

**ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**



Матеріали

**75-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу
університету**

**25 - лютого 2021 року
м. Ужгород**

**ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

Матеріали

**75-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу
університету**

**25 - лютого 2021 року
м. Ужгород**

Матеріали 75-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу Ужгородського національного університету. Факультет здоров'я та фізичного виховання. м. Ужгород. 2021. – 96 с.

Організаційний комітет:

- 1. Миронюк І.С.* – д.мед.н., проф., декан факультету здоров'я та фізичного виховання, голова
- 2. Філак Я.Ф.* – к.н.з фізичного виховання і спорту, завідувач кафедри фізичної реабілітації
- 3. Маріонда І.І.* - к.пед.н., доц. завідувач кафедри фізичного виховання
- 4. Малєга К.П.* – к.мед.н., доц., завідувач кафедри основ медицини
- 5. Сивохоп Е.М.*- к.пед.н., доц., заступник декана
- 6. Снівак А.П.* - заступник декана

Науковий комітет:

- 1. Слабкий Г.О.* - д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я, голова
- 2. Філак Ф.Г.* – к.мед.н., доц., заступник декана з наукової роботи
- 3. Брич В.В.* – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я
- 4. Товт В.А.* – к.пед.н., доц. доцент кафедри фізичного виховання
- 5. Русин Л.П.* - к.мед.н., доц., доцент кафедри основ медицини
- 6. Сабодош М.В.* - к.н.з фізичного виховання і спорту, викладач кафедри фізичної реабілітації

В даних матеріалах знайшли відображення результати наукових досліджень професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ, які доповідалися на 75-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу.

Рецензент:

Погоріляк Р.Ю. – д.мед.н., доц., завідувач кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін УжНУ.

Рекомендовано до друку рішенням науково-методичної комісії факультету здоров'я та фізичного виховання від 22.02.2021 року, протокол №5.

**ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

ПРОГРАМА

**75-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу
університету**

25 - лютого 2021 року
м. Ужгород
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

25 лютого 2021 р.
13.00., Coogole Meet

Головуючий – Філак Ф. Г.
Секретар – Федюніна Є.О.

1. **Грига М.М.**, аспірантка 1 року навчання. Фізична терапія молоді з остеохондрозом шийного відділу хребта.
2. **Гегедош К.А.**, аспірантка 1 року навчання. Лікувальна гімнастика дітей з аутистичними проявами.
3. **Дідо Ю.М.**, аспірант 4 року навчання. Динаміка відновлення функції верхньої кінцівки серед пацієнтів після інсульту ускладненого неглектом засобами фізичної терапії.
3. **Федюніна Є.О.**, аспірантка 2 року навчання. Застосування фітотерапії в комплексній реабілітації хворих на цукровий діабет II типу в умовах поліклініки.
4. **Петруніна В.В.**, аспірант 2 року навчання. Особливості розуміння патернів руху в гострому періоді неврологічної реабілітації.
5. **Співак А.П.**, аспірантка 1 року навчання. Етапна модель реабілітації пацієнтів після перенесених ургентних хірургічних втручань на органах черевної порожнини.
6. **Семенюк М.С.**, аспірантка 1 року навчання. Методи запобігання спортивного травматизму у юних гімнасток.

Обговорення доповідей.

СЕКЦІЯ 1. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ ТА ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА

25 лютого 2021 р.
15.00., Coogole Meet

Керівник секції – Філак Я. Ф.
Секретар секції – Гаяш О. В.

1. **Філак Я.Ф.** Лікувальна гімнастика і масаж у фізичній терапії підлітків з порушенням постави.
 2. **Кляп М.І.** Формування готовності майбутнього фахівця спеціальної освіти до професійної діяльності в інклюзивному освітньому середовищі.
 3. **Гаяш О.В.** Компетентісний підхід в інклюзивному навчанні молодших школярів з інтелектуальними порушеннями.
 4. **Сабадош М.В.** Фізична терапія після переломів плечової кістки у людей працездатного віку.
 5. **Стеблюк С.В.** Специфіка навчання дітей з інтелектуальними порушеннями в інклюзивному класі.
 6. **Гузак О.Ю.** Особливості фізичної підготовленості юних спортсменів з порушенням постави.
 7. **Боднар Н.Й.** Поширеність аутизму в Україні та Закарпатті зокрема.
 8. **Ляховець Л.О.** Кінезіотерапія постінсультних пацієнтів на стаціонарному етапі відновного лікування.
- Обговорення доповідей.*

СЕКЦІЯ 2. ОСНОВ МЕДИЦИНИ

25 лютого 2021 р.

15.00., Coogle Meet

Керівник секції – Мелега К.П.

Секретар секції – Дуткевич-Іванська Ю.В.

1. **Мелега К. П.** Актуальні питання підготовки магістрів медсестринства до організації та проведення оздоровчо-профілактичних заходів серед населення у період карантину.

2. **Філак Ф.Г.** Санаторна реабілітація осіб працездатного віку хворих на хронічний ентерит.

