювання впевнено займають лідируючі позиції як причини достатньо високої смертності населення. На їх частку припадає 83,5 % у загальній структурі смертності, у тому числі на хвороби системи кровообігу — 55,5 %. Від інших країн Європи Україна відрізняється як за абсолютними показниками смертності, так і за динамікою. Проблема особливо загострилася в останні роки у зв'язку з погіршенням соціально-економічного становища країни. На сучасному етапі в Україні спостерігається негативна тенденція до підвищення захворюваності на вегето-судинну дисфункцію (ВСД) та артеріальну гіпертензію (АГ). Проведене епідеміологічне обстеження хворих в Україні виявило, що поширеність цих захворювань становила 39,7 % [9].

Науковці С. Острополец, Н. Нагорна, Т. Смагулов та ін. відзначають, що поширеність вегето-судинної дистонії серед підлітків коливається від 1 до 20,8 % і збільшується в старших вікових групах. Результати аналізу наукових досліджень Н. Брайко [3] свідчать, що у більшості закладів вищої освіти недостатньо використовується наявний потенціал для підвищення рівня здоров'я та збільшення мотивації до здорового способу життя студентів. Наразі, окремі наукові роботи розкривають перспективи застосування новітніх засобів фізичної реабілітації в оздоровчо-реабілітаційній роботі зі студентською молоддю [9].

Вегето-судинна дистонія є захворюванням, у вивченні якого в останні десятиліття досягнуті значні позитивні результати. Однак залишається багато поки нерозв'язаних ключових питань, що стосуються як самої суті захворювання, так і питань профілактики і лікування цього патологічного стану. Механізми вегетативно-судинної дистонії і роль різних систем організму в цьому патологічному процесі різні. У зв'язку з цим розробка єдиних, універсальних підходів до лікування зазначеного захворювання втрачає сенс. Науковці прогнозують, що протягом наступних



десятиліть будуть більш чітко виділені й окреслені нозологічні одиниці вегето-судинної дистонії з уточненими етіологією та патогенезом, що закономірно спричинить визначення відповідних підходів до лікування, реабілітації, а також профілактичних заходів [1]. З огляду на вищезазначене актуальною постає проблема фізичної терапії студентів із вегето-судинною дистонією відповідно до реалізації мети щодо збереження, зміцнення здоров'я студентської молоді.

**Мета статті:** розглянути науково-теоретичні аспекти проблеми фізичної терапії студентів з вегето-судинною дисфункцією.

**Викладення основного матеріалу.** У значній кількості випадків порушення регуляції при ВСД мають спадковий характер. Механізми неадекватного контролю вегетативної системи можуть закладатися і формуватися вже в дитячому та підлітковому віці. Про розвиток вегетативних порушень часто наголошується в пубертатному періоді, і якщо вчасно не мотивувати дітей та підлітків до занять фізичною культурою, то через кілька років можуть виникнути стійкі порушення в системах регуляції, які призводять до виникнення захворювань серцево-судинної системи [6].

Серед факторів, що спричиняють виникнення ВСД в осіб підліткового й юнацького віку, окрім спадково-конституційної схильності, виокремлюють постійні психофізичні перенапруження, гормональні розлади в пубертатний період (12-25 років), нездоровий спосіб життя (шкідливі звички, неповноцінне харчування, гіподинамія), хронічні соматичні та інфекційні захворювання, наслідки черепно-мозкові травми та ін. [5]. В основі розвитку ВСД – низький рівень адаптації організму підлітка чи юнака до мінливих умов навколишнього середовища (психічного, фізичного та розумового навантаження, метеорологічних умов тощо), що клінічно проявляється різними порушеннями з боку вегетативної системи, насамперед – серцево-судинної системи.

На жаль, в останні роки поступово втрачається одне з головних досягнень вітчизняної охорони здоров'я – профілактичний напрямок – запобігання або лікування ранніх проявів різних форм ВСД. Для підліткового віку це особливо актуально. Раннє виявлення та профілактика розвитку ВСД в значному ступені пов'язано з проблемою комплексної реабілітації в максимально ранньому віці дитини або підлітка і максимально ранній стадії прояву патології [9].

В етіології ВСД важливе значення мають 2 групи факторів: фактори, які сприяють, і фактори, що провокують виникнення захворювання:

1) Фактори, що сприяють розвитку ВСД: спадково-конституційні особливості (люди зі слабким типом нервової системи) та несприятливі соціально-економічні умови;

2) Фактори, які «провокують» розвиток ВСД: психогенні, фізико-хімічні (радіація, вібрація, інтоксикація тощо), дисгормональні, інфекційні (хронічний тонзиліт, інфекції дихальних шляхів тощо) [4].

У патогенезі ВСД мають значення зміни гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи з гіперреактивністю симпатичної або парасимпатичної нервової систем. Захворювання виникає частіше в людей зі слабким типом нервової системи (з невисокою працездатністю, недостатньою ініціативністю і впертістю, з комплексом неповноцінності) [1; 5].

Порушення регуляції проявляється дисфункцією цих систем. Розлади нейрогормонального метаболізму та регуляції серцево-судинної системи реалізуються реагуванням на сильні подразники неадекватною тахікардією, зміною тону судин, зростанням хвилинного об'єму кровообігу, регіонарними спазмами





судин. У стані спокою таких розлади можуть не спостерігатися. Водночас різні навантаження (фізичні, психічні, симпатоміметики) виявляють дефекти функціонування серцево-судинної системи. ВСД посідає провідне місце серед некоронарогенних захворювань серця. [1].

У залежності від переважання етіологічного фактору розрізняють такі форми ВСД: перинатально обумовлену, спричинену несприятливим перебігом вагітності та пологів; ювенільну, обумовлену гормональним дисбалансом у пре- і пубертатному періодах розвитку; стрес-емоційну, пов'язану з психоемоційним перенапруженням, гострим і хронічним стресами; інтоксикаційну, пов'язану з впливом вогнищ хронічної інфекції, соматичних та інфекційних захворювань на вегетативні структури, які регулюють серцеву діяльність; ідіопатичну, що діагностується у випадках неможливості встановлення причини захворювання [5].

Важливого значення для студентської молоді з ВСД набуває фізична реабілітація, що передбачає комплексне застосування засобів та систематичність проведення реабілітаційних заходів. Оптимальним шляхом до реалізації зазначених принципів є організація фізреабілітаційних занять для студентів з ВСД у спеціальних медичних групах на базі навчальних закладів.

Комплексне застосування засобів фізичної реабілітації передбачає налагодження здорового способу життя (корекція режиму дня і харчування, достатній рівень рухової активності і відпочинку, уникнення стресів під час навчання та побуті тощо); регулярні заняття ЛФК; оздоровче плавання, біг, ходьба, теренкур; загартування; психогімнастика і психокорекція (активна і пасивна релаксація, аутореніг, йога, музикотерапія тощо).

Основним засобом фізичної реабілітації студентів з ВСД є лікувальна фізкультура. Лікувальна фізична культура, безпосередньо, позитивно впливає на функції серця і судин, їх морфологію. Лікувальна дія фізичних вправ виявляється чотирма основними механізмами: тонізуючий вплив, трофічна дія, формування компенсації, нормалізація функцій, серед яких перші два є провідними [10].

Фізичні вправи підвищують адаптаційні можливості організму, його резистентність до стресових ситуацій, усувають чинники ризику, покращують загальний психоемоційний стан пацієнтів, викликаючи позитивні емоції та бадьорий настрій. Унаслідок систематичних тренувань підсилюється функція регулюючих систем, їх здатність координувати діяльність серцево-судинної, дихальної, м'язової та інших систем організму під час фізичних навантажень, що підвищує спроможність виконувати побутову, навчальну і професійну роботу [10].

Лікувальна дія фізичної терапії проявляється у вигляді чотирьох основних механізмів: тонізуючого впливу, трофічної дії, формування компенсації, нормалізації функцій, серед яких перший і останній є провідними при цій патології. Фізичні вправи втягують у реактивну відповідь всі компоненти нервової системи, починаючи від кори головного мозку до периферичних рецепторів. Змінюється функціональний стан ЦНС, поліпшуються її регуляторна здатність та тонус, рефлекторна діяльність і набуття нових умовних рефлексів. Фізичні вправи стимулюють створення нової позитивної домінанти, яка за законами негативної індукції пригнічує і сприяє усуненню патологічного застійного вогнища у корі головного мозку. Рухи нормалізують динаміку основних нервових процесів, їх силу, рухливість і врівноваженість, регуляторну функцію ЦНС і викликають позитивні емоції, що особливо важливо у лікуванні хворих на невротичні розлади — неврастенію, істерію, психостенію [7].



Тонізуючий і стимулюючий вплив лікувальної фізкультури на організм, що забезпечується насамперед нервовим механізмом, доповнюється також гуморальним та ендокринним. Взаємодія і єдність цих механізмів забезпечує загальну реакцію хворого, викликає зміни функції органів і систем організму.

**Механізм тонізуючої дії фізичних вправ реалізується за нервовим та гуморальним шляхами.** Під час фізичного навантаження поглиблюється дихання, збільшується дихальний об'єм легень, що забезпечує підвищення на 15–30% рівня поглинання кисню та насичення ним крові. У випадку недостатньої рухової активності зменшується ефективність окисного фосфорилування, що спричиняє накопичення продуктів неповного окислення вуглеводів, які пошкоджують ендотелій судин та сприяють розвитку атеросклерозу. Під впливом регулярних дозованих фізичних навантажень підвищується еластичність судин і зменшується периферичний судинний опір. Позитивний вплив фізичних вправ реалізується також через ЦНС. Фізична активність сприяє створенню домінанти рухового аналізатора та функціонуючих нервових центрів. При цьому відбувається врівноваження процесів збудження і гальмування, з'являються нові кортиковісцеральні та кортикосудинні зв'язки, що врівноважують нервову діяльність [8].

Гуморальний механізм фізичних вправ проявляється у виділенні біологічно активних речовин, які мають тонізуючу дію та стимулюють функції серцево-судинної, дихальної та інших систем організму.

Механізм трофічної дії полягає в тому, що спеціально підібрані, цілеспрямовані вправи поліпшують живлення серцевого м'яза, полегшують роботу серця, збільшують рухливість грудної клітки, зменшують застійні явища у малому та великому колі кровообігу та дихальному тракті, оптимізують здатність дихальної мускулатури до скорочення, що призводить до зменшення альвеолярної гіпоксії, підвищення оксигенації крові [8].

Завдяки механізму нормалізації функцій створюються умови для відновлення нормального функціонування як ССС, так й організму в цілому. Фізичні вправи сприяють більш оптимальному формуванню тимчасових компенсацій, а нові моторно-вісцеральні рефлекси удосконалюють їх.

Науковці відзначають такі позитивні зміни в організмі підлітків та юнаків під впливом систематичних занять фізичною культурою:

1) підвищення адаптаційної стійкості до зміни умов навколишнього середовища (стресові ситуації, покращення емоційного тону тощо);

2) відсутність негативних змін у клінічному перебігу, а при систематичних, регулярних фізичних навантаженнях – значне покращення функціонального стану організму;

3) підвищення фізичної та розумової працездатності, урівноваження психічних процесів збудження і гальмування;

4) виникнення стійкої ремісії за умови систематичних занять [3; 5; 9].

Таким чином, огляд науково-теоретичних літературних джерел, дозволив з'ясувати основні причини, патогенетичні механізми, форми ВСД, а також визначити оптимальні засоби і методи оздоровлення і фізичної терапії студентів з ВСД. Встановлено, що пріоритетним засобом фізичної терапії студентів з ВСД є ЛФК, терапевтичний вплив якої обумовлений механізмами тонізуючої і трофічної дій, механізмом формування компенсації та нормалізації функцій.



Перспективу подальших наукових розвідок вбачає в обґрунтуванні і розробці комплексної програми фізичної терапії студентів із ВСД та перевіряє ефективності програми експериментальним шляхом.

