

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
КНП «ЦЕНТР СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ, САНОЛОГІЇ ТА ФІЗИЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»



ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ: ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ

**Матеріали II науково-практичної конференції
з міжнародною участю
21 – 22 жовтня 2021 року**

Ужгород - 2021

УДК 615.8-048.35(063)+615.851.3

ББК Р354.1л0

П. 84

П. 84 професійні компетентності фахівців фізичної терапії та ерготерапії: інноваційні підходи: матеріали II науково-практична конференція з міжнародною участю (м. Ужгород 21 – 22 жовтня 2021 р.). – Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2021. – 108 с.

У збірнику праць II Міжнародної науково-практичної конференції висвітлюються питання наукових досліджень фахівців у галузі фізичної терапії, ерготерапії, фізичного виховання, сучасні підходи до практичної і теоретичної підготовки фахівців фізичної терапії, ерготерапії, фізичної культури і спорту, роль і місце фізичного терапевта та ерготерапевта в комплексному наданні медичних послуг, науково-методичні основи здоров'я людини, проблеми формування здорового способу життя, інклюзивно-освітні технології та оздоровчі підходи до навчання дітей з особливими потребами.

ISBN 978-617-7798-68-1

ЗМІСТ

Daniela Barkasi USE OF SELECTED THERAPIES IN HOME SOCIAL SERVICES AS PART OF SOCIAL REHABILITATION PROGRAMS	6
Maria Popovičová BASAL STIMULATION AS A PART OF REHABILITATION NURSING OF UNCONSCIOUS PATIENTS	8
Jana Šulcová, Anna Murgová DETERMINATION OF PHYSICAL ACTIVITY AS A PART OF THE TREATMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES	13
Peter Vansač, Vladimír Noga USE OF A SOCIAL THERAPY IN THE SELECTED SOCIAL CARE HOMES/ESTABLISHMENTS IN SLOVAKIA	17
Наталія Бондарчук ВРАХУВАННЯ СТАНУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ У ПРОЦЕСІ ЇЇ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ	22
Лариса Балацька, Валентина Головачук, Сергій Головачук ДИНАМІКА ЧАСТОТИ СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ БАСКЕТБОЛІСТОК ВІДНОСНО РІВНЯ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ	24
Валерія Брич ОКРЕМІ АСПЕКТИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ УРАЖЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ	27
Оксана Гаяш ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ УЧНІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	29
Надія Грицюк МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МКФ В РОБОТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА	31
Олександра Гузак ПОРУШЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ ПРИ ЗАНЯТТЯХ РІЗНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ ЯК СУЧАСНА ПРОБЛЕМА	34
Мар'яна Дуб МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ (МКФ) ПРИ ОЦІНЦІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТОК З ОЖИРІННЯМ	35
Юля Дуткевич-Іванська, Людмила Русин, Вікторія Кіш РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ЗРІЛОМУ ВІЦІ	37
Павло Єфіменко, Оксана Каніщева ПОТОЧНІ ОЗДОРОВЧІ ЗАСОБИ ПІДТРИМКИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СТУДЕНТА	40
Тетяна Кушик СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ	43
Маріанна Кляп ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОРЕКЦІЙНОГО ПЕДАГОГА В ЗАКЛАДІ З ІНКЛЮЗИВНИМ НАВЧАННЯМ	46
Анна Лепканич	49

СУЧАСНІ ХАРЧОВІ МОДЕЛІ НАСЕЛЕННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНИЙ ВИКЛИК СИТЕМІ ГОРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	
Іван Маріонда, Ростислав Старенок, Наталія Бобаль	52
АНАЛІЗ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИХ ОСНОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ	
Емілія Мадяр-Фазикаш, Надія Степчук, Максим Магула	55
ТЕХНОЛОГІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНИХ ТРЕНУВАНЬ, ЯК ДОДАТКОВА ФОРМА СПОРТИВНОЇ ПІДГОТОВКИ ФЕХТУВАЛЬНИКІВ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	
Ольга Мальцева, Ольга Андріїв, Валерій Пантьо	56
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ	
Ксенія Мелега	59
МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ У ЗВ'ЯЗКУ З ПАНДЕМІЄЮ COVID-19	
Іван Миронюк	62
РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК СТРУКТУРНИЙ КОМПОНЕНТ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (ПОГЛЯД НА ПИТАННЯ)	
Генадій Мордвінцев	64
РОЛЬ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В СИСТЕМІ ПЕДАГОГІЧНОГО ВИХОВАННЯ	
Тетяна Палько, Олена Воротинцева	67
ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ БАР'ЄРІВ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПІД ЧАС ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ	
Тетяна Підкопай, Денис Підкопай, Юсеф Шарбель	70
РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИК СХІДНИХ ЛАЗНІ ТА МАСАЖУ У ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СПОРТСМЕНІВ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБУ	
Людмила Русин, Мар'яна Сабадош, Юля Дуткевич-Іванська, Іванна Шабат	73
ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ІЗ ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ	
Мар'яна Сабадош	76
ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ	
Наталія Семаль, Василь Звонар, Тетяна Сапун	78
СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ	
Едуард Сивохоп, Іван Шанта, Михайло Шкірта	80
ДИДАКТИЧНІ СКЛАДОВІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З УРАХУВАННЯМ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ	
Світлана Стеблюк	81
ТЕХНОЛОГІЯ «СТВОРЕННЯ СИТУАЦІЇ УСПІХУ» У НАВЧАННІ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	
Антоніна Співак	84

ОЦІНКА ПОТЕНЦІЙНОЇ СПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРІВ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ХВОРИХ У ГОСПІТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	
Олександр Тимочко, Катерина Тимочко	87
ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ГИРЬОВОГО СПОРТУ З МЕТОЮ ОЗДОРОВЧОГО ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ	
Валерій Товт, Ангеліна Микуличинська	89
ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНО-ВОЛЬОВИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ГІМНАСТІВ ЗАСОБАМИ РУХЛИВИХ ІГОР НА ПОЧАТКОВИХ ЕТАПАХ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	
Ярослав Філак	92
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ МОЛОДИХ ОСІБ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ	
Фелікс Філак	96
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ДИСКІНЕЗІЄЮ ТОВСТОЇ КИШКИ В УМОВАХ САНАТОРІЮ	
Тетяна Хома, Альберт Ільницький	100
МОТИВАЦІЯ ШКОЛЯРІВ 5-6 КЛАСІВ ДО ЗАНЯТЬ СПОРТОМ	
Тетяна Шелехова, Вікторія Тулайдан	103
СУГЛОБОВА ГІМНАСТИКА ЯК СКЛАДОВА ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ	
Олена Яцина	105
ЕМОЦІЙНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ В ДОСВІДІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПАНДЕМІЇ COVID-19	

USE OF SELECTED THERAPIES IN HOME SOCIAL SERVICES AS PART OF SOCIAL REHABILITATION PROGRAMS

Daniela Barkasi

*University of Health and Social Work Alžbety, n.o. Bratislava, Detached
workplace of bl. Method Dominik Trčka in Michalovce*

Introduction

The effort and trend of social work is to constantly improve the quality of social assistance and social services. Social work as a scientific discipline is constantly evolving and enriched with a number of theoretical and practical knowledge from other scientific disciplines, which increase the quality, expertise and competencies of social workers and are beneficial for recipients of social services.

The work presents expressive therapies and their importance in the process of comprehensive care for recipients of social services in residential conditions, especially in terms of their application in sociotherapy, as well as part of social rehabilitation programs. Expressive therapies have a preventive, therapeutic and formative character. Their basic concept is artistic expression, in which various artistic expressions are perceived. It requires the active participation of the client during therapy and ends with the absorption of evoked emotions and experiences. Art therapies have an irreplaceable place in sociotherapy, through which the provision of services is improved and streamlined and a more effective form of assistance is implemented (Valenta, Müller, 2013).

In this paper, we focused on the psychotherapeutic approach in social work and its concept in practice. We point out the possibilities of their praxeological use within social-rehabilitation programs in social service homes, in order to achieve an increase in the quality of life of recipients of social services.

According to Balogová (2012), we encounter sociotherapy in Slovakia primarily through specialized social counseling, and its importance is underlined especially in the social system and in the performance of social work. She considers it a key method in supporting the client in the process of improving the quality of life, improving the social system in the state and better functioning of society as a whole.

The therapeutic approach in social work is based on the support and improvement of the unfavorable situation of clients, seeks to prevent and prevent social failure, through such interventions that support the client in self-belief, in his personal abilities and skills, through which he is able to cope with difficult life situations (Baštecká, 2009). The essence of sociotherapy is social learning, in which a certain social interaction arises on the part of the client and subsequently a certain social experience is formed. According to Müller (2014), the essence of social learning is a mutually influencing relationship between imitation behavior, learned cognitive abilities and strengthening or mitigating environmental influences. These are the mechanisms that have a major impact on the acquisition of socially accepted ways of behaving, on adapting to social roles, on adopting certain attitudes, on acquiring new knowledge and skills in general. The role of the social worker is to act in such a way that the needs of the recipients of social services are met through medical-therapeutic

methods. For this reason, he must have the necessary knowledge and skills that he can adequately apply in practice (Popovičová, 2018).

We carried out the research in selected social service homes in the Michalovce district in the form of a structured questionnaire, which consisted of 26 questions. The research sample was the recipients of social services in the number of 152 respondents.

Aim of the study

The aim of our research is to analyze the current state of use of expressive therapies in selected homes of social services in Slovakia and to investigate their effect on improving the quality of life of recipients of social services.

Research results

We found that the most available expressive therapy of all expressive therapies in social service homes is music therapy, followed by art therapy, movement-dance therapy and bibliotherapy. Respondents described drama therapy as the least available therapy. We also found that the most popular type of expressive therapy is music therapy, as the second most popular type of expressive therapy was dance-movement therapy, the third was art therapy. This was followed by bibliotherapy and drama therapy was described by the respondents as the least popular.

In the research, we found that the expressive therapies we selected have a positive effect on all aspects of the quality of life of social service recipients and have the same valuable therapeutic and healing potential as other, more used therapies. We realize that through expressive therapies we cannot solve all the client's difficulties and problems. However, we firmly believe that this is one of the most effective ways.

Conclusions from the study

One of the effective methods to maintain the quality of life of the client in residual care and support him in the process of rediscovering meaning their lives, expressive therapies are increasingly used in practice. Art and the authentic expression of man significantly contribute to the process of healing man with somatic or mental health problems are equally effective in dealing with internal problems and difficult processes. They positively affect the harmonization of the human soul in the formation of inner balance. Art has significant prosocial potential, especially in reducing social, relationship problems, in the process of social learning and in the elimination of social insulation.

Research has shown that the therapies we select have a positive effect on the quality of life of social service recipients in all its aspects, also have a positive effect on the therapeutic and healing potential. The results of the research can serve as supporting material for training or as further information and materials for further research on the issue (Babečka, Višňovcová, 2020).

List of bibliographic references

1. BABEČKA J., VIŠŇOVCOVÁ, E. 2021. *Špecifická komunikácie sestry s klientmi s mentálnym postihnutím*. ZBORNÍK ZO VII. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE – ONLINE PRAX ZALOŽENÁ NA DÔKAZOCH V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH Michalovce 13. november 2020. Vydavateľstvo:

Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa, Polska. ISBN: 978-83-958245-2-4. s. 139 – 146.

2. BALOGOVIÁ, B. 2012. Socioterapeutické príležitosti a bariéry sociálnych pracovníkov. In BALOGOVIÁ, B. – KLIMENTOVÁ, E. a kol. 2012. *Výzvy a trendy vo vzdelávaní v sociálnej práci. Zborník príspevkov z Medzinárodnej vedeckej konferencie konanej v dňoch 26. – 27. apríla 2012 v Prešove*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2012. ISBN 978-80-555-0613-5, s. 238 – 244.

3. BAŠTECKÁ, B. 2009. *Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie*. 2009. Praha: Portál, s. r. o., 2009. 516 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

MÜLLER, O. a kol. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

4. POPOVIČOVÁ M. - JANKECHOVÁ M. - FAJČÁKOVÁ E. 2018. Spolupráca sestry a sociálneho pracovníka s rodinou onkologického pacienta. In: *Spôsoby prepojenia systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti na úrovni komunitných a pobytových služieb regionálneho charakteru. Zborník príspevkov z IV. medzinárodnej vedeckej konferencie Michalovce, 9 – 10. november 2017*. Vydavateľstvo: Katedra Filozofii, Wydział Psychologii, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie. 2018. s. 248 – 257. ISBN 83-89884-02-X.

5. VALENTA, M. – MÜLLER, O. 2013. *Psychopedie-teoretické základy a metodika*. 5. dopl. a prepr. vyd. Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.

BASAL STIMULATION AS A PART OF REHABILITATION NURSING OF UNCONSCIOUS PATIENTS

M. Popovičová

St. Elizabeth University of Health and Social Sciences Bratislava, n. o.

Introduction

Taking care of a patient is a difficult task and the treatment of unconscious patients is diametrically demanding, as we cannot establish a classic form of communication with the patient. These patients require special type of care. The concept of basal stimulation has proved well in the treatment of unconscious patients. This concept is based on scientific evidence, and tries effectively use the nursing process to meet patient needs and help reduce the overall cost of such patients. This process is not only nursing but also therapeutic. These days the concept is used in various branches of medicine, not only in intensive care for unconscious patients, who are portrayed in our research, but also in paediatric care in adults; in standard wards, in facilities for the elderly, in social services facilities for children and adults, in home and hospice care. Health and social care cannot be separated. [1]

Basal stimulation

Basal stimulation supports human perception at the most fundamental level. It is the concept in which the most important thing is to understand the needs of the patient. The basic need is something that a human being needs for its life and development, it is the unity of the inner and outer world. [2] The goal of the concept is to support patients in perceptions, momentum and non-verbal communication. The patient has an

opportunity to feel the boundaries of his body with the help of basal stimulation, to experience the presence of other people and the world around him. The concept uses the plasticity of the brain, that means when one part of the brain tissue is damaged, the other one is able to take over some of the functions of the damaged part. During life, memory traces are created, by stimulating which we can activate healthy nerve tissue and through this improve the patient's condition.

Positioning in the concept of basal stimulation as a part of nursing rehabilitation

The perception of the body changes in peaceful lying position after 30 minutes. At that time, the feeling of their own body disappears, the condition worsens in disoriented and in patients on anti-decubitus mattresses. When positioning, it is very important how the patient feels in the given position. The patient may choose his favourite position when falling asleep or wants to have his blanket or pillow. The aim of positioning is the release and relaxation of the organism, promoting communication, improving the orientation in space, improving the hand movement, the prevention of decubitus, the prevention of pneumonia, the prevention of thromboembolic complications, allows food intake, ensuring the patient's safety and comfort.[3] Rolled blankets, towels, bead positioning aids are used for positioning according to the concept of basal stimulation, but the patient's feelings must be taken into account when positioning. We can also position with the help of canister therapeutic dogs. This method is sometimes more effective at relieving spasticity and reducing muscle tension than positioning bags.[4]

The position of "the nest" evokes comfort and causes pleasant feelings which provides them with a feeling of safety and security. It is suitable not only for immobile but also for aggressive and restless patients. It evokes pleasant feelings, provides a sense of security and safety, and improves the perception of the boundaries of the body. It is usually indicated in the rest phase, at night, after a soothing bath. The position is applied in the lying on the back or on the side, it can be used in sitting and half-seated positions. We roll the blankets into a solid roll and border the whole body with them. We can also use bubble pointing bags for positioning.[5]



Figure 3 Position - "nest"

The "mummy" position allows a strong view of its own body and body boundaries. The aim is to calm down aggressive, restless patients. The position of the

mummy is carried out in patients who require intensive stimulation. It is mainly performed in patients with vigilant coma and in children with deep mental retardation. It is also used in children of drug-addicted mothers or mothers addicted to alcohol. The patient is wrapped in a blanket, starting from the feet. We place our hands on the chest and wrap. We monitor the patient and his reactions, sometimes the "mummy" needs to be loosen a little bit.

This position can be combined with the "nest" position or with vestibular stimulation, in hanging cloth bags.[3]



Figure 3 Position - "mummy"



Figure 4 Position - "nest / mummy" combination

Within the concept of **micro positioning**, we include minor manipulation of the hands such as entanglement of the fingers, crossover of the lower limbs, lay hands on the chest, gripping the feet of their own hands, alternating positions on different hard and soft mattresses. [5]



Figure 5 Position - micro positioning

The concept of basal stimulation is a form of individualized nursing care for the patient, which can improve the perception of sensations from the surroundings, helps the patient's self-sufficiency and helps to improve his overall health. The targeted touches and speaking to the patient during nursing activities help to reduce stress and prevent feelings of fear and insecurity in an unknown environment. Due to this, in our research we focused on whether the nursing staff in the wards themselves is familiar and whether they use the concept of basal stimulation.

Research objective

The aim of the research was to determine the degree of use of the concept of basal stimulation in unconscious patients in the OAIM department. Based on the main goal, we have set the following partial goals:

- Find out if nurses use the concept of basal stimulation in their ward
- Find out which techniques nurses use the most when performing basal stimulation
- Find out about nurses' interest in courses and trainings

The results of Research

Basal stimulation is one of the new nursing practices, which greatly helps in treating the patient. Because of this, we wondered if sisters use the concept of Basal Stimulation at their workplace. Nurses working in the OAIM departments from various hospitals, working with patients unconscious, have been included in the research. There were 77 respondents who took part in the questionnaire. The average age of the respondents was 38 years. Most of the respondents of our research had a university degree and worked in private facilities. In the survey, 33.8% of nurses stated that they use the concept of Basal Stimulation. We also found out who most often uses the concept of basal stimulation in the workplace. The most frequent answer was the possibility that it is used by nurses without a basal stimulation course, which is 34.7%. The time they spend implementing the concept of basal stimulation in an unconscious patient was 5 to 10 minutes a day, which was 41%. The most common technique used by nurses in the application of basal stimulation was positioning in 91%, the second most frequent response was a massage, which amounted to 53.9%. The initial touch accounted for 47.4%, the stimulating and soothing bath accounted for 15.8%. As many as 71% of respondents would welcome basal stimulation courses. In the research, we have mapped the respondents' opinion on whether the use of the concept of basal stimulation will improve the quality of nursing care for the unconscious patient. 71

respondents (92.2%) answered yes and only 6 respondents (7.8%) answered no. Based on the answers and analysis of the results of our research, it would be appropriate to introduce the concept of basal stimulation into the curriculum and to provide excursions and internships in certified workplaces where the concept of basal stimulation is used. Also increase the time devoted to the implementation of the basal stimulation in patients, to provide courses to improve the techniques, knowledge and skills in handling unconscious patients. Educate family members about the possibility of using basal stimulation for their loved ones. Education should help to increase the effectiveness of cooperation with the family and, above all, increase the quality and effectiveness of care for the unconscious patient. Education is one of the most important and very challenging tasks. It creates a space for the adoption of new knowledge, acquisition of skills or the creation of value, emotional, fragrance structures of personality and the achievement of a positive expected change. [6]

Conclusion

Basal stimulation is of great importance in the adaptation and care of unconscious patients. Nurses in high work pace sometimes do not perceive the change that is happening around them, and although they should be the bearers of change, sometimes they do not know or do not want to adapt to the changes that are necessary in modern nursing. Basal stimulation has been trained in Slovakia by certified lecturers in certified courses for 12 years. It is implemented in nursing care very slowly. Nurses should therefore be more interested in new modern trends in the provision of nursing care. The results of this study may serve as support material for nurses, or as additional information and documentation to further explore the issue. [7]

Literature

1. BARKASI, D. 2019. Poskytovanie dlhodobej starostlivosti pre seniorov v systéme sociálnych služieb v meste Michalovce. In: VANSÁČ, P., CZARNECKI, P., POPOVIČOVÁ, M. Nevyhnutnosť dlhodobej sociálno- Zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike. Zborník V. Medzinárodnej vedeckej konferencie Michalovce. Warszawa : Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska, Warszawa, Polska, 2019. ISBN: 978-83-952951-0-2, s. 88– 92.
2. TRACHTOVÁ, E. 2013. Potreby nemocného v ošetrovateľskom procese. 3. vyd. Brno : NCO NZO, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
3. FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovateľské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 186 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
4. FRIEDLOVÁ, K. 2013. *Recenze článku Bazální stimulace z pohledu pacienta v bezvědomí autarky P. Eliášové*. In *Florence*, 2013. ISSN 1801-464, vol. IX., č. 11/13, s. 25-29.
5. FRIEDLOVA, K. 2018. *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeutu, logopedu a speciální pedagogu*. Vydání 2. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2018. ISBN 978-80-907053-1-9.
6. VANSÁČ, P., Edukácia ako nástroj kvality života seniorov, In: DUDEK, M., KRUKOWSKI, J., PANAS K., T. Rzeczywistość seniora, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Menedżerskiej w Warszawieim. Prof. Leszka J. Krzyżanowskiego, Warszawa 2014, s. 357- 366, ISBN: 978-83-7520-176-5.

7. BABEČKA J., VIŠŇOVCOVÁ, E. 2021. *Špecifiká komunikácie sestry s klientmi s mentálnym postihnutím*. ZBORNÍK ZO VII. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE – ONLINE PRAX ZALOŽENÁ NA DÔKAZOCH V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH Michalovce 13. november 2020. Vydavateľstvo: Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa, Polska. ISBN: 978-83-958245-2-4. s. 139 – 146.

DETERMINATION OF PHYSICAL ACTIVITY AS A PART OF THE TREATMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Jana Šulcová, Anna Murgová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva, bl. P. P. Gojdiča a V. Hopku, Spišská Nová Ves – Prešov

Abstract

Physical inactivity is one of the main risk factors for mortality worldwide, accounting for 3.2 million deaths each year. It is a key risk factor in the development of cardiovascular disease (CVD), cancer, and diabetes. Recent studies have shown that 1 in 4 adults does not get enough exercise. This physical inactivity has become a global health issue and one of the major health concerns of the World Health Organization and many member countries. Therefore, the author of the paper focuses on the prevention of cardiovascular diseases in relation to physical activity of the patient.

There is no doubt that regular and appropriate physical activity has many health benefits. It helps reduce the risk of various diseases, both cardiovascular (CVD) and some types of cancer, maintains optimal body weight, and improves a blood lipid profile. People who engage in physical activity sufficiently have a 20 – 30% lower risk of death compared to people who do not get enough exercise. In men, an indirect relationship between physical fitness and muscle strength during adolescence as well as the risk of developing cardiovascular disease around the age of 50, have been scientifically proven. Decreased exercise tolerance during adolescence is, independently of other risk factors, associated with a 50% increase in the risk of developing arterial hypertension at the age of 50.

In addition, if exercise tolerance is low and is associated with a higher body mass index (BMI), the risk of developing arterial hypertension is 3.5 times higher. In patients with diabetes, walking for two hours a week halves the risk of premature death from cardiovascular causes. In Slovakia, the state of physical activity is unsatisfactory. The purpose of appropriate physical activity is to positively influence the cardiopulmonary and neurohumoral apparatus – thus contributing to functional and morphological adaptation to stress. In common practice, neither the doctor nor the nurse asks about the patient's physical activity. Although physical activity is associated with many health benefits, there is not enough attention paid to implementation of educational and intervention programs in the prevention and treatment of CVD. However, in relation to CVD prevention, physical activity should always be recommended and based on the

assessment of the functional and health status of a particular person, especially if it is an individual who already suffers from a disease.

The aim of this paper is to provide basic information about education and recommendations for physical activity, as an integral part of non-pharmacological treatment of cardiovascular diseases, and to introduce the role of physical activity in improving patient health outcomes as well as healthy lifestyle habits.

Keywords: Physical activity. Cardiovascular disease. Prevention

Physical activity as a non-pharmacological drug

It is estimated that 1 in 4 adults does not get enough physical activity. Insufficient physical activity is the main problem of 56% of the Member States of the World Health Organization (WHO) (3). Sufficient physical activity is defined as 150 minutes per week of moderate-intensity physical activity, or 75 minutes per week of high-intensity physical activity, or a combination of these two examples. The causes of lack of physical activity are complex: lack of time devoted to leisure activities, generally sedentary lifestyle both in professional life and leisure (4). There is a strong inverse relationship between physical activity and the national gross domestic product: the richer the state, the fewer people are physically active. In the USA, lack of physical activity causes more deaths than smoking according to several studies. When prescribing drugs, the selection of the active ingredient, individual doses, dosage, duration of treatment, economic rentability and tolerability as well as the patients' adherence to treatment are monitored. It is important to monitor and evaluate physical activity as well. When recommending physical activity, a particular type of movement should be selected – aerobic or resistance exercises, moreover, the intensity and duration of the exercise. At the same time, the effectiveness of movement should be based on the effect of physical activity as well as economic costs.

Pre-exercise evaluation and examination of the patient

1. Physical activity is very safe and necessary.

In individuals without the manifestation of a disease, the risk of major cardiovascular events is between 1 in 500,000 and 1 in 2,600,000 during exercises. Serious exercise-associated events are mainly caused by atherosclerotic coronary heart disease. Irregular exercise increases the risk of cardiac events, on the contrary, regular exercise significantly reduces their risk (1). Patients, who spend most of their time sitting and occasionally engage in more intensive activities, such as long mountain hiking, sports tournaments, and other activities are at the highest risk. The risk of walking is very low in people starting physical activity, as well as inactive people who engage in physical activity more intensively.

2. Scope of assessment before starting any physical activity

It is important to determine the risk of ischemic heart disease and the patient's current level of physical activity. The assessment made by the nurse in collaboration with the doctor should also include preventive physiotherapy before starting any physical activity (5).

The patient is at risk if:

- has high cardiovascular risk calculated using the SCORE tables (high blood pressure, smoking, obesity, diabetes, age, and sex),

- there are any warning signs (syncope, chest pain, shortness of breath, etc.),
- there are any changes in the physical examination (pericardial rub, etc.),
- any ECG changes are present (arrhythmias, ischemic changes, pre-excitations, etc.).

3. *Contraindication of the physical activity*

The absolute and relative contraindication for active movement is also identical with the resistance training exercises. Physical activity is not only indicated in stable patients, but also in unstable or patients with heart failure who benefit from modified training programs. They should be initiated during the hospitalization of the patients. These exercises are aimed at strengthening the small muscle groups and training respiratory muscles as well as proper breathing.

Determination of individual physical activity

An important factor in the determination of the individual physical activity is the patient's attitude. It is necessary to find out whether the patient enjoys exercising or at least feels comfortable with it. The ideal situation is if the patient feels good energy after physical activity. It usually occurs after 3 – 8 weeks in patients who can tolerate and accept long-term physical activity. It is important to praise patients in the beginning and motivate them to continue in their training program.

We measure the planned intensity of physical activity by means of the ratio of the rate at which a person expends energy. It is the amount of oxygen consumed per kilogram per minute while sitting et rest (MET):

- low intensity (1.8 – 2.9 MET): slow walking, gardening, etc.
- medium intensity (3 – 6 MET): faster walking, recreational cycling, etc.
- high intensity (> 6 MET): cycling, running, cross-country skiing, etc.

To assess physical activity, we can use the FITT EE method:

F – frequency: A significant effect of physical activity is achieved when the individual exercises are gradually accumulated and there are not too many pauses between them.

I – intensity: Absolute intensity – refers to the complete quantity of energy used. It reflects the rate of energy expenditure per unit time, expressed as physical performance in Watts, in W/kg as the patient's weight, or in metabolic equivalents (MET).

Relative intensity – is expressed as a percentage of maximum oxygen consumption or heart rate reserve. The target heart rate (HR) is expressed as: target HR = resting HR + required % (HR max – HR resting). The calculation of the percentage of heart rate reserve is of great importance in patients with a pacemaker, in patients with a higher resting heart rate, and in patients treated with a beta-blocker (2).

In case there is a problem with the determination of loading intensity, we can use an appropriate method called the narration test.

Narration test – it is the easiest way we can detect loading intensity in a patient. If the patient can sing during the activity, he performs it with low intensity. If the patient can say a short sentence without inhalation during the activity, we refer to it as a medium intensity and if the patient must inhale repeatedly during a single short sentence, it is high intensity. This test is used in primary prevention in low-risk patients after uncomplicated myocardial infarction when rapid reperfusion has occurred. This test is not used in patients with residual ischemia or heart failure.

T – type: The two main types of physical activity are: dynamic exercise and resistance training. Dynamic exercise includes swimming, cycling, or walking. Running is the least suitable form of physical activity. Walking is the simplest physical activity, which is easy and does not cause problems for most patients. It can be included in daily rituals such as walking to work, walking the dog, etc. The walking intensity can be freely adjusted by the choice of terrain, the walking speed, and the use of aids. Loading intensity increases by 15 – 20% when using Nordic walking poles.

Resistance training has its irreplaceable place. Adults with higher muscle strength have a 20% lower risk of death than patients with low muscle strength. It is necessary to educate the patient while performing individual phases of exercise and to correct exercise techniques. For patients, it is advisable to do low-load resistance training: 15 repetitions of each exercise. In the beginning, a lower number of repetitions is performed, later, the number of repetitions of an exercise is increased. This type of strengthening does not place demands on the cardiovascular system, but it is important for improving muscle strength, insulin sensitivity, and lowering blood pressure (2).

T – time: It is dedicated to physical activity per week and the duration of every exercise. The minimum time that people should devote to moderate-intensity physical activity is 150 minutes per week performed most days of the week. One session should last at least 10 minutes. If the intensity of the exercise is high, it should last 75 minutes per week.

E – E – effectiveness and energy: Not every physical activity affects the cardiovascular system effectively. Although yoga exercises improve range of motion and postural functions, it has minimal effect on the cardiovascular system. Cardiovascular rehabilitation based on aerobic training supplemented by resistance training has been proven effective. In 1997, Ades et al. published a study of the cost-effectiveness of exercise-based cardiac rehabilitation in the United States, arguing that “cardiac rehabilitation is more cost-effective than thrombolytic therapy, coronary bypass surgery, and cholesterol-lowering drugs” (5).

Conclusion:

Physical activity is the primary prevention of cardiovascular disease. It contributes to optimal human weight, lowers blood pressure, and affects fat metabolism. Insufficient physical activity is one of the risk factors influencing lifestyle. It has a large impact on the development of cardiovascular disease. Nowadays, non-pharmacological interventions are not used sufficiently, and their use is often underestimated. Moreover, little attention is paid to the implementation of educational and intervention programs. These programs should be implemented by nurses in collaboration with other members of the multidisciplinary team and should be addressed at high-risk individuals. And therefore, healthcare professionals are responsible to motivate patients and convince them to change their way of life by implementing all methods that are available to prevent cardiovascular disease.

References

1. BÝMA, S., – HRADEC, J. 2013. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění, novelizace 2013.* [online][cit. 2018-04-01]. Available at: https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Prevence_KVO.pdf

Společnost všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně <http://www.svl.cz/en/aboutaus/>

2. MÁČEK, M. – RADVANSKÝ, J. 2011. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén, 2011, 245 s. ISBN 978-80-726-2695-3.
3. NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2019. *Zdravotnícka ročenka 2019*. Bratislava, 2019. 248 s. ISBN 978-80-89292-77-6.
4. TÓTHOVÁ, E., – CHLOUBOVÁ, I., – PROKEŠOVÁ, R. 2019. *Význam ošetrovatelství v preventívni kardiologii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019, 160 s. ISBN 978-80-271-2412-1.
5. TUKA, V., a kol. 2018. *Preventívni kardiologie pro praxi*. Praha: Nol – nakladatelství odborné literatury s.r.o., 2018, 238 s. ISBN 978-80-903929-6-0.

USE OF A SOCIAL THERAPY IN THE SELECTED SOCIAL CARE HOMES/ESTABLISHMENTS IN SLOVAKIA

Peter Vansač, Vladimír Noga

*St. Elizabeth University of health and social work Bratislava,
Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce, Slovakia*

Introduction

In our research, we wanted to find out what type of social therapy is used in social care homes for elderly people in three Slovakian towns – Svidník, Drienovec and Tovarne. Human being is a social individual who creates and strives in human relationships. Many problems are as a result of disrupted interpersonal relations between individuals. [4] According to Malikova, social-therapeutic activities are focused to strengthen such social abilities to build those relationships and also to give a purpose and self-fulfillment in everyday life. [3] Regulation 448/2008 in respect of social care and services, defines social rehabilitation as follows: the social rehabilitation is a specific activity performed in order to support client's independence and self-sufficiency by developing, strengthening and practicing their abilities and habits in taking care of household while performing or being involved in basic social activities. [8] In that regard and as part of our research, we will consider the following:

Therapeutic communication which takes form of a standard discussion between a care worker and their patient. Main objective is to provide an effective support and assistance in patient's difficult situation. Effectiveness of such communication is measured by the care worker's ability to use the appropriate communication means and also their emotional intelligence. [3] Furthermore, communication itself is affected by a number of factors that every social care worker must remember when communicating with their clients. These factors include age, cultural background of the individual, social-economic status, number of words used, intonation, volume, height and tone of voice.

Ergotherapy. Main goal of the ergotherapy according to the European Ergotherapy commission is to “*support health and well-being of the clients by ways of meaningful occupation. Ergotherapy experts are convinced that health can be improved by one's activities. And therefore, it is a form of a treatment for both physical*

as well as mental impairment or disability where the experts use specific activities in order to enable highest functional level of an individual as well as a certain level of independence in all areas of life. “[1]

Working therapy. In accordance with regulation 448/2008, a working therapy is “*a specific activity to adopt certain working habits and skills of an individual under a close supervision of a therapist in order to renew, maintain and/or develop abilities, both physical and mental, to enable patients integrate back to a wider society.*” [8]

Bibliotherapy can be simply defined as a therapy using books. Literature in general positively affects one’s thinking, his perception of the world around him, his feelings and emotions, and finally his behavior and relationship with himself and others. Books hide in them a special treasure which can help any suffering soul. And as such, carefully selected literature can help to manage challenging life situations and circumstances of each of us.[4]

Musicotherapy. According to Vital, musicotherapy creates an environment to open up emotionally, it creates a safe sapce for a kind of confession. Clients address their feelings and express their emotions to musicotherapist while inviting other participants which creates a form of a group communication.[7] Main aim of geriatrics’s rehabilitation is to maintain one’s independence, a feeling of tranquility and good quality of life.