3. **Мальцева О.Б.** Ефективність комплексу методик фізичної реабілітації для хворих при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта.

4. **Русин Л.П.** Основні аспекти застосування засобів фізичної реабілітації для корекції надлишкової маси тіла у підлітків.

5. **Дуткевич-Іванська Ю.В.** Гігієнічні основи навчально-виховного процесу дітей молодшого шкільного віку.

Обговорення доповідей.

СЕКЦІЯ 3. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

25 лютого 2021 р.

15.00., аудиторія 1.

Керівник секції – Слабкий Г.О.

Секретар секції – Брич В.В.

1. **Слабкий Г.О., Рябинчук М.В.** Актуальні питання підготовки магістрів громадського здоров'я на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я.

2. **Миронюк І.С.** Перспективи впровадження компонентів проблем орієнтованого навчання у підготовку здобувачів освіти за спеціальностями фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

3. **Дуб М.М., Брич В.В.** Медичне обслуговування з надання реабілітаційних послуг в системі охорони здоров'я в Закарпатській області.

4. **Білак-Лук'яничук В.Й.** Актуальні проблеми системи громадського здоров'я Закарпаття.

5. **Кручаниця В.В.** Сучасні підходи до боротьби із залежностями в сфері громадського здоров'я

6. **Корольчук О.Л.** Питання державного регулювання розвитку регіональних систем громадського здоров'я.

7. **Бутусов О.Д.** Підготовка магістрів громадського здоров'я з економічних питань охорони здоров'я.

8. **Дуфинець В.А., Потокій Н.Й., Гуцол І.Я.** До набуття магістрами громадського здоров'я компетенцій з реагування на надзвичайні ситуації в сфері громадського здоров'я

9. **Іваць-Чабіна А.Р.** Проблеми організації дистанційного навчання для студентів медичних галузей.

10. **Миронюк В.І.** До питання надання медико-соціальних послуг населенню при депресіях на сучасному етапі проведення комплексних реформ в Україні.

11. **Слабкий Г.О., Жданова О.В.** Актуальні питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я.

12. **Слабкий Г.О., Картавіцев Р.Л.** Забезпеченість закладів охорони здоров'я медичним діагностичним обладнанням як чинник укладання договорів із Національною службою здоров'я України для їх фінансування.

13. **Пішковці А.-М.М.** Задачі системи громадського здоров'я по забезпеченню стоматологічного здоров'я дитячого населення.

Обговорення доповідей.

СЕКЦІЯ 4. ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І СПОРТ

25 лютого 2021 р.
15⁰⁰, Coogle Meet

Керівник секції – Маріонда І. І.

Секретар секції – Хома Т. В..

1. *Маріонда І.І., Лисенчук С.Г.* Формування морально-вольових якостей майбутніх фахівців фізичної культури до професійної діяльності.
2. *Тулайдан В.Г.* Фізична активність та якість життя студентів першого та другого року навчання.
3. *Хома Т.В., Товт В.А.* Вплив позакласних спортивних заходів на формування особистості школярів.
4. *Семаль Н.В., Звонар В.В.* Зовнішні та внутрішні фактори професійного розвитку майбутніх фахівців фізичної культури.
5. *Федорішко А.А.* З історії участі спортсменів УжНУ у чемпіонатах України з пауерліфтингу серед студентів (2009-2020 роки).
6. *Шелехова Т.В., Співак А.П., Пишка О.П.* Провідні програми високоінтенсивного інтервального тренінгу для підвищення фізичного навантаження студентів.
7. *Ковач Ш.А., Кевпанич В.В.* Фактори, що зумовлюють прояви витривалості, засоби розвитку витривалості.
8. *Бондарчук Н.Я.* Сучасні методики використання тренажерного обладнання на уроках фізичної культури у загальноосвітніх закладах.
9. *Мадяр-Фазекаш Е.О.* Особливості змагальної діяльності рапіристів у паралімпійському фехтуванні.
10. *Тимочко О.І.* Самостійні заняття силової спрямованості в системі фізичного виховання та оздоровлення старших школярів.
11. *Степчук Н.В.* Основні аспекти розвитку фізичної культури сучасної молоді.
12. *Шароді В.М., Дудаш О.В.* Засоби відновлення працездатності у студентів бігунів на середні і довгі дистанції.
13. *Шароді В.М., Кравченко О.Б.* Особливості тактико-технічної підготовки студентів-гравців з настільного тенісу.
14. *Шароді Ю.В., Шароді В.М.* Рухливі ігри в системі фізичного виховання для дітей шкільного віку.
15. *Сущенко І.В., Пишка О.П., Петрушко М.І.* Проблеми професійної компетентності при підготовці вчителя фізичної культури.
16. *Ластовецька К.А.* Сучасні погляди на підготовку і роль зв'язуючого у волейболі.
17. *Тріфан О.М., Шкірта М.І.* Історичні характеристики розвитку баскетболу на Закарпатті.
18. *Русин Л.П., Шанта І.Ф.* Основні аспекти застосування фізичної реабілітації для корекції надлишкової маси тіла у підлітків.
19. *Мордвінцев Г.О.* Методологія і методика формування здорового способу життя.
20. *Сивохоп Е.М., Сусла В.Я.* Особливості підготовки фахівців з спеціальності «Середня освіта (фізична культура)».