#### Список використаної літератури

1. Внутрішня медицина: Терапія: Підручник / Н.М. Середюк, І.П. Вакалюк, О.С. Сташишин та ін. К.: Медицина, 2007. 688 с.
2. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: Справочник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 592 с.
3. Іванова Л.І. Методика фізичного виховання у спеціальних медичних групах. Навчальний посібник. К.: ТОВ «Козарі», 2009. 146 с.
4. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 560 с.
5. Клініко-патогенетична характеристика вегетативних дисфункцій та їх лікування у дітей: навчальний посібник / [Майданник В. Г., Сміян О. І., Бинда Т. П., Савельєва-Кулик Н. О.]. Суми: Сумський державний університет, 2013. 173 с.
6. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. 328 с.
7. Лечебная физическая культура: Справочник / Под ред. проф. В.А. Епифанова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2004. 592 с.
8. Лечебная физическая культура: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений / С.Н. Попова. 2-е изд., стер. М.: Издательский центр «Академия», 2005. 416 с.
9. Лильин Е.Т., Королев А.П., Цека О.С. Комплексная реабилитация детей и подростков с артериальными гипертониями и гипотониями. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. 144 с.
10. Мухін В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2005. 472 с.

Стаття надійшла до редакції 09.03.2018 р.

Пишна Ю.В.  
Копитіна Я.М.  
Арєшина Ю.Б.

Pyishna Yu.V.,  
Kopytina Ya.M.,  
Arieshyna Yu.B.

#### METHOD OF THERAPEUTIC GYMNASTICS FOR OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE AT ELDERLY PEOPLE

*The importance of using therapeutic physical culture for osteochondrosis of the lumbar spine is substantiated. Author's methods of curative gymnastics for this disease at elderly people in remission are described. These methods include the complex use of generally accepted exercises of therapeutic physical training, as well as elements of hatha yoga and exercises of the Tibetan "Eye of Revelation".*

**Key words:** «Eye of Revelation», hatha yoga, lumbar spine, osteochondrosis, therapeutic gymnastics.

#### МЕТОДИКА ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ



*Обґрунтовано важливість використання лікувальної фізичної культури при остеохондрозі поперекового відділу хребта. Описано авторську методіку лікувальної гімнастики при даному захворюванні у людей похилого віку у стадії ремісії, засновану на комплексному використанні загальноприйнятих вправ лікувальної фізичної культури, а також елементів хатха-йоги та вправ тибетської системи «Око відродження».*

**Ключові слова:** лікувальна гімнастика, «Око відродження», остеохондроз, поперековий відділ, хатха-йога.

**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 [1].

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].

При цьому терапія остеохондрозу не може проходити без використання лікувальної фізичної культури. Отже необхідно переглянути підходи до змістовного та методичного наповнення занять руховою активністю з метою забезпечення комплексного впливу на організм пацієнта, що надасть можливість вирішити проблему відновлення функції опорно-рухового апарату та профілактики остеохондрозу [4; 5].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У комплексі методів фізичної терапії дегенеративних захворювань спинномозкової системи одна з головних ролей належить фізичним вправам як методу активної функціональної терапії. Існує безліч теоретичних доказів ролі м'язового корсету тіла в утриманні вертикального положення тіла. Найбільш важливими серед них, на думку деяких авторів, є *m. multifidus* та *m. transversus abdominis*, так звані постуральні м'язи. Співдружня робота м'язів агоністів та антагоністів стабілізує спину при підвищенні внутрішньочеревного тиску. Скорочення м'язів черевного пресу, а також натягнення тораколумбальної фасції відтягує передню і задню стінки черевної порожнини всередину, тим самим підвищуючи внутрішньочеревний тиск [5; 7].

Постуральні порушення, пов'язані з ослабленням м'язової фіксації розгиначів спини та м'язів черевного пресу, є фактором, що визначає схильність та провокує





розвиток нестабільності хребта, появу болю у спині. Даний факт підтверджує необхідність тренування постуральних м'язів у осіб, що страждають на остеохондроз хребта [4].

Для створення м'язового корсету необхідно зміцнювати і тренувати м'язи живота, попереково-клубові та глибокі м'язи спини. Доведено, що при добре розвиненому «м'язовому корсеті», за рахунок підвищення внутрішньочеревного тиску і передачі його на таз, приблизно на 30 % зменшується дія сили тяжіння тулуба на поперековий відділ хребта [7].

Відомо, що при виконанні динамічних вправ при недостатньому силовому розвитку окремих м'язів частина їх функцій приймають на себе інші, більш великі і сильні м'язи. В цьому випадку слабкі м'язи, не отримуючи належного стимулюючого силового навантаження, прогресивно слабшають. Ізометричні вправи дають можливість підвищити функцію слабких, залучених у патологічний процес м'язів, дозволяючи звести до мінімуму активацію м'язів, не залучених до патологічного процесу. При цьому доцільно чергувати статичні навантаження з розслабленням (так званий релаксуючо-мобілізуєчий прийом) [3; 8].

У результаті проведеного наукового пошуку було обґрунтовано доцільність використання традиційних та нетрадиційних методів рухової активності при остеохондрозі поперекового відділу хребта [6]. Подальшим завданням стала розробка методики лікувальної гімнастики із використанням вправ у статичному та динамічному режимах, що мала на меті поліпшити стан пацієнтів похилого віку при даному захворюванні.

**Мета** дослідження полягала у розробці методики лікувальної гімнастики для людей похилого віку при остеохондрозі поперекового відділу хребта у стадії ремісії на основі традиційних та нетрадиційних методів рухової активності.

**Об'єкт** дослідження: методика лікувальної гімнастики для людей похилого віку при остеохондрозі поперекового відділу хребта у стадії ремісії.

**Предмет** дослідження: особливості поєднання традиційних та нетрадиційних методів лікувальної гімнастики при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта у людей похилого віку.

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

**Результати дослідження.** Розроблена методика лікувальної гімнастики при остеохондрозі поперекового відділу хребта у людей похилого віку у стадії ремісії складалася з традиційних вправ лікувальної фізичної культури, фізичних вправ хатха-йоги та вправ тибетської оздоровчої системи «Око відродження» У методологічному плані всі фізичні вправи складають єдиний комплекс з обов'язковим урахуванням індивідуальних особливостей перебігу остеохондрозу, його клінічних проявів та психофізичного стану пацієнтів.

Заходи з використанням терапевтичних фізичних вправ спрямовані на:

- розтягнення контрагованих і спазмованих м'язових груп;
- нормалізацію функціонування синергістів та антагоністів, що беруть участь у постуральному балансі тулуба;
- зміцнення м'язового корсету тулуба (розгиначів хребта і м'язів черевного пресу), що виконує для хребта функції фіксації та стабілізації;
- поліпшення кровообігу в уражених м'язових, фіброзних і нервових елементах;
- сприяння створенню і закріпленню оптимальних рухових стереотипів;





–зменшення загальної напруги, поліпшення психо-емоційного стану пацієнтів.

Заняття руховою активністю проводяться груповим методом у залі ЛФК. *Традиційна лікувальна гімнастика* проводиться спочатку за щадним руховим режимом. На початку курсу використовуються переважно полегшені вихідні положення: лежачи на спині, боці, животі, стоячи на четвереньках. При розвантажувальному положенні на четвереньках напруження м'язів спини зменшується, хребет звільняється від статичного навантаження, дозволяючи більш вільно виконувати рухи тулубом і ногою.

До уроку лікувальної гімнастики рекомендується включати загальнозміцнювальні, дихальні, а також спеціальні вправи. Спочатку хворим пропонують виконувати елементарні вільні вправи без зусиль і з обмеженою амплітудою. Поступово обсяг рухів, що виконуються ритмічно спочатку у повільному, а потім у середньому темпі, збільшується. При виникненні болю застосовують вправи на розслаблення та витягнення м'язів. Вправи для тулуба виконуються м'яко, з обмеженою амплітудою, яку поступово збільшують. З метою зменшення концентрації думок на ураженій ділянці, спеціальні вправи чергують з відволікаючими та дихальними. Для витягування хребта використовуються вправи типу змішаних висів біля гімнастичної стінки. Тривалість заняття лікувальною гімнастикою поступово збільшується від 30 до 40–45 хвилин.

У подальшому використовуються щадно-тренувальний і тренувальний рухові режими. Заняття складаються із різноманітних загальнозміцнювальних та спеціальних вправ, у тому числі з невеликими обтяженнями (1–2 кг). Для рук і ніг використовуються силові вправи у повільному і середньому темпі. Вправи виконуються із різних вихідних положень. Продовжують широко використовуватися напіввиси, вихідні положення лежачи і стоячи на четвереньках. Тривалість заняття складає 40–45 хвилин.

Протипоказаними під час виконання лікувальною гімнастикою є різкі підскоки, різкі нахили тулуба та інші різкі рухи, підйом значної ваги. Нахили вперед (вниз) із в. п. стоячи з амплітудою більше 90 градусів та повороти тулуба виконуються дуже обережно за умови задовільного самопочуття хворого.

Головною умовою занять лікувальною гімнастикою є їх безболісність, оскільки біль є захисною реакцією організму і сигналізує про неприпустимість продовження руху.

*Вправи хатха-йоги* виконуються у вигляді динамічних технік та статичних асан.

Для поперекового відділу в ролі динамічних практик використовується цикл марджаріасани (поза кішки), прості варіації поступово змінюються на більш складні. Особливу увагу звертають на те, щоб динамічні техніки виконувалися у помірному, безпечному діапазоні (зазвичай це 70–80 % від максимальної амплітуди) і без дискомфортичних відчуттів.

Статичні вправи (асани) хатха-йоги виконуються з вихідних положень лежачи на спині, лежачи на животі стоячи на четвереньках. Скручування виконуються у тих положеннях, де хребет розташований горизонтально, – лежачи на підлозі та у долонно-колінному положенні (марджаріасана). Серед асан хатха-йоги використовуються наступні: Шашанкасана (поза кролика), Адхо Мукха Шванасана (поза собаки, що дивиться униз), Сету Бандха Сарвангасана (поза моста з опорою на плечі – із зігнутими у колінних суглобах ногами), Ардха Джатхара Парівартанасана (половинна поза скручування живота), Супта Таласана (поза пальми лежачи на спині), Шалабхасана (поза сарани), Ардха Навасана (половинна поза човна).



Рекомендуємо комплексом вправ хатха-йоги завершувати заняття руховою активністю. Після цього виконується релаксація у в. п. лежачи на спині (Шавасана), що супроводжується навіюванням відчуттів заспокоєння, розслаблення, фізичної та психічної врівноваженості.

*Комплекс вправ «П'ять тибетців»* зі східної оздоровчої системи «Око відродження» пропонуємо виконувати на початку заняття лікувальною гімнастикою після легкої розминки у вигляді декількох дихальних та загальноорозвивальних вправ. На початку курсу фізичної терапії кожна вправа може повторюватися 6–8 разів. Поступово час виконання доводиться до 21 повторення. Рухи тулуба обов'язково узгоджуються з відповідними фазами дихання, при чому використовується за можливістю діафрагмальний тип дихання.

Комплекс вправ «П'ять тибетців» виконується щодня. У ті дні, коли пацієнт не відвідує заняття з лікувальної гімнастики, рекомендуємо виконувати даний комплекс у домашніх умовах. Після завершення курсу фізичної терапії комплекс вправ «П'ять тибетців» рекомендується для подальшого щоденного самостійного виконання з метою підтримання досягнутих результатів та подальшого поліпшення стану хребта.

**Висновки.** Широкий діапазон дії лікувальної фізкультури та її видів забезпечується багатогранністю механізмів впливу, що включають всі рівні центральної та вегетативної нервової системи, ендокринні та гуморальні фактори. До позитивних якостей 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 результаті аналізу наукової та методичної літератури з проблем фізичної терапії при остеохондрозі хребта у людей похилого віку нами було розроблено авторську методику лікувальної гімнастики при даному захворюванні, яка складається з традиційних та нетрадиційних (східних нетрадиційних) її різновидів, а саме загальноприйнятих вправ лікувальної фізичної культури, статичних та динамічних вправ системи хатха-йога, вправ тибетської оздоровчої системи «Око відродження».