The main objective of our research was to determine:

1. if the clients are informed of possibilities to use the social therapy in such care establishments/care homes for elderly people
2. how often the clients make use of those therapies
3. if the selected social therapy is assisting them to manage their day-to-day activities

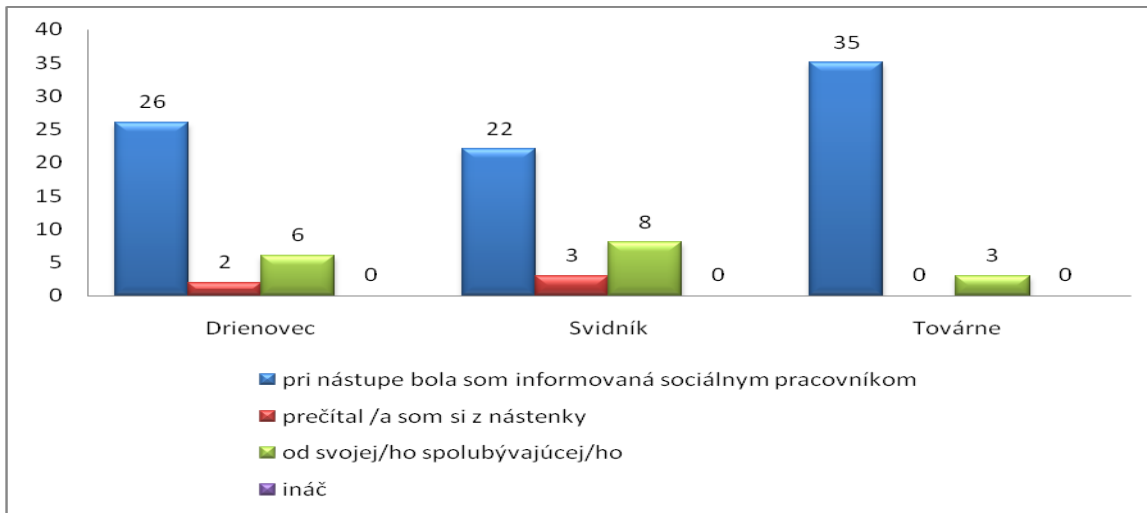
Methodology

In this research, there was 107 participants, 44 male and 63 female, 19 more female than male which represents 30,15%, and we used descriptive statistics.

Results

Question no 1: *Are recipients of the social care services informed of the type of social therapy which social care establishment offers?*

Graph no 1. Therapy offering in our establishment - information



Source: own research.

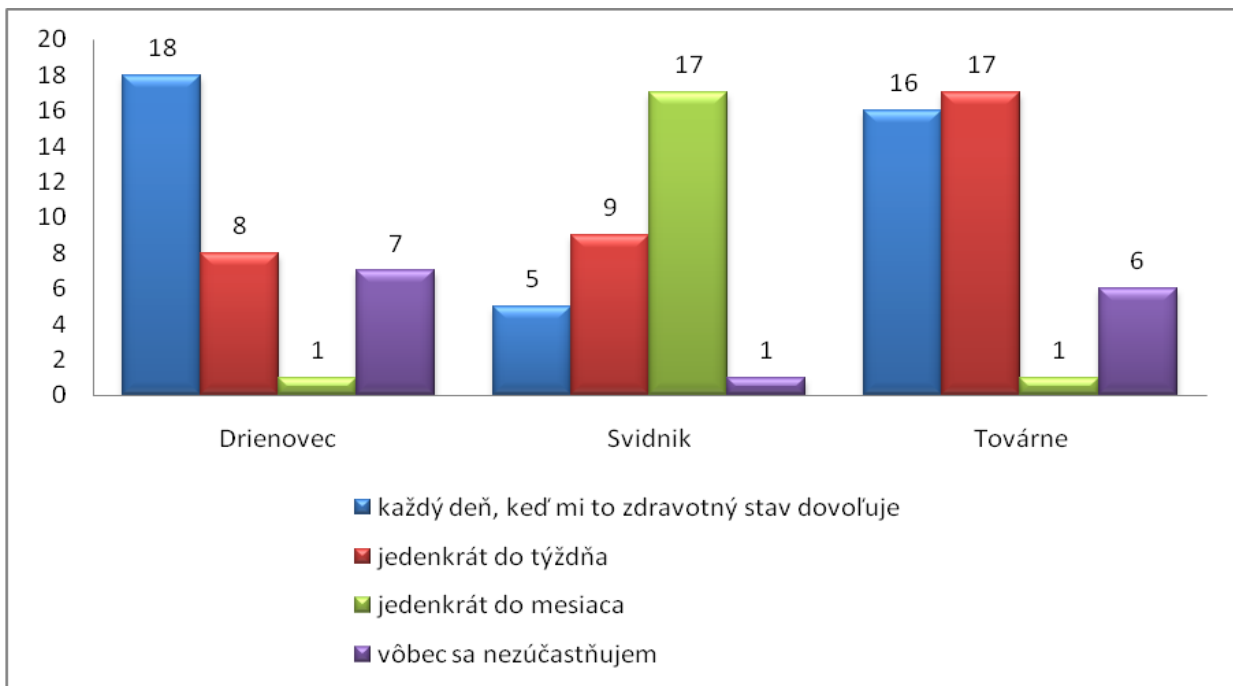
- I was informed by a social care worker when I joined
- I read the information at the notice boards
- My room mate has told me about them
- Other ways

83 respondents, which is 77,05%, stated that they received the information from social care workers directly. This confirms that these workers inform their clients when they enter/move in to the establishment about the variety of social therapies that particular establishment offers which was confirmed by 82% of the participants.

Question no 2. How often do the clients take part at those therapies?

By asking this question, we aimed to determine not only their use of the offered therapies but also how favourite they are. The answers were as follows: 39 clients which represents 39,45%, take part at these therapies daily, 34 (31,78%) clients once in a week, 19 (17,75%) clients once in a month. 14 clients (13,1%) do not take part at any therapies.

Graph no. 2 Interest/Attendance in therapies



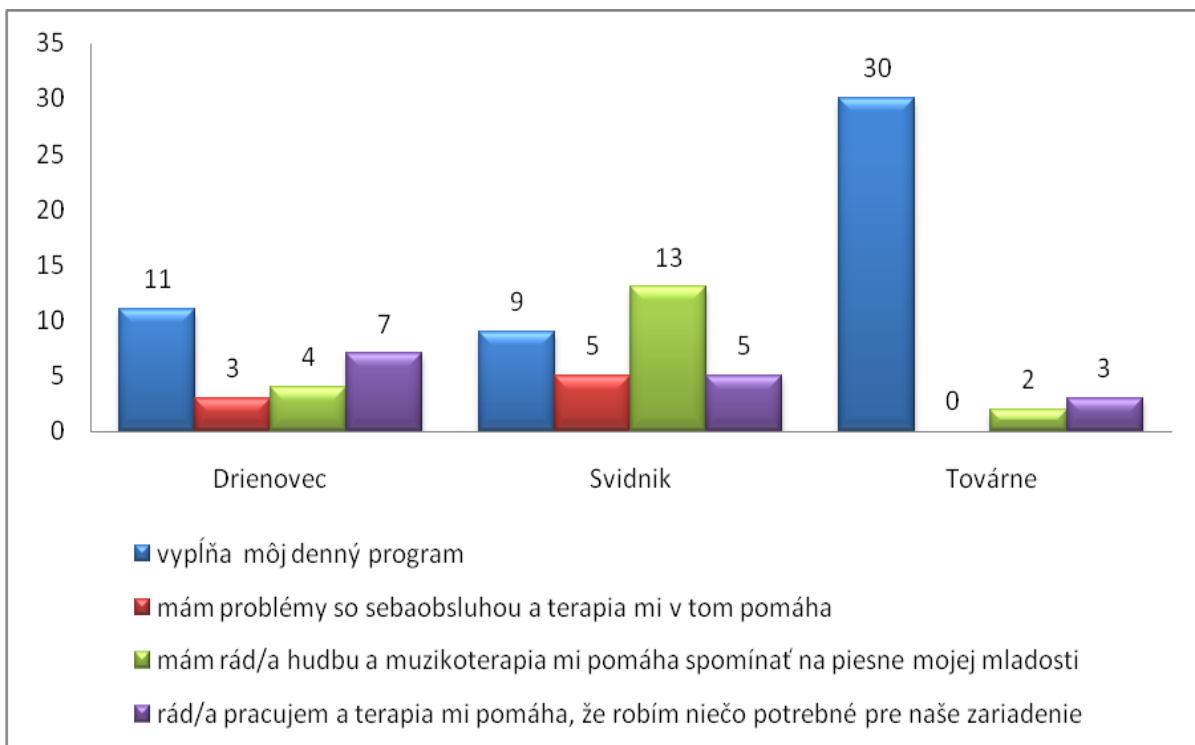
Source: own research.

- every day, if I feel healthy enough
- once per week
- once per month
- I never take part

Question no. 3: In which areas of your life does the therapy help?

This question was meant to help to determine if the clients perceive the therapies useful in their day-to-day life.

Graph no. 3 Areas in life where the therapy helps the most



Source: own research

- it feels up my daily schedule*
- therapy helps me to be more self-sufficient*
- I like music and musicotherapy reminds me of songs when I was young*
- I always like doing something and therapy helps me to do something useful for our establishment*

All the aforementioned answers - it feels up my daily schedule, therapy helps me to be more self-sufficient, I like music and musicotherapy, I always like doing something and working therapy helps me to do something useful for our establishment – are considered relevant. 97 clients responded positively and 10 clients did not answer.

Discussion: We agree with Malikova, that every therapy should be structured to combine more initiatives, methods and activities. As an example, therapist may play favourite songs while client performs any other activity, or use the aromatherapy. To keep the concentration and interest at the high level, there is also a time set for relaxation, some light physical and breathing exercises. Where the health condition does not allow the client to take part in group activities, ergotherapist visits the client in their room.

Social care worker brings necessary equipment with him and works with his client in their own room. Once they are finished, they agree on the next date and also the type of activity they will be doing at the next session. Psychological impact is evident, it helps elderly people to accept themselves as they are because they feel that they are still able to perform activities on their own.[2] We see in the results from our research that therapy is truly useful. Approximately 80% of the respondents like taking part at various therapies and they use them to increase the quality of their health and well-being. Research further shows that the most favorite therapy in Drienovec is ergotherapy, in Svidnik musicotherapy, in Tovarne working therapy. We did not examine the reasons behind this fact, however we assume that it may have to do for example with a history of particular therapy in those care homes, social care workers or therapists and conditions to offer these therapies in those establishments.

Despite the fact, that 80% of respondents answered that they like therapies, we do not consider this as a satisfactory result and we treat the remaining 20% as a call for better therapy services. Therefore, we suggest the following:

1. Social care workers should focus on clients that do not take part in any therapies, whether it is a group or individual ones. There was 14 such clients in our research.
2. All three establishments used in our research should invest in regular training and further development of their care workers and therapists.
3. For care workers, we suggest to educate themselves and take part at various conferences organised to discuss this topic.

Summary

Getting old should not be taken or understood as a change to the worse. It is a part of life with its own qualities. Elderly people have all the rights to get old in dignity and respect. For that reason, St John Paul II. reiterated that it is necessary to build „the elderly culture“ which would ensure the social help/care either at their homes or social care homes/establishments.

Bibliography

1. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*, Praha Portal 2009, ISBN 978-80-7367-583-7
2. KUBÍNKOVA, D., KRÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*, Vydavatelství Univerzity Palackého, Olomouc 1997, ISBN 80-7067-698-1
3. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Grada Publishing Praha 2011, ISBN 978-80-247-3148-3
4. MIKOVÁ, M. *Biblioterapie – léčba prostřednictvím knih*. [citované 01. 10. 2021] Dostupné na internete: www.mamaaja.sk/ActiveWeb/Article/2877/biblioterapia_-_liecba_prostrednictvom_knih.html
5. POPOVIČOVA, M. *Communication aspects between the nurse and the immobile patient*, In: Ukraine Nation's Health Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January, 2007, No 3/1 (61), 2020 p., p 75 - 78, ISSN 2077-6594
6. STRIEŽENEC, Š. *Teória a metodológia sociálnej práce*, Trnava Tripsoft, 2006, ISBN 80-969390-4-1
7. VITÁLOVÁ, Z.: *Úvod do muzikoterapie a jej využitie v sociálnej práci*, VSZaSP sv. Alžbety Bratislava 2007, ISBN 978-80-89271-18-4
8. Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

ВРАХУВАННЯ СТАНУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ У ПРОЦЕСІ ЇЇ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Наталія Бондарчук

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Стан фізичної підготовленості, який є інтегральним показником фізичної активності молоді людини, адаптаційних можливостей її організму, є важливим критерієм фізичного стану і може мати свої особливості в різних регіонах України. Сучасна прогресивна система фізичного виховання повинна враховувати ці особливості, як і інші регіональні чинники, пов'язані зі специфічними умовами проживання в тому чи іншому регіоні. Зокрема, аналіз стану фізичної підготовленості молодих людей із західного регіону України дозволив сформулювати нові вимоги до організації процесу їх фізичного виховання. Вперше спробу вирішення проблеми врахування специфічних особливостей західного регіону України у фізичному вихованні місцевої молоді зроблено Н. Бондарчук (2020). Для пошуку нових напрямів і засобів фізичного виховання західноукраїнської молоді важливими є дослідження фізичного розвитку школярів у різних регіонах (В. Федоренко, Л. Кіцула, 2015); специфіки рекреаційної діяльності населення з урахуванням регіональних особливостей (О. Андреева, 2015).

Мета дослідження – на основі аналізу стану фізичної підготовленості західноукраїнської молоді визначити пріоритетні напрями розвитку фізичних якостей юнаків і дівчат, розробити нові вимоги до змістового наповнення фізкультурних занять, до застосування диференційованого підходу у процесі фізичного виховання.

Результати дослідження. Результати аналізу стану та особливостей фізичної підготовленості шкільної і студентської молоді в західному регіоні України засвідчують, що сила в неї розвинена краще, ніж швидкість і стрибучість. Показники кистьової і станової динамометрії наближаються до норми, силовий індекс кисті дещо нижчий від норми; силовий індекс м'язів спини вищий порівняно з іншими регіонами. Рівень розвитку витривалості загалом низький незалежно від району проживання. Рівень розвитку гнучкості, навпаки, порівняно високий, зокрема і в гірських районах.

Ці показники, а також досвід фізичного виховання в навчальних закладах Західної України, дозволяють визначити пріоритетні напрями розвитку фізичних якостей західноукраїнських юнаків і дівчат. У низинній місцевості це переважний розвиток загальної витривалості, сили та спритності. Менш актуальним є розвиток швидкості, ще менш – гнучкості. У передгірній і гірській місцевості найбільш пріоритетними є розвиток сили, загальної та швидкісно-силової витривалості. Важливість розвитку сили зумовлена, зокрема, недостатньою масою стосовно до зросту, зниженими обводами частин тіла школярів і студентів тощо.

Нові вимоги до змістового наповнення фізкультурних занять у західноукраїнських закладах освіти пов'язані з необхідністю встановлення оптимального співвідношення спрямованості засобів фізичного виховання, продиктованого станом та особливостями фізичної підготовленості молоді. Її загальні функціональні можливості вказують на необхідність акцентування уваги на виконанні аеробних вправ, а показники фізичної підготовленості (низький рівень розвитку витривалості, відносно низький рівень розвитку швидкості тощо) це підтверджують. Можливе використання рівномірного, інтервального, повторного і перемінного методів тренування залежно від фізичного стану та гормонального статусу.

Засоби фізичного виховання атлетичної спрямованості рекомендуємо використовувати меншою мірою і переважно з молоддю, яка мешкає в містах. При цьому найкращим варіантом вважаємо атлетичну гімнастику, яка, поєднуючи елементи атлетизму та гімнастики, сприяє розвитку не лише сили, а й витривалості і спритності, а також загальному зміцненню опорно-рухового апарату, підвищенню функціональних можливостей вегетативних систем, розвитку різних груп м'язів.

Важливим вважаємо використання у процесі фізичного виховання школярів і студентів із західного регіону України рухливих і спортивних ігор, які слід обирати залежно від переважного рівня розвитку тих чи інших фізичних якостей юнаків і дівчат.

Для регулювання фізичних навантажень необхідно користуватися максимально можливим набором фізичних (інтенсивність та обсяг, швидкість і темп рухів, величина зусиль, тривалість і число повторів тощо) та фізіологічних показників. Зміст, організація, методика, умови проведення занять повинні коригуватися за результатами попереднього, поточного і підсумкового обліку фізичних навантажень.

Відмінності у стані фізичної підготовленості західноукраїнської молоді зумовлюють важливість застосування в її фізичному вихованні диференційованого підходу. Групи можуть формуватися за критеріями загального рівня фізичної підготовленості (високий, середній, низький), переважно вищого рівня розвитку однієї чи декількох фізичних якостей. Слід пам'ятати, що старшокласники і студенти можуть відігравати велику роль у формуванні груп диференціації згідно з власними фізкультурними інтересами й побажаннями. Контроль з їх боку власних результатів і порівняння з попередніми результатами підвищують мотивацію до досягнення кращих результатів, підвищення рівня осмислення рухових дій, активізації всього процесу фізичного виховання.

Висновки

1. До пріоритетних напрямів розвитку фізичних якостей західноукраїнської молоді належить розвиток загальної витривалості, сили та спритності.
2. При розробці навчальних програм та організації і проведенні фізкультурних занять слід акцентувати увагу на виконанні аеробних вправ.
3. При застосуванні диференційованого підходу основними критеріями диференціації повинні слугувати загальний рівень фізичної підготовленості або переважно вищий рівень розвитку певних фізичних якостей.

ДИНАМІКА ЧАСТОТИ СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ БАСКЕТБОЛІСТОК ВІДНОСНО РІВНЯ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ

Лариса Балацька, Валентина Головачук, Сергій Головачук
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Постановка проблеми. В багатьох наукових працях відображені дослідження з визначення фізіологічних характеристик різних видів спортивної діяльності, а також фізіологічних механізмів адаптації організму до спортивних тренувань [1, 2]. У наукових працях доводять порівняння показників (фізичних, фізіологічних, психологічних і ін.) у спортсменів і не спортсменів [3]. Спостерігаються і різняться зміни індивідуальних фізіологічних показників одного і того ж спортсмена на різних етапах спортивної підготовки. Мають вплив умови, в яких виконуються фізичне навантаження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Про це свідчить безліч наукових досліджень, які стверджують, що вплив фізичного навантаження впливає на динаміку ЧСС в залежності від рівнів підготовленості баскетболісток (Платонов В.Н. 2015, Костюкевич В.М, 2008, Козіна Ж., Єрмаков,С., Крету М., Кадуцька Л., Собянін Ф. 2017, Коробейніков Л. 2012) [4, 6].

Мета: визначити вплив фізичного навантаження на динаміку ЧСС у баскетболісток залежно від рівня спортивної підготовленості.

Результати досліджень. У безперервній динаміці змін функціонального стану спортсменок нами вивчалися зміни ЧСС в робочому періоді двох станів: впрацьовування та стійкого стану. Вивчався характер зміни ЧСС після припинення завдання.

У дослідженні брали участь 12 баскетболісток 20-22 років Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича. З них 8 – I спортивний розряд і 4 – II спортивний розряд. Гравці виконували серію атакуючих дій- кидки в кільце з поверненням веденням м'яча до центральної лінії. Спочатку завдання виконувалося зі зручного боку майданчика («ведучою» рукою), а потім, після відновлення ЧСС до вихідного рівня, з іншого боку майданчика («неведучою» рукою).

Спостереження за показниками ЧСС під час виконання роботи і в період відновлення після виконання 2-х хвилинної серії завдання трьох спортсменок-баскетболісток: 1 - II спортивний розряд, 2 і 3 - I спортивний розряд показало результативність спортсменок 2 і 3 - 100% (12 влучень в кільце в 12 серіях виконання завдання як правою, так і лівою рукою). Результативність спортсменки 1 – 75 % правою рукою (9 влучень) і 50 % лівою рукою (6 попадань). [5, 6]. Найбільш швидкий перехід від початку виконання завдання до стійкого стану відбувається у спортсменки 3. Стан впрацьовування триває близько 40 секунд, потім ЧСС повільно зростає від 175 до 185 уд/хв. до завершення завдання. Стан впрацьовування у спортсменки 2 триває більше 70 секунд, під час якого ЧСС досягає 191 уд/хв. ЧСС далі зростає і досягає своєї вершини - 203 уд/хв. Довше за всіх стан впрацьовування триватиме у спортсменки 1 - більше 75 секунд.

Незважаючи на те, що спортсменки 2 і 3 при виконанні завдання показують однакову результативність, можемо припустити, що спортсменка 2 виконує завдання з великим напруженням серцево-судинної системи, ніж спортсменка 3. Більш тривалий період стану впрацьовування, а також більш високий рівень ЧСС вказують на недостатню спеціальну підготовленість спортсменки 2. У той же час здатність виконувати завдання на рівні ЧСС більше 200 уд/хв. показує високу загальну фізичну підготовленість даної спортсменки.

У баскетболістки 1 показники функціональної системи мали триваліший період впрацьовування та його перехід до стійкого стану, тому можна констатувати, що завдання для виконання є специфічне і потребує ретельнішої підготовки.

Після припинення завдання, на початку періоду відновлення, нами спостерігалися характерні закономірності зміни ЧСС. У слабо підготовлених спортсменок після припинення завдання спостерігається подальше підвищення ЧСС (від 10 до 15 с.) І лише потім ЧСС починає знижуватися.

У спортсменок, що мають більш високий рівень підготовленості, ЧСС після припинення завдання на деякий час (5 - 8 с) залишається на тому ж рівні. У спортсменок, що мають високу спеціальну підготовленість, серцево-судинна

система швидко реагує на зниження інтенсивності навантаження і починає падати відразу після припинення завдання.

Однакове фізичне навантаження викликає неоднакові зміни ЧСС у одного і того ж спортсмена в різних умовах. В ході дослідження нами виявлено різну реакцію ЧСС у випробовуваних спортсменок-баскетболісток при виконанні завдання зі зручного і незручного боку майданчика («сильною» і «слабкою» рукою).

Спостерігаючи за змінами ЧСС спортсменки ІІІ спортивного розряду на початку виконання завдання «сильнішою» рукою спостерігається стан впрацьовування протягом 50 секунд, під час якого ЧСС швидко зростає до 150 уд / хв. Далі - настає стійкий стан, під час якого ЧСС повільно підвищується до 173 уд / хв.

Такий характер зміни ЧСС, при якому легко визначається ділянка стійкого стану, вказує на фізичне навантаження субмаксимальної або близько максимальної аеробної потужності [3].

При виконанні завдання «слабкою» рукою, у спортсменок низької кваліфікації спостерігається безперервне, майже лінійне зростання ЧСС до завершення завдання. Фактично, спостерігається тільки період впрацьовування.

Після припинення завдання як лівою, так і правою рукою, ЧСС у спортсменки низької кваліфікації продовжує зростати і лише після 12 секунди відновлювального періоду починає знижуватися. Можна припустити, що вплив, тренувального навантаження на серцево-судинну систему даної спортсменки триває ще деякий час після завершення виконання завдання.

Висновки. За змінами ЧСС при виконанні завдань, можна дати якісну оцінку рівня спортивної підготовленості спортсменок-баскетболісток. Високий рівень тривалість періоду впрацьовування до 40 секунд і виконання завдання при змінах ЧСС від 180 до 195 уд/хв., а також зниження ЧСС відразу після завершення завдання, вказують на адекватне реагування функціональних систем на запропоноване фізичне навантаження. Низький рівень підготовленості спортсменок-баскетболісток відбивається, в основному, в тривалому стані впрацьовування до 75 секунд, в інших випадках до завершення 2-х хвилинного завдання. У баскетболісток з низьким рівнем підготовленості, після завдання продовжує зростати ЧСС ще наступні 10-15 секунд.

Зміни ЧСС при виконанні завдання з правого боку майданчика (правою рукою) і з лівого боку майданчика (лівою рукою) спостерігається у спортсменок низької кваліфікації, а також у спортсменок І спортивного розряду, які однаково не володіють сильною технікою гри обох рук.

В даному випадку, при виконанні завдання «слабкою» рукою не можна виділити ділянки стійкого стану. Це вказує на те, що робота відбувається переважно в зоні анаеробної потужності при підвищеному фізіологічному навантаженні.

Література

1. Балацька Л. В. Особливості розвитку системи управління рухами хлопчиків 3–5 років з різним напрямком рухової асиметрії в завданнях на ручну

майстерність. Педагогіка, психологія та медико -біологічні проблеми фізичного виховання та спорту. № 12. С. 15–20.

2. Балацька Л., Галаманжук., Єдинак Г. Особливості рухового розвитку дітей з різною моторною асиметрією від 3 до 6 років. Вісник Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника. Серія: Фізична культура: [зб. Наука. тощо]. Івано-Франківськ, 2012. Випуск 16. С. 112–118.

3. Костюкевич, В. М., Олександр Перепелиця, and Володимир Поліщук. "Динаміка показників фізичної підготовленості спортсменів і гравців в підготовчому періоді річного тренувального циклу." Фізична культура, спорт та здоров'я нації: Зб. наук. праць. Вінниця: ВДПУ 2 (2008): 33-36.

4. Kozina, Z. Iermakov, S. Crehu, M. Kadutskaya, L. Sobyenin, F. Physiological and subjective indicators of reaction to physical load of female basketball players with different game roles. Journal of Physical Education and Sport. 2017. Vol.17, №1. P. 378-382.

5. Korobejnikov, G. V., Korobejnikova, L. G., & Kozina, Z. L. Evaluation and correction of physiological states in sports, Kharkiv, 2012 KNPU.

6. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения: [учебник для тренеров]: в 2 кн. К.: Олимп. лит., 2015. К.1. 680 с.

ОКРЕМІ АСПЕКТИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ УРАЖЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Валерія Брич

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Дослідженням Глобального тягаря захворювань визначено, що у світі у 2019 році реабілітації потребували 2,41 мільярда осіб, з яких 71% склали саме особи з ураженнями опорно-рухового апарату (1,71 мільярда осіб). В Україні та регіонах проблема медичної реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату також займає важливе значення, оскільки сама система забезпечення медичною реабілітацією проходить процес реорганізації та вдосконалення.

Мета дослідження: проаналізувати стан кадрового забезпечення сфери медичної реабілітації при ураженнях опорно-рухового апарату та можливості його покращення в Закарпатській області.

Результати дослідження. Для повноцінного забезпечення медичної реабілітації при ураженнях опорно-рухового апарату у закладі охорони здоров'я повинні бути лікарі з фізичної та реабілітаційної медицини та/або лікарі з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або лікар-фізіотерапевт, фізичні терапевти, ерготерапевти, асистент фізичного терапевта та/або асистент ерготерапевта.

При аналізі інформації Центру медичної статистики МОЗ України кількість лікарів, які можуть забезпечувати реалізацію медичної реабілітації осіб з

ураженнями опорно-рухового апарату, недостатнє для Закарпатської області, як і для України. Загальна кількість таких лікарів на кінець 2020 року у закладах охорони здоров'я всієї країни була 1294 особи, з яких 64,2% склали лікарі-фізіотерапевти, 30,5% – лікарі з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, 5,3% – лікарі з фізичної та реабілітаційної медицини. Натомість у закладах охорони здоров'я Закарпатської області загальна кількість вказаних лікарів була 40 осіб, з яких 62,5% – зі спеціальністю «фізіотерапія» (25 осіб), 37,5% – зі спеціальністю «лікувальна фізкультура і спортивна медицина» (15 осіб) і жодного зі спеціальністю «фізична та реабілітаційна медицина». З 2021 р. спеціалізацію «фізична та реабілітаційна медицина» в Закарпатській області можна здобути протягом 4 місяців в рамках перекваліфікації з іншої спеціальності на факультеті післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», що дозволить покращити кадрове лікарське забезпечення сфери медичної реабілітації в регіоні.

Іншою обов'язковою кадровою частиною для реалізації напрямку медичної реабілітації, в тому числі при ураженнях опорно-рухового апарату, є фахівці спеціальностей «фізична терапія» та «ерготерапія». В закладах охорони здоров'я України на кінець 2020 р. за інформацією Центру медичної статистики МОЗ України працювали тільки 39 фізичних терапевтів та 22 ерготерапевти. В Закарпатській області відповідно до звітів зареєстровано 2 ерготерапевти та 1 фізичний терапевт. В той же час факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» вже давно готує фахівців цього напрямку. Так протягом 2018-2020 років отримали ступінь магістра за спеціальністю «фізична терапія, ерготерапія» 169 здобувачів освіти (2018 р. – 67 осіб, 2019 р. – 55 осіб, 2020 р. – 47 осіб). Всі вони можуть працювати у закладах охорони здоров'я на посаді фізичного терапевта. Що стосується другого (бакалаврського) рівня вищої освіти, то на факультеті здоров'я та фізичного виховання у 2020 році ступінь бакалавра за спеціальністю «фізична реабілітація» отримали 37 здобувачів, у 2021 році – 48 здобувачів. Також у 2021 р. 43 здобувачі освіти отримали ступінь бакалавра за спеціальністю «фізична терапія, ерготерапія». Отже, всі вказані особи можуть бути прийняті на посади асистентів фізичного терапевта та ерготерапевта у заклади охорони здоров'я регіону.

Висновки. В результаті дослідження визначено, що у Закарпатській області є всі умови для покращення кадрового забезпечення сфери медичної реабілітації при ураженнях опорно-рухового апарату: створена можливість отримання освіти та лікарської спеціальності «фізична та реабілітаційна медицина» безпосередньо в регіоні; наявні фахівці для забезпечення нелікарського компоненту медичної реабілітації в закладах охорони здоров'я.

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ УЧНІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Оксана Гаяш

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Інтелектуальні порушення (ІП), особливо в ранньому віці, негативно позначаються на формуванні індивідуальності людини, розвитку функціональних систем і гальмують її соціальну, побутову і психологічну адаптацію (Р. Боскіс, А. Дьячков, В. Засенко, Л. Фомічова, М. Ярмаченко), тому забезпечення умов для розвитку здорової особистості, формування в учнів з ІП ціннісного ставлення до власного життя, оволодіння вміннями і навичками здорового способу життя є актуальним в умовах сучасного освітнього простору.

Поняття «формування здоров'язбережувальної компетентності школярів з ІП» визначаємо як цілеспрямований процес становлення позитивної мотиваційно-ціннісної спрямованості на здоровий спосіб життя, оволодіння учнями знаннями, вміннями організовувати здоров'язбережувальну діяльність; розвитку особистісних якостей, який здійснюється засобами оздоровчих методик та здоров'язбережувальних технологій з урахуванням специфіки функціонування закладів освіти.

З позицій педагогіки здоров'я у закладі освіти треба не тільки створити здоров'язбережувальне освітнє середовище, але і сформувати в учнів здоров'язбережувальну компетентність, яка передбачає інтеріоризацію цінностей здоров'я і здорового способу життя.

О. Дубогай зазначає, що успішність формування здоров'язбережувальної компетентності учнів з ІП залежить від обраної педагогічної системи спільних дій вчителя, асистента вчителя, корекційного педагога, спеціального психолога, батьків і самих школярів у процесі діяльності, спілкування і пізнання здоров'я як особливої життєвої цінності [2].

Складовими цієї компетентності є життєві навички, що сприяють здоровому способу життя. Відповідно до складових здоров'я (фізична, соціальна, духовна, психічна) ці життєві навички передбачають реалізацію кожної з них: 1) життєві навички, що сприяють фізичному здоров'ю (навички раціонального харчування, рухової активності, санітарно-гігієнічний режим праці та відпочинку); 2) життєві навички, що сприяють соціальному здоров'ю (навички ефективного спілкування, співчуття, розв'язування конфліктів, спільної діяльності та співробітництва); 3) життєві навички, що сприяють духовному та психічному здоров'ю (самоусвідомлення та самооцінка, аналіз проблем і прийняття рішень, визначення життєвих цілей та програм, самоконтролю, мотивація успіху та тренування волі).

Узагальнивши дослідження сучасних науковців та педагогів-практиків, можна констатувати, що процес формування здоровозбережувальної компетентності учнів з ІП реалізовується наступними шляхами: формування навичок здорового способу життя школярів з ІП (валеологічне виховання учнів);

формування їх здоров'язбережувальних навичок, умінь та компетенцій в процесі вивчення самостійних навчальних предметів; використання у освітньому процесі дітей з ІІІ здоров'язбережувальних технологій; педагогічний супровід здоров'язбережувального навчання і виховання учнів з ІІІ; створення безпечного для здоров'я шкільного простору; просвітницька робота з батьками (законними представниками), залучення батьків (законних представників) до спільної роботи з дітьми, до розробки програми формування цінності здоров'я та здорового способу життя.

Вчитель, плануючи урок, сьогодні повинен керуватися певними основами здоро'язбережувальної діяльності:

- Попередження втомлюваності учнів (*дидактичні ігри, арттерапія, фізкультпаузи, валеопазузи, релаксаційні паузи, емоційна передача змісту уроку, чергування видів діяльності*).

- Попередження гіподинамії та зниження інтелектуальної активності учнів протягом уроку (*психофізичні паузи, зарядка для очей, включення школярів у пошукову діяльність, яка сприяє активізації та розвитку їх ініціативи, тощо*).

- Рациональна організація навчальної діяльності (*індивідуальний, диференційований підхід до розв'язання навчальних завдань і цілей уроку; використання ІКТ, відеоматеріалів; забезпечення індивідуальним роздатковим матеріалом*).

- Зміцнення психологічного здоров'я (*створення на уроці ситуації успіху для учнів; виважене, об'єктивне і коректне оцінювання навчальної діяльності кожного учня на уроці; уникнення у власній поведінці та поведінці школярів проявів негативних емоцій; добір доступної інформації; мінімальна кількість невідомих для дітей понять*).

- Ціннісне ставлення до власного здоров'я (*дотримання санітарно-гігієнічних вимог щодо організації навчально-виховного процесу; збереження зору учнів і т.п.*).

- Формування в учнів знань про здоров'я (*використання у змісті уроку питань, пов'язаних зі здоровим способом життя; забезпечення умов для здійснення самостійних спроб школярів удосконалювати власне здоров'я на основі вивченого*).

Отже шляхи формування здоров'язбережувальних компетентностей учнів з ІІІ будуть результативними, якщо системно виконуватимуться наступні умови: формування знань і уявлень учня з ІІІ про здоров'я людини, про його корисні і шкідливі звички, про власне здоров'я; умови для організованої рухової активності, забезпечується культивування звичок і навичок здорового способу життя; формується ціннісне ставлення до свого здоров'я.