Обговорення доповідей.

ЗМІСТ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	10
ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА І МАСАЖ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ	10
Філак Я.Ф.	10
ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	11
Кляп М.І.....	11
РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ В ІНКЛЮЗИВНОМУ НАВЧАННІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	14
Гаяш О.В.....	14
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ЛЮДЕЙ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ.....	16
Сабадош М.В.....	16
СПЕЦИФІКА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В ІНКЛЮЗИВНОМУ КЛАСІ.....	19
Стеблюк С. В.....	19
КІНЕЗИОТЕРАПІЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ПАЦІЄНТІВ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ.....	21
Ляховець Л.О.	21
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ	23
Гузак О.Ю.....	23
ПОШИРЕНІСТЬ АУТИЗМУ В УКРАЇНІ ТА ЗАКАРПАТТІ ЗОКРЕМА	26
Боднар Н.Й.	26
ЕТАПНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ, ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ УРГЕНТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ	28
Співак А.П.	28
ДИНАМІКА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ УСКЛАДНЕНОГО НЕГЛЕКТОМ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ.....	30
Дідо Ю.М.....	30
ОСОБЛИВОСТІ РОЗУМІННЯ ПАТЕРНІВ РУХУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	32
Петруніна В.В.	32
ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦД II ТИПУ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ	34
Федюніна Є.О.....	34
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ МОЛОДІ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	36
Грига М.М.....	36
ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ.....	38
Гегедош К.А.	38
МЕТОДИ ЗАПОБІГАННЯ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ У ЮНИХ ГІМНАСТОК	39
Семенюк М. С.	39
КАФЕДРА ОСНОВ МЕДИЦИНИ	41
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ОЗДОРОВЧО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ У ПЕРІОД КАРАНТИНУ	41

Мелега К. П.	41
САНАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЕНТЕРИТ	42
Філак Ф.Г.	42
ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДИК ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ХВОРИХ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	44
Мальцева О.Б., Самойленко С.М., Варга М.М.	44
ОСНОВНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА У ПІДЛІТКІВ.....	46
Русин Л.П., Шанта І.Ф., Дуткевич-Іванська Ю.В.....	46
ПІГІЄНІЧНІ ОСНОВИ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	48
Дуткевич-Іванська Ю.В., Русин Л.П., Степчук Н.В.....	48
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ	51
СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ВИКОРИСТАННЯ ТРЕНАЖЕРНОГО ОБЛАДНАННЯ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДАХ	51
Бондарчук Н.Я.	51
ФАКТОРИ, ЩО ЗУМОВЛЮЮТЬ ПРОЯВИ ВИТРИВАЛОСТІ, ЗАСОБИ РОЗВИТКУ ВИТРИВАЛОСТІ	53
Ковач Ш.А., Кевпанич В.В.	53
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПІДГОТОВКУ І РОЛЬ ЗВ'ЯЗУЮЧОГО У ВОЛЕЙБОЛІ... ..	55
Ластовецька К.А.	55
ОСОБЛИВОСТІ ЗМАГАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ РАПІРИСТІВ У ПАРАЛІМПІЙСЬКОМУ ФЕХТУВАННІ.....	56
Мадяр-Фазекаш Е.О.	56
ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНО-ВОЛЬОВИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	58
Маріонда І.І., Лисенчук С.Г.....	58
МЕТОДОЛОГІЯ І МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	60
Мордвінцев Г.О., Петрушко М.І.	60
ЗОВНІШНІ ТА ВНУТРІШНІ ФАКТОРИ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	62
Семаль Н.В., Звонар В.В.	62
ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕРЕДНЯ ОСВІТА (ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА)»	64
Сивохоп Е.М., Сусла В.Я.	64
ОСНОВНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ	65
Степчук Н.В., Дуткевич-Іванська Ю.В.	65
СУТНІСТЬ ПОНЯТТЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	68
Сущенко І.В., Пишка О.П., Петрушко М.І.....	68
САМОСТІЙНІ ЗАНЯТТЯ СИЛОВОЇ СПРЯМОВАНОСТІ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ОЗДОРОВЛЕННЯ	71
СТАРШИХ ШКОЛЯРІВ.....	71
Тимочко О.І.	71
ІСТОРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОЗВИТКУ БАСКЕТБОЛУ НА ЗАКАРПАТТІ... ..	72
Трифан О.М., Шкірта В.І.	72
ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО ТА ДРУГОГО РОКУ НАВЧАННЯ.....	74
Тулайдан В.Г.	74
З ІСТОРІЇ УЧАСТІ СПОРТСМЕНІВ УЖНУ У ЧЕМПІОНАТАХ УКРАЇНИ З ПАУЕРЛІФТИНГУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ (2009-2020 РОКИ).....	77
Федорішко А.А.	77