**Перспективи подальших досліджень** полягають у апробації та встановленні ефективності комплексної програми фізичної терапії для людей похилого віку із остеохондрозом поперекового відділу хребта, до складу якої буде включено традиційні та нетрадиційні методики лікувальної гімнастики.

#### Література:

1. Анатомо-функциональные особенности позвоночника у пожилых: роль ацекофенака в купировании дорсопатии / Цурко В.В.и др. *Боль. Суставы. Позвоночник*. 2012. № 2. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34339> (дата звернення 5.03.2018).
2. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. СПб.: Политехника, 2015. 607 с.
3. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Отсеохондроз позвоночника (диагностика, лечение и профилактика). М.: «Медпресс-информ», 2004. 272 с.
4. 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. Київ, 2015. 24 с.
5. Методы реабилитации больных остеохондрозом позвоночника / Киреев И.В. и др. *Ліки - людині. Сучасні проблеми фармакотерапії і призначення лікарських*



засобів: Матеріали XXX Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Харків: НФаУ, 2013. С. 226–233.

6. Пишна Ю.В., Копитіна Я.М., Арешина Ю.Б. Традиційні та нетрадиційні методи рухової активності при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта. *Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії*: Матеріали III Всеукраїнської заочної науково-практичної інтернет-конференції (Суми, 21 грудня 2017). Суми, 2017. С. 11–14.

7. Фищенко В.Я., Лазарев И.А., Рой И.В. Кинезотерапия поясничного остеохондроза. Киев: Медкнига, 2007. 96 с.

8. Фролов А. Йогатерапия: Практическое руководство. Москва: Ориенталия, 2016. 448 с.

Стаття надійшла до редакції 05.03.2018 р.

Сердюк Ю. О.  
Копитіна Я. М.

Serdyuk Y.O.  
Kopytina Y.M.

### ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

*Розглянуто найбільш поширені проблеми розладу зору та причини їх появи, здійснено аналіз порушень зору серед підлітків та зазначено механізми корекції та відновлення зору засобами фізичної терапії.*

**Ключові слова:** зір, підлітки, терапія, профілактичні заходи, фізичні вправи, лікувальний масаж, гімнастика.

### THE PHYSICAL THERAPY PROGRAM OF THE TEENAGERS WITH VISUAL IMPAIRMENTS

*The most common problems of vision disorders and the causes of its appearance are examined, the analysis of visual impairments among teenagers is carried out and the program of physical therapy of teenagers with visual impairment is indicated.*

**Key words:** sight, adolescents, rehabilitation, preventive measures, physical exercises, therapeutic massage, gymnastics.

**Актуальність теми.** 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.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) нині у світі налічується близько 160 мільйонів сліпих і слабозорих. Серед слабозорих людей кожен четвертий втратив зір у дитинстві. З кожним роком зростає кількість дітей, у яких при впливі несприятливих чинників можуть виникнути проблеми із зором. В Україні за даними ВООЗ більше 13% серед дітей-інвалідів мають порушення зору. Серед дітей середнього шкільного віку порушення зору відзначені у 41%. Частота поширеності міопії в Україні коливається від 6% (південні райони) до 30% (центральні райони), а інвалідність із важкою патологією очей (1 і 2 група) становить приблизно



0,13% від усього складу населення. Така розповсюдженість дітей із порушенням зору порушує ряд питань та потребує розробки новітніх технологій фізичної реабілітації.

Проблему здоров'я людей з порушеннями зору досліджували такі науковці, як Вавіна Л. С., Жук Т. А. та ін.

**Мета дослідження:** науково обґрунтувати, розробити комплексну програму фізичної терапії підлітків із порушенням зору.

**Об'єкт дослідження:** фізична реабілітація пацієнтів із порушенням зору.

**Предмет дослідження:** вплив програми фізичної терапії на відновлення показників функціонального стану пацієнтів з порушенням зору.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури; аналіз медичних документів та історії хвороб; соціологічні методи: опитування на ступінь вираженості зорової втоми; педагогічні методи: педагогічне спостереження; функціональні методи: дихальна гімнастика, ЛФК, рефлексотерапія, фізіотерапія; методи математичної статистики.

**Виклад основного матеріалу.** Зір виступає одним із найголовніших аналізаторів організму людини, який забезпечує отримання найбільш повної динамічної інформації (колір, форма, віддаленість тощо) про навколишній світ. У процесі тривалої еволюції зір розвивався як складний багатоступінчатий процес, що включає отримання зображення в очі, виокремлення найбільш важливої інформації із нього, передачу цієї інформації у мозок, інтерпретацію зображення, виділення важливих ділянок об'єкта, наведення ока за допомогою моторних систем на ці ділянки та отримання чіткого їх зображення, поєднання зображень двох очей у єдиний зоровий образ, розпізнавання образу через його зіставлення із раніше накопиченою зоровою інформацією (запасом, що є у пам'яті), локалізацію об'єкта та його деталей у просторі.

У процесі набуття людиною досвіду накопичується зорова інформація, що постійно ускладнюється, удосконалюється, диференціюється, гармонійно пов'язується з функціями пам'яті, уяви, мовою та мисленням.

Захворювання очей можуть бути як вродженими так і надбаними. До вроджених патологій зору можуть призводити негативні впливи на плід у період вагітності, такі як хронічні захворювання, вірусні інфекції, вживання алкоголю, зловживання гормональними та снодійними препаратами, резус-несумісність матері та плоду, гіповітаміноз, іонізуюча радіація тощо.

Однією з основних причин ослаблення зору в людини є аномалії рефракції (відхилення заломлюючої сили оптичної системи ока від норми): короткозорість (міопія) і далекозорість (гіперметропія).

Міопія (короткозорість) – один з видів клінічної рефракції ока, що пов'язана з посиленням заломлюючої здатності або зі збільшенням поздовжньої осі ока. У зв'язку з цим зображення фокусується попереду сітківки. Першою ознакою міопії є стан людини, коли вона бачить предмети, що розташовані поблизу, добре, а віддалені від неї – погано. Короткозорі люди нерідко примружують очі. Звідси і назва «міопія», що в перекладі з грецької означає «жмуритися, прищурюватися».

В основі етіопатогенезу міопії лежить порушення акомодатії – властивості очей міняти заломлення для забезпечення чіткого бачення по-різному віддалених предметів. Міопія фактично є закріпленням тривалого спазму акомодатії під впливом зорової роботи на близькій відстані. Астенопії (швидке стомлення очей під час зорової роботи, особливо якщо об'єкт знаходиться на малій відстані від ока) передують спазми акомодатії.





У підлітків із м'язовою та акомодативною астенопією частіше спостерігається спазм акомодативної м'язової системи. Спазм акомодативної м'язової системи спостерігається у 97% дітей при міопії слабого ступеня, у 72% - при міопії середнього ступеня і у 62% - при міопії високого ступеня.

Міопія розвивається як пристосування для позбавлення акомодативної м'язової системи від надмірного навантаження [4]. Багато дослідників, зокрема Е.С. Аветисов, А. Я. Бунін та ін., вказують на зв'язок міопії із тривалістю зорового навантаження, нераціональним режимом занять та відпочинку.

Несприятливою умовою для зорової роботи є і недостатнє освітлення. Виявлено, що при освітленні менше 75 люксів 9,1% людей страждають на міопію, а при освітленні у 150 люксів - 6,9%.

Слабкість акомодативної м'язової системи у дітей може бути викликана перенесеними загальними захворюваннями – тонзиліт, ревматизм та іншими інфекційними захворюваннями.

Конвергенція очей – процес зведення зорових осей обох очей під час розглядання близько розташованих предметів. При цьому відбувається одночасне звуження зіниці та акомодативна очей. Більша напруга акомодативної м'язової системи вимагає більшої конвергенції і навпаки. Відповідно, під час конвергенції, що супроводжується підвищенням внутрішньоочного тиску, відбувається розтягування склерального контуру в напрямку заднього полюса, що призводить до еліпсоїдної форми задньої півкулі очного яблука. Деякі дослідники вбачають причини міопії у розтягненні ослабленої склери під впливом внутрішньо очного тиску [1].

Гіперметропія (далекозорість) – оптичний недолік ока, при якому порушена здатність бачити на близькій відстані. Далекозорість є наслідком короткої поздовжньої осі (вкорочене очне яблуко), відносної слабкості заломлюючої здатності очей (неправильна кривизна рогівки або кришталіка). При далекозорості зображення предметів фокусується позаду сітківки, тому виходить неясним і розпливчастим. За значного ступеня далекозорості (8,0D – 10,0D і вище) суттєве навантаження лягає на функцію акомодативної м'язової системи. Результатом такої напруги є зорове стомлення під час роботи на близькій відстані, через що зливаються і стають неясними літери, починаються головні болі.

Однією з причин слабкозорості є також астигматизм – аномалія заломлюючої здатності очей, за якої в одному оці спостерігається поєднання різних видів рефракції. Астигматизм не завжди коригується окулярами, тому в людини виникають труднощі з баченням обсягу, глибини, віддаленості об'єктів, відсутнє бінокулярне бачення. Часто причиною слабкозорості є атрофія сітківки, зорового нерва, ністагм та інші фактори.

Слабкозорість характеризується різноманітністю порушень зорових функцій, різним рівнем їх збереження і можливості взаємної компенсації, ступенем вираженості патології [9].

Одним із поширених порушень зору є косоокість. Її супроводжує амбліопія, яка проявляється в порушенні бінокулярного бачення, спричиненому ураженням різних відділів зорового аналізатора та його сенсорно-рухових зв'язків. Косоокість не лише призводить до розладу бінокулярного бачення, але й перешкоджає його формуванню. Косоокість виникає внаслідок зниження гостроти зору одного або обох очей через порушення рефракції (заломлюючої здатності ока), розлади акомодативної м'язової системи (пристосування ока до розглядання предметів на різних відстанях) та конвергенції (зведення осей очей для бачення предметів на близькій відстані) [4].

Таким чином, розуміння структури зорового дефекту дозволяє організувати не тільки відповідну медичну допомогу, але й правильно здійснювати психолого-





педагогічну корекційну роботу, спрямовану на корекцію зору та можливих рухових розладів, спричинених порушенням функції зорового аналізатора.

У 2013 році в Україні зареєстровано 10347 інвалідів, які мають порушення зору. Переважно це діти шкільного віку 7-16 років. Серед очних захворювань перше місце посідає міопія високого ступеня, яка складає 67-74%. Також найбільш розповсюдженими захворюваннями очей є далекозорість високого ступеня і гіперметропічний астигматизм, що виявляється у 16,4% пацієнтів [3].

Л. Коткова у своїх дослідженнях вказує, що найчастіше у дітей із порушенням зору діагностуються такі захворювання зорового аналізатора, як короткозорість, ністагм, косоокість [10].

Дослідження С. Шмалей, Л. Харченко, Д. Щелкунова вказують на те, що різноманітні розлади зору спричиняють виникнення у дітей супутніх патологій, як у психічному так і у фізичному розвитку. Як відомо, у таких хворих спостерігається високий рівень гіпокінезії, що є однією з причин порушення постави, розвитку плоскостопості, ожиріння, низького рівня фізичної та розумової працездатності [8].

Дослідницька частина нашої роботи по виявленню очних захворювань серед підлітків 14-16 років розпочалася після медогляду в загальноосвітній школі №150 Шевченківського району м. Харкова (жовтень 2017 року).

Найбільш розповсюдженим офтальмологічним захворюванням серед юнаків і дівчат віком 14-16 років виявилось порушення акомодатії, що становить 36,3% (табл.1).