Список використаних джерел

1. Власенко Л. Організація здоров'язбережувального навчального процесу на уроках і в позаурочний час у початковій школі // Основи здоров'я. 2012. № 4. С. 21-24

2. Дубогай О. Д. Навчання в русі: Здоров'язберігаючі педагогічні технології в початковій школі / О. Д. Дубогай. К. : Шкільний світ : Вид. Л. Галіцина, 2005. 112 с.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МКФ В РОБОТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

Надія Грицюк

Комунальний заклад вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради

В останні п'ять років в Україні активно впроваджується Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (надалі МКФ). Що можна прослідкувати не лише на практичному, а й на законодавчому рівні.

Так, в 2017 р. було прийнято Закон України про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні згідно з положеннями якого МКФ визначається як основна модель для проведення наукових дослідження та ведення звітності.

В тому ж році Кабінет міністрів України видав Розпорядження «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» (від 27 грудня 2017 р. № 1008-р), що затверджує план заходів щодо впровадження МКФ.

В 2020 р. модель МКФ було покладено в прийнятий Верховною радою Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

В той час, як законодавчі акти визначають МКФ однією з провідних моделей в охороні здоров'я, практичні дослідження зосередженні:

- дослідження філософських та методологічних аспектів МКФ (Алімова Ю., Аухадеев Є., Бакалюк Т., Голяченко А., Голяченко О., Заплатинська А., Мартинюк В., Мельникова Е., Науменко Л., Стельмах Г., Burger H., Rauch A., Prodinge B., Stucki G., Coenen M., Tennant A.);

- формування «пакетів» кодів для роботи з певними запитами та захворюваннями (Баннікова Р., Дев'ятова О., Керестей В., Краснянський К., Тарасенко О., Fekete S., Rauch A., Naughton N., Algar L., Aziz Q., Giamberardino M.A., Barke A., Korwisi B., Baranowski A.P., Wesselmann U.);

- вивчення МКФ студентами та підвищення кваліфікації фахівців (Борисова І., Лебедь-Великанова Е., Мазепа М., Мельник В., Поліщук В., Руденко Д., Яцевський Б.).

Зважаючи на вищезазначене, ми вважаємо актуальним напрямком дослідження аналіз особливостей застосування МКФ в роботі фізичного терапевта.

МКФ є стандартом ВООЗ в області вимірювання стану здоров'я та інвалідності як на рівні індивіда, так і на рівні населення. МКФ була офіційно схвалена всіма країнами-членами ВООЗ на п'ятдесят четвертій сесії Всесвітньої

асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 р. МКФ була схвалена для застосування в країнах-членах ВООЗ в якості міжнародного стандарту для опису і виміру ступеня порушень здоров'я.

В Україні впровадження МКФ на законодавчому рівні розпочалося з 2017 р. (розпорядження КМ України «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» [10]). А вже в 2018 р. було затверджено текст перекладу документу українською мовою [9].

МКФ побудована на основі наступних важливих принципів: універсальності, утилітарності, нейтральності, достовірності, валідності, репрезентативності, зосередження уваги на позитивних аспектах, взаємодія з факторами навколишнього середовища, інтерактивності. Відповідно до цих принципів дана класифікація може бути застосовна до всіх людей, незалежно від стану здоров'я або віку; між її елементами не існує лінійної прогресивної зв'язку і, більш того, реабілітаційні втручання можуть безпосередньо перетворювати деякі елементи МКФ і таким чином змінювати загальний стан конкретної людини [3].

На нашу думку, застосування МКФ в практичній діяльності дозволяє:

- провести всебічний аналіз наявних обмежень життєдіяльності;
- змінити рівень і вектор побудови програм реабілітації;
- уточнити послідовність реабілітаційних заходів;
- провести аналіз факторів контексту (особистісних і навколишнього середовища);
- оцінити ефективність проведеної реабілітації.

Аналіз літератури доводить, що застосування МКФ дозволяє змінити точку відліку при оцінці ефективності реабілітації. З позиції МКФ реабілітаційні заходи ефективні лише в тому випадку, якщо:

- покращена активність, значуща для пацієнта,
- досягнуті цілі реабілітації,
- знівельована різниця між «реалізацією» і «потенційну здатність» пацієнта.

Такий підхід обґрунтовує важливість використання шкал для оцінки порушення життєдіяльності і опитувальників якості життя, диференційованих залежно від особливостей патології [1, 2, 4, 5, 6, 8, 12].

Підводячи підсумок, можна сказати, що широке використання МКФ в практиці фахівців, що займаються реабілітацією, дозволило б:

- підвищити ефективність реабілітації;
- мінімізувати витрати на реабілітацію;
- отримати результат, найбільш відповідає потребам і можливостям самого хворого.

Вивчивши і осмисливши МКФ, ми зможемо краще зрозуміти сутність самої реабілітації і говорити з колегами в усьому світі на одній мові.

Список використаних джерел

1. Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in Clinical Settings // *Rehabilitation Psychology*, 2005, Vol. 50 (2). P. 122–131.
2. Rauch, A.; Cieza, A.; Stucki, G. (September 2008). How to apply the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice // *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 44 (3): 329–342. PMID 18762742
3. Голик В.А., Мороз Е.Н., Погорелова С.А. Использование Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике // *Международный неврологический журнал*. - 2011. - № 5 (41). <http://www.mif-ua.com/archive/issue-21476/article-21566>
4. Іпатов А.В., Ханюкова І.Я., Паніна С.С., Саніна Н.А., Гондуленко Н.О. Міжнародна класифікація функціонування як частина сучасної моделі надання медико-соціальної допомоги // *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2018, № 1 (27). С. 16-21.
5. Мазепа М. А. Міжнародна класифікація функціонування як ключ до розуміння філософії реабілітації. Львів, 2019. 15 с.
6. Мартинюк В.Ю., Назар О.В. Міжнародна класифікація функціонування як дороговказ впровадження концепції соціальної педіатрії // *Современная педиатрия*. 2015, 3(67). С. 100-103.
7. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации // *Медиаль*. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mezhdunarodnaya-klassifikatsiya-funktsionirovaniya-kak-klyuch-k-ponimaniyu-filosofii-reabilitatsii/viewer>
8. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов // *Вестник Восстановительной медицины*, 2017, № 6 (82).
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 23 травня 2018 р. № 981 «Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» // Міністерство охорони здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf
10. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1008-р «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» // Верховна рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-p#Text>
11. Устав (конституція) всемирной организации здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>

12. Як застосовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я у реабілітації // Медична справа. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/673-qqq-17-m6-01-06-2017-yak-zastosovuvati-mjnarodnu-klasifikatsyu-funktsonuvannya-obmejnyya>

ПОРУШЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ ПРИ ЗАНЯТТЯХ РІЗНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ ЯК СУЧАСНА ПРОБЛЕМА

Олександра Гузак

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ: Обсяг та інтенсивність тренувальних навантажень спортсменів у сучасному спорті характеризується зростаючими вимогами до фізичної підготовленості. Високі фізичні і психоемоційні навантаження організму юних спортсменів, можуть призвести до виникнення низки порушень фізичного розвитку і стану здоров'я. Дисонанс між функціональними резервами організму та факторами тренувальної діяльності збільшує кількість негативних тенденцій у стані соматичного здоров'я юних спортсменів і вимагає вирішення.

Мета: узагальнити та систематизувати дані про вплив різних видів спорту на опорно-руховий апарат юних спортсменів.

Матеріали і методи: систематизація та аналіз даних науково-методичної літератури, інформаційних ресурсів мережі Інтернет.

Результати: На основі аналізу наукових джерел встановлено, що перевантаження певних відділів ОРА створюють ризики виникнення травм і низки захворювань ОРА.

На сьогодні фахівці погоджуються із визнанням важливості проблеми порушень ОРА для юних спортсменів, організм яких не відчуває наслідків впливу підвищеної рухової активності. Попри це, окремі дослідники, як-от С. П. Миронов, наголошують, що в середовищі атлетів, які практикують різні види спорту, частотність виокремлення осіб із такими відхиленнями ОРА, як зміна розташування хребетного стовпа й кісток тазу, функціональне блокування в різних зчленуваннях патологічної зміни тонуусу окремих м'язових груп, значно вища порівняно з однолітками спортсменів, які не беруть участі в активних заняттях спортом.

У дослідженнях Л. М. Мелентьєвої окреслено тенденцію до зростання на сучасному етапі частотності виникнення порушень ОРА в дітей-спортсменів різних спеціалізацій (показники зафіксованої під час обстеження зміни постави у фронтальній і сагітальній площинах коливалися в діапазоні від 66 % до 71,2 %, сколіотичної хвороби – від 5,7 % до 11,5 %, плоскостопості – від 25 до 33,9 %), що увиразнює доцільність визнання питань специфіки розвитку сполучної тканини, а також функціональних відхилень ОРА особливо вагомими проблемами юнацького спорту.

Напрацювання Є. І. Мінц довело високу частотність визначення у представників різних видів спорту (стрибунів у висоту - 42,85 %, веслярів на

каное - 42,84 % та баскетболістів - 30,00 %), зменшення величини грудного кіфозу та поперекового лордозу, що подеколи розвивається на тлі (останнє, здебільшого, стосується стрибунів у висоту й баскетболістів) незначних відхилень його положення у фронтальній площині.

Так, наприклад, Батті Молл Дейо провів дослідження на основі залучення представників дитячого та юнацького футболу для встановлення рівня порушень у них функціонального стану ОРА, яке показало: вкорочення довжини однієї з нижніх кінцівок, зміщення хребта в сагітальній і фронтальній площинах, поздовжню плоскостопість, функціональне блокування різних ділянок хребта, стабільний гіпертонус триголового м'яза гомілки та чотириголового м'яза стегна, зміну просторового розташування кісток тазу.

В роботі А. В. Шевцова, констатувала про наявність у обстежуваних кікбоксерів хронічних змін функціонально важливої групи м'язів, а саме – посилення тонузу верхньої ділянки трапецієподібних, нижніх косих, сходових, грудних, клубово-поперекових м'язів і зменшення тонузу м'язів черевного пресу, середніх і нижніх фіксаторів лопаток, що ризиковане виникненням м'язового дисбалансу.

С. В. Седоченко описав результати соматоскопічних досліджень фехтувальників і тенісистів, стосовно деформації ОРА залежно від можливості їхньої корекції з огляду на тривалість спортивного стажу. Зокрема, науковець розмежував деформації від 2-х до 3-х років стажу, які є нестійкими деформаціями в сагітальній площині, що підлягають корекції; від 3-х до 5 років – стійкими та нестійкими деформаціями в обох площинах; понад 5 років – патологіями хребта, що складно підлягають корекції.

Висновки: Системний аналіз спеціальної науково-методичної літератури та теоретичних передумов, які свідчать про наявність негативних тенденцій у стані соматичного здоров'я юних спортсменів, свідчить про єдність думки фахівців стосовно приросту показників поширеності порушень ОРА з раннього віку незалежно від виду спорту та мало певний вплив на формування і розвиток у юних спортсменів хронічних захворювань певних груп м'язів.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ (МКФ) ПРИ ОЦІНЦІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТОК З ОЖИРІННЯМ

Мар'яна Дуб

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Однією з рекомендацій ВООЗ є активне повсюдне впровадження уніфікованих підходів до оцінювання рівня життєдіяльності хворих та інвалідів. Стандартом ВООЗ у сфері вимірювання стану здоров'я та інвалідності є Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), як на рівні індивіда, так і на рівні населення. Забезпечення уніфікованою стандартною мовою і визначення рамок для опису показників

здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям – головна мета активного впровадження МКФ сучасну систему охорони здоров'я та фізичної терапії.

Мета – проаналізувати можливості застосування МКФ при оцінці стану здоров'я студенток з ожирінням в системі фізичної терапії.

Результати дослідження та їх обговорення. При оцінці стану здоров'я студенток з ожирінням оцінювались такі аспекти, як якість життя та складові якості життя, комунікативні здібності, самооцінка та самоефективність, фізична активність, рухова дієздатність, функціональний стан серцево-судинної системи, вуглеводного та ліпідного профілю, психоемоційного стану.

На основі обстеження список проблем пацієнта повинен сформуватися у категоріях МКФ, які б відображали всі аспекти функціонування пацієнта. На рівні структури це порушення фізичного розвитку (збільшення маси тіла, обхватних розмірів, жирового компонента), на рівні функції (пітливість, порушення апетиту, сну, головні болі, порушення толерантності до фізичного навантаження, порушення з боку травної системи, вегето-судинні порушення, та з боку серцево-судинної системи, метаболічні порушення, порушення енергетичного та вуглеводного профілів, психоемоційного стану (впевненість в собі, самооцінка, комунікабельність), на рівні активності: загальна слабкість, стомлюваність, порушення рухової активності; на рівні участі – зниження показників якості життя, самоефективності, тимчасова неможливість виконувати професійну діяльність у зв'язку з високими вимогами до фізичної активності.

З метою характеристики стану та проблем студенток з ожирінням ми ознайомилися з кодами МКФ. Структури організму: структура тазового поясу s – 740 та s – 760 структура тулуба. Порушення функцій організму описуються в МКФ для даної групи в кількох групах. Функції організму: b – 134 функції сну, b 152 – функції емоції, b – 280 відчуття болю, b – 429 функції серцево-судинної системи, інші уточнені та не уточнені, b – 455 функції толерантності до фізичного навантаження, b* - загальна фізична витривалість, b – 510 функції прийому їжі, b – 530 функції збереження ваги, b – 535 відчуття пов'язані з травною системою, b – 540 загальні метаболічні функції, b – 5401 вуглеводний обмін, b – 5403 обмін жирів, b – 730 функція м'язової сили, b – 830 інші функції шкіри. Активність та участь: d 199 – навчання та застосування знань не уточнене, d 210 – виконання окремого завдання, d 220 – виконання багатопланових завдань, d 230 – виконання щоденного розпорядку, d 399 – комунікація не уточнене, d 410 – зміна основного положення тіла, d 450 – ходьба, 470 – використання транспортних засобів, d 570 – догляд за своїм здоров'ям, d 920 – відпочинок і дозвілля.

Таким чином, враховуючи виявлені і описані проблеми у студенток дозволять здійснити адекватне реабілітаційне втручання, застосовуючи засоби та методи фізичної терапії в залежності від їх терапевтичної спрямованості.

Висновки. Застосування міжнародної класифікації функціонування є тим універсальним інструментом, що надасть змогу, з можливістю деталізації,

оцінити рівні функціонування осіб з ожирінням в поєднанні з супутніми патологіями, що значно підвищить якість діагностичних та реабілітаційних підходів.

РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ЗРІЛОМУ ВІЦІ

Юля Дуткевич-Іванська, Людмила Русин, Вікторія Кіш
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. На сучасному етапі розвитку суспільства все гостріше постає проблема збереження і зміцнення здоров'я людей, дотримання здорового способу життя. У нашій країні склалася критична ситуація із станом здоров'я населення, різко зросла захворюваність, особливо на гіпертонію (у 3 рази). Ця хвороба значно поширилася за останні десятиріччя в економічно розвинених країнах, стала однією з головних причин інвалідності та смертності. Для успішної боротьби з гіпертонічною хворобою недостатньо лише загальнодержавних і суто медичних заходів. Дуже важливе значення має також ознайомлення широких верств населення із основними принципами раціонального харчування та принципами запобігання даному захворюванню.

Мета дослідження: вивчити вплив раціонального харчування на пацієнтів з гіпертонічною хворобою II ступеню, віком 35 – 50 років.

Методи дослідження: аналіз спеціальної науково-методичної літератури та інформаційних джерел; статистичний метод - аналіз диспансерних карток 50 хворих (аналіз історії хвороби кожного пацієнта); клінічні методи дослідження (збір анамнезу, огляд, оцінка функціонального стану), анкетування хворих; інструментальні методи дослідження (вимірювання АТ, ЧСС, антропометрія); методи математичної статистики.

База дослідження - Ужгородська міська поліклініка №2, де спостерігали за динамікою самопочуття пацієнтів з гіпертонічною хворобою II ступеню, віком 35 – 50 років при застосуванні раціонального харчування.

На базі поліклініки №2 було проведено аналіз диспансерних карток 50 хворих (статистичний метод), які хворіють на гіпертонічну хворобу II ст. В досліджувану групу входили жінки та чоловіки віком від 35 до 50 років, які страждають на гіпертонічну хворобу протягом 4-5 років. Контингент досліджуваних ми поділили на такі дві групи:

I група – хворі, в яких лікування на поліклінічному етапі реабілітації проводилося без застосування раціонального харчування (20 пацієнтів);

II група – хворі, в яких лікування на поліклінічному етапі реабілітації проводилося із застосуванням раціонального харчування (30 пацієнтів). Пацієнтам цієї групи були роздані рекомендації щодо їх харчування протягом нашого дослідження.

Результати дослідження: середній вік пацієнтів (n=50) склав $39 \pm 6,5$ років ($x \pm S$, де x – середнє арифметичне, S – середньоквадратичне відхилення).

В ході дослідження маса тіла визначалась при зважуванні на електронних вагах. Вимірювання зросту проводилось за допомогою ростоміра. Наявність відхилення від оптимальної маси тіла визначалось за допомогою індексу маси тіла Кетле (ІМТ) за формулою:

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла (кг)} / \text{ріст}^2 \text{ (м)}$$

Довжина тіла в групах в середньому складала 166,6 см. Маса тіла на початку спостереження в групі II та групі I, виходячи із показників ІМТ $27,3 \pm 0,54$ та $26,7 \pm 0,51$ була надмірною. Через 2 тижні ІМТ дещо зменшився: в групі II - до $26,9 \pm 0,52$, а в групі I - до $26,3 \pm 0,51$, що теж відповідало надмірній масі тіла.

Через 3 тижні - індекс Кетле продовжував знижуватись і складав $25,8 \pm 0,53$ в II групі та відповідно $26,0 \pm 0,54$ в I групі. Ці показники відповідають наявності у пацієнтів незначної надмірної маси тіла.

В кінці експерименту - ІМТ становив $24,8 \pm 0,55$ в II групі, що відповідає оптимальному рівню маси тіла, та $25,2 \pm 0,53$ в I групі, що вказує на незначне відхилення від норми (таблиця 1).

Таблиця 1

Середні антропометричні показники в обох групах хворих на гіпертонічну хворобу II ступеня ($p < 0,05$)

Параметри	До початку експерименту		Через 2 тижні		Через 3 тижні		В кінці експерименту	
	Г II (n=30)	Г I (n=20)	Г II (n=30)	Г I (n=20)	Г II (n=30)	Г I (n=20)	Г II (n=30)	Г I (n=20)
Ріст, см	166,8 $\pm 0,73$	166,4 $\pm 0,75$	166,8 $\pm 0,73$	166,4 $\pm 0,75$	166,8 $\pm 0,73$	166,4 $\pm 0,75$	166,8 $\pm 0,73$	166,4 $\pm 0,75$
Маса тіла, кг	76,0 $\pm 0,69$	74,0 $\pm 0,71$	75,0 $\pm 0,68$	73,0 $\pm 0,72$	72,0 $\pm 0,70$	72,0 $\pm 0,71$	69,0 $\pm 0,68$	76,0 $\pm 0,70$
ІМТ, кг/ м ²	27,3 $\pm 0,54$	26,7 $\pm 0,51$	26,9 $\pm 0,53$	26,3 $\pm 0,52$	25,8 $\pm 0,54$	26,0 $\pm 0,53$	24,8 $\pm 0,55$	25,2 $\pm 0,53$

Показники зміни АТ наведені в таблиці 2 ($p < 0,05$)

Таблиця 2

Групи	К-сть пацієнтів	Показники АТ до експерименту		Показники АТ через 2 тижні		Показники АТ через 1 міс. після медикам. лікування без застосування раціонального харчування	Показники АТ через 1 міс. після медик. лікування із застосуванням раціонального харчування
		САТ, мм рт.ст.	ДАТ, мм рт.ст.	САТ, мм рт.ст.	ДАТ, мм рт.ст.		

I група	20	177±4	116±3	175±6	104±2	160±5/102±3	-
II група	30	168±3	102±2	150±4	95±3	-	140±4/84±3

Примітка:

САТ – систолічний артеріальний тиск

ДАТ – діастолічний артеріальний тиск

З даної наведеної таблиці можна зробити певні висновки:

1. II група, яка отримувала медикаментозне лікування та застосовувала раціональне харчування на поліклінічному етапі реабілітації досягла кращих результатів нормалізації АТ, а саме: з 168±3/102±2 (до експерименту) до 140±4/84±3 (після експерименту).

2. I група, яка отримувала лише медикаментозне лікування без застосування раціонального харчування на поліклінічному етапі реабілітації одержала гірші результати нормалізації АТ з вихідного рівня 177±4/116±3 (до лікування) до 160±5/102±3 (після лікування).

Крім цього кожний хворий II групи заповняв анкету для визначення самопочуття при застосуванні раціонального харчування. Отримані результати анкетування:

1. На третій день від початку застосування раціонального харчування у пацієнтів, які попередньо застосовували медикаментозне лікування, зменшились головні болі – у 25 % пацієнтів II групи.

2. На десятій день – у 40 % відмічалось зменшення головокружіння, нормалізація сну, початок відновлення працездатності, а також емоційна стійкість.

3. Через 1 місяць підвищилась толерантність до фізичних навантажень.

4. Частота серцевих скорочень після застосування раціонального харчування становила в середньому 73,4±2/хв, при вихідному рівні 78,1±1,9 /хв.

Всі перераховані показники, які характеризують основні якості життя показали тенденцію до покращення загального стану пацієнтів.

Висновки. Дані аналізу літературних джерел за темою дослідження свідчать про те, що застосування раціонального харчування при гіпертонічній хворобі в поєднанні з медикаментозним методом лікування є ефективним.

На основі обстеження 50 хворих на гіпертонічну хворобу II ст. встановлено, що використання раціонального харчування при лікуванні гіпертонічної хвороби є результативним: утримання артеріального тиску в межах норми (140±4/84±3 мм рт. ст.) в кінці експерименту, покращення самопочуття хворих, на що вказує проведене анкетування.

Застосування запропонованого нами раціону харчування при гіпертонічній хворобі допомогло пацієнтам значно знизити масу тіла – в кінці експерименту ІМТ становив 24,8±0,55 в II групі, що відповідає оптимальному рівню маси тіла, що є дуже важливим для продовження тривалості життя пацієнтів.

Використана література

1. Коваленко В.М. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні / В.М. Коваленко, А.П. Дорогой // Матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 21-23 вересня 2016 р.). – С. 5-14.
2. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – С.261-267.
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація. Стандарти діагностики та лікування / за редакцією проф. В.М.Коваленка, проф. М.І.Лутая, проф. Ю.М.Сіренка, Київ, 2007 -128с.

ПОТОЧНІ ОЗДОРОВЧІ ЗАСОБИ ПІДТРИМКИ ПРАЦЕЗДОТНОСТІ СТУДЕНТА

Павло Єфіменко, Оксана Каніщева

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Вступ. Поточний день сучасного студента з кожним роком набирає все більшого як розумового, так і фізичного навантаження. Це пов'язано з регулярним ускладненням навчальних програм і збільшенням обсягу аудиторних занять та самостійної роботи, різними побутовими питаннями, стресами, тощо. Останні роки у зв'язку з поширенням Covid 19, навчальний процес перейшов на навчання у формі On-line і гіподинамія значно збільшилась і це також негативно позначилось на стані організму студентів.

Спостереження ж фахівців з фізичного виховання вказують на те, що студенти, які в позанавчальний час регулярно займаються різними видами рухової активності, ці навантаження переносять легше ніж ті студенти, які обмежуються тільки академічними заняттями фізичною культурою. І тому більша частка таких студентів, особливо при наявності шкідливих звичок, найчастіше потрапляють до числа тих, у кого знижується адаптаційні можливості їх організму і вони часто піддаються застудним та різним сезонним захворюванням [4].

З усього видно, що на сьогоднішній день, проблема стомлення організму студентів стає соціальною. Її рішення значною мірою може залежати від впровадження в їх побут різних засобів та методів підтримки й відновлення сил і здоров'я. У зв'язку з необхідністю постійно підтримувати певний рівень їх працездатності протягом поточного дня, фахівці різних напрямів оздоровлення людини працюють над вдосконалення існуючих засобів збереження та відновлення працездатності її організму [1, 5].

Метою нашого дослідження було виявити ефективний і в той же час доступний засіб підтримки працездатності студента в процесі поточного дня.

Результати досліджень. За своєю спрямованістю ці засоби поділяють на три групи: педагогічні, медико-біологічні і психологічні [3, 5].

Педагогічні засоби відновлення працездатності рекомендують тим, хто займається різними видами спорту. Це вправи на розслаблення, різні напрями рухової активності.

Психологічні засоби спрямовують на зниження нервово-психологічної напруженості: гіпноз, аутогенне та психо-регулююче тренування, різноманітне дозвілля і умови побуту.

Медико-біологічні засоби включають величезний арсенал. Проте використання багатьох з них вимагає спеціального устаткування і лікарського контролю. Однак найбільш доступними з них вважаються різні системи й методи масажу і самомасажу, лазні та гідро процедури [3].

Однак досвід наших попередніх спостережень і опитувань студентів вказує на те, що за різних причин інтерес до цих засобів у студентів поступово втрачає свої позиції.

У наших останніх дослідженнях нами було звернуто увагу на відсутність певних наукових пояснень щодо черговості виконання фізичних вправ при проведенні загально-зміцнюючих вправ ранкової гімнастики. Тут допускається послідовність де починають вправи з рук, потім розминають м'язи тулуба і потім ноги. Або навпаки: ноги, тулуб, руки [2].

Наші попередні дослідження вказують на необхідність враховувати анатомічне будування периферичної нервової системи і на те, що під час будь яких рухів хребетного стовпа в хребцево-рухових сегментах цих зон (нахилах, поворотах, обертаннях), у місцях виходу корінців спинномозкових нервів із хребетного стовпа, відбувається їх механічне подразнення навколишніми тканинами. У відповідь на це з боку ЦНС виникає певна реакція у вигляді додаткової нервової імпульсації, що сприяє активізації діяльності м'язів, залучених у рух, а так само й органів та систем, які іннервуються цими спинномозковими сегментами. Тобто у відповідь на різноманітні рухи хребта, виникає певна соматовегетативна реакція усього організму [2, 3].

Якщо вправи починати з фізичних вправ, спрямованих на кінцівки, то й еферентація і аферентація нервових імпульсів відбуватимуться через нервові клітини і волокна паравертебральних зон, де за відсутністю попередніх рухів ще не досягнуто їх необхідного функціонального стану. І відповідно ефект від подібної послідовності вправ буде не великий [2].

Виходячи з цього нами запропоновано починати проводити загально-зміцнюючі вправи ранкової гімнастики з шийного відділу хребта, що викликає рефлекторну сомато-вегетативну реакцію об'єктів, які іннервуються його спинномозковими сегментами: м'язи шиї і рук, внутрішні органи грудної і верху черевної порожнини. Продовжують на грудному відділі, що призводить до рефлекторної сомато-вегетативної реакції об'єктів, які іннервуються грудними спинномозковими сегментами: м'язи грудної клітки, внутрішні органи грудної порожнини. І далі розминають поперекову ділянку, що викликає рефлекторну сомато-вегетативну реакцію об'єктів, які іннервуються поперековими спинномозковими сегментами: м'язи тулуба і ніг, внутрішні органи черевної порожнини та малого тазу.

Після хребта слід включити в роботу ближче розташовані до ЦНС верхні, а потім – нижні кінцівки. При цьому спочатку роботу виконують проксимальні, крупні суглоби. У їх рухи залучаються м'язи тулуба і прилеглої до нього частини кінцівки, які також мають рефлекторну взаємодію з відповідними внутрішніми органами.

Для підтвердження позитивної дії нашої пропозиції нами проведено дослідження. Для цього було створено дві групи студентів III курсу які добровільно згодились взяти в ньому участь. Перша група споглядання складала 8 осіб. Друга група контрольна, також складалася з 8 осіб. Статей не враховувалась. Спостереження проводилось протягом одного місяця.

Усі учасники були обстежені на предмет стану адаптаційного потенціалу. Для чого вимірювали: ЧСС, АТс, АТд, масу і довжину тіла і визначали вік. Усі показники оброблялись за формулою Р.М. Баєвського, за допомогою програми Microsoft Excel 2010, що дозволило отримувати миттєвий результат у вигляді певних балів. Згідно таблиці характеристики адаптаційного потенціалу за Р.М. Баєвським, ці бали поділялися на певні рівні.

Серед студентів групи споглядання, п'ятеро респондентів були віднесені до рівня задовільної адаптації, троє – до рівня напруження механізмів адаптації. В контрольній групі респонденти поділились у обидві групи порівну.

Далі протягом одного місяця студенти групи споглядання виконували загально-зміцнюючі вправи ранкової гімнастики за пропонованою нами послідовністю і повторювали їх 1-2 рази протягом дня у вигляді фізкультпаузи. При цьому весь ранковий комплекс був розрахований на 10-12 хвилин, а денний – на 2-3 хвилини, до якого входили вправи тільки для хребта. Студенти контрольної групи проводили ранкову гімнастику за звичною послідовністю. Денних вправ вони не проводили зовсім.

Порівняння отриманих результатів в обох групах показало, що у групі споглядання двоє студентів покращили свої бали і були віднесені до групи задовільної адаптації. Троє - стабілізували свої бали, які до цього вказували на до нозологічний стан. У стані студентів контрольної групи ніяких змін не визначалось

На нашу думку, запропонована нами послідовність виконання загально-зміцнюючих вправ має чітке фізіологічне обґрунтування і рефлекторно сприяє стимулюванню загального обміну речовин і позитивно впливає на адаптаційні можливості організму людини.

Висновки: 1) сучасна науково-методична література ще не має переконливого наукового пояснення стосовно чергування виконання вправ ранкової гімнастики; 2) запропоноване чергування вправ дозволяє поступово і послідовно підключати до відновних процесів організму і підтримання його сталості всі його системи.

Література

1. Баевский Р.М. Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. 236 с.

2. Єфіменко П.Б. Каніщева О.П. Ранкова гімнастика в режимі дня студента, як засіб підвищення функціональних можливостей його організму. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова. Серія № 15.* Київ:Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2019 – Випуск 5 (113). С. 56-60.

3. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Юез'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.

4. Каніщева О.П. Мулик В.В. Теоретичні основи оцінки адаптаційних можливостей організму людини. *Слобожанський науково-спортивний вісник.* Харків: ХДАФК, 2010. - №4. – 179 с.

5. Каніщева О.П. Масаж та інші засоби відновлення організму студента: навч. посібник / О.П. Каніщева. Харків: ХНАДУ, 2014. – 124 с.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Тетяна Кушик

*магістр спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Комунальний заклад вищої освіти «Хортицька національна
навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради*

Вступ. Поперековий відділ хребта, або попереk (low back), являє собою надзвичайно добре спроектовану структуру, що складається з взаємопов'язаних кісток, суглобів, нервів, зв'язок і м'язів, що працюють разом, задля забезпечення підтримки, сили і гнучкості. Нижня частина спини підтримує вагу верхньої частини тіла і забезпечує рухливість для повсякденних рухів. Однак власне ця складна структура робить нижню частину спини сприйнятливою до травм і болю.

Болі в спині, а особливо в нижньому її відділі, - одна з найбільш частих причин звернення хворих до невропатологів, ортопедів, хірургів, ревматологів, терапевтів. Працевтрати від цієї патології займають одне з провідних місць, оскільки уражується, як правило, найбільш активна група населення у віці від 20 до 60 років, а частіше від 30 до 50 років.

У зв'язку з умовами життя, які постійно змінюються: антропогенні екологічні фактори навколишнього середовища, урбанізація, низька рухова активність, стреси, зміна режиму та якості харчування більше ніж 80% населення страждають від болю в попереку протягом свого життя. Хронічний біль - це широкий термін, який часто описує біль, який триває більше трьох - шести місяців і перевищує природний процес загоєння організму.

Більшість випадків можуть бути пов'язані з загальною причиною, такою як м'язова напруга, травма або перенавантаження, або можуть бути пов'язані з конкретним станом хребта.

Деякі форми хронічного болю можуть бути пов'язані з певною причиною (остеохондроз, стеноз хребта або спондилостез), а інші форми болю не мають відомої або зрозумілої причини, наприклад, невропатичний біль (нервовий біль).

Основним засобом фізичної терапії є засновані на русі фізичні вправи – значний стимулятор життєвих функцій організму, оскільки залучають до відповідної реакції організму всі ланки нервової системи. Згідно професору В. К. Добровольському, на сьогодні виділяють 4 основні механізми дії фізичних вправ на організм людини: механізм трофічної дії; механізм тонізуючої дії; механізм формування компенсацій (заміщення функцій); механізм нормалізації функції.

Фізичні вправи сприяють розвитку якостей: сили, швидкості (швидкості) рухів, витривалості, спритності, гнучкості, допомагають подолати кінезіофобію. Слід зазначити, що лікувальна дія фізичних вправ є комплексним явищем, з декількома механізмами одночасно. Постійна програма вправ знижує ймовірність і тяжкість майбутніх проявів болю в попереку.

Лікуванням і профілактикою хронічного болю в нижній частині спини займаються фахівці різної спеціалізації, роботи яких пропонують застосовувати мануальну терапію, терапевтичні вправи, лікувальні водні вправи, лікувальний масаж, рефлексотерапію, використання кінезіотейпів, тощо. На даний час існують різноманітні рухові методики: динамічні та статичні кінезіотерапевтичні техніки можливе включення локального м'язового скорочення при активній самостійній роботі пацієнта, за допомогою рук фізичного терапевта, додаткових апаратів і підвісних систем, а також із застосуванням додаткового обладнання (електронейроміостимуляція). Один із основних рухових напрямків у відновній терапії - є фізичні вправи, як безпосередньо гімнастичні рухи, так і спортивно-прикладна рухова активність (ходьба, біг, плавання), ігрові методики, ідеомоторні вправи і трудова терапія. Окрема увага приділяється дихальним вправам, що дозволяють знизити м'язово-тонічне напруження і опосередковано зменшити біль.

Найбільш відомі методики, в основу яких лягла нейром'язова активація, – це PNF, Бобат - терапія, Войта - терапія, методики із застосуванням підвісних систем, розвантажувальних костюмів, клінічна нейродинаміка, роботизована локомоторна терапія і різні автоматизовані технології із застосуванням тренажерів. Також існує ряд пасивних методик із застосуванням електронейростимуляції.