ВПЛИВ ПОЗАКЛАСНИХ СПОРТИВНИХ ЗАХОДІВ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ШКОЛЯРІВ.....	79
Хома Т.В., Товт В.А.	79
ЗАСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У СТУДЕНТІВ БІГУНІВ НА СЕРЕДНІ І ДОВГІ ДИСТАНЦІЇ	82
Шароді В. М., Дудаш О. В.....	82
ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКО-ТЕХНІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ-ГРАВЦІВ З НАСТІЛЬНОГО ТЕНІСУ.....	83
Шароді В.М., Кравченко О.Б.....	83
РУХЛИВІ ІГРИ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	
Шароді Ю.В., Шароді В.М.	84
ПРОВІДНІ ПРОГРАМИ ВИСОКОІНТЕНСИВНОГО ІНТЕРВАЛЬНОГО ТРЕНІНГУ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ СТУДЕНТІВ	86
Шелехова Т.В., Співак А.П., ПишкаО.П.	86
КАФЕДРА НАУК ПРО ЗДОРОВ'Я	87
МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ З НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	87
Дуб М.М., Брич В.В.	87
ПИТАННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	90
Корольчук О.Л.	90
ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ	93
Іваць-Чабіна А.Р.	93

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА І МАСАЖ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

Філак Я.Ф.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра фізичної реабілітації

Ключові слова: порушення постави, кругло-ввігнута спина,

Вступ. Крім естетичних почуттів, правильне положення тіла має важливе фізіологічне значення для функціонування цілого організму, нормальної роботи усіх органів і систем. Як зазначає В.П.Мурза, поставою вважають звичне положення тіла під час спокою і руху. Відхилення від нормальної постави називаються порушеннями або дефектами постави. Дефекти постави можуть розвиватися у сагітальній і фронтальній площинах. Розрізняють три ступені порушення постави: перший (початковий) – неправильна поза тіла зникає при вольовому зусиллі дитини в положенні прямої стійки; другий (перехідний) – стійке порушення, яке не зникає при зміні положення тіла, але усувається при розвантаженні хребта в горизонтальному положенні; третій (фіксований) – порушення постави не усувається при розвантаженні хребта, дефекти пов'язуються зі змінами не лише м'язів, але й опорно-рухового апарата. Для їх виправлення потрібні тривалі і систематичні заняття коригуючою гімнастикою та застосування відповідних методик масажу. Такі дефекти постави призводять до порушення діяльності внутрішніх органів.

Мета дослідження - удосконалити та науково обґрунтувати диференційований вплив лікувальної гімнастики і масажу на порушення постави у підлітків

Матеріали та методи. Спостереження проведені у 40 дітей шкільного віку від 13 до 15 років (середній шкільний вік), які перебували на санаторно-курортному лікуванні в санаторії “Орлине гніздо”. Для оцінки стану хребта всім дітям проводили шість тестів, а саме: тести біля вертикальної площини, біля дзеркала на симетричність постави, тест на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії, тест на рівність трикутників талії, тест на симетрію кутів обох лопаток, форма грудної клітини (нормальна, випнута, запала). Результати даного тестування оцінювались таким чином: 1) нормальна постава – всі відповіді негативні; 2) незначні порушення постави – один або два тести мають відхилення; виражені порушення постави – всі тести мають відхилення від норми. У обстежених дітей виявлено порушення постави у сагітальній і фронтальній площині. Порушення постави із збільшенням грудного кіфозу і зменшенням поперекового лордозу, тобто сутулість, виявлено у 12 школярів. Кругло-ввігнута спина (збільшення збільшення вигинів хребта, як кіфозу, так і лордозу, і кута нахилу таза) виявлена у 6 школярів. Плоска спина, тобто зменшення фізіологічних викривлень хребта, спостерігалася у 4 учнів. Бокові викривлення хребта у фронтальній площині, тобто сколіотична постава, виявлена у 18 дітей. З метою корекції дефектів постави та профілактики подальшого їх розвитку проведено ряд реабілітаційних заходів, серед яких головне місце займали розроблені комплекси спеціалізованих вправ і масаж, а також вуглекислі мінеральні ванни t 36°C тривалістю 10 хвилин через день (всього 10 процедур).

Результати досліджень. Заняття з лікувальної гімнастики проводилися в кабінеті лікувальної фізкультури санаторію Орлине гніздо під керівництвом інструктора у 3 групах відповідно до виду порушення постави: 1-а група – учні із сутулістю і кругло-ввігнутою спиною, 2-а група – плоска спина, 3-я група – школярі зі сколіозом. Для учнів першої групи в комплекс лікувальної гімнастики входили вправи біля вертикальної площини, вправи на розтягування м'язів передньої поверхні

стегон і поперека, вправи на зміцнення м'язів задньої поверхні стегон і на зміцнення м'язів черевного пресу, які виконувались з вихідних положень стоячи, лежачи на животі і спині, стоячи в упорі на колінах. Дозування кожної вправи 8-10 разів. Тривалість занять становила 25-30 хв. Проводився масаж паравертебральних зон, м'язів спини і поперека із застосуванням прийомів погладження, розтирання, розминання і вібрації з метою розслаблення спазмованих м'язів. Тривалість масажу 15 хвилин, курс – 10 процедур.