*Таблиця 1*

**Співвідношення очних захворювань у юнаків і дівчат  
віком 14-16 років**

<b>Офтальмологічний діагноз</b>	<b>Юнаки (n=11)</b>	<b>Дівчата (n=11)</b>	<b>Усього (n=22)</b>
Порушення акомодатії, %	27,2	45,4	36,3
Міопія слабкого ступеня, %	36,3	27,2	31,7
Змішаний астигматизм, %	-	9	4,5
Міопія середнього ступеня, %	9	9	9
Гіперметропія середнього ступеня (далекозорість), %	9	9	9
Косоокість (амбліопія), %	9	-	4,5
Астигматизм, %	9	-	4,5

Як бачимо з табл. 1 у дівчат дане захворювання виявляється частіше (45,4%), порівняно з юнаками, яких налічується 27,2%. Такий відсоток захворюваності серед молоді свідчить про порушення роботи циліарного очного м'яза, що регулює кривизну кришталика, в результаті чого око втрачає здатність фокусуватися на предметах, які перебувають на різних відстанях від нього.

Аналізуючи проведені дослідження, нами було також встановлено, що у 31,7% дітей із порушення зору віком 14-16 років виявлено міопію слабкого ступеню. Слід відмітити, що у дівчат більше простежується дане захворювання, ніж у юнаків.

На думку Р. Хайсама Дж. М. міопія є одним із видів аномалій рефракції ока, при якому розглянутий предмет добре видно тільки на близькій відстані.

Також було зареєстровано, що у 4,5% дітей шкільного віку зареєстровано змішаний астигматизм та міопію середнього ступеня. Дані хвороби були зареєстровані тільки у дівчат.



У 9% слабозорих дітей було зафіксовано гіперметропію середнього ступеня. Причому у юнаків дане захворювання прогресує частіше, ніж у дівчат. Як відомо, велика частина дітей у віці до трьох років, згідно проведеними дослідженнями, має гіперметропію очей, що обумовлено укороченою передньо-задньою віссю очного яблука у новонароджених.

Серед спектру очних захворювань у підлітків слід відмітити астигматизм, який складає 4,5%.

У профілактиці порушення зору та його відновленні важливу роль відіграє лікувальна фізкультура (ЛФК), лікувально-корекційні вправи, масаж, фізіотерапія, які вимагають адекватної методики їх застосування не лише у медичних закладах, але й в умовах середніх та вищих навчальних закладів на заняттях з фізичного виховання для учнів та студентів. При цьому важливе значення має розроблення спеціальних адаптованих фізичних вправ для корекції порушеного зору, а також розуміння медичних аспектів проблеми викладачем фізичного виховання [12].

Вчені, що вивчали вплив фізичних вправ на розвиток та фізичний стан організму людини, відзначили, що систематичне їх застосування, особливо у комплексі з масажем, активізує нервово-руховий апарат, сприяє підвищенню обміну речовин. Стимуляція фізіологічних процесів сприяє позитивним змінам у стані здоров'я, розвитку функцій центральної нервової системи та рухового апарату, фізичному розвитку організму в цілому [6].

Вивчаючи стан фізичного розвитку підлітків із зоровою патологією, вчені визначили, що під впливом фізичних вправ у підлітків значно знижується захворюваність і підвищуються показники фізичного розвитку. Засобами фізичної культури можна коригувати цілу низку порушень, компенсувати неповноцінність організму, поліпшити функціональний стан рухового аналізатора [11].

Гімнастика – це комплекс спеціально підібраних вправ, які позитивно впливають на організм у цілому та локально на окремі групи м'язів, регулюють фізіологічне навантаження. Виходячи з цього визначається оздоровча, лікувальна і коригувальна спрямованість гімнастики як однієї з форм організації фізичної терапії людей із порушенням зору.

Характер рухів, вправ у гімнастиці, їх орієнтація на лікувально-відновний процес, взаємозв'язок з корекційно-педагогічною роботою дозволяють класифікувати такі її види: основна гімнастика, пальчикова гімнастика, гімнастика для очей.

Корекційне значення різних видів гімнастики полягає у виправленні або послабленні недоліків психофізичного стану людей із порушеннями зору, формуванні життєво необхідних рухів, застосуванні рухового досвіду в практичній діяльності.

Основна гімнастика спрямована на зміцнення здоров'я людини, формування здорового способу життя, вдосконалення основних рухових функцій. Корекційна спрямованість цього виду гімнастики забезпечується цілеспрямованим впливом на людей, що зазнають труднощів під час виконання рухів. Створення комфортності є обов'язковою умовою реалізації корекційних завдань.

Пальчикова гімнастика для розвитку дрібної моторики людей із вадами зору та слуху напряму пов'язана з розвитком розумових здібностей.

Гімнастика для очей – фізичні вправи в поєднанні зі спеціальними вправами м'язів ока, що є ефективними для профілактики порушень зору, а також для розвитку рухливості очей та відновлення біокулярного зору [1].

Спеціальні вправи для очей були внесені в різні форми занять з фізичної культури, і перш за все в структуру фізкультхвилинок у школах. Виконання



загальнорозвиваючих вправ у поєднанні з рухами очей має загальнозміцнюючий вплив на організм людини, виконує профілактичну, тренувальну та відновлювальну функцію очей.

Таку розповсюдженість очних хвороб серед підлітків більшість дослідників обумовлює ще із генетичним фактором, тривалим переглядом різних інформаційних засобів (мобільні телефони, планшети, телевізори, комп'ютери), недостатнім освітленням приміщень, неправильно підібраними меблями для навчання у школі і вдома, порушенням розпорядку дня, відсутністю регулярного повноцінного харчування, нехтуванням фізичною культурою, недостатнім перебуванням на свіжому повітрі. У зв'язку з цим виникає необхідність у пошуку та розробці ефективних шляхів, методів і засобів, науково обґрунтованих реабілітаційних програм для підлітків із порушеннями зору.

За результатами даних аналізу й узагальнення літературних джерел, а також результатів власних спостережень було визначено найбільш застосовані засоби фізичної терапії при міопії, а саме: кінезітерапія (лікувальна гімнастика, ранкова гігієнічна гімнастика, ігри), природні фактори (загартування), масаж, відеокомп'ютерну корекцію зору на апаратному комплексі «Амбліокор ТМ-01М».

Основною формою занять кінезітерапії є лікувальна гімнастика з переважним застосуванням вправ для відновлення гостроти зору. Перевага має віддаватися спеціальним вправам для очей, вправам для внутрішніх м'язів очей, загально-розвивальним вправам, які можна поєднувати з рухом очей, дихальним вправам; а також застосовуються коригувальні вправи для профілактики та корекції порушень постави, що часто спостерігаються в дітей із порушеннями зору [7, с. 43].

У комплексній програмі фізичної терапії доцільно застосовувати масаж та самомасаж комірцевої зони, а також самомасаж очних яблук.

До комплексна програми фізичної терапії вважаємо за необхідне включити також відеокомп'ютерну корекцію зору на апаратному комплексі «Амбліокор». Лікування на «Амбліокорі» проходить наступним чином. Пацієнт дивиться фільм або мультфільм на екрані, а в цей час за допомогою спеціальних датчиків знімається інформація про роботу очей, водночас фіксується електроенцефалограма. При цьому зображення на екрані зберігається лише під час «правильного» зору та зникає, тільки-но він втрачає чіткість. Таким чином, прибор ніби змушує мозок скорочувати періоди неконтрастного зору. Подібний підхід оптимізує роботу нейронів зорової кори головного мозку, а зір при цьому суттєво покращується.

**Перспективами подальших досліджень** вважаємо запровадження розробленої програми фізичної терапії для підлітків із міопією та висвітлення отриманих результатів.

### Література

1. Аветисов Э. С. Близорукость: [монографія] / Э. С. Аветисов. - [2-е изд., перераб. и доп.] - М.: Медицина, 2002. - 285 с.
2. Апрельев А. Е. Алгоритм применения различных рефлексотерапевтических методов у пациентов с приобретенной близорукостью / А. Е. Апрельев // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2011. - № 3.- С. 21-29.
3. Баннікова Р. О. Характеристика показників зорового аналізатора слабозорих дітей 13-15 років в умовах спеціалізованого навчального закладу / Р.О. Баннікова, Р.С. Бутов // Матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю. - Кам'янець- Подільський, 2013. - С. 18-22.
4. Большая медицинская энциклопедия. -[3-е изд.]. - Т. 8. - М., 1978. - С. 1429.



5. Бутов Р. С. Комплексная программа физической реабилитации для слабовидящих детей 13-15 лет / Р. С. Бутов // Инновационные образовательные технологии. - Минск, 2014. - № 2. - С. 80-84.
6. Боровик В. В. Фізичне виховання дітей у педагогічній думці вітчизняних педагогів кін. ХІХ - поч. ХХ ст. / В. В. Боровик // Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки. - 2011. - № 5. - С. 200-204.
7. Бутов Р. С. Характеристика функціонального стану слабозорих дітей шкільного віку в умовах спеціалізованого навчального закладу / Р. С. Бутов // Молода спортивна наука України: зб. наук. праць з галузі фізичного виховання, спорту і здоров'я людини. - Львів: ЛДУФК, 2013. - Т. 3. - С. 40-45.
8. Вихованець С. Аналіз захворювань опорно-рухового апарату підлітків із порушенням зору / С. Вихованець // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. вих., спорту і здор. людини / за заг. ред. Є. Приступи. - Л., 2013. - Вип. 17, т. 3. - С. 61-66.
9. Копаева В. Г. Глазные болезни / В. Г. Копаева. - М.: Медицина, 2008. - 560 с.
10. Коткова Л. Ю. Значение физического воспитания во всестороннем развитии детей с патологией зрения / Л. Ю. Коткова // Проблемы совершенствования олим. движения, физ. культ. и спорта в Сибири: матер. итог. науч.-практ. конф. молод. ученых и студентов. - Омск: Из-во ГАФК, 2002. - С. 153-155.
11. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. - К.: Видавництво НУФВСУ «Олімпійська література», 2005. - 472 с.
12. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями зору та слуху / За ред. Л. С. Вавіної. - К.: Науковий світ, 2009. - 168 с.

Стаття надійшла до редакції 10.03.2018 р.

Торішна А.В.,  
Корж З.О.

Torishna A. V.,  
Korzh Z. O.

## EFFECTIVENESS OF USING A COMPLEX REHABILITATION PROGRAM FOR CHILDREN WITH PYELONEPHRITIS IN THE STEADY STATE TREATMENT

*The article examines the effectiveness of using a comprehensive rehabilitation program, namely: physiotherapy, dietotherapy, exercise therapy (UGH, LH with elements of yogotherapy) and Su Jok therapy. For children with pyelonephritis at the inpatient stage of treatment.*

**Keywords:** *pyelonephritis, integrated programme, yogotherapy, physical rehabilitation.*

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ПІЄЛОНЕФРИТ

*У статті розглянуто ефективність застосування комплексної реабілітаційної програми, а саме: фізіотерапії, дієтотерапії, ЛФК (РГГ, ЛГ з елементами йоготерапії) та Су Джок терапії для дітей хворих на пієлонефрит на стаціонарному етапі лікування.*



**Ключові слова:** *пієлонефрит, фізична реабілітація, комплексна програма, йоготерапія.*

**Постановка проблеми.** Актуальність проблеми пієлонефриту визначається: поширеністю, рецидивуючим перебігом, незважаючи на тривалу і агресивну антибактеріальну терапію, запізнілою діагностикою, можливими несприятливими наслідками.

Серед причин розвитку хронічної ниркової недостатності, питома вага пієлонефриту за даними різних авторів складає 15,3–28% [5]. У структурі захворювань сечової системи пієлонефрит посідає перше місце і складає 47–68% всієї нефрологічної патології [6].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Пієлонефрит (ПН) – це мікробно-запальне ураження чашково-мискової системи нирок з втягненням в патологічний процес інтерстицію і каналців останніх. Основними і характерними проявами ПН є нестійка бактеріурія і лейкоцитурія [6, 2].

Останніми роками в дитячій нефрології особливе значення приділяється питанням розробки методів профілактики загострень пієлонефриту, оскільки це може бути засобом попередження ускладнень та прогресування захворювання у подальшому.

Суспільна необхідність збереження здоров'я дітей та підлітків диктує потребу розвитку реабілітаційного напрямку вже на ранньому етапі стаціонарного лікування. Це вимагає широкого впровадження та використання на рівні з традиційними засобами, не медикаментозних методів лікування, що сприятиме стійкій ремісії захворювання [7].