Сучасний підхід до проблеми спирається на комплексне застосування методів і засобів покращення функціонування пацієнтів з хронічним болем в нижній частині спини, заснованих на науково-доказовій практиці фізичної терапії. Стан проблеми вимагає вдосконалення і розробки нових ефективних методик профілактики та лікування даного захворювання.

Проаналізовані літературні джерела з питань фізичної терапії пацієнтів з ХБНС, існуюча різноплановість щодо її проведення і соціальна значимість цієї проблеми зумовили вибір теми дослідження: «Фізична терапія для покращення функціонування пацієнтів із хронічними болями в нижній частині спини».

Мета дослідження. Обґрунтувати шляхи оптимізації і інтенсифікації впливу комплексної програми фізичної терапії для покращення функціонування

пацієнтів із хронічними болями в поперековому відділі, показати практичне значення фізичних вправ як реабілітаційного і профілактичного засобу.

Об'єктом дослідження є засоби і методи фізичної терапії для покращення функціонування пацієнтів із хронічними болями в нижній частині спини.

Результати дослідження. До дослідження було залучено 24 особи, у віці 35 - 45 років, зі скаргами на хронічний біль в нижній частині спини. Пацієнти були розділені на контрольну і основну групи по 12 осіб (6 жінок + 6 чоловіків). Дослідження проводилося протягом 8 тижнів. При первинному огляді пацієнти обох груп мали скарги на регулярні болі в зоні попереку, задньої поверхні стегна і гомілки, які посилювалися при фізичному навантаженні, при нахилах та поворотах тулуба; скутість рухів, особливо вранці; швидко стомлюваність під час ходьби і фізичних навантаженнях; набряки нижніх кінцівок; м'язову слабкість; обмеження амплітуди рухів. При фізикальному обстеженні виявили у 42% пацієнтів контрольної і 33% - основної груп сколіотичну поставу, слабкість м'язів сідниць і стегон. При пальпації практично всі пацієнти мали незначну болючість спинномозкових корінців попереково-крижового відділу хребта і негативний симптом Ласега.

Контрольна група отримувала масаж та рекомендовану апаратну фізіотерапію (дарсонвалізацію, TENS, магнітотерапію).

До пацієнтів основної групи застосовувалися фізичні вправи, масаж та рекомендована фізична активність (плавання, акваджогінг, скандинавська ходьба) і апаратна фізіотерапія (дарсонвалізація, TENS, магнітотерапія).

Ефективність реабілітаційних заходів оцінювалась за характером зміни амплітуди рухів попереково - крижового відділу хребта, зниженням або відсутністю больових відчуттів за шкалою ВАШ, покращенням показників витривалості м'язів розгиначів спини та м'язів черевного пресу, показника індексу якості життя ODI 2.1a.

Завдяки правильному підбору програми ФТ вдалося знизити больовий синдром, поліпшити самопочуття, покращити рухливість, що у свою чергу сприяло покращенню якості життя наших пацієнтів.

Обидві програми дали якісний результат та значно покращили стан осіб як контрольної так і основної групи, але програма, яка пропонувалася пацієнтам ОГ була більш ефективною. Зниження больового синдрому та покращення рухливості поперекового відділу хребта в ОГ відбулося в середньому на 2-3 процедури раніше ніж в КГ. За показниками згинання поперекового відділу хребта у сагітальній площині (тест Шобера) у пацієнтів КГ по закінченню терапії показники склали $14,67 \pm 0,30$ см, а у ОГ $15,42 \pm 0,27$ см, що на 0,75 см краще. За показниками рухливості у фронтальній площині, згідно даних гоніометричних вимірювань у КГ нахил вправо $27,75 \pm 1,37^\circ$ та нахил вліво $29,67 \pm 1,08^\circ$, а в ОГ результат нахилу вправо склав $28,83 \pm 1,77^\circ$, нахилу вліво $29,17 \pm 1,67^\circ$ і бачимо покращення результату нахил вправо в ОГ на $1,08^\circ$, а щодо нахилу вліво покращення результату у КГ на $0,5^\circ$. За показниками силової витривалості м'язів черевного пресу результат після втручання у КГ склав $34,92 \pm 3,16$ с, а у ОГ $40,25 \pm 3,22$ с, що показує кращий результат у ОГ на 5,33 с порівняно з КГ. За

результатами показників функціональної проби силової витривалості м'язів розгиначів спини після застосування ФТ у КГ $29,67 \pm 2,32$ с, а в ОГ $36,67 \pm 3,84$ с; що вказує на покращення результату в ОГ на 7,0 с. За показниками болю згідно шкали ВАШ в КГ $0,75 \pm 0,19$ см, в ОГ $0,25 \pm 0,14$ см, що на 0,5 см краще ніж в КГ. За результатами анкетування щодо якості життя за опитувальником ODI 2.1a показники у КГ знизилися до $7,33 \pm 1,91\%$, а у ОГ до $3,61 \pm 1,75\%$, що вказує на кращий результат у ОГ на 3,72%.

Висновки. Суттєве покращення діагностичних показників у пацієнтів з болями нижньої частини спини дозволяють говорити, що ефективність використання комплексних безмедикаментозних впливів значно підвищує результативність лікувального процесу в комплексній терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КОРЕКЦІЙНОГО ПЕДАГОГА В ЗАКЛАДІ З ІНКЛЮЗИВНИМ НАВЧАННЯМ

Маріанна Кляп

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Суспільні трансформації, що відбуваються в Україні у XXI столітті, ведуть за собою корінні зміни в усіх галузях життєдіяльності, в тому числі й в освітній сфері, зокрема у питаннях забезпечення права дітей із психофізичними порушеннями навчатися у звичайних закладах освіти поряд із своїми здоровими однолітками. Тому реформування національної освіти, реалізація Концепції Нової української школи покликані забезпечити освітні потреби кожного молодого громадянина, у тому числі з інвалідністю або особливими освітніми потребами в умовах закладу з інклюзивним навчанням. Для цього роботу таких закладів треба не тільки наповнити новим змістом, створити інклюзивне освітнє середовище з використанням універсального дизайну та розумного пристосування, але й забезпечити організацію роботи команди психолого-педагогічного супроводу інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами (дітей з ООП) шляхом уведення до штатного розпису закладу вчителя-дефектолога (корекційного педагога) та асистентів вчителів.

Аналіз останніх публікацій із зазначеного питання (В. Бондар, Е. Данілавічюте, В. Засенко, А. Колупаєва, С. Миронова, В. Синьов, А. Шевцов та ін.) свідчить про значний обсяг досліджень щодо сучасної практики інклюзивної освіти, однак проблема щодо особливостей професійної роботи вчителя-дефектолога в закладі з інклюзивним навчанням та специфіки підготовки фахівців зі спеціальної освіти до навчання дітей з ООП в інклюзивному закладі потребує подальших розробок.

Мета дослідження – проаналізувати професійні функції корекційного педагога в закладі з інклюзивним навчанням, визначити який шляхом можуть бути сформовані відповідні компетентності впродовж здобуття студентом вищої освіти.

Результати досліджень. Специфіка професійної діяльності корекційного педагога в сучасних інтегративних умовах полягає у більш широкому спектрі

основних видів і завдань професійної діяльності. На думку багатьох науковців-дефектологів (М. Буйняк, С. Миронова, О. Мартинчук) [1, с.255-257], ключовою фігурою в забезпеченні інтеграції дітей з особливими освітніми потребами (який ми розуміємо як процес, спрямований на створення сприятливих умов для розвитку, навчання і виховання особистості дитини з ООП у загальноосвітньому просторі) має стати саме фахівець з корекційної педагогіки (вчитель-дефектолог), оскільки тільки він достатньою мірою обізнаний із закономірностями психофізичного розвитку та особливостями організації навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами.

Інклюзія в Новій українській школі, нові соціокультурні вимоги до надання освітніх послуг дітям з особливими освітніми потребами зумовлюють усвідомлення потреби у формуванні фахової компетентності педагогів загальної і спеціальної освіти у сфері інклюзивного навчання.

Корекційний педагог закладу загальної середньої або дошкільної освіти з інклюзивним навчанням є учасником мультидисциплінарної команди психолого-педагогічного супроводу, діяльність якої спрямована на створення необхідних умов для розвитку особистості дитини з ООП, її соціалізації [2, с.52-53].

Визначимо основні компетентності спеціального педагога у сфері інклюзивного навчання, які необхідні йому для фахової діяльності в інклюзивному освітньому середовищі [1, с. 255-259]:

1. Повага до різноманіття учнів – глибоке переконання педагогів, що всі діти мають право бути залученими до інклюзивних класів, це корисно як для самих дітей, так і для суспільства загалом; розуміння цінності різноманіття особистості к однієї з умов забезпечення прогресу в розвитку дитини.

2. Планування, організація і реалізація процесу оцінки розвитку та освітніх потреб учнів передбачає знання і розуміння методології оцінки розвитку дитини як динамічного, неперервного, комплексного процесу визначення індивідуальних особливостей дитини у різних сферах розвитку, здатності до навчання і визначення актуального і потенційного рівня розвитку, уміння здійснювати педагогічне оцінювання з метою визначення наявних навичок до пізнання і потенціалу розвитку.

3. Підтримка дітей з різними освітніми потребами – сприяння їх академічному, соціальному та емоційному навчанню; володіння уміннями добирати і застосовувати методи, засоби і прийоми роботи для задоволення особливих освітніх потреб дітей з різними функціональними порушеннями розвитку. Будь-якому фахівцеві буде об'єктивно складно задовольнити спеціальні освітні потреби різних категорій дітей, тому цей фахівець має бути високого рівня підготовки і саме такого фахівця потребує наше суспільство. Україна більшою мірою складається з невеликих населених пунктів, де немає доступу до вузькопрофільних фахівців (сурдопедагога, тифлопедагога, олігофренопедагога, ортопедагога, фахівця по роботі з аутичними дітьми), проте повсюди відкриваються інклюзивні класи і ці школи потребують фахівців,

компетентних у сфері підтримки дітей з особливими освітніми потребами, які найчастіше зустрічаються серед дитячого населення.

4.Планування і організація індивідуальної допомоги дітям з особливими освітніми потребами для забезпечення індивідуалізації навчання, прогресу у їх розвитку; здійснення контролю досягнень відповідно до цілей, зазначених у Індивідуальній програмі розвитку.

5.Створення і оцінка інклюзивного освітнього середовища, класний менеджмент для забезпечення ефективного освітнього процесу в інклюзивному закладі освіти з урахуванням особливих спеціальних потреб та можливостей дітей; забезпечення дружньої та безпечної атмосфери, що сприяє кращому навчанню та функціонуванню дитини з особливими освітніми потребами в школі.

6.Командна робота з фахівцями і батьками передбачає знання стратегій командної роботи; технологій спільного прийняття рішень стосовно процесу навчання, виховання і розвитку дитини із вчителями і батьками; встановлення ефективних партнерських стосунків із родинами.

7.Постійний особистісний і професійний розвиток, компетентність, без якої неможливо уявити успішного фахівця інклюзивної освіти, передбачає, по-перше, навчання упродовж усієї професійної діяльності, по-друге, акцентує увагу на тому, що вчителі несуть відповідальність за своє навчання.

8.Пошук ресурсів у громаді для забезпечення освітніх потреб дітей та інформування про ці ресурси адміністрацію та педагогічний колектив закладу освіти, оскільки інклюзивна школа практично не здатна повністю своїми силами забезпечити всі освітні потреби дитини.

9.Педагогічний коучинг (системний супровід вчителя інклюзивного класу) зі створення інклюзивного освітнього простору – це ключова компетентність спеціального педагога інклюзивного закладу освіти, яка передбачає підтримку вчителя і системний супровід особистісного і фахового розвитку вчителя інклюзивного класу.

Підготовка кваліфікованих фахівців зі спеціальності 016 Спеціальна освіта до професійної діяльності в умовах закладів з інклюзивним навчанням має здійснюватися на компетентнісній основі, яка передбачає формування у студентів фахових та загальних компетентностей [2, с.58]. При цьому визначаються можливість визначення ключових чинників, які сприяють реалізації зазначених компетентностей у сфері інклюзивної освіти у підготовці здобувачів вищої освіти за спеціальністю 016 Спеціальна освіта [1, с.259-262]:

- чинники, пов'язані з педагогічною освітою (освітні програми підготовки здобувачів вищої освіти зі спеціальності 016 Спеціальна освіта; професійна діяльність викладачів; співробітництво між школами і закладами освіти/інклюзивно-ресурсними центрами);

- чинники, пов'язані з політикою викладання та інклюзивною освітою (системний підхід до навчання і забезпечення особливих потреб дітей; розуміння засадничих понять інклюзивної освіти усіма учасниками освітнього процесу та зацікавленими сторонами).

Вагому роль у підвищенні рівня підготовки майбутніх корекційних педагогів має відігравати практична складова, що мало б виражатися в урізноманітненні видів та баз практик (заклади для дітей з комплексними ураженнями, інклюзивно-ресурсні центри, заклади з інклюзивним навчанням, центри раннього втручання тощо) та відповідному збільшенні часу на їх проведення. У перспективі слід розробляти механізми дуального навчання за спеціальністю 016 Спеціальна освіта, як це прийнято у провідних європейських країнах.

Висновки. Реалії сьогодення свідчать про необхідність підготовки випускників спеціальності 016 Спеціальна освіта до роботи у закладах з інклюзивним навчанням. При цьому у них мають бути сформованими цілий ряд компетентностей, які дадуть їм можливість професійно себе реалізувати на робочому місці на посадах вчителів-дефектологів та асистентів педагогів. Для цього доцільно врахувати вплив певних чинників під час підготовки таких фахівців у закладах вищої освіти, а саме формування переліку дисциплін професійного спрямування у навчальних планах підготовки із збільшенням часу на практичну складову.

Список використаних джерел

1. Мартинчук О.В. Підготовка фахівців зі спеціальної освіти до професійної діяльності в інклюзивному освітньому середовищі: монографія./Олена Валеріївна Мартинчук. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 430 с.

2. Миронова С.П., Буйняк М.Г. Професійна діяльність та особистість корекційного педагога: навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. – 136 с.

СУЧАСНІ ХАРЧОВІ МОДЕЛІ НАСЕЛЕННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНИЙ ВИКЛИК СИТЕМІ ГОРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Анна Лепканич

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Задовільний стан здоров'я населення – необхідний компонент існування та самозбереження держави. Проблеми, пов'язані зі здоров'ям громадян в Україні, зумовлюють необхідність дослідження можливостей і механізмів багатовекторного впливу на збереження і зміцнення здоров'я нації як одного із вагомих чинників національної безпеки. Однією із важливих детермінант здоров'я кожної людини і населення в цілому є харчові поведінкові моделі, які формують якість харчування.

Вивчення якості та характеру харчування населення та, пов'язаної з ним суб'єктивної самооцінки стану власного здоров'я полягає у виявленні здатності до самооцінки раціону, порушень структури харчування та інших важливих аспектів харчових моделей [1]. Особливо важливе формування здорових харчових моделей у молоді. Тому, для покращання здоров'я молоді важливо

мотивувати її до раціонального харчування і навчити правильно формувати свій раціон [2].

Мета дослідження. Визначити та проаналізувати основні фактори, які впливають на харчову поведінку людини на основі аналізу даних доступної літератури.

Результати дослідження. Сучасні харчові моделі населення являються однією з найважливіших проблем сьогодення, яка формує здоров'я і добробут нації в цілому, і є одним із актуальних питань у системі громадського здоров'я. Поведінка харчування, відіграє важливу роль як чинник громадського здоров'я. Розлади харчової поведінки пов'язані з порушенням вживання їжі та її кількістю. Такі стани супроводжуються не тільки великою кількістю ускладнень фізичного здоров'я, а також впливають на стан здоров'я населення загалом. Здорове харчування – найважливіший фактор, що забезпечує здоров'я людини, її нормальний розвиток, можливість протистояти зовнішнім несприятливим впливам, визначає якість і тривалість життя [3].

Неправильна організація харчування пов'язана з відсутністю належного рівня знань з нутриціології, необхідного для побудови здорового харчування, що виявляється в необ'єктивній оцінці раціонів та відсутності навичок його корекції. Встановлено, що підвищення рівня освіти з питань здорового харчування є одним із пріоритетних завдань у мотивації до здорового способу життя. В процесі вивчення характеру харчування виявлено значні відхилення від норми у споживанні вуглеводів та жирів, як основних енергетичних джерел [2].

Поняття «харчові продукти» на даний час трактується досить широко. Харчові продукти – це продукти які вживаються людиною в натуральному чи переробленому вигляді. В їх число входять продукти дитячого і дієтичного харчування, мінеральна вода, алкогольна продукція, безалкогольні напої, жуйки а також різноманітні харчові добавки. Важливу роль відіграє і споживчий кошук з якого і складається сучасна поведінкова модель населення.

Харчова поведінка безперервно набувається протягом усього життя людини, і тому зміни у такій поведінці вимагають формування повторюваних звичок, які мають бути так само тривалими, така тривалість є принципово більшою за будь-які короткотермінові періоди інтервенцій. Харчова поведінка може бути гармонійною (адекватною) або девіантною (що відхиляється), це залежить від безлічі параметрів, зокрема від того, яке місце займає процес харчування в ієрархії цінностей індивіда, а також від кількісних і якісних показників харчування. Проте, щоденний раціон людини, як правило, не обмежується лише життєво необхідними калоріями і поживними речовинами. Крім того, кількість з'їденого, час прийому їжі, вибір певних продуктів харчування і їх поєднань – усе це відрізняється своєрідністю кожної людини. Харчову поведінку визначають не лише потреби, але і отримані у минулому знання і стратегії мислення [3].

З усіх факторів соціалізації інститут сім'ї є найбільш значущим, його вплив людина відчуває від народження протягом багатьох років, акумулюючи традиції і цінності сім'ї та передаючи їх наступним поколінням. Безумовними лідерами з

охорони здоров'я в сім'ї є батьки. Їх ставлення до здоров'я та спосіб життя (позитивний чи негативний) часто визначає поведінку та здоров'я інших членів сім'ї [4]. Усе це в повній мірі відноситься і до формування індивідуальних моделей харчування.

На жаль, в останні десятиліття структура харчування значної частини населення країни не відповідає реальним потребам і науково розробленим нормативам. Фактичне харчування більшості населення полідефіцитне, розбалансоване за багатьма нутрієнтами [5].

Таким чином, виділено основні недоліки в харчуванні людей:

- недооцінка шкідливості термообробки (тривале кип'ятіння);
- надмірне споживання білків і продуктів, які пройшли промислово обробку (солодощі, вироби із високосортної муки тощо);
- надмірне споживання консервованих продуктів;
- додавання до харчових продуктів хімічних речовин з метою поліпшення їх смаку, запаху, загального вигляду;
- часте споживання алкоголю, чаю, какао, шоколаду;
- звичка багато їсти й перекушувати між сніданком і обідом, обідом і вечерею;
- недостатнє пережовування їжі [6].

Висновки. За результатами проведеного аналізу літературних джерел можна окреслити основні фактори і проблеми харчової поведінки населення.

Поширені сьогодні практики режимів харчування серед населення не відповідає реальним потребам організму та принципам збалансованого харчування. Формування харчових поведінкових моделей населення, особливо молоді, відбувається під впливом багатьох зовнішніх чинників, в значній мірі сім'ї.

Виявлені в дослідження науковців основні недоліки харчування населення показали, що режим харчування потребує корекції шляхом розповсюдження рівня інформованості щодо раціонального харчування. Своєчасне виявлення порушень харчування та дотримання режиму харчування дасть змогу підтримати гарний стан здоров'я та високий рівень працездатності населення.

Література

1. Романова Н., Белишев О., Semigina T. Самооцінка молоді щодо здоров'я та способу життя [Інтернет]. *CORE*. 1 January 2010. Режим доступу: https://core.ac.uk/display/149236577?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1
2. Козік Н.М., Стратійчук Н.А., Пилип Г.М., Логущ Л.Г. Дослідження особливостей харчування студентів вищої школи як складової способу життя [Інтернет]. *Молодий вчений*. 2017; 3.1 (43.1). Режим доступу: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2017/3.1/44.pdf>
3. Абсалямова Л.М. Психологічний аналіз факторів, які впливають на харчову поведінку людини [Інтернет]. *Psychological journal*. 2018; 6(16): 9-23.
4. Соколова Н. В., Рапопорт И. К., Ушаков И. Б. Анализ основных составляющих качества жизни школьников. *Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке : материалы Международного конгресса*. М., 2004; Ч. III.: 177–149.

5. Гриньова М., Коновал Н. Вплив збалансованого харчування на розумову діяльність студентської молоді [Інтернет]. *Витоки педагогічної майстерності. Сер. : Педагогічні науки.* 2014; Вип. 13.: 17. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpm_2014_13_6

6. Кручаниця М.І., Миронюк І.С., Розумикова Н.В., Кручаниця В.В, Брич В.В, Кіш В.П. Основи харчування: підручник. *Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла»,* 2019.: 80.

АНАЛІЗ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИХ ОСНОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Іван Маріонда, Ростислав Старенок, Наталія Бобаль

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород

Вступ. Удосконалення державних стандартів в освітній галузі є одним із ключових напрямів реформування системи підготовки фахівців з фізичної культури. Однією з складових цього напрямку є професійно-особистісна підготовка випускника закладу вищої освіти (ЗВО), що забезпечить якісне виконання обов'язків вчителя фізичної культури, тренера з обраного виду спорту. Провідне місце у такому процесі відведено фізкультурній освіті, спрямованій на формування базових професійних компетентностей до майбутньої професійної діяльності.

Наявність об'єктивно існуючих і закономірних зв'язків між системою вищої освіти й системою підготовки фізкультурно-спортивних кадрів показує, що освіта, як система вищого порядку, впливає на систему підготовки фахівців фізичної культури та на окремі елементи цієї системи.

Мета дослідження: провести аналіз теоретико-методологічних основ формування професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури і спорту, визначити характеристики базових понять, наукове тлумачення феномену «професійно-особистісна фізична підготовка».

В спеціальній літературі зазначається: «Професійна компетентність викладача вищої школи – інтегральна характеристика особистості, заснована на єдності мотиваційно-ціннісних, когнітивних, афективних, конативних компонентів, а також професійно важливих якостей та здібностей, яка проявляється в рівнях засвоєння викладачем відповідних універсальних та професійних компетенцій [3]».

Звідси стає зрозумілим, що у структурі професійної компетентності викладача вищої школи, не залежно від професії, виділяються такі основні компоненти: мотиваційно-ціннісний; система професійно важливих якостей; система здібностей викладача; когнітивний (знання); афективний (позитивне емоційно-оцінне ставлення до предмета і його важливості в процесі професійної підготовки майбутніх фахівців, здатність до емоційно-вольової регуляції поведінки); конативний (уміння, навички, педагогічна техніка, поведінка) [3].

На сьогодні в педагогічному процесі формування професійних компетентностей саме фахівців фізичної культури і спорту у вищому навчальному закладі недостатньо використовуються новітні методики проведення самостійних занять, а також технології проєктивного і цілеспрямованого саморозвитку, самопізнання, творчості, духовних потреб, які є імпульсом усякої діяльності. Також не повністю вивченою залишається роль самопізнання у професійно-фізичній підготовці майбутніх фахівців фізичної культури. Без самопізнання та саморозвитку фахівець не може в повній мірі усвідомлювати, на які досягнення він здатний у власній фізичній підготовці і спорті.

Компоненти структурної моделі розглядаються в цілісній системі видів освітньої діяльності вчителя фізичної культури і спорту, де поєднуються професійно-особистісний підхід і наукова організація педагогічної праці (рис.1).

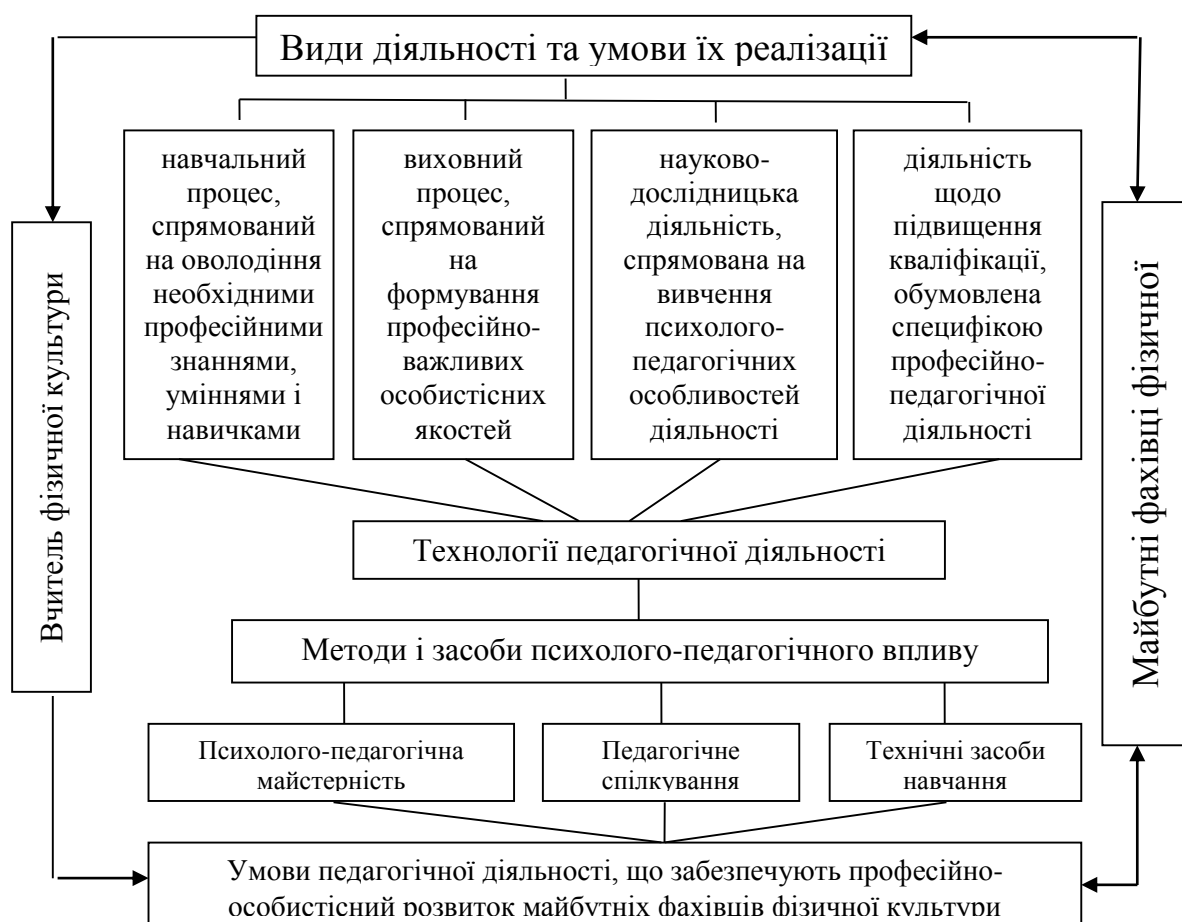


Рис. 1. Структурна модель освітньої діяльності фахівця фізичної культури

Така структурна модель діяльності вчителя являє собою розгорнуту базову схему й деталізований опис її складових. Суб'єктами діяльності в рамках навчального процесу з фізичної підготовки є студенти і викладачі спеціалізованих кафедр. У широкому змісті – це учасники навчально-виховного процесу, які активно реалізують ту або іншу педагогічну концепцію викладання. Суб'єкти діяльності є основною ланкою цього процесу.

Основною освітньої діяльністю викладача ЗВО є навчально-тренувальна діяльність, що направлена на формування особистості студента. Закладаючи фундамент для всіх інших видів діяльності вчителя фізичної культури і спорту, навчальна діяльність є формотворною ланкою, що забезпечує інтегративну цілісність цієї системи. Саме діяльність викладача формує вимоги до його виховної, науково-дослідницької діяльності і вимоги до підвищення кваліфікації [1].

Під освітньою діяльністю розуміється сукупність дій у рамках навчальної програми й розкладу занять. Через безпосередню зорієнтованість навчальної діяльності викладача на суб'єкт навчального процесу, тобто на студентів, вона включена до реалізації педагогічних концепцій. Студенти є реципієнтами знань, умінь і навичок з фізичного виховання. Тому навчальну діяльність викладача розглядаємо у тісному зв'язку з навчальною діяльністю студентів.

Запропонована структура, обґрунтована на підставі аналізу педагогічного змісту принципів реалізації структурної моделі діяльності фахівця фізичної культури і спорту, дає, на наш погляд, нове розуміння оптимізації його діяльності в реальних умовах навчально-тренерської діяльності. Необхідність формування такої багаторівневої структури педагогічної оптимізації пов'язана з розширенням понятійного поля педагогічних умов діяльності за рахунок виділення оптимальної кількості складових структурної моделі й послідовного взаємозв'язку змістовного аспекту кожного з розглянутих рівнів [2].

Узагальнюючи викладене, відзначимо, що структурна модель діяльності фахівця фізичної культури і спорту найбільш повно реалізується лише в комплексі психолого-педагогічних впливів, які ґрунтуються на принципах професійно-особистісного підходу й наукової організації педагогічної праці.

Висновки. Таким чином, зміст педагогічного процесу з фізичної підготовки, проаналізований з точки зору методологічного й теоретичного аспектів, може виступати як особливий педагогічний спосіб теоретичного розуміння системи фізкультурної освіти, що включає всю широту спектра постановки наукових і методико-практичних питань.

Література

1. Антошків Ю. М. Вдосконалення професійно-прикладної фізичної підготовки курсантів вищих навчальних закладів МНС України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Ю. М. Антошків. – Львів, 2006. – 20 с.
2. Маріонда І.І. Формування професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури у процесі занять фізичною підготовкою і спортом: Монографія/І.І. Маріонда, Е.М. Сивохоп, В.А. Товт. - Ужгород: Вид-во ПП «АУТДОР-ШАРК», 2016. – 212 с.
3. Сорокопуд Ю.В. Педагогика высшей школы / Юнна Валерьевна Сорокопуд. – Ростов н/Д. : Феникс, 2011. – 541 с. – С. 347–348.

**ТЕХНОЛОГІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНИХ ТРЕНУВАНЬ, ЯК
ДОДАТКОВА ФОРМА СПОРТИВНОЇ ПІДГОТОВКИ
ФЕХТУВАЛЬНИКІВ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**
Емілія Мадяр-Фазикаш, Надія Степчук, Максим Магула
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Для підвищення ефективності спортивного тренування і компенсації відсутності спарингів при самостійних заняттях використовуються індивідуальні засоби загальної та спеціальної фізичної підготовки, переглядаються відеоматеріали поєдинків із сильними суперниками, вивчається і аналізується актуальна методологічна література. Самостійні заняття також враховують індивідуальні засоби відновлення, тому що функціональність систем організму безпосередньо залежить від особливостей проявів патології, наявності супутніх захворювань і вторинних відхилень.

Результати досліджень. Тренером проводиться аналіз програми спортивної підготовки з виду спорту фехтування осіб з УОРА, а також дослідження річного плану-графіка тренувального процесу на 2021-2022 рр. Проводиться корекція змісту програми для перерозподілу видів підготовки та обсягів тренувального навантаження з метою забезпечення можливості спортсменам продовжувати тренувальні заняття в домашніх умовах. Позначаються умови для організації проведення індивідуальних самостійних занять:

1. Час проведення, а також загальну і моторну щільність занять;
2. Матеріально-технічне оснащення (таблиця 1);
3. Варіювання занять в домашніх умовах і пробіжок на візках на свіжому повітрі;
4. Самоконтроль за станом здоров'я;
5. Диференціація засобів і навантаження в залежності від рівня підготовки, етапу, віку і тривалості занять фехтуванням на візках.

Конспекти тренувального заняття своїм учням тренер розсилає по електронній пошті. Спортсмен, який отримав конспект тренувального заняття, самостійно виконує фізичні вправи, зазначені в конспекті, дотримуючись при цьому методичних вказівок для виконання вправ і норми навантаження, передбачені в конспекті, а також навчально-методичні рекомендації тренера, дотримуючись при цьому правил техніки безпеки .

На період індивідуальних тренувань в домашніх умовах кожен спортсмен заводить «Спортивний щоденник», який заповнюється після кожного тренування, спортсмен перераховує виконані ним вправи із зазначенням кількості повторень або серій вправ, описує своє самопочуття, настрої, відчуття, вказує на труднощі, що виникають в процесі заняття.

Поточний медичний контроль здійснюється реєстрацією показників ЧСС на початку і в кінці заняття. Всі дані щодня передаються тренеру для аналізу змін в процесі занять і корекції тренувального навантаження.

У конспекті уроку, розробленого тренером, зміст тренувань строго відповідає умовам їх проведення - домашнім. У зміст включаються такі види підготовки як ЗФП, СФП, фрагментарно технічна підготовка, теоретична підготовка, інструкторська і суддівська підготовка, враховується специфіка виду спорту, період підготовки в тренувальному році і етап спортивної підготовки.

Рекомендовані тренером фізичні вправи доступні по виконанню, добре раніше вивчені й освоєні спортсменами.

Для організації занять в домашніх умовах для спортсмена-фехтувальника з УОРА не доводиться купувати ніякого додаткового обладнання, так як у кожного спортсмена є власний тренувальний інвентар, гігієну і контроль стану якого кожен спортсмен здійснює самостійно.

Висновки. Таким чином, виявлено можливість забезпечення безперервності спортивної підготовки фехтувальників з УОРА, навіть в умовах відсутності доступу до тренувального залу, яка здійснюється в індивідуальній формі вдома, із забезпеченням максимальної відповідності погодженим режимом навантаження в певному циклі підготовки.

Компенсація зниження техніко-тактичної підготовки, яка здійснюється тільки в роботі з партнером, індивідуальному уроці з тренером, реалізується збільшенням навантаження ЗФП, вдосконаленням точності виконання прийомів, уколів, а також «відчуття дистанції» на мішені, підвищенням якості зорово-моторної координації.

Представлений метод організації взаємодії тренера зі спортсменом також дозволяє успішно коригувати виявлені технічні помилки у виконанні спеціальних прийомів зі зброєю, поліпшити фізичну підготовленість, зміцнити м'язовий корсет, а також зняти напругу в м'язах.

Представлений план-графік самостійних занять може бути адаптований індивідуально до кожного спортсмена з урахуванням його фізичної підготовленості, особливостей клінічної ситуації захворювання, віку.

ОСОБЛИВІСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ

Ольга Мальцева, Ольга Андрійв, Валерій Пантьо

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

ТОВ «Медичний центр Діамед», м. Ужгород, Некомерційне комунальне підприємство «Ужгородська районна поліклініка» Ужгородської районної ради.

Ключові слова: варикозна хвороба, методики фізичної реабілітації.

Вступ. Варикозним розширенням вен страждає 15-17% дорослого населення України, кількість тільки зареєстрованих хворих складає біля 1,5 мільйона громадян. За деякими оцінками, у 25% жінок та 10% чоловіків розвивається варикозне розширення вен, а в 1 - 2 % випадків, варикозна хвороба (ВХ) нижніх кінцівок ускладнюється утворенням трофічних виразок. Трофічні виразки все частіше зустрічаються у осіб працездатного віку. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок - професійна хвороба вчителів, хірургів,

верстатників - усіх, хто тривалий час змушений перебувати у вертикальному статичному положенні. Низький соціальний рівень та медична культура населення призводять до пізнього звернення пацієнтів за допомогою. В результаті формується тривала тимчасова (80-100%) втрата працездатності. Захворювання знижує якість життя пацієнтів, починаючи від косметичних і естетичних проблем на ранніх стадіях, і закінчуючи важкою інвалідизацією при розвитку трофічних порушень та виразок.

Поширеність хвороби переважно серед самої працездатної частини населення, значні трудові й матеріальні витрати, пов'язані з лікуванням і частою інвалідністю хворих, указує на соціальну значущість цієї проблеми, що вимагає невідкладного вирішення [1,2].

Тривалість лікування, тяжкість клінічних проявів, значні функціональні, органічні та косметичні порушення, високий відсоток тимчасової втрати працездатності й інвалідизації хворих вимагають подальшого вивчення даної патології та пошуку нових методів хірургічного, консервативного та реабілітаційного лікування [3, 4].

Мета дослідження. Підвищити ефективність фізичної реабілітації (ФР) хворих на варикозну хворобу (ВХ) в післяопераційному періоді.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходились 12 пацієнтів ВХ, що проходили післяопераційний етап реабілітації. Клінічне обстеження: оцінка скарг пацієнтів на ознаки порушень функції вен (їх наявність, локалізація, час появи, інтенсивність і тривалість; стомлюваність при фізичному навантаженні, наявність набряків, тощо). Загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, трансамінази, креатинін, цукор), час згортання крові. Проби: маршова проба Дельбе – Пертеса, триджгутова проба Шейніса, двобинтова проба Пратта-2, проба Тальмана, проби Троянова - Тренделенбурга і Гаккенбруха, проба Вальсальви. Функціонально-динамічна флебоманометрія, ультразвукове дослідження.

В комплексі ФР хворих із ВХ використовувались такі засоби: стандартне (для післяопераційного періоду) медикаментозне лікування, а також, з метою покращення лімфодренажної функції, венозного відтоку, впливу на мікроциркуляторне русло – лікувальна фізична культура (ЛФК), самомасаж, гідропроцедури (контрастні ванночки для ніг). Носіння спеціального антиварикозного трикотажу.

З метою зменшення болю, покращення трофіки ніг, збільшенні сили нижніх кінцівок, зменшення гіпертонусу м'язів нижніх кінцівок (НК), зняття набряків, судом, хворим було рекомендовано проводити ранковий комплекс вправ ЛФК, щодня, тривалістю 10-15 хв, повільно збільшуючи тривалість заняття. Важливим фактором застосування було поєднання вправ ЛФК із самомасажем. Пацієнти застосовували також ходьбу босоніж, обтирання холодною водою. Основні прийоми методики ходьби босоніж: ходьба по піску, по гальці, по колючому настилу, м'якому настилу (підвищуються силові можливості м'язів нижніх кінцівок). У самостійні заняття включали нескладні спеціальні та загальнорозвиваючі вправи в домашніх умовах. Після заняття

пацієнтам було рекомендовано відпочивали з високо піднятим нижнім кінцем ліжка.

Прийоми самомасажу ВХ (поверхнево-площинне погладжування, окремі прийоми масажу по Е. Воддеру, циркуляторний масаж) використовувались з метою покращення кровообігу, зменшення (або ліквідації) набряків та втоми, підвищення тонусу та покращення самопочуття. Тривалість одного сеансу - 30 хвилин, на курс 15 сеансів.

Результати досліджень. До початку відновлювального періоду всі 12 (100%) хворих на ВХ скаржились на болючість в ділянці післяопераційної рани, важкість в нижніх кінцівках, відчуття підвищеної втомлюваності в ногах, синюшність ніг, косметичні дефекти нижніх кінцівок, «судинні зірочки». У 80% (10 хворих) випадків пацієнтів турбували відчуття печіння, нічні судоми в литкових м'язах, набряклість нижніх кінцівок, що з'являються наприкінці дня, свербіж шкірних покривів нижніх кінцівок.

Об'єктивний огляд хворих підтвердив важкість перебігу ВХ. У 12 (100%) хворих об'єктивно відмічались: візуальна реакція на біль при змінах положення тіла та рухах, порушення ходи, гематоми, візуальні ознаки помірного запалення та деформації шкіри в місцях оперативного доступу, набряклість (пастозність) в дистальних відділах нижніх кінцівок, косметичні дефекти та гіперпігментація шкіри. Пальпаторно була зафіксована болючість шкіри та підлеглих м'яких тканин в місцях оперативного доступу.

Повторне обстеження хворих через 20 днів показало: скарги на болючість у ділянках післяопераційних ран, відчуття важкості та підвищення втомлюваності нижніх кінцівок, набряклість наприкінці дня, відчуття печіння, нічні судоми в литкових м'язах та свербіж шкіри нижніх кінцівок зникли повністю (100%).

Повторний об'єктивний огляд хворих: візуальна реакція на біль при змінах положення тіла та рухах, набряклість (пастозність) в дистальних відділах НК, порушення ходи зникли у 12 (100 %) хворих. Косметичні дефекти зникли у 10 (83%) хворих, зменшилися у 2 (17%) хворих. Синюшність шкіри та косметичні дефекти не зникли, але зменшилися у 12 (100%) хворих. Із значним покращенням та покращенням курс реабілітації завершили 11 (91%) хворих.

Висновки з проведеного дослідження. Обґрунтовано та розроблено комплекс ФР хворих на ВХ в післяопераційному періоді. Встановлено, що ефективне лікування та реабілітація ВХ нижніх кінцівок можливо лише у випадку індивідуального підходу до кожного пацієнта, раціональному використанні всіх засобів ФР, необхідності дотримуватись здорового способу життя, режиму дня та рухової активності. ЛФК, самомасаж нижніх кінцівок, різні види ходьби, особливо скандинавська ходьба, істотно впливають на якість життя пацієнтів та сприяють підвищенню їх фізичної працездатності.

Література

1. Ковальчук Л.Я., Венгер І. К., Гоцинський В.Б. Клінічна флебологія Тернопіль, «Укрмедкнига». – 2009. – 288 С.

2. Венгер І. К., Чорненький М. В., Костів С. Я., Запорожець В. В., Гнатко В. В. Основні причини формування рецидиву варикозної хвороби вен нижніх кінцівок після хірургічного лікування // *Шпитальна хірургія*. - 2011. - № 2. - С. 18-23.

3. Хірургія. За редакцією Л.Я. Ковальчука. Тернопіль, ТДМУ «Укрмедкнига».-2010.-С.244-258.

4. В.І.Паламарчук, В.А.Ходос, В.А.Черняк, В.М.Криса Алгоритм сучасних лікувальних технологій в амбулаторній хірургії варикозної хвороби нижніх кінцівок // *Клінічна хірургія*. - 2013.- №2.-С.36-40.

5. Філак Я.Ф., Філак Ф.Г. Масаж і нетрадиційний масаж: підручник. Ужгород: ФОП Сабов А.М.- 2015. – 336 С.

6. Герцин А.М. До проблеми управління реабілітаційним процесом // *Врачебное дело*, 2016.- №1 – 2.- С.142 – 147.

МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ У ЗВ'ЯЗКУ З ПАНДЕМІЄЮ COVID-19

Ксенія Мелега

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Поява та поширення вірусу SARS-CoV-2 наприкінці 2019 року призвели до глобальної пандемії, що спричинила важкі захворювання та численні смерті у всьому світі. Упродовж тривалого часу пандемії уряди у всьому світі запроваджували різні заходи щодо стримування поширення вірусу, включаючи вимоги щодо перебування вдома, обмеження подорожей, а також обмеження спілкування. Хоча цей підхід виявився успішним у скороченні поширення вірусу, він спричинив значні зміни в щоденних звичках і моделях поведінки. За даними дослідження Ammar A. і співавт. (2020), більшість людей, яким довелося проводити пандемію вдома на самоті, змінили свою харчову поведінку та вживали нездорову їжу. Крім того, Polero P. зі співавт. (2020) визначили, що рівень фізичної активності більшості населення значно знизився після впровадження стратегій локдауну. На думку Butler M.J. і Barrientos R.M (2020), зміни в харчуванні, особливо при фізичній бездіяльності, можуть спричинити важливі проблеми зі здоров'ям у довгостроковій перспективі.

Багато авторів зазначають, що перехід на дистанційне навчання в університетах може мати негативний вплив на студентів, які особливо вразливі до стресу, пов'язаного зі зміною умов життя та навчання. Так, Kesojevic A. з співавт. (2020), Radu M.-C. з співавт. (2020) визначили, що у міру того, як університетські заняття переходили на дистанційну форму, студенти повідомляли про низку проблем, у тому числі утруднення концентрації уваги, проведення забагато часу перед екранами комп'ютерів, занепокоєння з приводу оцінок та труднощі у спілкуванні з викладачами. Таким чином, пандемія COVID-19 стала значним стресом для студентів вишу, як з огляду на суттєві зміни у організації навчального процесу, так і можливості дотримання здорового

способу життя. За даними Gallè F. та співавт. (2020) найбільш негативні зміни пов'язані з неможливістю виконання регулярних фізичних навантажень, забезпечення повноцінного сну та спілкування з друзями. Низька фізична активність вважається особливо небезпечним чинником для здоров'я, оскільки зумовлює детренованість різних систем організму, знижує рівень фізичного стану, стає причиною зниження опірності до захворювань, в т. ч. до коронавірусної хвороби. З позиції фізіологічної науки «фізичний стан» людини – це можливість тканин, органів, систем організму максимально збільшити свою функцію в порівнянні зі станом спокою. Резервні можливості дозволяють організму витримувати певний час дію факторів середовища або сильних патогенних чинників, що особливо важливо у період пандемії коронавірусу.

Мета дослідження – визначити ефективність застосування комплексних оздоровчо-реабілітаційних заходів для підвищення рівня фізичного стану та функціональних резервів організму студентів вишу в умовах карантинних обмежень у зв'язку з пандемією COVID-19.

Методи дослідження - теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, антропометричні вимірювання (ріст, маса тіла, індекс маси тіла), функціональні дослідження показників пульсу і артеріального тиску, визначення рівня фізичного стану (РФС) за методикою О.А. Пирогової та показника адаптаційного потенціалу (АП) за методикою Р. М. Баєвського, методи математичної статистики. Дослідження проводилось у весняному семестрі навчання, у період дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень у зв'язку з пандемією COVID-19.

Результати дослідження. В рамках дослідження було обстежено 35 студентів-бакалаврів (17 юнаків і 18 дівчат) різних курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ». Вік студентів – 17-20 років, середній вік – $18,7 \pm 0,5$ років. На початку дослідження антропометричні вимірювання зросту і маси тіла обстежених студентів показали, що індекс маси тіла (ІМТ) у них в межах норми (у юнаків – в середньому $21,1 \pm 0,34$ кг/м², у дівчат - $21,4 \pm 0,21$ кг/м²), і свідчить про відповідність маси тіла зросту обстежених студентів. У всіх обстежених студентів показники частоти серцевих скорочень (ЧСС) і артеріального тиску (АТ) у спокої виявлялись у межах норми, причому у юнаків та дівчат вони суттєво не відрізнялись.

Комплексна оцінка рівня фізичного стану (РФС) студентів проводилась за методикою О.А. Пирогової. Цей метод дозволяє за результатами, отриманими у стані спокою, прогнозувати реакції організму при динамічній роботі, що особливо важливо при визначенні навантаження для людей, що мають відхилення в стані здоров'я, після хвороб, травм. Фізіологічним обґрунтуванням цього методу є тісний зв'язок між величиною ЧСС у спокої та рівнем фізичної працездатності. На основі отриманих у спокої показників прогнозується рівень фізичного стану, а результат оцінюється за відповідною шкалою. Щоб визначити показник РФС за формулою, необхідно визначити ЧСС у спокої, рівень систолічного АТ (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ), а також показники росту, маси тіла та віку студентів. На основі розрахунків за методикою О.А. Пирогової

було встановлено, що вихідний РФС юнаків становить $0,61 \pm 0,04$ у.о., і оцінюється як середній; у дівчат – $0,56 \pm 0,03$ у.о. - вище середнього.

Для оцінки адаптаційного потенціалу (АП) системи кровообігу було використано досить відому та поширену методику обрахунків за формулою Р. М. Баєвського. Для визначення показника АП необхідно використати ті самі показники, що і у методиці О.А. Пирогової. За величиною АП оцінюють рівень напруги регуляторних систем. Чим вища адаптаційна здатність системи кровообігу, тим менше значення АП. Розрахунки показали, що у обстежених юнаків АП становить $3,61 \pm 0,08$ балів, у дівчат – $3,48 \pm 0,07$ балів ($p > 0,05$), що в обох випадках свідчить про незадовільну адаптацію. Отримані показники АП у обстежених студентів є свідченням їх низьких резервних можливостей. Це доводить необхідність розробки і проведення оздоровчих заходів для підвищення функціональних резервів організму.

З метою підвищення рівня фізичного стану та адаптаційного потенціалу організму студентів вишу в умовах карантинних обмежень у зв'язку з пандемією COVID-19 був розроблений комплекс оздоровчо-реабілітаційних заходів, який включав упорядкування режиму дня та відпочинку студентів, зокрема, обов'язкове введення у режим дня ранкової зарядки, нормалізацію раціону харчування та сну; помірні аеробні навантаження у вигляді дозованої ходьби на повітрі з наростаючою інтенсивністю та швидкістю ходьби упродовж 1 год щодня, комплекс вправ силових вправ 3 рази на тиждень, загартовування водою у вигляді контрастного душу щодня після ранкової зарядки. Тривалість проведення програми в домашніх умовах – 8 тижнів. Для оцінки ефективності запропонованої програм студенти були розподілені на дві групи, порівнянні за досліджуваними показниками – основну групу (ОГ, 18 студентів) і групу порівняння (ГП, 17 студентів), у якій студенти здійснювали окремі заходи щодо оптимізації режиму дня та відпочинку.

Під впливом проведених оздоровчо-реабілітаційних заходів у більшості студентів ОГ, на відміну від ГП, відмічались позитивні зміни: у юнаків та дівчат достовірно зменшення ЧСС в спокої, достовірно підвищення показника РФС у юнаків у середньому з $0,613 \pm 0,03$ (середній рівень) до $0,682 \pm 0,04$ у.о. (вище середнього) ($p < 0,05$) та покращення показника АП з $3,57 \pm 0,07$ (незадовільна адаптація) до $3,18 \pm 0,08$ балів (напруження механізмів адаптації) ($p < 0,01$). У дівчат показник РФС вірогідно не змінився та залишився на рівні вище середнього; показник АП достовірно покращився з $3,47 \pm 0,07$ (незадовільна адаптація) до $3,20 \pm 0,08$ балів (напруження механізмів адаптації) ($p < 0,05$). Проте у жодній групі не було досягнуто рівня задовільної адаптації, що свідчить про необхідність продовження програми оздоровчо-реабілітаційних заходів.

Висновки. На основі проведених досліджень встановлено незадовільний рівень адаптації студентів-бакалаврів університету за показником адаптаційного потенціалу, що є свідченням низьких резервних можливостей організму. Отримані дані вказують на необхідність проведення комплексних оздоровчих заходів для студентів, що особливо актуально у період пандемії коронавірусної хвороби та дотримання карантинних обмежень. Розроблена оздоровчо-

реабілітаційна програма тривалістю 8 тижнів, яка включає нормалізацію режиму дня і відпочинку студентів, помірні аеробні та силові навантаження, загартовування водою, і проводиться у домашніх умовах, забезпечує достовірне покращення показників функціонального стану серцево-судинної системи студентів, особливо у юнаків, суттєве покращення показника адаптаційного потенціалу з рівня незадовільної адаптації до рівня напруження механізмів адаптації, що свідчить про підвищення адаптаційних резервів організму. Однак, існує необхідність проведення більш тривалого періоду проведення комплексних заходів для отримання вираженого оздоровчого ефекту і підвищення функціональних резервів організму студентів.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК СТРУКТУРНИЙ КОМПОНЕНТ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (ПОГЛЯД НА ПИТАННЯ)

Іван Миронюк

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Пусковим механізмом становлення сучасної системи надання реабілітаційної допомоги населенню в Україні можна вважати заключення Місії ВООЗ, яка оцінювала стан реабілітаційної допомоги населенню країни у 2015 році. Узагальнений висновок експертів вказав на невідповідність існуючої на той час системи реабілітації в країні міжнародним стандартам [1]. З того часу в країні впроваджено системні зміни в галузі реабілітаційної допомоги, які стосувалися як кардинальних змін в системі підготовки кадрів, організації надання реабілітаційних послуг та багато іншого, так і нормативно-правового регулювання функціонування системи реабілітаційної допомоги [2]. Завершенням нормативного становлення нової системи реабілітації в країні можна вважати прийняття Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03 грудня 2020 року [3]. Питання місця реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я дискутується досить давно [4], але до сьогодні кінцево не вирішено. Адже, низка запитань: «це складова суто системи медичної допомоги?» чи «компонент системи соціального захисту населення?» або «окрема, самостійна, системи надання послуг населенню?» залишається без узгодженої відповіді. Окремо потрібно врахувати, що традиційна медицина і система охорони здоров'я, незважаючи на високі досягнення медичних наук, часто виявляються безсилими перед вирішенням проблеми здоров'я. Однією з провідних проблем є етапність відновлення здоров'я хворих та інвалідів (стаціонар- поліклініка- реабілітаційний центр- санаторій- диспансер), профілактика ускладнень та якість лікувальних та реабілітаційних заходів [5].

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати позиціонування реабілітації (медичної, фізичної, психологічної, соціальної і т.д.) як функціонально-структурного компоненту системи громадського здоров'я в Україні.

Результати дослідження. Питаннями медичної, соціальної, професійної та фізичної реабілітації на глобальному рівні займаються Всесвітньої організації здоров'я (ВОЗ) як структурний підрозділ ООН. На постійній основі функціонує

Комітет експертів з медичної реабілітації, який постійно вдосконалює її цілі та завдання. За визначенням даного Комітету реабілітація — це процес, "метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання» [6]. Реабілітація відіграє одну з провідних ролей в досягненні стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті». Отже, позиціонувати реабілітаційну допомогу як складову суто медичної допомоги або соціального захисту населення не можна. Скоріш за все реабілітаційну допомогу потрібно розглядати як міжсекторальний системний структурно-функціональний компонент, який як в структурному, так і функціональному аспекті містить у собі складові різних усталених систем: системи медичної допомоги, системи соціального захисту, системи освіти та педагогіки/агогіки та інших. Це наглядно відображається і у кадровому забезпеченні сучасного процесу реабілітації міждисциплінарними реабілітаційними командами, до якої, окрім фахівців системи медичної допомоги населенню, входять фахівці соціальної сфери та інші [3]. Міжсекторальність в процесах виконання основних завдань якраз є ключовою характеристикою саме системи громадського здоров'я, що відрізняє її від інших систем, де характерні усталені, історично сформовані професії з чітким розмежуванням функцій і завдань. Відомо, що одна із ключових оперативних функцій громадського здоров'я є «Епіднагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення». При цьому серед 4 базових груп показників стану здоров'я населення є показники інвалідності (первинна інвалідність, загальна інвалідність, показник інвалідизації та інші) та тимчасової втрати працездатності. Зокрема, і ці показники в значній мірі формують основні інтегральні показники людського розвитку: очікувану тривалість життя загалом та очікувану тривалість активного життя (DALY (Disability adjusted life years)). Роль реабілітації в формуванні цих показників здоров'я населення не викликає сумніву. ВОЗ в питанні приналежності системи реабілітаційної допомоги саме до стратегій громадського здоров'я чітко визначилося. Так, це стратегія, яка в значній мірі орієнтована на потреби конкретних людей і може впроваджуватися в рамках спеціальних програм реабілітації (як правило, для осіб з комплексними потребами) або інтегруватися в інші програми і послуги сектора охорони здоров'я, наприклад програми первинної ланки медико-санітарної допомоги, психіатричної, офтальмологічної або сурдологічної допомоги. Реабілітація є невід'ємною частиною загального охоплення послугами охорони здоров'я поряд зі зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань, лікуванням та паліативної допомогою [7], що є саме основними функціями системи громадського здоров'я.

Висновок. Наведені дані теоретичного дослідження є частиною аргументів доцільності позиціонування системи реабілітації як функціонально-структурного компоненту системи громадського здоров'я в країні.

Література

1. Оцінка системи реабілітації в Україні. Основні висновки. [Інтернет]. *Оціночна місія ВООЗ*. Грудень 2015. Режим доступу: <https://physrehab.org.ua/wp->

<content/uploads/docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf>

2. Myronyuk I.S. STATE OF READINESS FOR THE HEALTH SYSTEM OF UKRAINE FOR IMPLEMENTATION OF A NEW MODEL OF REHABILITATION AID [Інтернет]. *Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph* / G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149. Режим доступу: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/56/629/1372-1>
3. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я; Закон України № 1053-ІХ від 3 грудня 2020 року [Інтернет]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
4. Башкін І. Макарова Е., Кавакзе-Різік А. Роль і місце фізичної реабілітації у загальній системі охорони здоров'я населення. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2006; 3: 25 - 29.
5. Голяченко А.О. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: *автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина»*. К., 2008: 32 с.
6. Предупреждение инвалидности и реабилитация: доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации [на совещании, состоявшемся в Женеве с 17 по 23 февраля 1981] [Інтернет]. ВОЗ. Режим доступу: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91053/WHO_TRS_668_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Rehabilitation. Key facts. *WHO global website* [Інтернет]. Режим доступу: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

РОЛЬ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В СИСТЕМІ ПЕДАГОГІЧНОГО ВИХОВАННЯ

Генадій Мордвінцев

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. Світова статистика сумно свідчить, що кожний десятий житель Землі є інвалідом, у кожній четвертій сім'ї світу є інвалід. Війни, інфекції, спадкові захворювання, екологічні катастрофи, криміногенна ситуація, алкоголізм і наркоманія, нещасні випадки, природжені дефекти, травми, отримані на виробництві, в побуті, транспорті тощо – все це призводить до збільшення кількості інвалідів – до 23 тис. в день, що складає понад 8 млн. на рік. Сьогодні в світі понад 600млн. інвалідів, в Україні – понад 2 млн. (близько 6 %). Усе це створює необхідність розробки комплексних програм щодо соціального захисту цієї категорії населення, обґрунтування нових галузей людських знань, відкриття нових навчальних дисциплін, напрямів і спеціальностей підготовки фахівців.

Формування здорового способу життя і забезпечення високої результативності та продуктивності праці людини є найважливішими проблемами сучасної України. У зв'язку з цим фізична культура розглядається як частина загальної культури суспільства, одна із сфер соціальної діяльності, що спрямована на підтримку здоров'я, розвиток фізичних здібностей людини і використання їх відповідно до потреб громадської практики.

Аналіз останніх досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання цієї проблеми. Проте питання формування адаптивного фізичного виховання в сучасній науковій літературі висвітлені недостатньо. Практичні шляхи, засоби і методи формування адаптивного фізичного виховання не актуалізовані у повній мірі. Існує протиріччя між необхідністю зміцнення і збереження здоров'я засобами фізичної культури та відсутністю здоров'я формуючих технологій з фізичного виховання. У зв'язку з цим процес формування адаптивної фізичної культури є актуальним з теоретичної і практичної точок зору.

Більшість учених (С.П. Євсєєв, Р.В. Чудна, Л.В. Шпакова) вважають, що адаптивне фізичне виховання - це отримання психофізичного розвантаження, великий спектр емоційних переживань, активний відпочинок і розвага, повнота спілкування з людьми, самодіяльна творчість. Але без належного інтересу до здійснення діяльності, без усвідомленого мотиву до заняття неможливий процес адаптивної фізичної культури і як результат - оптимальний фізичний стан (2, с.55).

Мета дослідження - розглянути роль адаптивного фізичного виховання.

Результати досліджень. Багаторічна практика роботи українських і зарубіжних фахівців з інвалідами різних нозологій свідчить, що дієвим методом відновлення даного контингенту є реабілітація засобами фізичної культури і спорту.

У статті 13 «Фізкультурно-оздоровча та спортивна діяльність серед інвалідів» Закону України «Про фізичну культуру і спорт», прийнятого в 1993 р., підкреслюється, що заняття фізичною культурою і спортом інвалідів є складовою частиною їх дозвілля, фізичної реабілітації та соціально-трудової адаптації; на фінансування фізкультурно-оздоровчих та спортивних заходів для інвалідів, створення та розширення їхньої спортивної бази виділяються кошти з державного бюджету та бюджетів місцевого самоврядування.

Згідно з переліком видів спорту, визнаних в Україні, для осіб з вадами слуху, зору, порушення опорно-рухового апарату, відхиленням розумового розвитку культивуються бадмінтон, баскетбол, баскетбол на візках, греко- римська боротьба, вільна боротьба, біатлон, більярдний спорт, волейбол, волейбол сидячи, велосипедний спорт (трек, шосе), вітрильний спорт, голбол, спортивна гімнастика, художня гімнастика, дзюдо, ковзанярський спорт, легка атлетика, плавання, пауерліфтинг, ролінгбол, стрільба з луку, софтбол, теніс, теніс на візках, теніс настільний, фехтування, шашки, шахи, спортивні танці на візках (1, с.22).

Адаптивне фізичне виховання - новий напрям у системі освіти і науки, що вивчає аспекти фізичного виховання людей, які мають у результаті захворювань або травм різні стійкі порушення життєво важливих функцій організму і обмеження фізичних можливостей.

Метою адаптивного фізичного виховання є формування і розвиток рухової активності, фізичних і психічних здібностей, що забезпечують адаптацію людини до свого стану здоров'я, довкілля, суспільства і різних видів діяльності.

Саме ці процеси актуалізують одну з найскладніших проблем сучасності - проблему інвалідності, що привертає увагу багатьох учених, політиків, громадських діячів, працівників середньої і вищої школи (4, с.30).

Проблема інвалідності - це проблема світового масштабу, що існує в усіх країнах незалежно від рівня їх економіко-соціальної політики. Нині в Україні фізична культура і спорт для людей з відхиленням здоров'я, включаючи інвалідів, представлена в системі середньої освіти, вищої професійної освіти; як сфера професійної діяльності (тренер - викладач та інструктор методист з адаптивної фізичної культури). Усе це дозволяє зробити висновок про те, що в Україні до теперішнього часу сформовані основні контури освітнього, наукового, правового та інформативного простору адаптивної фізичної культури (5, с.54).

Розвиток інфраструктури адаптивного спорту, що забезпечує комфортну адаптацію молодих фахівців до трудової діяльності, може вирішити ряд проблем. Індивідуальний підхід для інвалідів є обов'язковою умовою занять фізичною культурою та спортом. Дозоване застосування підвищених фізичних навантажень під час занять спортом виявляє резервні можливості організму, прискорюючи процеси реадаптації. Підвищення комунікативної активності, соціальна підтримка в умовах змагань має важливе значення як сімейно-побутової сфері, так і процесі підготовки до трудової діяльності. У ході адаптивного фізичного виховання, на думку Л.В. Шапкової, вирішуються такі завдання:

- загальні для всіх, що зумовлені потребами суспільства;
- специфічні, що відображають особливості фізичного виховання дітей із певними порушеннями розвитку (6, с.69).

Висновки з даного дослідження і подальші перспективи в даному напрямку. Підсумовуючи вищевикладене, можна констатувати, що:

1) адаптивна фізична культура є складовою діяльністю, що розвивається інтеграційній галузі освіти, наук, культури, соціальної практики;

2) адаптивна фізична культура інтегрує в собі фізичну культуру, медицину, корекційну педагогіку та відомості медико-біологічних, соціально-психологічних, навчальних наукових дисциплін;

3) адаптивна фізична культура є значно ширшим явищем порівняно з лікувальною фізичною культурою і фізичним вихованням дітей із відхиленням у розвитку. Вона об'єднує в собі, окрім названих напрямів, адаптивний спорт, адаптивну рухову реакцію, адаптивне фізичне виховання учнів і студентів спеціальних медичних груп загальноосвітніх шкіл і ЗВО.

Подальші перспективи у цьому напрямку - це розробка і впровадження для студентів - інвалідів навантаження, що за обсягом та інтенсивністю відповідатимуть медико-біологічній діагностиці захворювання.

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ БАР'ЄРІВ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПІД ЧАС ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ

Тетяна Палько, Олена Воротинцева

Закарпатський інститут післядипломної педагогічної освіти, м. Ужгород

Вступ. Сьогодні ми можемо стверджувати, що у своїй більшості суспільство сприймає різноманітність, рівноцінність і гідність усіх його членів. Зміщуються акценти – людина з інвалідністю вже не розглядається як безпорадна, небажана у соціумі, а сприймається як важлива і корисна частина громади. Голос людей з інвалідністю все голосніше звучить у мистецтві, медіа, науці, політиці, спорті. Інклюзія – це все для всіх. Питання соціальної інклюзії завжди буде актуальним для цивілізованого суспільства. Завдяки принципам інклюзивного навчання долається безліч бар'єрів, які ми вибудували між собою.

Реформи в освіті надали рівний доступ дітей з особливими освітніми потребами (ООП) до здобуття якісної освіти. Це зумовило потребу у підготовці та підвищенні кваліфікації педагогів до роботи з дітьми з ООП. Важливо, щоб всі вчителі володіли відповідними знаннями та навичками організації інклюзивного освітнього середовища, уміли виявляти та усувати бар'єри у навчанні, володіли сучасними методами інклюзивного навчання, уміли адаптувати чи модифікувати зміст навчальних програм, розробляти індивідуальні програми розвитку (ІПР) у складі команди психолого-педагогічного супроводу, враховуючи особливості усіх сфер розвитку дитини з ООП. Зокрема, це стосується й вчителів фізкультури, оскільки в останній час сформувався стереотипне відношення до уроків фізкультури.

Питання бар'єрів на шляху навчання й повноцінної участі в освітньому процесі розглядали Тоні Бут, Мел Ейнскоу [1], О. В. Пащенко, І. А. Гриценко, Н. З. Софій [2, с.103], А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук[3] та ін. Узагальнюючи теоретичні джерела та практичні напрацювання з вчителями на курсах підвищення кваліфікації в Закарпатському інституті післядипломної педагогічної освіти можна констатувати, що найчастіше головним бар'єром є невпевненість чи розгубленість педагога. Питання «що я буду робити з «такою» дитиною?», «які методи, вправи... підібрати?», «як інші діти будуть поводитися і що з цим робити?», «як дитина переведеться на урок?», «як потрапить до роздягальні, до спортзалу чи майданчика?» і т.і.

Мета дослідження. Мета статті полягає в теоретичному обґрунтуванні шляхів подолання бар'єрів, які виникають на уроках фізичної культури під час впровадження інклюзивного навчання. Для реалізації окресленої мети використано теоретичний метод аналізу педагогічних праць, що дало змогу витлумачити сутність досліджуваної теми. На підставі теоретичного аналізу та

опитування слухачів курсів підвищення кваліфікації в Закарпатському інституті післядипломної педагогічної освіти представлено власне бачення бар'єрів, які виникають на уроках фізичної культури та визначено шляхи їх подолання.

Результати дослідження. Існують упередження батьків до занять фізичними вправами і побоювання, що спортивна активність може зашкодити їхнім дітям. Тому вони намагаються усіма способами обмежити доступ дітей до занять. Існує побоювання зі сторони вчителів щодо власних сил, знань, умінь для роботи з дітьми, через які клас буде називатися інклюзивним. Інколи складається стереотип, що діти з особливими потребами мають проблеми з поведінкою. Також існує міф, що вчителі просто не знають, як працювати з дітьми з особливими освітніми потребами. Насправді так могло бути раніше, але не зараз. У студентів, які стануть у майбутньому вчителями, у програмах курс «Інклюзивне навчання» є обов'язковим. Тобто, у випускників вже формується інклюзивна компетентність. Що стосується тих вчителів, які працюють у закладах освіти, то, згідно з чинним законодавством, у рамках підвищення кваліфікації 10% матеріалу приділяється темі інклюзивної освіти.

Діти завжди йдуть на перші уроки з цікавістю. Учитель має підтримати, змотивувати, зацікавити, щоб учні не могли дочекатися наступного уроку фізкультури і з задоволенням брали активну участь в уроці, а не сиділи у класі, чи на лавці з телефоном, бо «вони зі спецгрупи», чи не хочуть нічого робити і т.і.

По-перше, на уроці не повинно бути хаосу. Освітні завдання мають бути поставлені усім, усі здобувачі освіти мають бути задіяні на кожному етапі уроку відповідно до методичних рекомендацій щодо роботи з кожною групою здоров'я. Займатися власними справами необхідно на перерві.

По-друге, не варто «боятися» чи перейматися тим, як працювати в інклюзивному класі. Опитування, яке було проведено серед вчителів фізичної культури під час курсів підвищення кваліфікації в Закарпатському інституті післядипломної педагогічної освіти (75 респондентів), показало, що не діти з ООП є тією групою-лідером, з якою найскладніше працювати. Вчителі констатують, що це у першу чергу дівчата 14-15 років, діти із зайвою вагою, а також ті, до яких з боку батьків спостерігається гіперопіка. Саме ця категорія є набагато «важчим для роботи контингентом», ніж діти з ООП.

По-третє, потрібно бути «гнучким» вчителем, готовим до експериментів з різним інвентарем та обладнанням, до імпровізації та розумного пристосування в інтересах кожної дитини. Окрім розвитку емоційного інтелекту та вміння належно сприймати як перемоги, так і поразки, уроки фізичної культури мають готувати учнів до дорослого самостійного життя.