У другій групі пацієнтів проводився комплекс спеціальних вправ, який був направлений на зміцнення м'язів спини, плечового пояса, а також передньої поверхні кінцівок. Вправи виконувались з вихідних положень лежачи на спині і на животі, стоячи на колінах. Для зміцнення м'язів спини призначався масаж із застосуванням методів інтенсивного погладження, розтирання, глибокого розминання, вібрації (постукування, поплескування). Тривалість процедури 15 хвилин.

У третій групі лікувальна гімнастика була направлена на запобігання подальшому прогресуванню асиметричної постави, на розтягування скорочених м'язів, а також на зміцнення м'язів спини і грудної клітини, покращення діяльності дихальної та серцево-судинної системи. Застосовувались також спеціальні коригуючі симетричні і асиметричні вправи. Лікувальний масаж був спрямований на зміцнення розтягнутих і розслаблення скорочених м'язів тулуба. Масаж проводився диференційовано: на боці опуклості, де м'язовий тонус був ослаблений, а м'язи розтягнуті, масажні рухи виконувались інтенсивно, із застосуванням усіх прийомів, на іншому, ввігнутому, боці, де м'язовий тонус був підвищений, застосовувались погладження, розтирання і ніжне розминання, що сприяло їх розслабленню. Після завершення курсу фізичної реабілітації на 20 день усім школярам повторно проведені тестові обстеження постави, які засвідчили, що в першій групі показники покращились у 74% пацієнтів, у другій групі -- у 57% пацієнтів. У третій групі покращення спостерігалось у 62% дітей, найкращі результати спостерігались у дітей зі сколіозом I-го ступеня.

Висновки. Проведені дослідження показали, що застосування засобів фізичної реабілітації сприяє виправленню дефектів постави і виховує та закріплює навички правильного положення тіла.

ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Кляп М.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра фізичної реабілітації

Ключові слова: діти з особливими освітніми потребами, корекційний педагог, інклюзивне навчання, компетентності корекційного педагога.

Вступ. Реформи в системі освіти України, спрямовані на впровадження світового досвіду інклюзивного навчання, передбачають реалізацію рівного доступу до якісного навчання для всіх учнів у межах Нової української школи. Нові соціокультурні виклики щодо надання освіти дітям з особливими освітніми потребами зумовили потребу у фахівцях-педагогах, які спроможні швидко і кваліфіковано включитися у професійну діяльність в інклюзивному освітньому середовищі, однак виявили недостатню готовність цих педагогів до роботи в нових умовах. Мова йде не тільки про звичайних вчителів, які під час свого навчання у закладах вищої освіти не отримали компетентностей для роботи з дітьми з

психофізичними порушеннями, а й про окремі аспекти роботи вчителів-дефектологів у закладі освіти з інклюзивними класами/групами [2, с.7].

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 (О. Мартинчук, С. Миронової, Д. Шульженко та ін.), ключовою фігурою в забезпеченні інтеграції дітей з особливими освітніми потребами 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.

Мета дослідження: визначити основні шляхи формування компетентностей корекційного педагога для роботи в інклюзивному середовищі.

Матеріали та методи. У дослідженні використано теоретичні методи аналізу, порівняння та узагальнення інформації з наукової літератури, матеріалів періодичних видань та інтернет-ресурсів, синтезу та моделювання при формулюванні результатів.

Результати досліджень. Надання освітніх послуг дітям з особливими освітніми потребами зумовлюють усвідомлення потреби у формуванні фахової компетентності педагогів загальної середньої і спеціальної освіти у сфері інклюзивного навчання. Зокрема, для здійснення професійної діяльності у сфері інклюзивного навчання майбутньому корекційному педагогу необхідно мати такі основні компетентності [3, с. 185-186]:

1. Повага до різноманіття учнів – глибоке переконання педагогів, що всі діти мають право бути залученими до інклюзивних класів, це потрібно як для дітей з особливими освітніми потребами, так для їх здорових однолітків, так і для суспільства загалом.

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

3. Підтримка дітей з різними освітніми потребами – сприяння їх академічному, соціальному та емоційному навчанню; володіння уміннями добирати і застосовувати методи та прийоми роботи для задоволення особливих освітніх потреб дітей з порушеннями розвитку. Будь-якому фахівцеві буде об'єктивно складно задовольнити спеціальні освітні потреби різних категорій дітей, тому цей **фахівець має бути високого рівня підготовки**. В усіх населених пунктах України відкриваються інклюзивні класи/групи, і ці заклади освіти потребують фахівців, компетентних у сфері підтримки дітей з особливими освітніми потребами різної нозології.