У відновній терапії пієлонефриту на стаціонарному етапі лікування з не медикаментозних методів провідне місце займає фізична реабілітація, яка передбачає комплексне застосування методів і засобів, серед яких провідне місце належить фізіотерапії, лікувальній фізичній культурі, дієтотерапії, масажу, з метою підвищення ефективності реабілітаційного процесу залучають різні інноваційні нетрадиційні методики. Серед інноваційних засобів, що останнім часом з успіхом використовуються, в реабілітації та оздоровленні дітей є хатха-йога [4]. У йозі існують спеціальні комплекси вправ, які дозволяють покращити лімфо- і кровообіг в органах малого тазу, нормалізувати діурез, зменшити запальні явища в нирках. Повне йогівське дихання підвищує внутрішньочеревний тиск, стимулює секреторну функцію травного тракту, функцію сечовивідної системи, активізує перистальтику кишечника і т.д. [8].

За даними автора Кановської М. основним завданням нетрадиційного засобу, Су Джок терапії, при пієлонефриті є покращення функції нирок, усунення симптомів захворювання, нормалізація психоемоційного стану хворого. Для реалізації визначених завдань необхідно здійснювати стимуляцію точок відповідності нирок, на кістях та стопах [3].

Комплексне застосування засобів фізичної реабілітації дає можливість поліпшити психоемоційний стан хворого, нейрогуморальну регуляцію процесів виділення, стимулювання крово- і лімфообігу, зменшення запальних явищ в нирках, нормалізувати іммуно-біологічну реактивність організму [7].

**Мета дослідження** – розробити, впровадити та оцінити ефективність комплексної програми фізичної реабілітації для дітей хворих на пієлонефрит на стаціонарному етапі лікування.

**Об'єкт дослідження:** фізична реабілітація хворих на пієлонефрит.





**Предмет дослідження:** КПФР на стаціонарному етапі лікування для дітей хворих на пієлонефрит

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз науково-методичної літератури, кількісний та якісний аналіз зібраних даних, математичні методи обробки даних.

**Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.** В результаті аналізу науково-методичної літератури, виявили найбільш ефективні засоби фізичної реабілітації, а саме: режим дня, дієтотерапія, ЛФК (РГГ, ЛГ з елементами йоготерапії) та Су-Джок терапію, які включили до комплексної програми та впровадили її на базі СОДКЛ нефрологічного відділення для 8 дітей віком 5 – 12 років хворих на пієлонефрит.

Режим дня дітей хворих на пієлонефрит відповідав режиму дня Сумської обласної дитячої клінічної лікарні.

В комплексну програму реабілітації була включена дієта – стіл №7 за Певзнером. Під час цієї дієти пацієнту пропонували виключити з раціону харчування: поварену сіль, перець, гірчицю, гриби, газовані напої, свіжий хліб, деякі овочі (редьку, редис, шпинат, цибулю, часник). На томість, пропонували включити продукти харчування, що підвищують діурез (картоплю, моркву, диню, ізюм, соки, киселі). Приймати їжу рекомендували 5 разів на день [1].

Фізіотерапевтичне лікування застосовували з метою покращення кровопостачання в нирках, зняття спазму гладкої мускулатури, підвищення діурезу, що сприяє відходженню патологічних агентів із сечовивідної системи. Для цього застосували наступні фізіотерапевтичні процедури: парафіно-озокеритові аплікації, та електрофорез з 1% розчином фурадоніна на область нирок. Курс лікування складав 8 – 10 процедур, кожного дня, окрім неділі.

Ранкову гігієнічну гімнастику, яка має загально-гігієнічне значення для організму, проводили відразу ж після сну, протягом 15хв.

Лікувальну гімнастику використовували з метою: покращення крово- і лімфообігу, нормалізації діурезу, покращення психоемоційного стану дитини. В основній частині заняття застосовували асани: вправи з прогинанням тулуба (бхуджангасана, сарпасана, уштрасана, матсіасана та ін.) які сприяють зміні внутрішньочеревного тиску, що в свою чергу стимулює функцію нирок та сечовивідних шляхів; асани з нахилом тулуба (уттанасана, пашчімоттанасана, джані-сіршасана і та ін.) – стимулюють пресорний вплив на сечовивідні шляхи, що сприяє підвищенню діурезу; асани з ротацією тулуба (марічіасана, ардхаматсіендрасана) – оптимально впливають на сечовивідну систему, почергово змінюючи внутрішньочеревний тиск, що призводить до стимуляції функції нирок та сечовивідної системи [8].

Під час проведення Су-Джок терапії використовували насіння бобових за аплікаційною методикою для підвищення сечогінного та протизапального ефекту. Спочатку насіння прикріплювали на шматочок лейкопластирю, а вже потім фіксували на кисті (стопі) пацієнта. Аплікацію насіння проводили від кількох годин до декількох діб [3].

Систематичність застосування засобів фізичної реабілітації дає можливість стимулювати крово-та ліфообіг в органах черевної порожнини, зменшувати запальні явища в нирках, нормалізувати діурез, покращувати психоемоційний стан хворого.

Для оцінки ефективності комплексної реабілітаційної програми, було попередньо та повторно проведено дослідження таких показників: ЧСС, ЧД, АТ (систоличного та діастолічного).



В ході дослідження спостерігали за динамікою клінічних симптомів (синдромом ендогенної інтоксикації, больовим синдром та сечовим синдромом) на основі вивчення суб'єктивних і об'єктивних ознак захворювання. Лікувально-реабілітаційна програма сприяла зникненню симптомів з різною швидкістю. Результати дослідження представлені в таб.1.

Таблиця 1

**Динаміка клінічних симптомів.**

Симптоми	5-й день		10-й день		12-й день	
	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%
Синдром ендогенної інтоксикації	4	50	2	25	–	–
Больовий синдром	6	75	3	37,5	1	12,5
Сечовий синдром	7	87,5	4	50	1	12,5

Синдром ендогенної інтоксикації на 5-й день дослідження зменшився на 50% на 12 день не фіксувався. Больовий синдром в процесі дослідження зменшився з 75% до 12,5%. Сечовий синдром зменшився на 65%, що підтверджує результативність впровадженої програми.

Вплив ЛФК в процесі фізичної реабілітації на стаціонарному етапі лікування оцінювали за динамікою показників ЧД, ЧСС, АТ (таблиця 2).

Таблиця 2

**Динаміка показників кардіореспіраторної системи**

Показники	До реабілітації	Після реабілітації	Різниця показників	
			Абс.	%
ЧД	24,4±2,23	21,6±2,34	2,8	11,4
ЧСС	88,3±1,87	79,8±2,03	8,5	9,6
АД(систоличне)	104,9±1,68	94,3±1,99	10,6	10,1
АД(діастолічне)	68,8±2,05	60,1±2,06	8,7	12,6

Після впровадження КПФР спостерігалася позитивна динаміка показників у порівнянні з вихідними даними, ЧД зменшилась на 11,4%, ЧСС – 9,6%, АД (сistol.) – 0,1%, АД (діастол.) – 12,6%, що підтверджує її ефективність.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні впливу розробленої комплексної програми фізичної реабілітації на самопочуття та психоемоційний стан дітей хворих на пієлонефрит.

**Список використаної літератури**

1. Диетология. 4-изд. / Под ред. А. Ю. Барановского. — СПб.: Питер, 2012. — 1024 с.: ил.
2. Заболевания органов мочеполовой системы у детей / И. С. Смьян, О. И. Луговая. - Киев : Здоровья, 1990. - 144,[1] с.
3. Золотые рецепты су-джок/сост. М. Кановская. – М.: АСТ: СПб.: Сова, 2009. – 127. [1] с – ( древние целительные практики).



4. Латохина Л. И. Хатха-йога для детей / Латохина Л. И. – М. : Просвещение, 1993. – 160 с.
5. Лекції з педіатрії [Текст] : навч. посіб. для студ. вищ. мед. закладів / І. С. Сміян. - Тернопіль : Підруч. і посібники, 2006. - 767 с.
6. Педіатрія : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред. проф. О.В. Тяжкої. – Вид. 4-те. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 1152 с.
7. Попов С. Н. Физическая реабилитация Изд. 3-е. – Ростов н/д: Феникс, 2005. – 608 с.
8. Фролов А. В. Йоготерапия - М.: Ориенталия, 2014. – 437 с.

Стаття надійшла до редакції 10.03.2018 р.

Цибуля С.В.  
Корж Ю.М.

Korzh Y.M.,  
Tsybulia S.V.

### STONE THERAPY IN A COMPLEX SYSTEM OF SPA TECHNOLOGY

*The article considers modern tendencies of application of stone therapy as one of the modern directions of SPA-technologies.*

**Key words:** SPA-therapy, stone therapy, massage, health improvement, resources.

### СТОУН-ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ СИСТЕМІ SPA ТЕХНОЛОГІЙ

*В статті розглядаються сучасні тенденції застосування стоун-терапії як одного із сучасних напрямків SPA-технологій.*

**Ключові слова:** SPA-терапія, стоун-терапія, масаж, оздоровлення, ресурси.

**Постановка проблеми.** Ритм життя сучасної людини, значне зростання інформаційного навантаження та постійне психічне напруження і ряд інших факторів призвели до внутрішнього напруження, роздратування, імунодефіциту, негативному психоемоційному стану тощо.

Сучасні SPA-технології сприяють цілісному оздоровленню, зняттю стресів у повсякденному житті, спрямовані на гармонізацію «тіла, розуму і духу» людини. Сьогодні «SPA» – це оздоровчий комплекс процедур з використанням води з лікувальними властивостями (мінеральної, морський, прісної), а також морських водоростей, солі і каменю, лікувальних грязей і цілющих рослин [2].

SPA-процедура на оздоровлення та релаксацію всього організму в цілому. Впливаючи через шкірний покрив, SPA-компоненти активізують процеси обміну речовин, покращують кровообіг, виводять токсини і шлаки з організму, поліпшують загальне самопочуття і насичують організм життєвою енергією [1].

**Мета дослідження:** проаналізувати та обґрунтувати доцільність використання в SPA-технології стоун-масажу, як одного з сучасних напрямків в системі фізичної терапії.

**Результати дослідження.** Головна філософія SPA – досягти гармонії душі і тіла. SPA має на увазі багатогранне відновлення людини, його здоров'я і самопочуття в комфортній, акуратній, ергономічній, естетичній та приємній атмосфері SPA-салонів і SPA-центрів. SPA-комплекс фізіопрофілактичних процедур,



в яких використовують природні лікувальні ресурси у поєднанні з психотерапевтичними методами, в умовах підвищеного комфорту пацієнта.

У SPA-процедурах, разом з природними лікувальними чинниками, застосовують також SPA-засоби, що мають доволі часто вельми екзотичний генезис. Завдяки сучасним технологіям, вони здатні тривалий час зберігати свої натуральні властивості біотропів і можуть використовуватися за тисячі кілометрів від місця свого природного походження [2].

Стоун-терапія являє собою особливу техніку масажу з використанням різних природних каменів, засновану на методі термо-терапії – чергуванні гарячих і холодних впливів на організм для отримання відповідної відповіді на рівні кровотоку і лімфоток.

В якості провідників тепла і холоду використовуються спеціальне каміння:

- для гарячого впливу – базальтові (з Індонезії, Перу, Аргентини, Гавайських островів);
- для холодного впливу – морське осадове каміння (з США) і мармурові (з Італії, Греції, США та Росії);
- для чакрального впливу – напівкоштовні мінерали (з Індії, Тибету, Непалу та США).

Використання природних каменів гарантує не тільки ефективність процедури, але і повну ступінь релаксації. Служачи продовженням руки масажиста, камені посилюють ефект впливу при поєднанні з іншими техніками масажу, будучи справжньою «гімнастикою» для судин [4].

Масаж гарячим камінням сприяє розслабленню м'язів, збільшує інтенсивність обмінних процесів, приносить відчуття фізичного спокою і душевної рівноваги. Основна локальна дія гарячих каменів на тканини обумовлена розширенням судин і гіперемією. При цьому досягається поліпшення місцевого кровообігу, більш інтенсивний обмін речовин, швидке виведення токсинів.