Усі учні різні, усі потребують різних адаптацій чи модифікацій зі сторони вчителя. Проте існують практичні поради, які сприяють збільшенню ефективності освітнього процесу на уроках фізкультури.

Наприклад, використання техніки кроків S-T-E-P-S значно розширює можливості вчителів фізичної культури в реалізації прогресії та дозволяє вносити зміни у сферах простору, завдань, обладнання, людських ресурсів та швидкості виконання. Ми використали і взяли за основу національне

дослідження STEPS в Україні, яке відображає поетапний підхід ВООЗ до епідеміологічного нагляду за факторами ризику НІЗ. Інструмент STEPS охоплює три різних рівня оцінювання факторів ризику — ТРИ КРОКИ: анкетування, фізичні вимірювання та біохімічні аналізи [4].

Літера S – це Space або Простір. Все, що стосується вашої спортивної зали або майданчика та іншого простору, який має значення для проведення.

Літера T – це Task або Завдання. Різні групи потребують завдань різного змісту та складності.

Літера E – це Equipment або Обладнання. Для деяких груп корисно використовувати спеціальний інвентар.

Літера P – це People або Люди. Залучаючи асистента вчителя та батьків дітей із особливими освітніми потребами, вивчитель оптимізує динаміку проведення уроку.

Друга літера S – це Speed або Швидкість. Починаючи вправи повільно й поступово збільшуючи темп учні точно відчують досягнення успіху та випробують свій поступ.

Ми адаптували розглянуте вище дослідження для використання у закладах загальної середньої освіти при аналізі інклюзивних груп та розробки прогресії (дії «розумного» застосування) залежно від кожного кроку S-T-E-P-S, враховуючи, що, здебільшого змін проти загальної групи потребують лише 2-3 сфери, наприклад для дітей з інтелектуальними порушеннями.

Отже, S – Простір залишається незмінним. Ми не змінюємо для них місце проведення уроку. Це учень класу. Не завжди порушення інтелектуального розвитку «йдуть разом» з порушенням крупної моторики.

T – Завдання. Обов'язково – постійна демонстрація та прості пояснення. Обирати вправи потрібно відповідно до групи здоров'я. Сприймати дитину варто не через можливий медичний діагноз, не через те, що вона не зможе. Тут потрібно акцентувати увагу на «сильні сторони», на те, що зможе дитина! Загалом, диференціація присутня на кожному уроці. З метою використання такої методики насамперед потрібно ознайомитися з висновком про комплексну оцінку розвитку дитини, зокрема п. «Фізичний розвиток», а також «Рекомендації», де фахівці ІРЦ надають конкретні вказівки щодо підготовки до уроків, зокрема і фізкультури.

E – Обладнання. Знову перечитуємо висновок про комплексну оцінку розвитку дитини. Підбираємо обладнання відповідно до особливостей розвитку учня. У більшості випадків обладнання залишається незмінним. Варто зауважити на постійному повторенні правил техніки безпеки.

P – Люди. Залучити до роботи на уроці асистента учителя. Якщо дитина має поведінкові розлади, то й асистента дитини.

S – Швидкість. Темп уповільнений.

Такий алгоритм можна застосувати до будь-якої категорії (групи) учнів чи окремого учня. Це значно полегшить роботу вчителя, розставить акценти та «прояснить» його дії.

Висновки. Змінюється суспільство, змінюється школа. Будують пандуси, розширюють двері, у туалетах кріплять поручні, на підлозі та стінах- з'являється розмітка, змінюється спортивний інвентар, змінюються методики викладання та усвідомлення ролі вчителя. Але недостатньо зробити архітектурно доступну будівлю. Школа одразу не стане інклюзивною. Інклюзивний підхід на уроках фізкультури дає можливість усунути бар'єри не лише для дітей з ООП. Бо кожен із учнів, та й ми - особливий!

Список використаної літератури

1. Бут Тоні, Ейнскоу Мел. Індекс інклюзії: розвиток навчання та участі в життєдіяльності шкіл. Пер. з англ. — К.: Плянди, 2015. — 190 с.
2. Пащенко О. В., Гриценко І. А., Софій Н. З.. Інклюзивна освіта в умовах професійно-технічного навчального закладу: Навчальнометодичний посібник. — К.: Арт Економі, 2012. — 184 с.
3. Колупаєва А.А., Савчук Л.О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Видання доповнене та перероблене: наук.-метод. посіб. / А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук, К.: Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. — 274 с.
4. Національне дослідження STEPS в Україні. Джерело: <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/nacionalne-doslidzhennya-steps-v-ukraini> (дата звернення: 15.09.2021)

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИК СХІДНИХ ЛАЗНІ ТА МАСАЖУ У ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СПОРТСМЕНІВ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБУ

Тетяна Підкопай, Денис Підкопай, Юсеф Шарбель

*Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків, Україна,
Медичний центр «Mir Majid Erslan» м Бейрут, Ліван*

Вступ. У дослідженні, яке тривало понад 16 років, J. M. Hootman et al. спостерігали за спортсменами 15 різних видів спорту в США та дійшли висновку, що травми нижніх кінцівок складають більше 50% усіх спортивних травм, водночас уражаються переважно коліно та кісточки. Більшість травм були контактними, причому під час змагань спостерігалася значно більша кількість травм порівняно з тренуваннями.

Найпоширенішим типом переломів у ГСС в усіх вікових групах є перелом зовнішньої кісточки, частота якого сягає 55% усіх переломів кісточок. Кісточки є однією з найрозповсюдженіших локалізацій травми у 24 з 70 видів спорту. Причинами травм у 61% випадків є падіння, у 22 % - заняття спортом. Не дивлячись на те, що у більшості випадків спостерігається повне відновлення функції ГСС після цього виду травм, близько половини пацієнтів, попри повне одужання, повідомляють про постійні проблеми з фізичним і психологічним здоров'ям.

Терапевтичний ефект лікувального масажу при терапії після ушкоджень стопи та ГСС призводить до клінічно значущих поліпшень функції суглоба, збільшення його рухливості та амплітуди руху.

Е. Е. Painter et al. спостерігали поліпшення рухів ГСС, зменшення болю в суглобі у травмованих спортсменів після іммобілізації при стабільних переломах ГСС в середньому через 6 сеансів масажу, водночас більшість травмованих спортсменів відзначило поліпшення вже через 4 тижні.

М. S. Crowell et al. звернули увагу на необхідність індивідуального підходу до травмованого спортсмена, що ґрунтується не на протоколі лікування, а ухваленні рішення, яке спирається на оцінку реакції травмованого спортсмена на кожен прийом масажу, збільшуючи ступінь або тривалість прийомів, які надавали бажаний ефект.

Застосування етнічних напрямів східного масажу в доступній нам літературі описано дещо фрагментарно, частіше у відновних та рекреаційних цілях, але фізіологічна дія прийомів східного масажу вважається достатньо вираженою та спрямованою. Використання прийомів східного масажу для репаративного впливу на структури суглобів, фасціальні і періартикулярні тканини, при вірному технічному та методичному застосуванні, за даними Меркаті М.(2002), та Ламбера Дж. (2005), є дієвим впливом на процес повернення та збільшення пасивної гнучкості більшості суглобів тіла людини, особливо великих суглобів хребта і нижніх кінцівок. Виконання процедури східного масажу, за даними авторів, має певні обмеження за віком та медичними протипоказами (для осіб, старших за 60 років, наявність гострих або хронічних захворювань суглобів тощо), які мають бути враховані за допомогою змінення амплітуди та інтенсивності виконання масажних прийомів, добором прийомів масажу та тривалістю процедури.

Окремо фахівці наголошують на доцільності комбінування масажу, особливо процедур східного масажу, із тепловими процедурами (лазневими процедурами) при лікуванні травматичних і запальних захворюваннях зв'язкового та м'язового апарату у підгострому періоді, а також при хронічних процесах, тугорухомості суглобів, м'язових контрактурах, судинних розладах, можливості спазмів. При функціональних порушеннях опорно-рухового апарату, до яких належать: тугорухомість суглоба, артикулярні зрощення, сповільнене утворення кісткової мозолі, м'язова атрофія, парези, неврити, невралгії, у реабілітаційній практиці рекомендується спочатку застосовувати тепло, а потім процедуру масажу із застосуванням прийомів масажу з амплітудними рухами у суглобах, що виразно використовується у техніці східного (тайського) масажу.

Викладене свідчить про значну увагу до означеної проблеми та можливість створення ефективних програм фізичної терапії спортсменів з внутрішньосуглобовими ушкодженнями гомілковостопного суглоба на амбулаторному етапі із залученням методик етнічних лазень та масажу.

Мета дослідження - оцінка результатів фізичної терапії спортсменів футболістів з внутрішньосуглобовими ушкодженнями гомілковостопного суглоба на амбулаторному етапі при застосуванні заходів програми фізичної

терапії із залученням методик етнічних лазень та масажу.

Результати дослідження

Дослідження здійснювалося на базі Медичного центру «Mir Majid Erslan» м Бейрут (Ліван) в кабінеті фізичної терапії з 2016 по 2018 роки. В дослідженні брали участь 36 спортсменів футболістів. Усі постраждалі спортсмени були чоловічої статі, віком від 18 до 24 років. Спортсмени, що отримали травму, були поділені на основну групу та групу контролю (по 18 осіб в кожній). За проявами функціональних порушень, локалізацією отриманих ушкоджень, віком та рівнем спортивної кваліфікації основна й контрольна група були тотожними. У дослідженні взяли участь травмовані спортсмени з закритими ушкодженнями гомілковостопного суглобу типів A1, A2, C1 та C2 за класифікацією AO/ASIF.

Анатомо-функціональні результати лікування травмованих спортсменів з внутрішньосуглобовими ушкодженнями гомілковостопного суглобу оцінювали за допомогою стандартів оцінки якості лікування ушкоджень і захворювань органів руху і опори, викладених в Наказі МОЗ України №41 від 30.03.94 року «Про регламентацію ортопедо-травматологічної допомоги в Україні» відповідно до змін, запропонованих А.В. Калашніковим (2006).

Результати проведеної фізичної реабілітації, одержані за шкалою LEFS показали, що після курсу фізичної реабілітації за загальноприйнятою програмою у контрольній групі на 11,1% зменшилася кількість незадовільних результатів, кількість задовільних результатів не змінилася, та дещо збільшилася кількість добрих результатів – на 11,1%.

Результати оцінки даних основної групи переконливо свідчать про суттєве збільшення кількості добрих результатів, а саме в 6,5 разів, та значне зменшення кількості задовільних результатів – майже в 2,3 рази, та, особливо, про зменшення кількості незадовільних результатів (майже в 7 разів), що показує ефективність запропонованої нами програми фізичної реабілітації

З аналізу оцінки результатів проведеної фізичної реабілітації за методикою А.В. Калашнікова видно, що після курсу фізичної реабілітації за загальноприйнятою програмою кількість незадовільних результатів зменшилася вдвічі, кількість задовільних результатів зменшилася на 22,2% та в два рази збільшилася кількість добрих результатів (до 66,7%).

В основній групі спостерігалось значне збільшення частки добрих результатів, а саме в 2,1 рази до 83,3%, за рахунок чого вдвічі зменшилася кількість задовільних результатів до 16,7%, при повній відсутності незадовільних результатів.

Проведений аналіз результатів проведеної фізичної терапії свідчить, що більш виражені позитивні результати були отримані у травмованих спортсменів основної групи, яким була проведена фізична терапія згідно запропонованої нами програми, при позитивній динаміці змін функціонального стану травмованих спортсменів обох клінічних груп.

Висновки. Заходи традиційної програми фізичної терапії травмованих спортсменів з наслідками внутрішньосуглобових ушкоджень гомілковостопного суглоба, які включали використання методик класичного масажу, за оцінкою за

шкалою LEFS дало змогу зменшити кількість незадовільних результатів на 11,1 % у контрольній групі, та кількість добрих результатів подвоїти до 22,2%.

Заходи програми фізичної терапії, які використовували методику східного масажу у поєднанні із східною лазнею для спортсменів основної групи збільшили кількість добрих результатів на 61,1%, що зменшило кількість задовільних на 27,8%, та на 33,3% незадовільних результатів, що свідчить про об'єктивну ефективність запропонованої нами програми фізичної терапії.

Програма терапії за традиційною програмою дала змогу в контрольній групі зменшити кількість незадовільних та задовільних анатомо-функціональних результатів за методикою А.В Калашнікова на 11,1% та 22,2% відповідно, та збільшити кількість добрих до 66,7%.

У спортсменів основної групи за методикою А.В Калашнікова збільшилася кількість добрих результатів на 44,4%, за рахунок чого на 16,6% зменшилася кількість задовільних результатів, та була зафіксована відсутність незадовільних результатів, що переконливо демонструє переваги запропонованої програми фізичної терапії.

ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ІЗ ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ

**Людмила Русин, Мар'яна Сабадош, Юля Дуткевич-Іванська,
Іванна Шабат**

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Ключові слова: фізична терапія, комбіноване лікування, рак молочної залози, інноваційні засоби фізичної терапії, постмастектомічний синдром

Вступ: Структура захворюваності на злоякісні пухлини жіночого населення більшості розвинутих країн світу, у тому числі і в Україні, останніми роками зазнала серйозних змін [1].

Лідуюче місце серед гормонозалежних пухлин органів репродуктивної системи жінок займає рак молочної залози, складаючи в Україні 53,7 випадків на 100000 населення. Чоловіки хворіють на рак грудної залози значно рідше: 0,1 - 0,2 на 100000 чоловічого населення [2]

Смертність від злоякісних новоутворень молочної залози у світі дорівнює 17,9, а в Україні – 29,9 на 100 тис. жіночого населення [1,4].

Незважаючи на той факт, що рак молочної залози є однією з найбільш досліджуваних областей медицини, залишаються значні прогалини в опублікованих даних, щодо реабілітаційних заходів у жінок із постмастектомічним синдромом[2].

Мета роботи: вивчення інноваційних методів фізичної терапії жінок із постмастектомічним синдромом.

Результати дослідження: Під час огляду сучасних наукових публікацій з зазначеної проблеми знаходимо свідчення того, що відновне лікування жінок із постмастектомічним синдромом являє собою важливе завдання, про що свідчать запропоновані численні оперативні і консервативні методи [2,6]. На сьогодні

після комплексного лікування раку молочної залози актуальним є застосування засобів фізичної терапії з метою відновлення амплітуди рухів верхньої кінцівки з боку оперативного втручання, лімфостазу, корекції порушень хребта, відхилень гормонального фону і психоемоційного стану жінок [6, 8].

Аналіз та узагальнення наукових та науково-методичних джерел свідчить, що постмастектомічний синдром є дуже багатогранним, тому доцільним є комплексне застосування реабілітаційних заходів.

При складанні реабілітаційної програми необхідно враховувати: результати початкового обстеження, загальний стан пацієнток, вік, супутні захворювання, післяопераційні наслідки та термін після операції, психологічні порушення, а також і самі побажання пацієнток[1,5]

Реабілітаційне обстеження здійснюють за допомогою картки реабілітаційного обстеження, яка складається зі збору анамнезу, набору інструментальних методик, якості життя пацієнток.

Після чого складають алгоритм програми фізичної терапії та алгоритм реабілітаційного процесу (знайомство з пацієнткою, реабілітаційне обстеження, реабілітаційний прогноз, визначення функціональних і психоемоційних порушень, завдання фізичної реабілітації та підбір раціональних засобів для їх реалізації, виконання реабілітаційного втручання, оцінювання ефективності розробленої програми).

При плануванні реабілітаційного процесу визначають короткотермінові та довготермінові завдання.

Довготермінові завдання - усунення постмастектомічних ускладнень, покращення психоемоційного стану та якості життя, адаптація до виконання побутових навантажень. Завдання, які повинні бути досягнуті, як кінцевий результат реабілітації - відновлення функцій та покращення якості життя.

Короткотермінові завдання необхідно ставити відповідно до рухового режиму. Процес фізичної реабілітації умовно поділяють на 3 періоди: ранній післяопераційний (1-3 доба), відтермінований післяопераційний (4-7 доба), відновний (з 8 доби). Успішне досягнення у кожному з періодів сприяє зростанню мотивації пацієнтки до фізичної реабілітації. [7,8]

Основний засіб фізичної реабілітації - фізичні вправи. Фізичні вправи дають позитивний ефект в реабілітації, коли вони, по-перше, адекватні можливостям хворої, а по-друге, здійснюють тренуючу дію і підвищують адаптаційні можливості, за умови, що методист знає і враховує низку методичних правил і принципів фізичного тренування.

Оптимізація навантажень передбачає суворе дозування фізичних навантажень, раціональний підбір засобів лікування відновного тренування; правильне співвідношення праці і відпочинку і максимальне використання засобів, що знімають напруження і сприяють прискореному відновленню з урахуванням суворої індивідуалізації.[9]

Психологічна реабілітація сприяє створенню сприятливих умов в сім'ї, відновленню втрачених контактів з оточуючими, що дає можливість хворим

повернутись в суспільство і по можливості відновити своє попереднє життя в суспільстві.

Основні принципи реабілітації - ранній початок, безперервність і комплексність. Комплексність забезпечується участю лікарів різного профілю (хірургів, радіологів, хіміотерапевтів), психологів, педагогів, соціологів, юристів, протезистів, працівників соціального забезпечення, фізичних реабілітологів [3,4]

Реабілітація онкологічного хворого є багатоетапним процесом. Індивідуальний план її проведення складається уже перед початком лікування. При цьому враховують загальний стан хворого, стать, вік, стадію розвитку і локалізацію пухлини, методи лікування, інтелектуальний розвиток хворого і стан його психіки.

Висновки: теоретичний аналіз сучасних наукових публікацій дає змогу стверджувати, що проблема фізичної терапії жінок із постмастектомічним синдромом є дуже актуальною та майже невивченою. Важливим є комплексний підхід до лікування постмастектомічного синдрому із залученням мультидисциплінарної команди.

Список використаної літератури

1.Амосов В. Н. Восстановление после операций . Лучшие методы реабилитации / Амосов В. Н. - СПб.: Вектор, 2008. - 120 с.

2.Архипова И. В. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом рак молочной железы на этапе хирургического лечения / И. В. Архипова, Н. П. Кокорина. - 2009. - № 1.

3.Березанцев А. Ю. Психопатологические и клинико-психологические аспекты психосоциальной реабилитации женщин с раком молочной железы / А. Ю. Березанцев, Л. И. Монасыпова, С. В. Стражев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2010. - № 7. - С. 52-59.

4.Мазур М.Г., Пятчанина Т.В. Основные достижения исследований протеома рака молочной железы // Онкологический журнал – 2016 – Т.10 – №4 (40) – С.94-105.

5.Одинець ТЄ. Ефективність застосування особистісно-орієнтованих програм фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом у відновленні функціонального стану верхньої кінцівки. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2015;3(47):84–87.

6.Одинець ТЄ, Бріскін ЮА. Проблема фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2017;3, с. 595–599.

7.Effect of 5-azacytidine on miRNA expression in human breast cancer cells with different sensitivity to cytostatics / Chekhun V.F., Borikun T.V., Lukianova N.Y. // Exp. Oncology. – 2016. – Vol. 38, N 1. – P. 26-30.

8.Gerashchenko B.I., Salmina K., Eglitis J., Huna A., Grjunberga V., Erenpreisa J. Disentangling the aneuploidy and senescence paradoxes: a study of

triploid breast cancers non-responsive to neoadjuvant therapy. *Histochem. Cell Biol.*, 2016, 145: 497–508.

9. Mazur M.G., Pyatchanina T.V. The use of proteomic technologies in breast cancer research // *Experimental Oncology* – 2016 – 38 (3) – p. 146–157.

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Мар'яна Сабадош

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Інсульт займає 1-ше місце серед причин стійкої втрати працездатності — 53%. Кількість випадків інсульту у працездатних пацієнтів неухильно зростає. 80% хворих, які перенесли інсульт, стають інвалідами, 20% серед них потребують стороннього догляду. Лише 20 % хворих після ішемічного інсульту зберігають працездатність.

Ефективність застосування не всіх різноманітних методик фізичної реабілітації після інсульту є науково обгрунтованими. Вітчизняні дослідження в основному висвітлюють стандартні і не новітні програми фізичної реабілітації, які спрямовані на профілактику виникнення ускладнень, і на відновлення вже втрачених функцій.

Мета дослідження. Аналізувати вплив фізичної терапії на активність повсякденного життя у пацієнтів після перенесеного інсульту.

Результати досліджень. Визначення рівня самообслуговування здійснювалося за допомогою шкали Бартела на початку лікування і на 20 день реабілітаційного курсу. Оцінка рівня повсякденної активності проводилася за сумою балів, визначених у хворого по кожному з розділів тесту. Пацієнти були розділені на 3 групи, рандомізовані за статтю, віком, ступенем спастичності та за рівнем побутової адаптації 35 - 65 балів (за шкалою Бартела).

Результати фізіотерапевтичного лікування пацієнтів до та після лікування (38 осіб) представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка показників активності повсякденної життєдіяльності при проведенні фізичної терапії (за шкалою Бартела)

Кількість пацієнтів	Показники шкали Бартела	
	До лікування	Після лікування
1 група (n=10)	35 – 45 (39,1)	35 – 45 (42,5)
2 група (n=21)	45 – 55 (48,5)	55 – 65 (56,2)
3 група (n=7)	55 – 65 (60,0)	75 – 85 (80,0)

Вивчення отриманих даних показує, що під впливом проведеного лікувального комплексу у 10 пацієнтів ступінь побутової адаптації зберігалася на колишньому рівні, 21 особи відзначали деяке збільшення обсягу

самообслуговування в межах вираженої залежності (до 60 балів). У 7 пацієнтів спостерігалось істотне поліпшення побутової адаптації в межах помірної залежності (61- 90 балів).

Середній бал до початку лікування у хворих 1 групи становив $39,1 \pm 2,2$ бали, а після проходження курсу фізичної терапії зріс до $42,5 \pm 2,1$ балів. У хворих 2 групи спостерігалась краща динаміка. При першому обстеженні середній бал становив $48,5 \pm 1,9$, а після проходження курсу фізичної терапії - $56,2 \pm 0,9$ балів, що свідчить про більш ефективний вплив на відновлення навичок самообслуговування і мобільності засобів фізичної реабілітації. Відповідно у 3 групі хворих спостерігалось істотне поліпшення побутової адаптації, де середній бал до проходження терапії становив $60,0 \pm 1,2$ бала, а після комплексної фізичної терапії $80,0 \pm 1,2$ бала.

Аналіз проведеного дослідження свідчить, що застосування комплексної фізичної терапії сприяє збільшенню обсягу самообслуговування від вираженого до помірної ступеня залежності.

Застосування індексу Бартела для контролю ступеня побутової адаптації та відновлення втрачених функцій дозволяє об'єктивно оцінювати ефективність реабілітаційного процесу.

Позитивна динаміка після однократного курсу відновлювальної фізичної терапії вселяє певний оптимізм, що повторні курси реабілітаційного лікування, що включають комплексний фізіотерапевтичний вплив, сприятимуть підвищенню рівня соціально-побутової адаптації та поліпшення якості життя постінсультних пацієнтів.

Висновки. Спастичність є частим ускладненням після інсульту, значно обмежує якість життя та перебіг відновного періоду хворих після перенесеного інсульту. Аналіз проведеного дослідження свідчить, що застосування комплексної фізичної терапії сприяє збільшенню обсягу самообслуговування від вираженого до помірної ступеня залежності за шкалою Бартела.

Література

1. Агафонов С. Функціональний стан осіб другого зрілого віку, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, на першому етапі раннього відновного періоду / Станіслав Агафонов // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Є. Приступи. - Л., 2014. - Вип. 18, т. 3. - С. 4-6.
2. Білянський О. Основні засади післяінсультної реабілітації / Олег Білянський // Фізична реабілітація. - 2010. Т. 1, № 1. - С. 5-10.
3. Кальонова І. Сучасні методи реабілітації хворих з ішемічним інсультом / Ірина Кальонова, Наталія Варвінська // Фізична реабілітація - здобутки, проблеми, перспективи: матеріали Всеукр. наук. конф. - Л., 2009. - С. 43- 47.
4. Христова Т.С. Відновлення рухової функції хворих зрілого віку після інсульту засобами фізичної реабілітації / Христова Т.С. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. - 2013. - № 2. - С. 87 - 91.

СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Наталія Семаль, Василь Звонар, Тетяна Сапун

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Науково-технічний прогрес спричиняє великі зміни у багатьох галузях людських знань. Це призводить до подальшої інтенсифікації й ускладнення процесу навчання у закладах вищої освіти. Обсяг засвоєної інформації, який щороку збільшується, вимагає від студентської молоді великих психічних напружень і фізичних зусиль. Від ефективності фізичного виховання значною мірою залежить стан здоров'я, рівень працездатності і професійне майбутнє студентів. Багато публікацій присвячено мотивації студентської молоді до занять фізичною культурою. Дослідження в середовищі закладів вищої освіти мають суттєве і практичне значення для оптимізації системи фізичного виховання.

Ефективність фізичного виховання суттєво підвищиться, якщо буде підвищити рівень позитивної мотивації до систематичних занять фізичною культурою. Важливо визначити, що необхідно зробити, щоб виробити потребу у студентів до занять фізичними вправами [3].

Метою дослідження є вивчити і проаналізувати ставлення студентів до занять фізичним вихованням у закладах вищої освіти.

Матеріали та методи. Для дослідження використані наступні методи: теоретичний аналіз та узагальнення даних літературних джерел, педагогічні спостереження, соціологічні методи (анкетування, усні бесіди), методи математичної статистики.

На формування потреби у фізичному вдосконаленні впливає багато факторів. Підвищення престижності і суспільного значення занять фізичною культурою і спортом; забезпечення матеріально-технічною базою; поглиблення їх знань про цінності засобів фізичного виховання і спорту; різноманітність змісту занять цікавими, емоційними формами і методами; наближення занять до місць проживання і роботи; вдосконалення форм і спрямованості пропаганди фізичної культури і спорту та ін. [3].

Першою ланкою в перетворенні потреб: бажання-потреба. Другою ланкою науковці визначають: потребу – звичка-мотив. Третя ланка - мотив дії - мета дії. Четверта ланка: конкретизація мети в системі рухових завдань - умова створення повноцінного продукту діяльності. П'ята ланка: потреба задовольняється у результаті діяльності - творчому продукті. Завдяки цим перетворенням формується: єдина і неподільна цілісність творчого процесу: бажання (емоції м'язової радості) - потреба (дослідницький інтерес) - звичка - мотив - мета - задача - продукт діяльності [2].

Результати дослідження. Для реалізації мети дослідження було вивчено та проаналізовано ставлення до занять фізичним вихованням. З'ясовано, що мотивація до занять фізичним вихованням у хлопців є така: для 34% - це

самовдосконалення; для 21.6% - покращення самопочуття; 15.4% студентів хочуть отримати високі бали; 14,8% надають перевагу формуванню гарної тілобудови; 6.4% виявили бажання навчитись техніки виконання фізичних вправ; 4.2% розвиток морально-вольових якостей; 3.6% респондентів вважають, що це сприяє у знайомстві з друзями.

Проаналізувавши відповіді дівчат отримали наступні результати: 28.6% вважають, що мотивами до занять фізичною культурою є - покращення самопочуття; 32,4% вважає - формування гарної тіло будови; для 14.4% респондентів є самовдосконалення; 12.8 % хочуть отримати високі бали; 8.6% набуття знань та умінь, корисних для життя; по 3.2% дівчат вважають, що заняття з фізичного виховання впливають на розвиток характеру та вольових якостей.

Щодо ведення активного способу життя більш до вподоби такі види рухової активності: для хлопців це (футбол-33%, волейбол-28.4%, баскетбол-16.2%, біг - 12.8%, важка атлетика – 9.6%), дівчата надають перевагу – бігу (38%), 29.6%-аеробіці, фітнесу -18.5%, волейбол-13.9%.

Також з'ясовано, що невелика кількість студентів хлопців (17,5%) та (16,8%) дівчат займаються у групах спортивного вдосконалення.

Висновки

1. Для зміцнення здоров'я студентської молоді необхідно виховати здорову звичку до занять фізичним вихованням протягом всього життя..

2. З'ясовано, що ставлення до занять з фізичного виховання як до дисципліни в абсолютній більшості випадків є неоднозначним протягом усього періоду навчання у закладах вищої освіти.

3. Проведене в ході дослідження опитування виявило, що студенти бажають бути здоровими і в фізичному вихованні вбачають можливості, які можуть зробити їх такими. Встановлено, що самовдосконаленню приділяють найбільше часу (34% хлопців), а от у дівчат на першому місці є формування гарної тілобудови (32.4%) та покращення самопочуття (28.6%).

Література

1. Королінська С. В. Вивчення мотиваційно-ціннісного ставлення до фізичної культури серед студентів НФаУ / С В. Королінська, П. О. Сіренко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. — Х. 2008 — № 7. — С 77—79.

2. Лисяк В. М. Визначення факторів, які сприяють формуванню інтересу до фізичної культури та спорту / В. М. Лисяк // Слобожанський науково спортивний вісник : зб. наук. ст. – Х. : ХДАФК, 2006. – № 9. – С. 9.

3. Мосійчук Л. В. Чинники формування у студентської молоді стійких мотивів та звички до систематичних занять фізичним вихованням / Л. В. Мосійчук, А. Б. Дзюбановський, Б. І. Мельникович // Теорія та методика фізичного виховання. – 2009. – № 2. – С. 46.

ДИДАКТИЧНІ СКЛАДОВІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З УРАХУВАННЯМ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Едуард Сивохоп, Іван Шанта, Михайло Шкірта

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Загальні питання підготовки майбутніх фахівців з фізичної культури і спорту до професійної діяльності вчителя, педагога, тренера розглядаються в працях В.А. Товта, І.І. Маріонди, М.В. Молнара та ін. Окремі питання організації, управління, оцінювання якості фізичної підготовки розглядаються в роботах Р.І. Антоніка, І.Р. Боднара, А.І. Драчука. Однак у зазначених дослідженнях та роботах інших науковців не знайшла достатньо повного відображення проблема феномена фізичної підготовки з позиції дидактичних складових навчального процесу.

Мета дослідження: проаналізувати склад категоріального апарату та дидактичних складових навчального процесу майбутніх фахівців з фізичної культури і спорту.

Завдання дослідження: уточнити ціннісно-нормативну природу феномена фізичної підготовки з позиції дидактичних складових навчального процесу

Результати досліджень. Категорія «діяльність» виступає як спосіб активної взаємодії людини із середовищем, у якому вона досягає свідомо поставленої мети, що виникла в результаті появи певної потреби, мотиву. Джерелом активності людини, її діяльності виступають різноманітні потреби, які розглядаються як переживання потреби в тому, що необхідно для підтримки життя і розвитку особистості. Потреба спонукає до здійснення тієї чи іншої діяльності. Людина як суб'єкт діяльності планує, організовує, спрямовує, корегує її. Водночас сама діяльність формує людину як суб'єкта. Діяльнісний підхід забезпечує цілісний погляд на процес самопізнання, при якому отримані знання використовуються для формування подальшої діяльності, який базується на самопізнанні і самовихованні.

З цієї позиції самопізнання особистості – динамічний, цілеспрямований і багатогранний процес, обумовлений сукупністю численних соціальних і психологічних факторів. Фактор – причина, рушійна сила будь-якої зміни, явища. Факторами формування називають сукупність методів і засобів навчання, організацію і зміст навчання та виховання. Ці фактори можуть сприяти або перешкоджати цьому процесу, прискорювати або, навпаки, сповільнювати його хід.

А самовиховання – це свідома, планомірна, систематична робота особистості, яка необхідна для плідної діяльності в сьогоденні й у майбутньому. Результат самовиховання залежить від: характеру діяльності особистості щодо виховання будь-яких якостей, визначених її оточенням, зовнішніми умовами; внутрішнього світу самої особистості; її специфічних завдань.

Склад категоріального апарату освітнього процесу дає підстави уточнити ціннісно-нормативну природу феномена фізичної підготовки з позиції дидактичних складових навчального процесу (табл. 1).

Таблиця 1.

Дидактичні складові навчального процесу з фахових дисциплін

Компоненти	Складові
Змістово-цільовий	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цільова настанова змісту. 2. Фактори, що впливають на зміст підготовки. 3. Основна наукова теорія, що використовується у змісті підготовки. 4. Основні керівні документи (нормативно-правова база).
Мотиваційний	Мотиваційні установки навчання.
Організаційно-діяльнісний	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закономірності навчання 2. Принципи навчання. 3. Основні засоби і методи навчання. 4. Основні форми навчання. 5. Вид та стиль навчання.
Контрольно-регулювальний	<ol style="list-style-type: none"> 1. Типи і види контролю. 2. Форми контролю.

Виходячи із представленої таблиці 1, в сфері фізичної підготовки як складової освітнього процесу у вищій школі основними педагогічними категоріями є цілі й завдання, які визначено керівними документами. Спеціальним завданням з урахуванням особливостей фізичної підготовки у вищих навчальних закладах, що здійснюють їх спеціальну підготовку, є: переважний розвиток загальної й силовій витривалості, спритності, швидкості й сили, злагодженості в колективних діях.

Висновок. Таким чином, для досягнення мети фізичної підготовки у процесі навчання необхідно вирішити усі вищезазначені завдання. Виходячи з цього, цільові настанови навчання надають системі сучасної фізичної підготовки фахівців конкретну спрямованість, забезпечуючи правильний підбір засобів і методів навчання.

ТЕХНОЛОГІЯ «СТВОРЕННЯ СИТУАЦІЇ УСПІХУ» У НАВЧАННІ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Світлана Стеблюк

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Ключові слова: інклюзивне навчання; педагогічна технологія; ситуація успіху; педагогіка партнерства.

Вступ. Сьогодні інклюзивна освіта базується на окремих концептах, серед яких: ціннісний, тобто зміна її філософії, що передбачена законодавством України; змістовий, який передбачає обсяг інформації знань, технології

супроводу інклюзивних процесів; організаційний, що включає управління цим процесом та кадрове забезпечення. Визначені концепти є у тісному взаємозв'язку, але, на наш погляд, ціннісний є пріоритетним, позаяк орієнтований на формування особистості, її соціалізацію у суспільстві.

Сучасні реформи зумовлюють пошук інноваційних підходів до освітнього процесу, виховання й розвитку особистості. Останнім часом у педагогічному дискурсі активно обговорюються педагогічні технології та їх упровадження в інклюзивній моделі освіти. Педагогічні технології трактують як технології, що забезпечують перетворення педагогічного процесу в освітній установі на цілеспрямовану діяльність усіх його суб'єктів [1, с. 661].