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 забезпечення ефективного освітнього процесу в інклюзивному закладі освіти з урахуванням особливих спеціальних потреб та можливостей дітей; забезпечення дружньої та безпечної атмосфери, що сприяє ефективному навчанню та розвитку дитини з особливими освітніми потребами в закладі освіти.

6. Спільна робота з колегами-фахівцями і батьками, яка передбачає знання стратегій командної роботи, технологій спільного прийняття рішень стосовно процесу навчання і розвитку дитини з особливими освітніми потребами; встановлення ефективних партнерських стосунків із родинами цих дітей.

7. Постійний особистісний і професійний розвиток - компетентність, без якої неможливо уявити успішного фахівця спеціальної освіти, передбачає не тільки підвищення кваліфікації упродовж усієї професійної діяльності, але й відповідальність за своє навчання.

8. Пошук ресурсів у громаді або шляхом грантової діяльності для забезпечення освітніх потреб дітей з особливими освітніми потребами, оскільки інклюзивна школа практично не здатна повністю своїми силами забезпечити всі освітні потреби дитини.

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

Коучинг – це процес, під час якого людина або група людей навчаються й одержують навички, необхідні для їх підтримки [1, с.43].

Педагогічний інклюзивний коучинг – це процес, під час якого людина або група педагогів навчаються й одержують навички, необхідні для їх підтримки під час фахової діяльності в інклюзивному освітньому середовищі; це системний супровід учителя інклюзивного класу, партнерське комунікативне співробітництво, вид індивідуальної підтримки вчителя з метою розвитку фахових компетентностей у сфері навчання, виховання і розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Володіння корекційним педагогом основними компетентностями для здійснення професійної діяльності у сфері інклюзивного навчання, розуміння засадничих понять інклюзивної освіти усіма учасниками освітнього процесу та зацікавленими сторонами сприятиме здійсненню системного підходу до навчання, виховання і забезпечення особливих потреб дітей із психофізичними порушеннями.

Формування зазначених компетентностей у сфері інклюзивної освіти у підготовці здобувачів вищої освіти за спеціальністю 016 Спеціальна освіта необхідно здійснювати через:

- вивчення здобувачами освіти відповідних компонент освітньої програми підготовки, зокрема «Педагогічна майстерність корекційного педагога», «Педагогіка інклюзивної освіти», «Робота асистента вчителя та асистента вихователя інклюзивного закладу освіти» тощо;

- співробітництво між закладом вищої освіти, де здійснюється підготовка здобувачів за вказаною спеціальністю, та закладами освіти з інклюзивними класами/групами, інклюзивно-ресурсними центрами під час проходження здобувачами навчальних практик;

- проведення здобувачами науково-дослідної роботи з питань участі корекційного педагога у забезпеченні інклюзивної освіти в ході підготовки курсових та кваліфікаційних робіт.

Висновки: Для реалізації Концепції Нової української школи необхідні фахові, вмотивовані педагогічні працівники, що будуть постійно удосконалювати свої професійні компетентності. Саме таких корекційних педагогів треба готувати для реалізації завдань інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами.

Література.

1. Білик Н.І., Любченко Н.В. Педагогічний коучинг як технологія професійного розвитку вчителя в системі підвищення кваліфікації. URL: <http://isp.poippo.pl.ua/article/view/215279>

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

3. Шульженко Д.І. Освітньо-педагогічна інтеграція (інклюзія) дітей з аутизмом: монографія/ Д.І. Шульженко. – Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, вид-во Хортицької національної академії, 2017. – 444 с.

РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ В ІНКЛЮЗИВНОМУ НАВЧАННІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Гаяш О.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра фізичної реабілітації

Ключові слова: компетентісний підхід, діти з інтелектуальними порушеннями, інклюзивне навчання.

Актуальним питанням сьогодення є розроблення інноваційних стратегій інклюзивного навчання дітей з інтелектуальними порушеннями, підготовка їх до самостійної діяльності та формування життєвої компетентності для успішної подальшої адаптації. Важливим напрямом реформування шкільної освіти дітей з інтелектуальними порушеннями в контексті реалізації основних положень Нової української школи є запровадження компетентісного підходу до навчання.

Теорія компетентісного підходу в освіті розроблялася і була представлена в працях як зарубіжних учених Р. Бадера, 1990; Д. Мертенса, 1974; Б. Оскарсона, 2001; А. Шелтена, 1991; так і вітчизняних. Українські перспективи компетентісного підходу в сучасній освіті досліджували вчені І.Д. Бех, 2012; Н.М. Бібік, 2010; Л.С. Ващенко, 2004; О.І. Локшина, 2004; О.В. Овчарук, 2004; Л.І. Паращенко, 2004; О. І. Пометун, 2004; О.Я. Савченко, 2004 та інші.

Мета дослідження: на основі аналізу ключових смислових одиниць розглянути сучасні науково-педагогічні підходи до питання реалізації компетентісного підходу в інклюзивному навчанні молодших школярів з інтелектуальними порушеннями.