Масаж холодним камінням (при чергуванні з гарячими) викликає звуження судин і капілярів шкіри, усуває венозний застій, підвищує м'язовий тонус, збільшує надходження свіжої, збагаченої киснем крові в тканини [5].

Крім того, в стоун-терапії використовують напівкоштовні мінерали, що сприяють відкриванню чакр і вивільненню енергії.

Масаж гарячим і холодним камінням в поєднанні з дренажними, розслаблюючими, стимулюючими або зміцнюючими ефірними маслами сприяє більш глибокому проникненню останніх, а також прекрасно доповнює різні техніки масажу, будучи інструментом глибокого впливу на тканини.

Сеанси стоун-терапії надають не тільки релаксаційний ефект, але і регулюють роботу вегетативної нервової системи, зменшують м'язові болі, зміцнюють респіраторну та імунну систему організму, допомагають подолати психічні та фізичні перевантаження, стан стресу, депресії, хронічну втоми, сприяють загальному оздоровленню і підвищенню життєвого тонусу.

Загальні протипоказання для проведення стоун-терапії такі ж, як для класичного масажу і фізіотерапевтичних процедур [4], а саме:

- гострі стадії захворювань;
- вагітність;
- підвищена температура тіла;
- загострення хронічних захворювань;
- злоякісні пухлини;
- виражена анемія;
- схильність до кровотеч будь-якої локалізації.



Загальний час проведення: 90-120 хвилин. Рекомендований курс стоун-терапії: 7-10 процедур (1-2 рази на тиждень). Стоун-терапія включає в себе 4 етапи.

I. Підготовча частина.

II. Вихідне положення – лежачи на спині:

- викладування схеми каменів;
- встановлення енергетичного контакту з клієнтом;
- розкладування каменів на тіло;
- масаж ніг гарячим камінням;
- установка міжпальцевих камінців;
- масаж рук гарячим камінням;
- контрастний масаж ділянки декольте і комірцевої зони;
- контрастний масаж обличчя.

III. Вихідне положення – лежачи на животі:

- викладка каменів на спину;
- контрастний масаж ніг;
- контрастний масаж рук;
- контрастний масаж спини;
- «Завершальний круг».

IV. Відпочинок протягом 15 хвилин і чаювання.

Після проведення стоун-терапії необхідно збільшити кількість споживаної рідини. Не переїдайте перед сеансом, а тим більше важкої їжі. Перед першим візитом краще прийти за 15-20 хвилин раніше до призначеного часу, щоб встигнути заповнити відповідні бланки. У наступні рази оптимально приходити за 5-10 хвилин до початку терапії, щоб віддихатися, налаштуватися і розслабитися.

Якщо у Вас є особисті переваги, то вибір ароматичної олії для проведення масажу можна заздалегідь обговорити з майстром [3].

У SPA-салонах та косметологічних клініках проводиться розслаблююча і тонізуюча стоун-терапія. Лікування даним методом масажу потрібно обов'язково проводити в спеціальних клініках, під наглядом лікаря і, при необхідності, в комплексі з іншими методиками [5].

### Література:

1. Єжов В. В. Спа-технології у відновлювальній медицині та курортології: стан та перспективи розвитку в Україні / В. В. Єжов, О. А. Гоженко, С. Н. Бучинський, І. Ф. Душкін [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sankurort.ua/uk/4/22/31>
2. Кашинская Е.Е. SPA и Wellness индустрия в гостиничном бизнесе / Е.Е. Кашинская, Г.П. Щука // Актуальные проблемы и перспективы развития индустрии гостеприимства. – СПб. : Изд-во СПбГЭУ, 2014. – С. 96-99.
3. Креббін-Бейлі Д. Спа-терапия в индустрии красоты. Методика процедур, эксплуатация оборудования, программы обучения спа-менеджменту / Д. Креббін-Бейлі, Д. Харкап, Д. Харрингтон; [пер. с англ. В.Е. Бельченко]. – М. : РИПОЛклассик, 2010. – 304 с.
4. Скривнер Д. Стоунтерапия – простой путь к здоровью / Д. Скривнер. – 1995.
5. Флек Д. Массаж горячими камнями / Д. Флек, Л. Йохум. - М. : Вектор. – 2012.

Стаття надійшла до редакції 03.03.2018 р.





Щапова А.Ю.  
Арєшина Ю.Б.

Schapova A.Yu.,  
Arieshyna Yu.B.

## FUNCTIONAL FITNESS EXERCISES FOR VIOLATION OF POSTURE AT SCHOOL CHILDREN

*The article deals with exercises of functional fitness training as a method of correcting posture disorders at children of school age. The main tasks that we can solve by means of these exercises are identified. They are: creation of a muscular corset of a trunk, maintaining of coordinated work of numerous muscle groups in various motor situations, increasing of the general physical fitness level. Here are formulated methodical recommendations for performing the exercises of functional training in the facilitated mode (for beginners).*

**Key words:** exercise, fitness, functional training, posture, school children.

## ВПРАВИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ФІТНЕСУ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ У ШКОЛЯРІВ

*У статті розглядаються вправи функціонального фітнес-тренування як метод корекції порушень постави у дітей шкільного віку. Виявлено основні завдання, які можна вирішити за допомогою даних вправ, а саме: формування м'язового корсету тулуба, забезпечення координованої роботи численних м'язових груп у різних рухових ситуаціях, підвищення рівня загальної фізичної підготовленості. Сформульовано методичні рекомендації щодо виконання даних вправ функціонального тренування у полегшеному режимі (для початківців).*

**Ключові слова:** вправа, постава, фітнес, функціональне тренування, школярі.

**Постановка проблеми.** Постава – найважливіший показник фізичного стану людини, який, у свою чергу, залежить від загального рівня здоров'я та фізичної підготовленості. Постава формується у процесі росту організму і змінюється у залежності від умов побуту, навчання, праці, занять, фізичними вправами. Навчання у школі передбачає тривале перебування у положенні сидячи, причому часто з опущеною головою, а це рефлекторно тягне за собою розслаблення м'язів, які утримують хребет у вертикальному положенні, що у свою чергу загострює проблему поширення порушень постави серед школярів. У зв'язку з цим стає зрозумілим зростаючий інтерес до різних сучасних і нетрадиційних методик та видів фізичної культури, які спрямовані не тільки на виховання фізичних якостей, але і дозволяють вирішувати різні проблеми, пов'язані з порушенням постави [7].

Різні дослідники у своїх працях приходять до єдиної думки, що саме школа може і повинна бути місцем профілактики порушень постави. За статистикою, функціональні порушення постави спостерігаються у 40-60 % учнів. Тому у фізичному вихованні дітей шкільного віку одним з основних завдань є формування правильної постави [1; 5; 8].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Гарна постава складається з правильного положення хребта і тазу, гармонійно врівноваженого тону великих м'язових груп (м'язів спини, живота, плечового і тазового поясу, нижніх кінцівок). Тому фахівці вважають, що працювати над поліпшенням постави потрібно у різних



напрямок: розслабляючи перенапружені зони (наприклад, поперекову ділянку або грудні м'язи), зміцнюючи слабкий м'язовий корсет і засвоюючи раціональні схеми руху. З даною метою застосовуються коригувальні вправи лікувальної фізичної культури, а також вправи силового тренінгу, суглобової гімнастики, йоги та стретчингу [3; 6].

Однак виділяють також інший підхід до вирішення даної проблеми, використовуючи у роботі з корекцією постави функціональні вправи. Сутність їх полягає у постійному пошуку тілом балансу. Дана умова може бути реалізована, зокрема, при зменшенні площі опори.

Лікувальний ефект у даному випадку обумовлений біомеханічними факторами. Перш за все – впливом на хребет, міжхребцеві диски, суглоби та оточуючі їх тканини коливань тіла під час спроб утримати рівновагу. При систематичних наростаючих навантаженнях подібного характеру створюється сильний м'язовий корсет навколо хребта, поліпшується крово- і лімфообіг у даній ділянці, обмін речовин у міжхребцевих дисках. Підтримка рівноваги вимагає координованої роботи численних м'язових груп, що сприяє формуванню м'язового корсету за рахунок зміцнення м'язів спини і черевного пресу [7].

Отже, одну з основних ролей у патогенезі порушень постави відіграє стан м'язового корсету, який обумовлює і появу, і прогресування порушень постави. Велике значення мають сили гравітації і дезорієнтація положення різних частин тіла у просторі щодо соматичної системи відліку. Основним завданням при вихованні у школярів правильної постави є зміцнення м'язів. Активні фізичні вправи, які зміцнюють розгиначі спини і черевний прес, поступово створюють м'язовий корсет і формують правильний динамічний стереотип, доводячи до автоматизму звичку до раціонального положення різних ланок тіла у просторі [2; 6].

З даних точок зору одним з методів рухової активності, який може застосовуватися з метою корекції порушень постави, є функціональний тренінг. 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) одночасне залучення та активізація великої кількості м'язів 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. При побудові 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, загальну рухливість, 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 ділянки тіла і поліпшується взаємодія між ними. Важливим є приділення значної уваги правильній техніці виконання вправ [4].

Проте у даному типі тренування присутні вправи, що вважаються несприятливими за наявності порушень постави, а саме вправи, де присутні стрибки, підскоки у вертикальному положенні тіла, виси, вправи з обтяженням. Тому нашим завданням став добір саме тих вправ функціонального тренінгу, які можна було б застосувати з метою корекції постави у школярів [3; 9].

**Мета дослідження:** дібрати вправи функціонального тренінгу, за допомогою яких можна здійснювати корекцію постави у дітей шкільного віку.



**Об'єкт** дослідження: функціональне фітнес-тренування при порушеннях постави у школярів.

**Предмет** дослідження: вправи функціонального фітнес-тренування при порушеннях постави у дітей 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.** У результаті проведеного аналізу наукової та методичної літератури було сформовано комплекс статичних та динамічних вправ функціонального тренінгу, які сприятливо впливають на зміцнення м'язового корсету тулуба і тому можуть бути використані з метою корекції функціональних порушень постави у школярів. Враховуючи дані досліджень щодо протипоказань та обмежень при виконанні фізичних вправ школярами з порушеннями постави, а також спираючись на власний практичний досвід проведення фізкультурних занять з різними категоріями населення, сформульовано методичні рекомендації щодо виконання даних вправ у полегшеному режимі. Отже, розглянемо даний комплекс функціональних вправ при порушеннях постави у школярів.

**Вправа 1. Рухи бігуна (Runner's Reach).** Вправа спрямована на розвиток рівноваги та сприяє поліпшенню стабільності у кульшовому суглобі при стоянні на опорній нозі. Вихідне положення (в. п.) – стоячи на лівій нозі, праве коліно підняте; ліва рука попереду, права – трохи позаду, лікті зігнуті під кутом близько 90 градусів. Методика виконання вправи: права нога (зігнута у коліні під кутом близько 90 градусів) рухається назад, при цьому тулуб одночасно нахилиється уперед. Права рука рухається уперед, ліва – назад. Після нахилу тулуба випрямитися, повернутися у в. п., правою ногою не торкатися підлоги. У полегшеному вигляді пропонуємо виконувати вправу, опускаючи після кожного повторення стопу правої ноги на підлогу. Кількість повторів вправи – 6–8 разів на кожній нозі.

**Вправа 2. Планка (Plank).** Вправа гарно зміцнює м'язовий корсет тулуба та м'язи плечового поясу. Виконується у статичному режимі. Сутність полягає в утриманні упору лежачи з максимально рівною спиною, руки знаходяться у вертикальному положенні. Слідкувати за симетричним положенням правої та лівої половин тіла. Полегшений варіант вправи передбачає утримання упору лежачи на колінах, при цьому все одно від колінних суглобів до маківки голови утворюється одна пряма лінія. Час утримання положення – від 15 секунд на початкових етапах занять до 45–60 секунд у подальшому.