Узагальнено технології навчання, зокрема групу технологій особистісної орієнтації: технології особистісно орієнтованого уроку, «Створення ситуації успіху», розвитку критичного мислення, сугестивного навчання, біоадекватна технологія, кейс-технології, технологія портфоліо, тьюторська технологія, акме-технології та інші [2]. Ефективність навчання може бути досягнута завдяки розвитку впевненості учня в собі, усвідомленню особистісної цінності.

Постановка проблеми. Сьогодні активізувалися дослідження щодо організації роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, створенні педагогічних умов для формування спрямованості особистості на успіх. Дослідниця Л. Прохоренко, вивчаючи питання щодо навчальної діяльності школярів із затримкою психічного розвитку як психологічної проблеми, дійшла висновку, що основним інструментом забезпечення змісту моделі корекційно-розвивальної програми стала методика формування саморегуляції орієнтована на розвиток ключових її підструктур: а) навчальної мотивації (розвиток вмінь підпорядковувати власну діяльність визначеним цілям і завданням, зіставляти намічені цілі з власними можливостями, самостійно визначати етапи завдання та планувати систему дій для досягнення поставленої мети); б) самоконтролю (усвідомлене сприймання вимог завдання, вміння аналізувати і планувати хід виконання роботи, визначати відповідний спосіб, доводити роботу до логічного завершення, контролювати отримані проміжні та кінцеві результати, актуалізувати набуті знання у новій ситуації); в) самооцінки (розвиток вмінь систематично долати спочатку невеликі труднощі, а з часом і більш значні, обґрунтовувати результати власної навчальної діяльності, контролювати та оцінювати її); г) рефлексії (вміння довільно аналізувати правила, припущення, ситуацію, від яких залежить виконання діяльності і «приміряти» їх на власну діяльність); д) самокорекції (розвиток вмінь коректувати і удосконалювати перебіг власної навчальної діяльності) [5, с.31]. Дитині з інтелектуальними порушеннями властива знижена пізнавальна діяльність, низька мотивація. Таким чином, актуальність проблеми зумовлена потребою дібрати для таких учнів педагогічну технологію, що спрямована на формування ключових компетентностей, самовдосконалення.

Мета дослідження: з'ясувати суть, окремі методи і прийоми застосування технології «Створення ситуації успіху» у навчанні дітей з інтелектуальними порушеннями.

Матеріали і методи: наукові доробки вчених щодо навчання і виховання дітей з інтелектуальними порушеннями; методи наукового дослідження – аналіз, спостереження, узагальнення.

Виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Концептуальною ідеєю педагогічної технології «Створення ситуації успіху» є ситуація успіху як суб'єктивний психічний стан задоволення наслідком фізичної або моральної напруги виконавця справи, творця явища» [4, с.30]. Завданням учителя, асистента вчителя стає створення таких педагогічних умов, які забезпечили б розвиток дитини з особливими освітніми потребами, подолання агресивності, пасивності. В основі створення ситуацій успіху лежить педагогіка партнерства – педагоги інклюзивного класу, посилюючи акцент на позитивних якостях дитини, намагаються виховати в ній впевненість у собі, спонукають до пошуку.

Означена педагогічна технологія передбачає використання методів та прийомів, за допомогою яких відбувається робота з різними категоріями учнів, в тому числі з інтелектуальними порушеннями (легкої форми), враховуючи те, що вони мають труднощі в концентрації уваги, часто відволікаються. Це потребує додаткового часу, розробки алгоритму виконання завдання, вказівок.

Як показує досвід роботи, застосування прийомів імітації, аналогії, жестової інструкції, прийому «рука в руці» дає позитивні результати. Спостереження за учнем засвідчує, що він почуває себе впевненіше і поступово соціалізується в учнівському колективі. Окрім того, зазначимо, що організація навчальної роботи у інклюзивному класі передбачає емоційну підготовку учнів до виконання завдання; педагогічну підтримку в процесі виконання роботи; порівняння одержаних результатів із передбачуваними. Тому рекомендуємо здійснювати чергування методів навчання (робота у групах, ротаційних трійках), що стимулює дітей до навчальної діяльності.

Украй важливо учителю й асистенту розробити портфоліо, що дасть можливість урізноманітнити методи навчання. Робота над портфоліо допомагає визначити динаміку формування навичок учня, створює умови для саморефлексії. Залучення дитини, батьків до такої діяльності породжує ситуацію успіху, виникнення почуття впевненості у власних силах.

На наш погляд, ефективним є застосування скаффолдингу – «процесу, який дає можливість дитині (у тому числі новачку) розв'язати проблему, виконати завдання або досягти цілей, які знаходяться за межами її індивідуальних зусиль чи можливостей» [3, с.42]. Нами вивчено кілька видів такої підтримки:

- вербальна – може бути не лише прямою (заохочення), а й непрямую, не адресною: «Увесь клас скоро впорається», «Це не так складно, як здається».
- Підказки через міміку, жести, вказівки, рухи тіла.
- Фізична підтримка – скажімо, можна писати, малювати чи конструювати щось з учнем разом «рука в руці».
- Моделювання – демонстрація виконання завдання.
- Візуальний стимул – картинки, піктограми, символи, письмова мова.

– Маніпуляція символами – розташування об'єктів у певному порядку [там же].

У процесі дослідження нами добиралися окремі прийоми щодо створення ситуації успіху.

«Квітка мого настрою». Школяреві пропонують серед макетів квітів обрати одну і на кожній пелюстці записати свої позитивні якості.

«З товаришем разом». Дітей об'єднують в групи, що дозволяє набути навичок співробітництва, комунікації. Серед завдань: «З поданих у рядку слів складіть речення»; «Відредагуйте текст, доповнюючи його прикметниками за змістом»; «Розіграйте діалог про правила поведінки на вулиці» та ін.

«Я з цим упораюсь». Застосування прийому допоможе дитині досягти успіху в певній справі, до прикладу, можна дати виконати таке доручення, з яким вона обов'язково впорається (скласти із цеглинок лего-конструктора хатинку, намалювати казкову цифру).

Висновки. З'ясовано суть, окремі методи та прийоми застосування технології «Створення ситуації успіху» у навчанні дітей з інтелектуальними порушеннями, що сприяє розвитку мотивації до навчання, умінню працювати в колективі.

Список літератури

1. Енциклопедія освіти / голов. ред. В. Г. Кремень; Акад. пед. наук України. Київ: Юрінком Інтер, 2008. 1040 с.
2. Мариновська О. Я. Педагогічна інноватика. Менеджмент інновацій : навч.-метод. посіб. Івано-Франківськ : Місто НВ. 2019. 504 с.
3. Особливості реалізації компетентнісного підходу в освіті дітей з інтелектуальними порушеннями / навчально-методичний посібник /авт.: О. Чеботарьова, Г. Блеч, І. Бобренко, І. Гладченко, О. Мякушко, С. Трикоз, І. Сухіна, Н. Ярмола. За наук. ред.: О. Чеботарьової, І. Сухіної. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2019. 233 с.
4. Пехота О. М. Особистісно-орієнтована освіта і технології. Педагогіка. Наукові праці том VII, 2020. С. 29-31
5. Прохоренко Л. І. Саморегуляція навчальної діяльності школярів із затримкою психічного розвитку: автореф. д-ра психол. наук, спец.: 19.00.08 – спеціальна психологія. Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, Київ, 2017. 41 с.

ОЦІНКА ПОТЕНЦІЙНОЇ СПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРІВ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ХВОРИХ У ГОСПІТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Антоніна Співак

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. На сьогодні не викликає сумніву прогностична ефективність активного ведення післяопераційного періоду у хірургічних хворих, які

перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини [1]. Напрацьовано рекомендації початку процесу фізичної терапії вже через 12–16 годин після операції, з моменту відновлення свідомості після наркотичного сну [2] з включенням до реабілітаційного комплексу дихальної гімнастики, поєднуючи лікувальну гімнастику, масаж та фізіотерапевтичні процедури для профілактики бронхолегеневих, гіподинамічних, тромбоемболічних ускладнень, ускладнень зі сторони післяопераційної рани і спайкової хвороби, відновлення функції кишечника [3]. Послуги реабілітаційної допомоги пацієнтам, які перенесли оперативні втручання, передбачені у фінансуванні Національною службою здоров'я в Програмі медичних гарантій 2021, зокрема і у специфікації пакету за напрямом **7. Хірургічні операції дорослим і дітям в стаціонарних умовах** [4]. В наших попередніх дослідженнях обґрунтовано, що уніфіковану програму реабілітації в хірургічному стаціонарі може реалізувати медична сестра стаціонару, як член адаптивної моделі мультидисциплінарної реабілітаційної команди [5].

Мета дослідження – оцінити потенційну спроможність палатних медичних сестер хірургічного стаціонару до виконання мінімального переліку реабілітаційних заходів пацієнтам, що перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини, у ранньому післяопераційному періоді.

Результати дослідження. За результатами аналізу напрацьовань науковців та практиків, власних досліджень [6] було сформовано перелік основних функцій, які має виконувати медична сестра для ефективного проведення реабілітації пацієнтів після оперативних втручань на органах черевної порожнини в госпітальному періоді реабілітації. А саме: проведення ефективної респіраторної фізичної терапії; застосування техніки м'яких тканин на грудній клітині, проведення активної дихальної гімнастики, тренування правильного кашлю; рання вертикалізація (після незначних хірургічних втручань); проведення судинної гімнастики, виконання вправ для профілактики тромбоемболії; активація щадними методами м'язів живота і м'які техніки відновлення перистальтики. Для оцінки можливості набуття необхідних компетентностей медичними сестрами, які можуть працевлаштовуватися на посади палатних медичних сестер хірургічних стаціонарів (фахові молодші бакалаври та бакалаври), нами було проаналізовано переліки фахових компетентностей відповідних нормативних документів МОН України. Зокрема, Стандарту вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 05.12.2018 № 1344 та проекту Стандарт фахової передвищої освіти освітньо-професійного ступеня – фаховий молодший бакалавр галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство. В результаті у переліку фахових компетентностей стандарту підготовки бакалаврів медсестринства є спеціальна (фахова компетентність) СК 11. «Здатність проводити медичну та соціальну реабілітацію з метою відновлення здоров'я населення», яка може забезпечити отримання здобувачами освіти знань і навичок для самостійного проведення

реабілітаційних заходів у ранньому післяопераційному періоді для цільової групи пацієнтів. В той же час, у матриці відповідності визначених Стандартом компетентностей дескрипторам НРК Стандарту дескриптор «Уміння» не відображає імовірність набуття таких навичок: «Вміти виконувати окремі реабілітаційні методики для відновлення здоров'я, або використання залишкового рівня здоров'я для оволодіння доступною професією» [7]. Хоча таке формулювання фахової компетентності Стандарту дозволяє включення в освітню програму підготовки здобувача освіти бакалавра спеціальних освітніх компонент для набуття необхідних знань та умінь. Аналіз проекту Стандарт фахової передвищої освіти освітньо-професійного ступеня – фаховий молодший бакалавр галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство в частині переліку фахових компетентностей показав, що окремої компетентності по проведенню реабілітаційних маніпуляцій або методів не виділено. В якійсь мірі відношення до питання дослідження має спеціальна (фахова) компетентність СК 2: «Здатність задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання) шляхом планування, допомоги і виконання медичних втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду, створених у співпраці з пацієнтом, членами сім'ї на засадах сімейно орієнтованого підходу та з особами, які доглядають, з іншими медичними й соціальними працівниками, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та відповідні фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля» [8]. Саме для досягнення результатів навчання по опануванню цієї компетентності в освітню програму можна включати освітні компоненти, направлені на набуття знань і навичок для забезпечення реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічних стаціонарів у госпітальному періоді реабілітації.

Висновки. За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що медичні сестри хірургічних стаціонарів потенційно не набувають під час до дипломного навчання необхідних знань та навичок для ефективного самостійного проведення реабілітації пацієнтів хірургічних стаціонарів в ранньому післяопераційному періоді – у госпітальному періоді реабілітації. Отже є необхідність впровадження спеціалізованих навчальних циклів (тематичних циклів удосконалення) в програмах перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних сестер.

Література

1. Корнацька А. Г., Чубей Г. В., Бражук М. В., Кондратюк В. К. Нові технології в профілактиці спайкової хвороби у гінекологічних хворих. *Хірургія України*. 2015; 2: 74-78.
2. Чурпій І. К. Реабілітація пацієнтів на перитоніт в ранньому післяопераційному періоді. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2017; 1 (3): 131-136.
3. Чурпій І.К., Чурпій К.Л., Чурпій І.І. Реабілітація пацієнтів на перитоніт в ранньому післяопераційному періоді. *«Art of medicine»*. 2018; 3 (7): 203-206.

4. Національна служба здоров'я України [Інтернет]. ВИМОГИ ПМГ 2021. Доступно на: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>
5. Співак А.П., Стрельцова А.Д., Миронюк І.С. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда в ургентній хірургії черевної порожнини: роль медичної сестри стаціонару. *Україна. Здоров'я нації*. 2020; 4 (62): 75-82.
6. Співак А.П. Специальные компетентности медицинской сестры хирургического стационара как члена мультидисциплинарной реабилитационной команды. *Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования: материалы 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных (г. Самарканд, 18 мая 2021 г.)* / отв. ред. Ризаев Ж.А. - Самарканд: СамГосМИ, 2021. – С.1067-1068.
7. Міністерство освіти і науки України [Інтернет]. Затверджені Стандарти вищої освіти. Доступно на: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvo-bakalavr.pdf>
8. Міністерство освіти і науки України [Інтернет]. Доступно на: https://mon.gov.ua/storage/app/media/Fakhova%20peredvyshcha%20osvita/Proyekti-standartiv/2021/03/22/223%20Medsestrinstvo_22.03.doc

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ГИРЬОВОГО СПОРТУ З МЕТОЮ ОЗДОРОВЧОГО ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Олександр Тимочко, Катерина Тимочко

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Сьогодні гостро стоїть проблема збереження і зміцнення здоров'я студентської молоді, зумовлена соціально-економічними, екологічними та іншими чинниками. З огляду на негативні тенденції погіршення стану здоров'я студентів вищих навчальних закладів актуалізуються питання пошуку нових можливостей їх оздоровлення такими засобами фізичної культури і спорту, які викликали б у молоді значний інтерес і підвищену мотивацію. Недостатньо вивчені в цьому контексті засоби гирьового спорту.

Виноградов Г.П. [2] дослідив роль занять з обтяженнями у підвищенні показників загальної комфортності життя та емоційної рівноваги студентів вищих навчальних закладів. О. Тимочко [4] констатує, що попри існування багатьох упереджень щодо корисного оздоровчого впливу занять з обтяженнями, вони мають великий оздоровчий потенціал у сучасних умовах при умові раціональної організації занять і правильному дозуванні навантажень.

Ануров В.Л. [1], та інші дослідники довели, що заняття гирьовим спортом в студентському віці призводять до достовірного підвищення функціональних можливостей серцево-судинної системи. За свідченням Воропаєв В.І [3], тренування з використання засобів гирьового спорту позитивно впливають на збільшення мережі капілярів і покращення кровообігу, що дозволяє серцю працювати в оптимальному режимі. А.Ф. Фролов, В.А. Літвинов [5] вважають,

що специфічною особливістю регулярних занять гирьовим спортом є ріст скелетної мускулатури одночасно з її збільшенням м'язової сили і витривалості. Кожевніков В.І. [6] зазначає, що вправи з гирями посилює роботу легенів, залоз внутрішньої секреції, нервової системи, покращує кровообіг внутрішніх органів, головного мозку, стимулює кровотворну функцію.

Мета дослідження: обґрунтувати значний оздоровчий вплив занять з використанням засобів гирьового спорту на організм студентської молоді у сучасних умовах.

Виклад основного матеріалу. Заняття гирьовим спортом та включення вправ з гирями сприяють зміцненню з'єднуючих та опорних тканин, покращенню будови тіла, постави, фізичної продуктивності на всіх рівнях. Гирьовий спорт має свою неперевершену естетику, не потребує значних часових затрат та дорогого устаткування. Але для тих, хто вважає гирьовий спорт у "чистому" вигляді неприйнятним, можна порадити гирьову гімнастику, яка поєднує динамічні вправи з гирями з гімнастичними елементами, різнобічною фізичною підготовкою (біг, вправи на розтягування тощо).

Результати проведеного автором експериментального дослідження зі студентами (2018 р.) доводять, що регулярні заняття з використанням засобів гирьового спорту покращують показники функціонального стану студентської молоді. Гирьовий спорт є чудовим засобом боротьби з малорухливим способом життя. Заняття з елементами гирьового спорту зміцнюють хребет і всю кісткову систему організму, що в майбутньому нерідко сприяє попередженню остеопорозу, зміцнює м'язи плечей, нижньої частини спини, стегон, м'язову систему організму в цілому, мобілізує функціональні резерви організму для подолання стомленості.

Заняття з використанням елементів гирьового спорту покращують роботу центральної нервової системи і загальний психофізичний статус організму, завдяки навантаженню м'язів знімають нервові напруження, виступають засобом профілактики проблем з ендокринною системою, сприяють зменшенню зайвої ваги тіла. Безперечним є вплив занять гирьовим спортом на формування здорового способу життя студентів молодших курсів; такі заняття викликають позитивні емоції, покращують настрій і самопочуття, підвищують загальну активність, комфортність, емоційну рівновагу. Це зумовлює формування нового позитивного ставлення до занять фізичною культурою в цілому.

Для реалізації сучасних оздоровчих можливостей занять гирьовим спортом необхідно враховувати тип їхньої будови тіла, індивідуальні фізіологічні і фізичні можливості, в ході занять поступово нарощувати як кількісні, так і якісні параметри навантажень, використовувати природні, педагогічні, медико-біологічні засоби відновлення.

Висновки. Докази того, що заняття з використанням елементів гирьового спорту сприяють покращенню здоров'я і формуванню здорового способу життя у студентської молоді. Результати дослідження переконують у тому, що заняття з використанням елементів гирьового спорту в сучасних умовах мають великий оздоровчий потенціал, який потребує грамотного використання з урахуванням

тенденцій розвитку організму. Заняття гирьовим спортом підвищують інтерес студентської молоді до цінностей фізичної культури та здорового способу життя.

Література

1 Ануров В.Л. Гиревой спорт в физическом воспитании студентов вуза: Автореф. дис... канд. пед. наук. – М.: ВНИИФК и С, 2008. – 23 с.

2. Виноградов Г.П. Гиревой спорт как средство атлетической подготовки подростков и юношей: Методические рекомендации. – Л.: Изд-во ГДОИФК им. П.Ф. Лесгафта, 1988. – 24 с.

3. Воропаев В.И. Организация учебно-тренировочного процесса по гиревому спорту в вузе (из опыта работы) // Проблемы совершенствования духовной и физической культуры: Сборник материалов межвуз. научн.-практ. конф. – Воронеж: Изд-во ВГАУ им. К.Д. Глинки, 1997. – С. 18-19.

4. Тимочко О. І. Специфіка розвитку фізичних якостей та оздоровлення старшокласників сучасними засобами атлетичної гімнастики. Scientific Journal Virtus. 2018. № 24 (травень). С. 204-207.

5. Фролов А.Ф., Литвинов В.А. Гиревой спорт и здоровье. Гиревой спорт в России. Пути развития и современные технологии в подготовке спортсменов высокого класса : 1-я Всерос. науч.-практ. конф. Ростов н/Д.: РГСУ, 2003. С. 96–99

6. Кожевников В.И. Занятия гирями – эффективный способ укрепления силы и здоровья: Методические рекомендации. – Челябинск: Изд-во ЧГИФК, 1986. – 14 с.

ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНО-ВОЛЬОВИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ГІМНАСТІВ ЗАСОБАМИ РУХЛИВИХ ІГОР НА ПОЧАТКОВИХ ЕТАПАХ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Валерій Товт, Аліна Микуличинська

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Актуальність досліджень визначається тим, що використання рухливих ігор в системі спортивної підготовки на початкових етапах тренувального процесу сприяє комплексній підготовці юних спортсменів, а саме: вихованню як фізичних, так і морально-вольових та психологічних якостей [2]. Здебільшого, разом з іншими засобами спортивної підготовки, рухливі ігри забезпечують гармонійний і всебічний розвиток спортсменів-початківців. Аналіз літератури щодо визначення ролі й значення рухливих ігор в системі тренувальних занять гімнастів на початкових етапах їх спортивної підготовки виявив, що змістом ігор є бігові вправи, метання, стрибки, передачі і прийом м'яча та інші вправи за характером навантаження близькі до обраного виду спорту, які комплексно сприяють підвищенню рівня фізичної підготовленості та вихованню морально-вольових якостей спортсменів [1].

Однак деякі вчені та педагоги застерігають від неконтрольованого використання ігор у тренувальних заняттях. Під час ігор в процесі конкурентної боротьби у юних спортсменів можуть проявлятися також негативні реакції, а

сама: агресивність, жорстокість, використання недозволених прийомів, обман тощо [3]. Це вважається однією із недостатньо вивчених педагогічних проблем, на яку варто звернути увагу. Загалом проблема дослідження полягає в тому, що на початкових етапах спортивних тренувань рухливі ігри використовуються безпосередньо для загальної фізичної підготовки без врахування їх виховної дії, що не дозволяє в повній мірі використати їх як засіб формування морально-вольових та психологічних якостей у спортсменів-початківців.

Метою досліджень є вивчення закономірностей використання рухливих ігор як засобу загальної фізичної підготовки спортсменів з направленістю на формування важливих морально-вольових та психологічних якостей на початкових етапах тренувального процесу на прикладі спортивної гімнастики.

Результати дослідження. Дослідження проводилися в ДВНЗ «УжНУ» та в ПАДІЮНІ на базі гуртка зі спортивної гімнастики. До досліджень були залучені спортсмени віком від 8 до 10 років, тренери та викладачі ЗВО, середній стаж педагогічної роботи яких склав $17,4 \pm 2,6$ роки. Передбачалося, що на прикладі спортивної гімнастики можна реалізувати мету досліджень.

В процесі дослідження використані такі методи: аналіз літератури та узагальнення; системне спостереження; опитування; інтерв'ювання; методи математичної статистики та аналізу.

Гіпотезою дослідження є припущення про те, що вивчення ролі рухливих ігор як засобу загальної фізичної підготовки та виховання морально-вольових якостей на прикладі спортивної гімнастики, дозволить обґрунтувати їх зміст та методичні рекомендації для кращого застосування в системі тренувальних занять на початкових етапах спортивної підготовки.

Відповідно до поставленої мети та гіпотези сформульовано такі завдання:

- 1) вивчити роль і значення рухливих ігор в системі тренувальних занять на початкових етапах спортивної підготовки;
- 2) визначити рівень зацікавленості спортсменів-початківців на прикладі гімнастів до занять рухливими іграми під час тренувальних занять;
- 3) дати оцінку впливу рухливих ігор як засобу загальної фізичної підготовки та виховання морально-вольових якостей гімнастів на початкових етапах їх спортивної підготовки.

Для вирішення завдань проведено перший етап дослідження, під час якого зроблено аналіз літератури та джерел. Також здійснено спостереження за методикою проведення тренувань зі спортивної гімнастики, де вивчалися роль і значення рухливих ігор в системі тренувальних занять на початкових етапах спортивної підготовки та вплив рухливих ігор на фізичний та морально-психологічний стан юних спортсменів. Проводилося опитування тренерів одного з гуртків ПАДІЮНУ та викладачів УжНУ, відповідальних за проведення занять з гімнастики.

Другий етап досліджень включав в себе визначення рівня зацікавленості спортсменів-початківців до занять рухливими іграми під час їх тренувальних занять. Для вирішення цього завдання, проведено опитування гімнастів. Зібрано та проаналізовано результати інтерв'ювання тренерів та викладачів ЗВО, які

виконали роль експертів з спортивних дисциплін. Для аналізу результатів дослідження використано методи математичної статистики: середні показники та відсотки.

Третій етап включав в себе оцінку впливу рухливих ігор на загальну фізичну підготовку на виховання морально-вольових якостей гімнастів на початкових етапах їх спортивної підготовки. Для вирішення цього завдання, проведено третій заключний етап дослідження, який полягав у визначенні ефективності розробленого комплексу рухливих ігор на результати підготовки гімнастів.

Обґрунтування значення рухливих ігор базувалося на тому, що емоційне збудження гравців викликає активну діяльність цілої низки важливих підкоркових центрів, що тонізує кору великих півкуль і покращує їх діяльність. Встановлено, що під час ігор гімнасти рухаються швидше, про що свідчить час естафетного бігу на 9 м відрізка, і бігу на ту ж дистанцію, але без елемента змагання. Так, під час гри гімнасти пробігали дистанцію 9 м на 0,2 с. швидше ($4 \pm 0,2$), а ніж у звичайних умовах. Окрім цього, тренування, проведене в ігровій формі та у формі змагань дає можливість збільшити показник моторної щільності заняття до 25%.

Було встановлено, що в сучасній школі, яка робить акценти на активізацію та інтенсифікацію навчального процесу, ігрова діяльність використовується в наступних формах:

- як самостійний елемент технології розвитку фізичних якостей;
- як елемент загального процесу спортивного вдосконалення;
- як окреме заняття або його частина;
- як самостійна форма спортивного тренування.

За результатами експертної оцінки доведено, що реалізація ігрових технологій та методів відбувається за такими основними напрямками:

- формулюється навчально-виховна мета гри у формі ігрового завдання;
- правила гри узгоджуються із загальною фізичною та спортивною підготовкою;
- у навчально-виховний процес вводиться елемент змагання, що перетворює дидактичне завдання в ігрову форму;
- успішне виконання дидактичного завдання пов'язується з успішним ігровим результатом.

Під час досліджень виділено найбільш загальні функції гри: моделювання, соціалізації, самореалізації, комунікації, діагностики, корекції, психотерапії, релаксації. Розуміння функцій, що виконують рухливі ігри, дозволяє визначити їх вплив на сторони спортивної підготовки.

Одним із завдань досліджень було вивчення мотивів спортсменів до занять рухливими іграми. Встановлено, що в ігрових формах тренування, на відміну від інших технологій, найкращим чином проявляються мотиви комунікації, самоствердження, пізнавальні мотиви та мотиви конкуренції і змагання. Зазначені мотиви є основним механізмом підтримки постійного інтересу спортсменів до участі в грі. Вказаний інтерес забезпечувався при дотриманні основних принципів організації гри: справедливості та рівності; добровільності

та самомотивації; динамічності; емоційності; поступовості; від простого до складного.

Висновок. Таким чином вивчення ролі рухливих ігор як засобу загальної фізичної підготовки і виховання морально-вольових якостей на прикладі спортивної гімнастики, дозволило обґрунтувати зміст та методичні рекомендації для кращого їх застосування в системі тренувальних занять на початкових етапах спортивної підготовки. Було доведено, що загальна фізична підготовка спортсменів, проведена в ігровій формі, позитивно впливає як на фізичні, так і на морально-вольові та психологічні якості. Так, тренування у формі гри, дають гімнастам можливість виконувати значну кількість різноманітних достатньо складних рухів. Це сприяє розвитку сили, спритності, гнучкості, витривалості. Активна участь в рухливих іграх покращує у гімнастів почуття ритму, пластичності та граціозності, виховує почуття власної гідності, вчить працювати в колективі, позитивно впливає на емоційну сферу та психологічні якості.

Література

1. Аникиєва Н.П. Воспитание игрой. – М.: Просвещение, 2007.- 144 с.
2. Гуменюк С.В. Виховання гуманних якостей учнів основної школи у процесі занять фізичною культурою: автореф. дис. канд. пед. наук. - Т., 2009. - 19 с.
3. Озолін, Н.Г. Настільна книга тренера: Наука перемагати / Н.Г. Озолін. - М.: Астрель, 2004. - 863 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ МОЛОДИХ ОСІБ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ **Ярослав Філак**

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Ключові слова: остеохондроз поперекового відділу хребта, фізична терапія, гнучкість хребта, лікувальна фізична культура.

Вступ. За даними експертів ВООЗ, у розвинутих країнах захворювання досягає розмірів пандемій. Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині, має особистий (позитивний чи негативний) досвід лікування неврологічних проявів остеохондрозу хребта. Це захворювання за кількістю хворих поступається лише респіраторним інфекціям і посідає третє місце у світі за частотою причин госпіталізації. Більшість хворих - це люди молодого та середнього віку, яким хвороба не дає можливості реалізувати свій потенціал, погіршує якість життя. В Україні, майже 60% школярів і студентів, що навчаються, мають відхилення в стані здоров'я. У віці до 16 років більше 50% школярів мають незадовільну фізичну підготовку, у віці 16–19 років – 61%, 20–29 років - 67,2%. З кожним роком збільшується кількість учнівської і студентської молоді, віднесеної за станом здоров'я до спеціальної медичної групи. Недостатні фізичні навантаження сприяють пригнобленню активності м'язової системи, призводять до дегенеративно-дистрофічних змін сегментів хребта, що міняє опорно-амортизаційну функцію хребта. Так, відбувається вимивання кальцію і

зменшення маси і густини кісток, що веде до порушення структури кісткової тканини, а також зниження обмінних процесів в кістковій і прилеглий хрящовій тканині. У свою чергу розвиток остеохондрозу призводить до обмеження рухової активності людини [2, 5].

Частіше в молоді (до 30 років) спостерігається легка форма остеохондрозу хребта і, можливо через це по медичну допомогу звертаються лише 10 - 12% хворих. В останніх існує ряд неправильних психологічних установок на хворобу "скоро само пройде" або "все одно жодне лікування остеохондрозу не допоможе, чого даремно до лікарів ходити". Абсурдність цих тверджень очевидна. Кінець кінцем, хворі все ж приходять до лікаря, але, на жаль, тоді, коли хвороба придбала вже хронічну форму і лікування остеохондрозу стає тривалим. Ряд вітчизняних і особливо зарубіжних авторів відзначають, що, незважаючи на обнадійливі досягнення і відкриття у зазначених галузях наук, у всьому світі зростає розуміння важливості фізичної активності, фізичного виховання і освіти, фізичної культури і спорту для всіх, особливо молоді, як фактори здоров'я, здорового способу життя. Причому вчені прийшли до висновку, що 90% чинників здоров'я сьогодні ще не підвладні медицині. З цього випливає вимога направляти значну частину зусиль суспільства і людини на формування такого способу життя, який можна було б назвати здоровим. Абсолютно ясно, що без фізичної активності, фізичної культури і спорту для всіх зробити це неможливо. Сучасне суспільство має знати все про корисність фізичних вправ при заняттях, спрямованих на лікування та профілактику остеохондрозу. Воно має знати, які вправи і які навантаження слід застосовувати чи не застосовувати для безболісного звикання хребта до побутових і виробничих навантажень [1, 3, 4].

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та удосконалити комплексну програму фізичної реабілітації при остеохондрозі поперекового відділу хребта у студентів вищих навчальних закладів.

У дослідженні взяли участь 15 осіб з остеохондрозом поперекового відділу хребта в періоді ремісії, із них 9 чоловіків і 6 жінок віком від 18 до 23 років. При поступленні на відновне лікування в поліклінічне відділення міської клінічної лікарні, м. Ужгорода пацієнти були детально обстежені. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби.

З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів з остеохондрозом поперекового відділу хребта та оцінки ефективності курсу фізичної терапії використовували наступні методи дослідження:

1. Теоретичний аналіз науково-методичної літератури, який дозволив відібрати й систематизувати наукові погляди, методичні положення й тенденції їх розвитку згідно проблеми дослідження. Всього проаналізовано 40 літературних джерел.

2. Оцінка відчуття болю у поперековому відділі хребта. З метою оцінки болю у шийному відділі хребта проводилося анкетування хворих з даною патологією. Результати анкетування аналізувались, оцінювались за 10 бальною

шкалою, на їх основі розроблялись і пропонувались засоби фізичної реабілітації. Від 1 до 3 бали - мала інтенсивність болей; 4 – 7 балів середня; від 8 – 10 – велика інтенсивність.

3. Оцінка функціонального стану хребта визначалась за гнучкістю хребта. Гнучкість хребта досліджувалася при розгинанні, згинанні, нахилах і поворотах (ротації) в обидва боки. Результати вимірів ми зіставляли із класифікацією за методикою Левіт, Захсе, Янда, яка припускає розподіл по 3 ступенях:



Мал. 1. Вимірювання гнучкості хребта (згинання) в положенні сидячи

- „А” – гіпомобільність до норми;
- „Б” – гнучкість у межах норми;
- „В” – підвищена гіпермобільність.

Гнучкість хребта при згинанні вимірювали у вихідному положенні сидячи з випрямленими ногами. Ступінь – „А” – від 0 і менше, ступінь „Б” – від 0 до +15 см., ступінь – „В” від +15 см. і більше (мал. 1).

Результати дослідження. За даними опитування практично всі хворі скаржилися на дискомфорт в поперековому відділі хребта. Болі в попереку при тривалому стоянні відзначали 80,0% пацієнтів, обмеження рухливості в попереку відзначали 75,0% пацієнтів, головні болі 50,0% хворих.

На початку дослідження, за запропонованою методикою, ми просили пацієнтів оцінити ступінь болю у поперековому відділі хребта за 10 бальною шкалою при ходьбі і нахилу тулуба в сторони. У молодих осіб, хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта у більшості спостерігалась середня ступінь болю. Велика ступінь болю спостерігалась у 20,0% пацієнтів. Так, середні показники ступеню болю були такими: в попереку при ходьбі – $6,2 \pm 0,44$ балів; при нахилі тулуба в сторони – $7,4 \pm 0,65$ балів.

Аналогічну картину ми спостерігаємо при аналізі функціонального стану за гнучкістю хребта у поперековому відділі. Для визначення гнучкості респондентам пропонувалось виконати нахили тулуба вперед з положення сидячи з випрямленими ногами і витягнутими вперед руками.

Таблиця 1.

Результати вимірювання гнучкості поперекового відділу хребта до проведення фізичної терапії

Група	Відстань у сантиметрах					
	0	1-4	5-8	9-12	13-16	15-20

ЕГ	Початок експерименту	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		12	60,0	2	10,0	3	15,0	3	15,0	-	-	-	-

Як видно із таблиці 1, гнучкість молодих осіб, які страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта нижче від норми. Гіпомобільність тулуба із-за болей в попереку виявлена у 75,0% пацієнтів, гнучкість в межах норми виявлена у 25,0%.