Методи досліджень. Теоретичний аналіз та узагальнення навчальної та методичної літератури з проблеми дослідження.

Результати дослідження. Основним завданням компетентісного підходу є не лише оволодіння предметними знаннями, але й вміння ефективно застосовувати їх на практиці як інструмент розв'язання різноманітних життєвих завдань (Овчарук, 2005; Родигіна, 2005).

На основі компетентісного підходу розроблено нові типові освітні програми для учнів 1-го, 2-го, 3-го класів з порушеннями інтелектуального розвитку.

Формування життєвої компетентності учнів з інтелектуальними порушеннями на початковому етапі навчання відбувається, насамперед, на основі навчального матеріалу, який вивчається в початковій школі, в процесі аналізу якого можна створити умови і ситуації, життєві (для дітей з інтелектуальними порушеннями) та дидактичні (для педагогів), які актуалізують потребу в опануванні та практичному закріпленні учнями оптимальних засобів вирішення життєвих завдань, зміст яких відповідає їхнім можливостям.

Реалізація компетентісного підходу в навчанні молодших школярів з інтелектуальними порушеннями буде успішною за умови комплексного забезпечення усіх складових навчального процесу, а саме: чіткого визначення цілей навчання, добору відповідного змісту навчання, оновлення навчально-методичного забезпечення, добору ефективних методів, прийомів навчання і форм організації навчальної діяльності, відповідної професійної підготовки вчителя.

Для інклюзивного навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку використовуються ті ж методи, що і для навчання дітей з нормотиповим розвитком. Проте психофізичні особливості таких дітей обумовлюють інші способи застосування цих методів: методи навчання повинні бути корекційно-розвиваючими.

Компетентнісно орієнтоване інклюзивне навчання вимагає застосування методів, які передбачають активну діяльність учнів. До таких належать: *продуктивні* (вивчений матеріал застосовується в практичній діяльності); *евристичні* або *частково-пошукові* (окремі елементи нових знань учень знаходить завдяки розв'язанню пізнавальних завдань); *проблемні* (учень шукає проблему і за допомогою знаходить шляхи її вирішення); *інтерактивні* (активна взаємодія всіх учнів, під час якої кожна дитина осмислює свою діяльність, відчуває свою успішність). Остання група методів чи не найбільше відповідає вимогам компетентнісно орієнтованого навчання, оскільки організація інтерактивного навчання передбачає моделювання життєвих ситуацій, використання рольових ігор, які сприяють формуванню навичок і вмінь, виробленню цінностей, створенню атмосфери співробітництва, взаємодії.

Для реалізації компетентнісного підходу в інклюзивному навчанні важливим є вміння вчителя створювати на уроці такі ситуації, які дають можливість кожному учневі проявити ініціативу, самостійність. В цьому допоможе участь у проектній діяльності, яка сприяє розвитку ключових компетентностей учня, соціальної, полікультурної, життєвої компетентності в цілому. Особливості проектної діяльності в навчанні дітей з інтелектуальними порушеннями полягають у: постійному супроводі дорослого; практичній спрямованості; співпраці всіх учасників процесу; використанні різнорівневих завдань. В ході роботи над проектом, учні вирішують різні за складністю завдання, виходячи з індивідуальних можливостей дітей.

Ефективним у роботі з учнями є практикування скаффолдингу – створення умов для підвищення успішності кожного учня. Для цього дитина має вчитися у «зоні найближчого розвитку», тобто робити те, що їй цікаво, але поки що неможливо опанувати без підтримки. Існують декілька видів підтримки дитини з інтелектуальними порушеннями в цьому процесі: 1) вербальна – може бути не лише прямою (заохочення), а й непрямою, не адресною: «Увесь клас скоро впорається», «Це не так складно, як здається»; 2) підказки через міміку, жести, вказівки, рухи тіла; 3) фізична підтримка – скажімо, можна писати, малювати чи конструювати щось з учнем разом «рука в руці»; 4) моделювання – демонстрація виконання завдання; 5) візуальний стимул – картинки, піктограми, символи; 6) маніпуляція символами – розташування об'єктів у певному порядку.

Компетентнісний підхід у навчанні дітей з інтелектуальними порушеннями вимагає, щоб сучасні навчальні засоби виконували не тільки інформаційну, а й мотиваційну і корекційно-розвивальну функції. Для виконання інформаційної функції навчальні засоби навчальних предметів повинні містити передбачений освітньою програмою матеріал, призначений для реалізації змістових ліній. З метою забезпечення мотивації учіння, в навчальних засобах мають бути використані: цікавий текстовий матеріал; ілюстрації; дидактичні ігри; вправи, що передбачають цікавий для учнів процес виконання; завдання, що спонукають до пошуку значущих для учня результатів тощо. Для реалізації корекційно-розвивальної функції у сучасних навчальних засобах має бути система завдань, спрямованих на розвиток пізнавальних здібностей учнів з інтелектуальними порушеннями, а саме, на оволодіння мисленнєвими операціями (аналіз, порівняння, узагальнення, доведення тощо), а також на формування здатності застосовувати набуті знання, способи дій, досвід у нових нестандартних ситуаціях [3].