**Вправа 3. Бічна планка (Side T Plank).** Має ті ж переваги, що й попередня вправа, а також розвиває рівновагу та зміцнює м'язи переважно однієї половини тулуба. В. п. – упор лежачи. Методика виконання вправи: поставити праву кисть по центру, повернути тулуб вліво, підняти ліву руку, затриматися у даному положенні. Вправа виконується у статичному режимі. Полегшений варіант вправи передбачає утримання бічного упору з опущеним лівим коліном, при цьому все одно від правої стопи до правого плечового суглобу утворюється одна пряма лінія. Після цього виконати в інший бік. Час утримання положення – від 15 секунд на початкових етапах занять до 45–60 секунд у подальшому (у кожен бік).

**Вправа 4. Піднімання тулуба з положення лежачи з торканням протилежної ноги (X-Up).** Вправа сприяє зміцненню м'язів черевного пресу. В. п. – лежачи на спині, ноги випрямлені та трохи відведені, руки випрямлені назад та також трохи відведені (X-position). Методика виконання вправи: на видиху підняти ліву руку, голову та верхню частину тулуба. а також праву ногу. Торкнутися лівою рукою



правої стопи, на вдиху повернутися у в. п. Виконувати поперемінно або спочатку тільки в один бік, а потім – в інший. Полегшений варіант вправи передбачає в. п. із зігнутими колінами, стопи стоять на підлозі, під час підйому руку, якою не тягнємось вгору, можна покласти на потилицю, що сприятиме зменшенню навантаження на м'язи передньої поверхні шиї. У даному вигляді доцільніше виконати спочатку необхідну кількість повторів вправи в один бік, а потім – повторити в інший. Кількість повторів вправи – по 10–12 разів у кожен бік на початкових етапах занять, до 16–18 разів у подальшому.

*Вправа 5. Бурпі (Burpie).* Вправа сприяє розвитку великих м'язових груп тулуба та кінцівок, поліпшує загальну витривалість. В. п. – стоячи. Методика виконання вправи: на рахунок «1» – виконати нахил тулуба уперед, трохи зігнути ноги у колінах, покласти кисті на підлогу; на рахунок «2» – відстрибнути стопами назад, прийнявши упор лежачи (позиція «планка»); на рахунки «3–4» – виконати віджимання; на рахунок «5» – підстрибнути стопами уперед, перейти у положення «нахил вперед, ноги трохи зігнуті у колінах, кисті на підлозі» (див. положення на рахунок «1»); на рахунок «6» – повернутися у в. п. Оскільки у школярів із порушеннями постави може спостерігатися слабкість м'язів живота, спини та верхнього плечового поясу, недостатня загальна витривалість, а також є необхідність обмежувати стрибки та підскоки при виконанні фізичних вправ, пропонуємо наступні полегшені варіанти даної вправи. По-перше, віджимання можливо виконувати в упорі на колінах (див. полегшений варіант вправи 2). По-друге, замість стрибка у положення «планка» та уперед, можна виконувати перехід кроком: поставити назад спочатку праву ногу, потім ліву, перехід уперед також виконувати широким кроком з правої ноги. При використанні даного варіанту, виконати однакову кількість повторів з правої та лівої ноги. По-третє, за неможливості виконати віджимання в упорі лежачи, на початкових етапах занять достатнім вважаємо утримання позиції «планка» протягом 4–5 секунд. Кількість повторів вправи – 6–8 разів на початкових етапах занять, до 12–16 разів у подальшому.

*Вправа 6. Імітація плавання брасом.* Вправа сприяє зміцненню м'язів спини (найширшого м'яза, м'язів-розгиначів хребта, квадратного м'язу попереку, ромбоподібних м'язів). В. п. – лежачи на животі, руки випрямлені перед собою. Методика виконання вправи: підняти руки та верхню частину тулуба, відвести руки в сторони, а потім назад, ніби виконується плавання стилем «брас на животі». Голову не піднімати. Слідкувати за симетричним положенням правої та лівої половин тіла. Кількість повторів вправи – 10–12 разів на початкових етапах занять, до 16–18 разів у подальшому.

*Вправа 7. «Супермен».* Вправа має ті самі переваги, що й попередня. В. п. – те саме. Методика виконання вправи: підняти випрямлені руки, ноги, та верхню частину тулуба; затриматися у даному положенні. Вправа виконується у статичному режимі. Голову не піднімати, погляд спрямований у підлогу. Слідкувати за симетричним положенням правої та лівої половин тіла. Полегшений варіант вправи передбачає утримання положення без випрямлення рук уперед, натомість руки зігнути у ліктях, притиснути до бічних поверхонь тулуба, кисті зігнути у кулаки та наблизити до бічних поверхонь плечей, лопатки звести. Час утримання положення – від 15 секунд на початкових етапах занять до 45–60 секунд у подальшому.

**Висновки.** Проведений аналіз літературних джерел дозволив виявити недостатню кількість розробок щодо питань корекції порушень постави у дітей





шкільного віку за допомогою засобів оздоровчого фітнесу. З метою коригуючого впливу для школярів може бути застосоване функціональне фітнес-тренування, що дозволить зміцнити м'язовий корсет тулуба та сприяти, таким чином, корекції наявних порушень постави.

З'ясувавши основні методичні вимоги та протипоказання до застосування фізичних вправ у школярів при порушеннях постави був сформований комплекс функціональних вправ, який включає вправи на рівновагу, вправи для зміцнення м'язів спини та живота та комплексну вправу бурпі. У даному комплексі присутні як статичні, так і динамічні режими виконання вправ. Надано методичні рекомендації щодо використання даних вправ на початкових етапах занять у полегшених умовах.

**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. Агайари А. Коррекция нарушенной осанки у школьников 11-13 лет средствами адаптивной физической культуры : автореф. дисс. ... канд. пед. наук. Москва, 2006. – 19 с.
2. Ахмедзянов Р.М., Сидоров Е.С., Туренков А.Н. Опыт применения техники единоборств в современных фитнес-технологиях (на примере тай-бо). *Проблемы развития физической культуры и спорта в новом тысячелетии*. 2015. Т. 1. С. 51-55.
3. Бабыдов Е.А. Обзор современных методов коррекции кифолордотической осанки. *Вестник новых медицинских технологий*. 2015. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/obzor-sovremennyh-metodov-korreksii-kifolordoticheskoy-osanki> (дата обращения: 06.03.2018).
4. 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.
5. Макарова Ю.В. Профилактика нарушений осанки у детей младшего школьного возраста. *Педагогическое мастерство: материалы IX Междунар. науч. конф.* (Москва, ноябрь 2016 г.). Москва: Буки-Веди, 2016. С. 183–185.
6. Пономарева И.А., Сергеева Е.Г. Применение элементов йоги при занятиях фитнесом у женщин с нарушением осанки. *Таврический научный обозреватель*. 2016. № 6. С. 35–40.
7. Удалова Е.П., Южакова Н.В. Профилактика и коррекция нарушения осанки с помощью аэробики на фитболах для студентов специальной медицинской группы. *Молодой ученый*. 2015. №24. С. 679–687.
8. Фашенко Я.И., Штаненко Н.И., Ларионова О.В. Анализ влияния специальных физических упражнений на показатели системы внешнего дыхания детей среднего школьного возраста с нарушением осанки. *Фундаментальные науки – медицине: Материалы Международной научной конференции* (Минск, 17 мая 2013). Минск, 2013. С. 323–326.
9. Santana J.C. Functional training. Champaign: Human Kinetics, 2015. 288 p.

Стаття надійшла до редакції 09.03.2018 р.





Литвиненко Б.М.,  
Корж Ю.М.,  
Корж З.О.

Lytvynenko B.M.,  
Korzh Y.M.,  
Korzh Z.O.

## MODERN GOING NEAR APPLICATION OF RESPIRATORY EXERCISES AT OBESITY FOR WOMEN

*In the article the method of respiratory gymnastics of «Bodifleks»pid is examined time of rehabilitation of women with obesity.*

**Keywords:** obesity, respiratory exercises, method of «Bodifleks».

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ВПРАВ ПРИ ОЖИРІННІ У ЖІНОК

У статті розглядається методика дихальної гімнастики «Бодіфлекс»під час реабілітації жінок з ожирінням.

**Ключові слова:** ожиріння, дихальні вправи, методика «Бодіфлекс».

**Постановка проблеми** У багатьох країнах світу за останні 10 років захворюваність на ожиріння збільшилася в середньому вдвічі. В економічно розвинутих країнах майже 50% населення має надмірну масу тіла, при цьому у 30% з них спостерігається ожиріння [1].

Серед дорослого населення США число осіб з ожирінням зростає на 8% кожні 10 років. За прогнозами дослідників у 2230 р. все населення США буде мати надмірну вагу. В Україні ожиріння виявляють майже в 30% випадків, а надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець. Встановлено, що серед жінок різного віку дана патологія зустрічається частіше, ніж серед чоловіків, що пов'язано з відмінностями в структурі і функціях чоловічого та жіночого організму [2].

ВООЗ зазначає, що зниження рівня фізичної активності є четвертим з важливих факторів, що впливають на причини смертності в світі (6% від загальної кількості випадків) [9]. Важливим фактором малорухливого способу життя став науково-технічний прогрес, що призвело до використання інноваційних технологій замість звичайної фізичної праці. Зросла залежність від автотранспорту на фоні скорочення пішохідного та велосипедного руху. Загальне середнє скорочення трат енергії за останні 50 років склало 250–500 ккал в день, але якщо співставити їх з масштабами ожиріння, то ці цифри будуть значно вищими [5].

Ожиріння частіше зустрічається у жінок після 50 років, воно ускладнюється атеросклерозом судів серця та мозку, цукровим діабетом, злоякісними новоутвореннями, підвищення маси тіла на 10% супроводжується збільшенням смертності на 30% [3].

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Характерні для сучасного суспільства малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих продуктів, постійні психологічні навантаження призводять до росту частоти ожиріння особливо серед жінок.

Розрізняють екзогенну (аліментарну) та ендогенну (ендокринно-церебральну) форми ожиріння. Екзогенна форма пов'язана з зовнішніми причинами: надмірним вживанням їжі, багатої вуглеводами і жирами, недостатньою руховою активністю.



Друга форма є наслідком внутрішніх причин: порушенням функції щитоподібної та статевих залоз, гіпофізу або регуляції жирового обміну ЦНС. В результаті визначених причин в організмі відкладається велика кількість жирової тканини у підшкірній основі на ділянці живота, грудей, таза, стегон, а також на органах черевної порожнини. Це в свою чергу зменшує екскурсію діафрагми, порушує механізм дихання, сприяє розвитку дистрофії міокарду, атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, стенокардії порушує функцію ЦНС. Також збільшується статичне навантаження на опорно-руховий апарат, що призводить до артрозів суглобів нижніх кінцівок, плоскостопості, остеохондрозу хребта тощо.

Ожиріння – одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності. Широке розповсюдження, тісний зв'язок із способом життя і надзвичайно висока смертність від його наслідків вимагають об'єднання зусиль лікарів різних спеціальностей та фізичних реабілітологів.

Для діагностики ожиріння використовується індекс маси тіла (ІМТ), який обчислюється, як відношення ваги тіла ( $y$  кг) до квадрату зросту ( $y$  м<sup>2</sup>). За класифікацією ВООЗ, якщо ІМТ дорівнює 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>, це свідчить про нормальну вагу тіла, якщо ІМТ 25–29,9 кг/м<sup>2</sup> – ожиріння I ст., якщо ІМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> – ожиріння II–IV ст.

Ожиріння лікують комплексно, поступово збільшують обсяг фізичного навантаження та обмежують вживання мучних, кондитерських виробів, круп'яних та макаронних продуктів, жирних і копчених страв.

У цьому зв'язку важливо розробляти програми фізичної реабілітації, які можуть стати найбільш ефективними для корекції маси тіла жінки в умовах постійної її зайнятості, обмежених можливостей загальноприйнятої системи фізичного навантаження.

Корекція надмірної ваги серед жінок має свої особливості та потребує більш поглибленої деталізації. Тому, подальше вивчення стану проблеми, її профілактики та реабілітації жінок з ожирінням різного ступеню є актуальною.