Програма реабілітації включала: ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, лікувальна ходьба, лікувальний масаж, механотерапію, теренкур, гідрокінезотерапію, озокеритотерапію на попереку. Усуваючи за допомогою даних способів зміни в хребті можна сприяти нормалізації функції хребта відновленню нормального стану організму.

В результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів відзначається покращення клінічних проявів захворювання. Скарги на болі або дискомфорт в попереку зникли або зменшилися у 50,0% пацієнтів, обмеження рухливості хребта зменшилося з 75,0% до 10,0%. Після проведення вищезазначених реабілітаційних заходів ми спостерігали за зміною динаміки відчуття болю і отримали наступні результати. У молодих осіб з остеохондрозом поперекового відділу хребта середні показники відчуття болю в попереку при ходьбі знизились з $6,2 \pm 0,44$ до $2,8 \pm 0,31$ балів; при нахилі тулуба в сторони – з $7,4 \pm 0,65$ до $3,7 \pm 0,421$ балів, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації.

Аналогічну картину ми спостерігаємо при аналізі за показниками гнучкості за величиною нахилу вперед в положенні „сидячи”. Дані показники функціональної проби наведені в таблиці 2.

Таблиця 2.

Результати вимірювання гнучкості поперекового відділу хребта до проведення фізичної терапії

Група		Відстань у сантиметрах											
		0		1-4		5-8		9-12		13-16		15-20	
ЕГ	Початок експерименту	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Кінець експерименту	12	60,0	2	10,0	3	15,0	5	15,0	-	-	-	-
		2	10,0	4	20,0	8	40,0	4	20,0	2	10,0		

Як видно із таблиці після проведення комплексу реабілітаційних заходів амплітуда рухів поперекового відділу хребта у обстежених студентів, які страждають на остеохондроз вірогідно збільшилась. Гіпомобільність тулуба із-за болей в попереку виявлена лише у 2 (10,0%) пацієнтів, нормалізувались показники гнучкості у 18 (90,0)%, що свідчить про зменшення і зникнення болю та підвищеного тону м'язів спини. Збільшення показників нахилу вперед на 1 – 4 см. відзначалося у 20,0% пацієнтів, 5 - 8 сантиметрів відзначалося в 40% пацієнтів, на 9 – 12 і 13 - 16см. відповідно - у 20,0% і 10,0%. Проведені

дослідження свідчать, що застосування даної комплексної програми відчутно впливає на амплітуду рухів в поперековому відділі хребта.

Таким чином, зміна показників функціональної проби на гнучкість хребта дозволяє говорити про сприятливий вплив засобів фізичної терапії.

Висновки

1. Проведені дослідження окремих клінічних показників і функціонального стану хребта показали, що у хворих з поперековим остеохондрозом найбільш характерними є середньої інтенсивності болі та зниження гнучкості в попереку.
2. Під впливом комплексної програми фізичної реабілітації поряд з покращенням клінічної картини відмічено більш виражену позитивну динаміку показників підвищення амплітуди рухів в поперековому відділі хребта. По завершенні фізичної терапії середні показники відчуття болю в ділянці попереку знизились з $6,2 \pm 0,44$ до $2,8 \pm 0,31$ балів; при нахилі тулуба в сторони – з $7,4 \pm 0,65$ до $3,7 \pm 0,421$ балів. Нормалізувались показники гнучкості у 80,0% пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Єпіфанов В.А., Ролик І.С., Єпіфанов А.В. Остеохондроз хребта. - М.: ЗАТ "Академічний друкарський дім", 2000. - 344 с.
2. Николайчук, Л.В. Как быстро и эффективно лечит остеохондроз / Л.В. Николайчук, Г.Н. Зинкевич. - Ростов-на Дону : Феникс, 2000. -320 с.
3. Суханов А.И. Оздоровительная физическая культура как средство коррекции физического состояния молодёжи: научно-методическое пособие / А.И. Суханов, С.А. Суханов. – СПб. : ВИФК, 2001. – 66 с.
4. Фурманов, А.Г. Оздоровительная физическая культура: учеб. Для студентов вузов / А.Г. Фурманов, М.Б. Юспа. — Мн.: Тесей, 2003.-528 с.
5. Хвисьюк Н.И., Чикунов А.С. Профилактика остеохондроза. К., 1987. - 35 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ДИСКІНЕЗІЄЮ ТОВСТОЇ КИШКИ В УМОВАХ САНАТОРІЇ

Фелікс Філак

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Ключові слова: фізична терапія, дискінезія товстої кишки, лікувальна фізична культура, сегментарний масаж.

Вступ. Найбільш підходящим, хоча, можливо, і неабсолютно однозначним є термін “дискінезія товстої кишки”. Підставою для використання такої назви є те, що рухові порушення кишечника – найбільш суттєвий патофізіологічний механізм функціональних захворювань даного органу, який і обумовлює основні клінічні прояви. Це чисто функціональний розлад діяльності товстої кишки, без яких-небудь органічних, структурних змін і біохімічних зрушень, в основі якого лежать порушення взаємодії в системі “головний мозок – кишківник”. Кількість хворих із функціональними порушеннями травної системи з кожним роком зростає. Функціональні захворювання кишечника відзначаються у 40 – 70% хворих гастроентерологічного профілю, причому цією хворобою найчастіше хворіють люди працездатного віку (20 – 45 років) [3, 4]

На підставі вивчення й аналізу сучасних літературних джерел встановлено, що у виникненні порушень моторної функції кишечника важливу роль відіграють психоемоційні, нервові і ендокринно-гормональні розлади та аліментарний фактор, у патогенезі – порушення моторики товстої кишки. Найбільш часто дискінезія кишок виникає рефлексорно по типу вісцero-вісцерального рефлексу у хворих із захворюванням інших відділів органів травлення, гінекологічних і урологічних. В системі реабілітації цих хворих суттєве місце займає лікувальна фізична культура, масаж, дієтотерапія, фізіотерапевтичні процедури, загартовуючі процедури, кліматотерапія та аутотренінг, які направлені на активізацію крово- і лімфообігу в черевній ділянці, покращення моторної функції кишечника, нормалізацію нейрогуморальної регуляції травної системи та загальне зміцнення організму. І тому використання засобів фізичної реабілітації є достатньо ефективним тільки тоді, коли фізичні вправи призначаються з урахуванням вихідного стану моторики кишечника і особливостей перебігу захворювання. [1, 4].

Мета дослідження. Вивчення консолідованого впливу курортної реабілітації із використанням засобів фізичної реабілітації у хворих з дискінезією товстої кишки.

Нами обстежено 40 хворих із дискінезією товстої кишки – 26 жінок і 14 чоловіків віком $46,4 \pm 1,64$ років. Діагноз уточнювався на основі клінічних та лабораторно-інструментальних методів дослідження. Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів проведена реєстрація міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок методом електроколонографії за методикою А.М.Ногаллера. Порівнювалась фонові міоелектрична активність товстої кишки та її зміни на початку і в кінці курсу лікування. Результати оцінювали за показниками амплітуди та частоти тонічних і перистальтичних коливань кишечника.

Психологічне обстеження проводилось при допомозі розробленого нами психологічного оціночного бланка. Клінічна оцінка психологічної конфліктності хворих визначалась у двох зонах психосоціальних відносин – виробничій та соціально-побутовій. Ступінь виразності психологічної конфліктності в означених зонах психосоціальних відносин оцінювався за чотирибальною системою:

0 (відсутній) - діяльність хворого протікає в ситуації повного психологічного комфорту;

1 (слабо виразний) - спостерігаються поодинокі конфліктні ситуації, але вони вирішуються своєчасно і майже повністю;

2 (помірний) - конфлікт і неприємні переживання мають постійний характер, але хворий намагається і надіється адекватно /продуктивно/ упоратися зі своїми труднощами;

3 (значний) - хворий не може, не хоче або не надіється вирішити свої проблеми та труднощі, котрі підтримують у нього стан психічної дезадаптації.

Крім того, широко використовувались психодіагностичні шкали: опитувальна анкета для визначення нейротизму Г.Айзенка (варіант ЕРІ) та скорочений варіант Бека шкали самооцінки депресії.

Комплекс реабілітаційних заходів хворих із синдромом подразненої товстої кишки тривалістю 24 дні включав: курсовий прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури 42 - 45°C за 30 хвилин до прийому їжі по 200 мл. 3 рази в день, дієтотерапію, вуглекислі мінеральні ванни, кліматотерапію, психотерапію, лікувальну гімнастику, масаж. У комплекс лікувальної гімнастики, яка проводилась протягом 25 – 30 хвилин, входили: спеціальні вправи переважно з положення лежачи на спині, а також стоячи рачки в чергуванні з дихальними вправами та вправами на розслаблення м'язів живота з метою зниження внутрішньочеревного тиску і розслаблення мускулатури кишечника. При усуненні спастичних явищ у середньому темпі використовувались вправи для кінцівок, повороти і згинання тулуба, присідання. Вправи виконувались у повільному і середньому темпі з поступовим навантаженням. Комплекс спеціальних вправ мав на меті вирішення таких завдань: загальне зміцнення організму; вплив на нервово-психічну сферу і нейрогуморальну регуляцію органів травлення; нормалізацію моторно-евакуаторної функції кишечника; зміцнення м'язової системи черевного пресу. Проводили сегментарний масаж паравертебральних зон грудних і поперекових спинномозкових сегментів, масаж товстої кишки, чергуючи з прийомами кругового погладження передньої стінки живота. Тривалість масажу 20 хвилин, на курс 10 – 12 процедур. Психотерапія (раціональна, гіпноз, медитація) була обов'язковим методом реабілітації даної категорії хворих. Вона сприяла редукції тривоги, налагодженню гармонійної співдружності в роботі вегетативної нервової системи, нормалізації моторики кишечника.

Результати дослідження. Клінічно найбільш характерними ознаками є болі в черевній порожнині різної інтенсивності і локалізації, що їх відзначили 80,0% обстежених, метеоризм – 60,0%. Нерегулярність випорожнень визначали 90,0% хворих, із них запор спастичного типу – 60,0%, діарею – 20,0%. Об'єктивно: у більшості хворих пальпувалась спазмована сигмовидна кишка. При ректороманоскопії спостерігалися спастичні скорочення дистального відділу товстої кишки на фоні підвищеної секреції та незміненої або дещо гіперемійованої та набряклої слизової оболонки.

При нормокінетичному типі електроколограми вольтаж зубців складав 0,12 – 0,14 мВ для сліпої кишки та 0,22 – 0,24 мВ – для сигмовидної. При дослідженні стану моторної функції кишечника натще у хворих із дискінезією товстої кишки у 91,6% обстежених відзначалось підвищення міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерні були високоамплітудні тонічні і низькоамплітудні перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень, що спостерігалось у 82,9% обстежених (гіпертонічний-тахіритмічний тип моторики, $0,31 \pm 0,003$ мВ). Гіпертонічний-тахіритмічний тип моторики сліпої кишки

виявлений у 52,8% хворих ($0,24 \pm 0,02$ мВ), нормотонічний-тахіритмічний тип моторики сліпої кишки – у 3%7,0%, сигмовидної – 7,5% і гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики обох відділів товстої кишки виявляли відповідно у 12,5% і 10,0% пацієнтів.

За даними опитувальної анкети Айзенка, у хворих виявлені дещо знижені оцінки по шкалі екстраверсії-інтраверсії ($11,3 \pm 0,39$ балів) і високі по шкалі нейротизму ($17,2 \pm 0,49$ балів). Підвищена активність вегетативної нервової системи, як правило, пов'язана зі схильністю до інтроверсії, яка, на думку Айзенка, є основою для виникнення страху. Особи, що легко піддаються стривоженості, відзначаються і підвищеною активністю вегетативної нервової системи. За даними Бека шкали самооцінки, рівень депресії у хворих із синдромом подразненої товстої кишки склав $19,3 \pm 1,15$ балів. Найбільш високі оцінки виявлені по таких симптомах шкали, як підвищена дратівливість, втрата задоволення, знижений настрій, низька працездатність та порушення сну.

Таким чином, хворі з дискінезією товстої кишки виділялись високою тривогою, емоційним напруженням, дратівливістю, емоційною лябильністю, різними страхами, особливо в зв'язку зі станом свого здоров'я, істеричними реакціями. Чутливість до стресу у них така висока, що навіть незначні невдачі можуть викликати загострення хвороби. Характерним є підвищення м'язового тону, на що вказували симптоми Шульца та Хвостека. У більшості хворих також були підвищені сухожильні рефлекси.

Застосування засобів фізичної реабілітації позитивно вплинуло як на клінічний перебіг захворювання, так і на функціональний стан товстої кишки. В результаті проведених реабілітаційних заходів кращі показники виявлені у хворих першої групи. Болі в черевній порожнині зменшилися з 80,0% до 30,%, метеоризм – відповідно з 60,0% до 20,0%. Закрепи спастичного характеру зменшилися з 60,0% до 10,0% пацієнтів, проноси – з 20,0% відповідно до 7,5% пацієнтів. За даними електроколонографії, яка проведена в кінці курсу відновного лікування, вольтаж зубців сигмовидної кишки достовірно зменшився з $0,31 \pm 0,003$ мВ до $0,24 \pm 0,002$ мВ ($P < 0,001$). Міоелектрична активність сліпої кишки зменшилась відповідно з $0,24 \pm 0,02$ мВ до $0,20 \pm 0,003$ мВ ($P < 0,05$). Відзначено нормалізацію показників частоти тонічних коливань товстої кишки.

Ступінь виразності емоційної конфліктності у виробничій зоні зменшився з $1,4 \pm 0,09$ балів до $1,1 \pm 0,06$ балів, а в соціально-побутовій – з $2,5 \pm 0,12$ відповідно до $1,8 \pm 0,08$ балів ($P < 0,05$).

За даними опитувальної анкети Г. Айзенка, початково високі показники по шкалі нейротизму ($17,2 \pm 0,49$ балів) у пацієнтів достовірно знизились і становили $14,7 \pm 0,38$ балів ($P < 0,05$).

Висновки. 1. Таким чином, використання засобів фізичної реабілітації в санаторно-курортному комплексі позитивно впливає на об'єктивні показники, підвищує ефективність лікування, психоемоційний стан хворих з дискінезією товстої кишки.

2. Дослідження показали, що використання комплексу спеціальних вправ у реабілітації хворих із дискінезією товстої кишки справляє регулюючий вплив на

порушену моторну функцію товстої кишки, який залежить від вихідного стану моторики кишечника і від індивідуального підбору гімнастичних вправ.

3. Для оцінки ефективності реабілітаційних заходів рекомендовано запис моторної функції кишечника в динаміці.

Список літератури

1. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Патологические вегетативные синдромы: Клинико-физиологическая характеристика // Физиология вегетативной нервной системы. – Л., 1981.—С. 668 – 710.
2. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.- Прага, 1983.- 405с.
- 3.Пелешук А.П., Ногаллер А.М., Ревенок Е.Н. Функциональные заболевания пищеварительной системы. –К., 1985. – 200с.
4. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. – Л.: Медицина, 1991. – 224с.
5. Drossman D.A., Louman V.C. Irritable bowel syndrome // clin. Gastroenterol. – 1985/ - Vol. 14. - P. 559 – 579.

МОТИВАЦІЯ ШКОЛЯРІВ 5-6 КЛАСІВ ДО ЗАНЯТЬ СПОРТОМ

Тетяна Хома, Альберт Ільницький

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. У сучасних умовах пріоритетним залишається питання залучення учнів до рухової активності, збереження здорового способу життя. Повноцінний фізіологічний розвиток та діяльність організму неможливі без занять фізичною культурою та спортом. Вони сприяють підвищенню активності, розвитку м'язів, забезпечують належну роботу всіх внутрішніх органів та систем, впливають на фізичне та морально-вольове становлення, задовольняють естетичні й творчі запити, запобігають захворюванням, виступають запорукою здоров'я.

У Стратегії розвитку фізичної культури і спорту на період до 2028 року однією з проблем, що потребують розв'язання у сфері фізичної культури і спорту, є: «недостатня кількість інформаційно-соціальних кампаній, спрямованих на популяризацію спорту, мотиваційних презентацій масового спорту та спорту вищих досягнень, недостатній рівень інформування суспільства про перспективи та привабливість спортивної кар'єри, що зменшує мотивацію населення до систематичних занять фізичною культурою і спортом» [4].

Усвідомлене ставлення до необхідності занять спортом важливо сформулювати ще на початкових етапах навчання школярів. У закладах загальної середньої освіти, окрім уроків фізичної культури, учні активно залучаються до секційних занять, позакласних спортивних заходів, що певною мірою компенсують брак їх рухової активності. Покращення фізичного стану учнів, формування здоров'язберігаючої компетентності можливе лише при систематичних цілеспрямованих заняттях фізичними вправами, організації тренувальних днів, залучення до занять спортом у дитячо-юнацьких спортивних школах зокрема. Саме тому проблема ролі мотивації у процесі залучення школярів адаптаційного циклу навчання до занять спортом є актуальною.

Означене питання є дотичним до розвідок низки науковців (Бойко О., Жданов О., Круцевич Т., Матвієнко І., Шевців У. та інші).

Розглядаючи проблему мотивації до занять спортом, О. Бойко визначає чинники, які впливають на формування інтересу до занять фізичною культурою і спортом: поради батьків, рекомендації вчителя фізичної культури, знання про користь вправ, ЗМІ, оточуючі та друзі [1].

Аналізуючи означене питання, І. Матвієнко вказує на необхідності формування дієвого механізму організації рухової активності школярів та підвищення їх мотивації шляхом урахування інтересів учнів у навчальний та позанавчальний час, налагодження співпраці ЗЗСО зі спортивними клубами, ДЮСШ, визначення чітких критеріїв оцінювання мотивації до занять фізичною культурою та різними видами рухової активності та заходів з її підвищення [3].

Мета дослідження: визначити шляхи удосконалення мотивації школярів 5-6 класів до занять спортом.

Матеріали та методи. У процесі дослідження проблеми опрацьовано нормативно-законодавчу базу, науково-методичну та фахову літературу, застосовано методи опитування – бесіду, анкетування.

Результати дослідження. Ключовим поняттям є «мотивація». За Українським педагогічним словником це: «система мотивів, або стимулів, яка спонукає людину до конкретних форм діяльності або поведінки» [2, с. 217]. Під мотивацією розуміємо явище, що спонукає людину до певної діяльності, формує прагнення досягнути бажаних результатів. Мотивація відіграє важливу роль у житті кожної людини, тому спонукання учнів до вибору певного виду спорту, розуміння ними важливості фізичних вправ, активних тренувань, їх цінності для здоров'я, а також можливість досягти успіхів у спортивній кар'єрі є першочерговими завданнями, що стоять перед вчителями фізичної культури, тренерами-викладачами. Означена проблема вивчалася нами у процесі науково-педагогічної та практичної діяльності у закладах загальної середньої освіти. До педагогічного експерименту залучались учні 5-6 класів.

Бесіда із вчителями фізкультури засвідчила, що система роботи фізкультурно-оздоровчого напрямку різноманітна: з учнями проводяться розмови про важливість спорту із запрошенням тренерів ДЮСШ, до змагань та естафет залучаються батьки, переможці спортивних заходів систематично стимулюються. За результатами проведеного зі школярами анкетування з'ясовано, що 86% респондентів люблять активно займатись на уроках фізичної культури; 48% опитаних у позаурочний час відвідують спортивні гуртки та секції; 24% респондентів займаються у дитячо-юнацьких спортивних школах; 72% опитаних зауважили, що їх зацікавлюють такі види занять, які проводяться вперше, дають змогу показати результат, отримати хороші оцінки. Посилити роль мотивації, на нашу думку, можливо через систематичне впровадження методів та прийомів, що носять інноваційний зміст. Виокремлюємо деякі з них.

«Фізична активність всюди і завжди» – пропонується впроваджувати на різних уроках: з української мови – добирати тексти диктантів, тематику есе

спортивного та фізкультурно-оздоровчого спрямування; математика – включати задачі на порівняння різних величин (висота, довжина, швидкість), що демонструються українськими спортсменами на змаганнях; біологія – аналізувати вплив спорту на розвиток і здоров'я організму.

«Фізкультпаузи» – рекомендується проводити під час уроків, ускладнювати їх ротаційними станціями – віднайти завдання для виконання, що заховані у чотирьох кутках класної кімнати.

«Майндфулнес-активність» – впроваджується як практика усвідомлення своїх думок, емоцій і досвіду. Серед майндфулнес-активностей – концентрація на диханні, звуках, рухах. Вчити дихати можна, попрактикувавши кілька глибоких вдихів, коли відчуваєте втому, хвилювання, стрес, тривогу та інші негативні емоції.

«Екзеймінг» – передбачає поєднання відеогри з фізичними вправами. Учні можуть застосовувати гаджети з улюбленими іграми та імітувати рухи героїв.

«Challenge» – проводиться, як правило, в позаурочний час, передбачає залучення якнайбільшої кількості однолітків до виконання рухових вправ (пробігти наввипередки з чотирилапим другом, пройти навприсядки свою кімнату тощо).

«Чирлідінг» – запроваджується, як правило, у межах гурткової роботи, дозволяє поєднати танцювальне шоу й видовищні види спорту.

Не знижуємо важливості впровадження різноманітних методів і прийомів у процесі проведення уроків фізкультури, в позаурочний час (музично-спортивні перерви, пантоміми, хореографічні релакси та ін.), що підвищує роль мотивації школярів 5-6 класів до занять спортом.

Висновки. Проведене нами дослідження дає змогу стверджувати, що для формування звички здорового способу життя, розвитку фізичної активності та залучення до занять спортом педагогам слід систематично й цілеспрямовано добирати шляхи мотивації учнів, викликати зацікавленість і бажання рухатись вперед. Однак у цьому процесі вчитель повинен слідкувати за своїм здоров'ям, активно займатись спортом, популяризувати його, бути взірцем для учнів.

Література

1. Бойко О. Теоретичні аспекти впливу мотиваційних складових на підвищення ефективності занять із фізичної культури. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. праць. 1 (21); 2013. С. 94-98.

2. Гончаренко С. Український педагогічний словник. К.: «Либідь», 1997. 366с.

3. Матвієнко І. Формування мотивації школярів до занять фізичною культурою та спортом у закладах загальної середньої освіти. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. Науково-теоретичний журнал. 3, 2020. С. 71-85.

4. Стратегія розвитку фізичної культури і спорту на період до 2028 року: веб-сайт: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1089-2020-%D0%BF?find=1&text=%D0%BC%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F+%D0%B4%D0%BE+%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D1%8F%D1%>

СУГЛОБОВА ГІМНАСТИКА ЯК СКЛАДОВА ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ

Тетяна Шелехова, Вікторія Тулайдан

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Суглобна гімнастика – один із універсальних засобів фізичного виховання та реабілітації, що успішно використовується як для підвищення функціональних можливостей організму, так і для їх відновлення.

Малорухомий спосіб життя і навпаки, інтенсивні навантаження, призводять до порушення рухливості. З часом суглоби зношуються, деформуються суглобові тканини (хрящі) та запалюються. Все це призводить до неможливості виконувати фізичні навантаження. Тому суглобам необхідно приділяти особливу увагу, поряд з розтяжкою м'язів.

Всі ці чинники впливають на здоров'я кожної людини. Всього цього можна уникнути виконуючи вправи суглобової гімнастики.

Метою роботи є ознайомлення студентів з методикою виконання вправ суглобової гімнастики. Студенти першого та другого курсів, які на лабораторних заняттях з навчальної дисципліни «Гімнастика та методика викладання» та в групах спортивного вдосконалення виконують комплекси вправ суглобової гімнастики для покращення стану здоров'я в цілому.

Завдання дослідження. Аналіз та узагальнення науково-методичних літератури.

Виклад основного матеріалу. Суглобова гімнастика вважається одним із актуальних напрямків оздоровчого фітнесу. Тренування передбачає розвиток рухливості всіх суглобів, позитивно впливає на стан і функції опорно-рухового апарату.

Суглоби – основна ланка опорно-рухового апарату. Вони служать для згинання і розгинання кінцівок, тулуба. Їх правильне функціонування впливає на результати і продуктивність як тренування так і здоров'я в цілому.

Зосереджуючись на роботі м'язів, про суглоби згадують лише тоді, коли відчули дискомфорт, біль, нерухомість суглоба і скутість руху. Вправи з суглобової гімнастики спрямовані на динамічний або статичний вплив на всі суглоби тіла, в тому числі хребет, зв'язковий апарат і дрібні м'язи. Таким чином, виконуючи гімнастику регулярно або хоча б раз на тиждень, значно підвищується рухливість суглобів, що попереджає різні деформації суглобів, закріпачення і погіршення кровопостачання.

Суглобова гімнастика показана кожному, незалежно від віку та рівня фізичної підготовленості. Вона необхідна всім, як дитині, яка веде малорухливий спосіб життя, або перебуває в періоді активного зростання, так і спортсменам всіх видів спорту. Особливо тим спортсменам, які схильні до травм. Незважаючи на це, необхідно розуміти, що суглоби – це крихкий механізм, якій легко

пошкодити, а відновити складніше і часом відгомони травм суглобів супроводжують людину протягом усього життя. Тому ставитися до суглобів потрібно дбайливо і ніколи не доводити до гострого болю.

Переваги занять суглобовою гімнастикою:

- збільшує рухливість опорно-рухового апарату;
- розкріпає суглоби, зв'язки, покращує кровообіг;
- благотворно впливає на самопочуття;
- підходить в будь-якому віці;
- попереджає розвиток хвороб суглобів;
- відновлює рухливість після травм в стадії ремісії;

Продовжити здоров'я суглобів, а також поліпшити амплітуду в рухових вправах допоможе якісна розминка з виконанням вправ суглобової гімнастики. Розминка не займе багато часу, але її треба виконувати після розігріву. Для початку потрібно виконати пробіжку і розігріти м'язи, після чого приступати до вправ суглобової гімнастики. Суглобовою гімнастикою займалися та займаються провідні науковці.

1. Академік Амосов М.М., видатний кардіохірург, розробив систему «Режим здоров'я» та систему «1000 рухів».

Здоров'я людини, на думку М.М. Амосова, пов'язано з рухливістю суглобів, вагою, якістю травлення, умінням розслабитися, станом функціональних систем.

Золоті поради від геніального лікаря Миколи Амосова:

«Не сподівайтесь, що лікарі зроблять вас здоровими. Вони можуть врятувати життя, вилікувати хворобу, а далі, щоб жити надійно покладайтеся тільки на себе.»

2. Ще в середині 50-х років систему зміцнення хребта розробив Робін Маккензі.

3. Також існує система оздоровлення Валентина Дікуля. Якій рахує, що суглобова гімнастика – це зарядка, яка допоможе людині підтримати на необхідному рівні свій життєвий тонус.

4. Суглобова гімнастика Сергія Бубновського – це абсолютно новий підхід до лікування недуг кістково-м'язової системи.

5. Суглобова гімнастика М. Норбекова. Дана гімнастика – це лише комплекс вправ, що дозволяють зміцнювати суглоби і хребетний стовп.

Суглобова гімнастика не вимагає застосування дорогих тренажерів або допоміжних інструментів, потрібно лише бажання працювати над собою.

Висновки. Аналізуючи та систематизуючи науково-методичну літературу, можна зробити висновок, що при регулярних заняттях поновлюється координація рухів, покращується рухливість суглобів та гнучкість хребта, можливо досягти певного рівня результатів рухової активності та низького рівню ризиків розвитку захворювань суглобів. Під час індивідуальних опитувань студентів, які займаються ритмічною гімнастикою, з'ясувалося, що у багатьох покращився загальний стан здоров'я та самопочуття, зокрема, зменшилась маса

тіла, покращився тонус м'язів, пройшли, якщо були, болі у хребті, поліпшився емоційний стан.

ЕМОЦІЙНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ В ДОСВІДІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Олена Яцина

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

В умовах катаклізмів і глобальних трансформацій буває не просто пояснити поведінку людини, яка перетворилася із людини розумної на «людину, що сидить», з «*homo sapiens*» на «*homo sedens*», і ще складніше вказати на шлях виходу із ситуації, що склалася.

Ще в 60-х роках минулого століття Жан Піаже передбачав, що ХХІ століття стане віком психології. Сьогодні ми спостерігаємо надзвичайну затребуваність психології у відповідь на численні соціальні виклики, що на переконання науковців, мають бути успішно переборені завдяки тому, що свідомість, усвідомлення стане головною стратегічною лінією нашої поведінки.

У змісті зазначеного актуальності набуває проблема саморегуляції особистості, вивчення якої здійснюється з позицій різних підходів: системно-діяльнісного, мотиваційного, особистісного. Значення регуляції поведінки в мінливих умовах соціальної реальності особливо артикулюється у зв'язку із пандемією covid-19, що продукує різного роду переживання, страхи, невпевненість, панічні атаки біполярні розлади, ін. Вочевидь, пандемія негативно впливає на психічне здоров'я, і такого негативного впливу зазнає третина населення. Серед усіх груп ризику визначають наступні:

1. Пацієнти з психічними розладами, які в наслідок своїх порушень мають знижений імунітет і належать до групи ризику захворювання на COVID.
2. Люди, які ніколи не хворіли на психічні розлади, але перенесли COVID.
3. Доглядачі особи, тобто родичі, сусіди.
4. Медичні працівники (мають ризик розладу 50%).
5. Люди, які не хворіють на психічні розлади, які не перенесли COVID, але внаслідок пандемічного стресу мають високий ризик розвитку психічних розладів [1].

За твердженням О.С.Чабана, коли на психічне здоров'я людей впливають одразу два фактори: 1) вірус SARS-CoV-2 як реальна біологічна загроза, що негативно діє на центральну нервову систему, а також на головний мозок; 2) стресово-психологічний, тобто ті ідеї, які поширюються, як кола на воді, навколо самої пандемії, можна говорити про «психопандемію». Йдеться про безпомічність, беспорядність, страх захворіти [2].

Вищезазначене дозволяє вважати, що в умовах психологічної напруги людині надзвичайно важливо мати план резілієнсу (відновлення після психологічних проблем), що на наш погляд, полягає у набутті навичок емоційної саморегуляції, теоретичне обґрунтування котрих і є метою представленого матеріалу.

В дослідженнях А. Бандури, В. Вундта, К. Роджерса поняття «саморегуляція» розглядалось через поняття «особистість», «особистісна саморегуляція». Так, А. Бандура виділив дві групи факторів саморегуляції – зовнішні (стандарти, за якими ми оцінюємо свою поведінку) і внутрішні (самоспостереження (self-observation), процес винесення суджень (judgmental process) і активна реакція на себе (active self-reaction)). Розуміння саморегуляції психофізіологом І.Павловим отримало назву «золоте правило саморегуляції», згідно якому саморегуляція забезпечує процес урівноваження організму з середовищем. Отже, саморегуляція активності і діяльності особистості здійснюється на біологічному, психофізичному та психічному рівнях.

При цьому в психології використовуються різні терміни: психічна чи/або психологічна саморегуляція. Вважається, що процеси психічної саморегуляції до певної міри є автоматичні, несвідомі, а психологічна саморегуляція завжди є свідомим використанням психологічних знань. Важливо розуміти, що використання терміну «психологічна саморегуляція» вказує на цілеспрямоване використання психологічних знань в цілях регуляції самого себе, де об'єктом регулювання є вчинки, дії, емоційно-вольові стани, когнітивні процеси.

Безперечно, що всі дії людини пов'язані з певними внутрішніми спонуками, мотивами, тому процес саморегуляції починається із саморегуляції мотивації. З ним пов'язане розуміння людини про те, що потрібно змінювати не зовнішні обставини, а самого себе, свої установки, звички, тощо для того, щоби діяти за оптимальною стратегією діяльності і поведінки. Таким чином, людина може довільно регулювати свій емоційний стан, активувати стеничні емоції, стимулювати вольові зусилля.

Технології управління станом хвилювали людей з давніх часів. Вперше в науці ідеї психічної регуляції розвивалися у психофізіології (І.Сеченов, І.Павлов, Н.Ланге, ін.). Сучасна психологія до основних методів психологічної саморегуляції емоційного стану відносить такі, як: нервово-м'язова релаксація, аутогенне тренування, ідеомоторне тренування, сенсорна репродукція образів. Популярною є «прогресивна релаксація» Е. Джекобсона, який виявив стійкий прямий взаємозв'язок переживання негативних емоцій і напруги скелетних м'язів. Причём, використання дихальних вправ, на думку психологів і фізіологів, є найбільш доступним способом регуляції емоційного збудження.

Формування навичок емоційної саморегуляції відбувається за умови усвідомлення власного емоційного стану, що супроводжується означенням (називанням), проговоренням (вербалізацією) і прийняттям актуальних психоемоційних станів, дій, поведінки, ситуацій. У такий спосіб відбувається розрядка емоційної напруги, що забезпечується роботою м'язів обличчя і тіла.

Проведений аналіз проблеми саморегуляції дозволяє зробити висновок, що саморегуляція визначається як системний процес керування власними переживаннями, які передбачають усвідомлення свого емоційного стану, вираження його за допомогою слів, уявних образів, управління м'язовим тонусом і диханням. Підводячи аналіз підходів та методів формування навичок

емоційної саморегуляції, зазначаємо, що ефективність розвитку навичок залежить від усвідомлення власного емоційного стану, його ідентифікації та інтерпретації. Зниження психоемоційної напруги та самоконтроль емоційного стану розглядаємо як пропедевтику психічних і соматичних захворювань, а відтак культивуваці здорового способу життя і реалізації потенційних можливостей людини.

Використані джерела

1. Як COVID впливає на психічне здоров'я... Режим доступу: <https://suspilne.media> > 86498
2. На 50% зросла кількість людей, які перебувають у депресії ... Режим доступу: <https://www.radiosvoboda.org> > ...

Наукове видання

**ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ
ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ: ІННОВАЦІЙНІ
ПІДХОДИ**

**МАТЕРІАЛИ ІІ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**21 – 22 ЖОВТНЯ 2021 РОКУ
М. УЖГОРОД**

Формат 60x84/16. Папір офс.
Гарнітура Academy. Друк циф.
Ум. друк. арк. 6,27. Обл.-вид. арк. 7,1.
Тираж 50 шт. Замовлення № 41.

Видавництво «ФОП Сабов А.М.».
м. Ужгород, вул. Університетська, 21/220.
Тел./факс: (0312) 64-37-22
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4855 від 25.02.2015р.
Друк: ФОП Сабов А.М., тел.: 050-43-22-437