**Мета дослідження** — на основі аналізу сучасних підходів до ожиріння, обґрунтувати найбільш раціональні засоби фізичної реабілітації для жінок з ожирінням.

**Об'єкт дослідження:** фізична реабілітація жінок з ожирінням.

**Предмет дослідження:** методика використання дихальної гімнастики «Бодіфлекс» у фізичній реабілітації жінок з ожирінням.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз літератури й узагальнення інформації щодо використання дихальних вправ при ожирінні.

**Результати дослідження та їх аналіз.** Ожиріння — це захворювання, що потребує комплексу лікувально-профілактичних методів корекції маси тіла за допомогою раціонального режиму харчування, підвищення фізичної активності та комплексного застосування реабілітаційних заходів.

ВООЗ розробила «Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я» де наголошується, що працездатному населенню у віці 18–64 років необхідно приділяти не менше 150 хв. на тиждень заняттям аеробікою середньої інтенсивності, або, не менш ніж 75 хв. на тиждень, заняттям аеробікою середньої і високої інтенсивності [9].

В.О. Епіфанов рекомендує використовувати для хворих з I ст. ожиріння вправи на тренажерах (VELOERГОМЕТРІ, ГРЕБЛЯ, ТРЕДМІЛІ, БІГОВІЙ ДОРІЖЦІ) з підвищенням ЧСС на 75% по відношенню до стану спокою. При цьому під час 30–90 хв. занять механотерапією, 5 хв. підходи до тренажерів чергують з 3 хв. пасивним відпочинком.

Хворим з III ст. ожиріння та супутніми захворюваннями (гіпертонічною хворобою II А ст., недостатністю кровообігу не вище I ст.) рекомендовано під час



занять механотерапією збільшення ЧСС на 50% по відношенню до стану спокою. Під час занять на тренажерах чергують 3 хв. підходи з 5 хв. паузами відпочинку [3].

В.М. Мухін для стимуляції загального тону су організму, покращання функції кардіо-респіраторної системи, обміну речовин, підсилення енерговитрат та загартування рекомендує використовувати гідротерапевтичні процедури (обтирання, обливання, циркулярний та гольчастий душі, душ Шарко, сухоповітряну лазню тощо. Бальнеотерапевтичні процедури: сульфідні, вуглекислі, йодобромні ванни, пиття мінеральної води. Електростимуляцію м'язів живота та стегон [4].

Інші автори рекомендують використовувати декілька разів на день прогулянки зі зміною темпу ходьби. Ходьбу у швидкому темпі (120–140 кр./хв.) на дистанції 50-100 м, чергують з ходьбою у повільному темпі (60–80 кр./хв.) на дистанції 100–200 м. Прогулянку закінчують виконанням дихальних вправ. Загальну дистанцію ходьби поступово збільшують від 2 км до 10 км. Після 2–3 міс. занять замість ходьби в швидкому темпі можна включати біг підтюпцем, починаючи з 25–50 м.[5].

Також для зменшення ваги тіла застосовують гідрокінезітерапію та сучасні СПА технології з використанням атицелюлітного, вакуумного баночного та кріо-масажів.

Останні роки все більше уваги приділяється оздоровчим фітнес програмам при ожирінні в яких акцент ставиться на дихальних вправах. В літературних джерелах зустрічаються дані про використання оздоровчих програм «Бодіфлекс», «Оксісайз», «Цзяньфей», «Пілатес» та «Пранаяма йога» для корекції надмірної ваги тіла. Спеціальні дихальні вправи дозволяють збільшити насичення киснем клітин, що стимулює метаболічні процеси та окислення жирів [6, 8].

Під час діафрагмального типу дихання в роботу активно включаються м'язи передньої черевної стінки, що зменшує кількість підшкірного жиру в цій ділянці та підвищує енергозатрати організму. Також активно залучаються в роботу нижні відділи легень, що сприяє їх кращій вентиляції й оксигенації крові та стимуляції окисленню жирних кислот [8].

Враховуючи, що дихальні вправи активізують екстракардіальні чинники кровообігу, тобто хвилеподібно змінюють внутрішньогрудний та внутрішньочеревний тиск, за рахунок чого посилюється кровообіг та лімфоток від нижніх кінцівок до серця, масуються внутрішні органи, під час реабілітації хворих з ожирінням використовують комплексну програму з фізичної реабілітації за методикою «Бодіфлекс».

Методика «Бодіфлекс» – це комплекс з дванадцяти вправ спеціального діафрагмального дихання у поєднанні з вправами на розтягнення м'язів, що виконуються у ізотонічному та ізометричному режимах [6]. Мета методики – зниження ваги та приведення її до норми. Це відбувається завдяки наступним механізмам: збільшенню екскурсії діафрагми, покращенню кровообіг та аферентацію сонячного сплетіння; комплексному застосуванню гімнастичних вправ на розтягування м'язово-сухожилкового апарату в ізометричному режимі з спеціальними дихальними вправами у швидкому темпі, що активізує роботу симпатичної нервової системи.

Дана методика також має загальнооздоровчий ефект: під час затримки дихання у легенях накопичується CO<sub>2</sub>, активізується накопичення еритроцитів та синтез оксигемоглобіну в крові, збільшується кількість вуглекислоти, що підвищує надходження кисню до тканин, зменшується ступінь гіпоксії, покращується метаболізм, зменшується на 50% концентрації холестерину в крові [6].

Дихальна вправа виконуються в 5 етапів. На першому – необхідно видихнути повітря у повільному темпі з легень через рот, склавши губи трубочкою. На другому –



піднімаючи голову швидко темпішумно вдихнути повітря через ніс, розширюючи грудну клітку. На третьому етапі – виконують швидкий діафрагмальний видих через рот з звуком «пах!». На четвертому – нахиляють голову вниз й максимально втягують живіт, затримують дихання на 3 до 10 рахунків. На п'ятому – розслабляють м'язи живота й видихнути повітря через ніс.

Комплекс динамічних і статичних вправ «Бодіфлекс» («Лев», «Потворна гримаса», «Бокова розтяжка», «Відтягування ноги назад», «Сейко», «Алмаз», «Шлюпка», «Крендель», «Черевний прес», «Ножиці», «Кішка», виконуються на четвертому етапі дихальної вправи (на затримці дихання, після максимального втягування живота). Дана методика дає можливість розвивати м'язи в аеробному режимі та прискорює обмін речовин за допомогою дихання.

**Перспективи подальших досліджень.** На нашу думку перспективи подальшого дослідження стосуються впровадження дихальної гімнастики «Бодіфлекс» в комплексі з бальнеотерапією на базі санаторія «Бердянськ» у жінок з ожирінням I-II ступеню.

### Список використаної літератури

1. Власенко М. В. Цукровий діабет і ожиріння – епідемія XXI століття: сучасний підхід до проблеми / М. В. Власенко, І. В. Семенюк, Г. Г. Слободянюк // Український терапевтичний журнал. – 2011. – № 2. – С. 50–55.
2. Коваленко В. М. Метаболічний синдром: механізми розвитку, значення як фактора серцево-судинного ризику, принципи діагностики та лікування / В.М. Коваленко, Т.В. Талаєва, А.С. Козлюк. // Український кардіологічний журнал. – 2013. – № 5. – С. 80–87.
3. Лечебная физическая культура: Справочник / В.О. Епіфанов, В.М. Мошков, Р. И. Ануфриев и др. Под ред. В.А. Епифанова. – М.: Медицина., 1987. – 528 с.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник для інститутів фізичної культури і спорту / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2000. – 423 с.
5. Фізична реабілітація, спортивна медицина / [В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О.Б. Неханевич та ін.]. – Дніпропетровськ :Журфонд, 2014. – 456 с.
6. Чайлдерс Г. Великолепная фигура за 15 минут в день / Г. Чайлдерс. Перевод с англ. Е.Н. Мартинкевич.– МН.: ООО «Поппури», 2001. – 208 с.
7. Edwards A. M. Inspiratory muscle training and endurance: a central metabolic control perspective / A. M. Edwards and R. E. Walker // International Journal of Sports Physiology and Performance. – 2009. – Vol. 4, № 1. – P. 122– 128.
8. Exercise and Weight Loss: No Sex Differences in Body Weight Response to Exercise / PhillipaCaudwell,CatherineGibbons,Graham Finlayson [et al.] // Exercise & Sport Sciences Reviews. – 2014. – Vol. 42 (3). – P. 92–101.
9. World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health (WHO, 2011) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf)

Стаття надійшла до редакції 10.03.2018 р.



## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

- Авраменко Н. Б.** – викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Алексенко А.В.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- 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 імені А.С.Макаренка;
- Бабенко В.Г.** – кандидат педагогічних наук, доцент, провідний науковий співробітник НДЛ ПЗ Державного науково-дослідного інституту МВС України;
- Бардакова А.С.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Беспалова О. О.** – викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Богомаз Т.О.** – аспірант кафедри валеології, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна;
- Вільхова О. Г.** – асистент кафедри початкової освіти, природничих і математичних дисциплін та методик їх викладання Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка;
- Гапич Н.М.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Гончаренко М.С.** – доктор біологічних наук, професор кафедри валеології, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна;
- Дикун Н.Ю.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Євдокимова Л.Г.** – старший викладач кафедри спорту та фітнесу Київського університету імені Б.Д. Грінченка;
- Журбенко Н.М.** – студент магістратури Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»;
- 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 імені А.С.Макаренка;





- Івницький В.В.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Калашник Д.С.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Камнєва Т.П.** – науковий співробітник кафедри валеології Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна;
- Кананихіна О.М.** – проректор з науково-педагогічної та виховної роботи, соціальних питань, оздоровлення і спорту, канд. технічних наук, доцент, Одеська національна академія харчових технологій;
- Каракай О.О.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Карпенко Ю. М.** – викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Козлова В.А.** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спеціальної освіти та здоров'я людини Центральноукраїнського державного педагогічного університету ім. В.Винниченка;
- Копитіна Я.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 імені А.С.Макаренка;
- Клим І.Я.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Ковальова А. Ю.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Котелевський В.І.** – кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету 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 імені 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 імені А.С.Макаренка;
- Кудрявець Ю.С.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені



- Кузьменко А.В.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Кукса Н.В.** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Лянной Ю.О.** – доктор педагогічних наук, професор кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Литвиненко Б.М.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Ломинога С.І.** – кандидат медичних наук, старший викладач Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», лікар ЛФК вищої категорії;
- Лукашенко О.О.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Міхеєнко О. І.** – доктор педагогічних наук, професор кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Москаленко Б.М.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Олійникова В. В** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Пишна Ю.В.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Правдік С.С.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Проненко А. Є.** – студентка VI курсу, спеціальність «Здоров'я людини», Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна;
- Ребрій Р. В.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Руденко А. М.** – викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Салівон С. М.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;



- А.С. Макаренка;**
- Самойлова Н.В.** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри валеології Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна;
- Сердюк Ю. О.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Сергєєва Т.П.** – завідувач кафедри фізичної культури та спорту Одеської національної академії харчових технологій;
- Ткаченко К.О.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Торішна А.В.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Уханова Я.П.** – студент Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка;
- Хапсаліс Г.Л.** – старший викладач кафедри фізичної культури Київського національного торговельно-економічного університету;
- Цибуля С.В.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Чикало Т. М.** – науковий співробітник кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;
- Щапова А.Ю.** – студент магістратури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка;
- Янченко І.М.** – старший викладач кафедри фізичної культури Київського національного торговельно-економічного університету.



Навчальне видання

# **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В СУЧАСНОМУ КУЛЬТУРНО-ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРІ**

матеріали I 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 03.05.2018 р. Підписано до друку 29.05.2018.  
Формат 60 x 84/16. Гарн. Arial. Папір друк. Друк ризогр.  
Умовн.-друк. арк. 10,69. Обл.-вид. арк. 16,56.  
Тираж 100. Вид. № 33.

СумДПУ імені А. С. Макаренка  
40002, м. Суми, вул. Роменська, 87