Крім того, компетентнісно орієнтовані навчальні засоби повинні готувати дітей до самонавчання. З цією метою в них мають бути алгоритми міркувань, пам'ятки,

схеми, таблиці, зразки виконання завдань і т. ін. Необхідно, щоб навчальні засоби містили: цілісну систему завдань і вправ, доступних для учнів з інтелектуальними порушеннями певної вікової категорії; диференційований матеріал з урахуванням рівнів розвитку дітей; раціональне співвідношення завдань для тренування і творчого використання; завдання, що передбачають роботу в парі й групі, фронтальну та індивідуальну роботу

Висновки. Отже, компетентнісний підхід до навчання забезпечує право кожного учня з інтелектуальними порушеннями на індивідуальний розвиток з урахуванням його пізнавальних можливостей. При цьому орієнтуються на зону ближнього розвитку учня, тобто на його потенційні можливості, які реалізуються на даний час завдяки різним видам педагогічної зовнішньої допомоги, а в подальшому стануть надбанням самостійної життєдіяльності дитини. Результативність формування життєвих компетентностей дитини залежить від вибору й застосування оптимальних організаційних форм, методів, прийомів і засобів навчання.

Література:

1. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: Світовий досвід та українські перспективи / за заг. ред. О. В. Овчарук. – К. : К.І.С., 2004. – 112 с.
2. 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.
3. Савченко О. Я. Уміння вчитися як ключова компетентність загальної середньої освіти / О. Я. Савченко // Компетентнісний підхід у сучасній освіті; світовий досвід та українські перспективи; під заг. ред. О. В. Овчарук. — К.: К.І.С., 2005.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ЛЮДЕЙ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Сабадош М.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра фізичної реабілітації

Ключові слова: люди працездатного віку, перелом плечової кістки, фізична терапія.

Вступ. Серед пошкоджень опорно-рухової системи до 25 % становлять відкриті переломи кінцівок, які більше ніж у 64 % випадків супроводжуються ускладненнями, що призводять до обмеження життєдіяльності потерпілих і встановлення інвалідності. До 10 % усіх травматичних пошкоджень кістяка становлять травми хребта, з яких 8 % ускладнюються ушкодженнями спинного мозку [1, 3].

Щорічно в Україні більше 20 тис. потерпілих від травм стають інвалідами, з них близько 90 % — особи працездатного віку.

Усі вищевикладені фактори вимагають удосконалювання способів лікування потерпілих із травмами, у тому числі з переломами кісток. У цьому плані однією з сучасних тенденцій світової травматології та ортопедії є розвиток і широке впровадження в практику травматолога-ортопеда сучасних методів остеосинтезу, спрямованих на скорочення термінів зрощення переломів, перебування хворого в стаціонарі, забезпечення ранньої функції ушкодженої кінцівки, зниження рівня інвалідності та швидку соціальну адаптацію потерпілого [2, 4].

Мета дослідження – розробити програму фізичної терапії для відновлення стану пошкодженої верхньої кінцівки.

Матеріали та методи: для контролю за ефективністю реабілітаційних заходів у пацієнтів з переломом плечової кістки використали об'єктивні та суб'єктивні методи дослідження до і після лікування. Суб'єктивні : шляхом опитування хворих з'ясовували скарги, загальний стан, анамнез життя і хвороби. Об'єктивні: антропометрія; кистьова динамометрія; визначення обсягу рухів у суглобах.

Результати досліджень: В дослідженні взяло участь 30 хворих з переломом плечової кістки, які перебували на поліклінічному лікуванні. З них 18 жінок, що становило 60 % та 12 чоловіків – 40 %.

Під час збору анамнезу встановлено, що 12 хворих (40%) потрапили у ДТП, 8 (26,7%) отримали виробничу травму, 6 (20%) – в побуті, а 4 (13,3%) – під час занять спортом.

Хворим з переломом плечової кістки призначили реабілітаційну програму з перших днів лікування за трьома періодами: іммобілізаційний, функціональний та відновлювальний. Програма фізичної реабілітації включала: 1) лікувальну гімнастику; 2) вправи у воді; 3) масаж; 4) фізіотерапію.

Фізичні навантаження збільшували поступово, з покращенням клінічного стану пацієнтів та підвищення їх функціональних і фізичних можливостей.

Під впливом проведених реабілітаційних заходів відмічено суттєве покращення клінічного стану хворих з переломом плечової кістки (табл. 1).

Таблиця 1

**Клінічні показники у хворих з переломом плечової кістки
під впливом фізичної терапії**

СИМПТОМИ	n=30			
	До лікування		Після лікування	
	абс.	%	абс.	%
Локальний біль (у спокої)	12	20	1	3,3
Локальний біль (при рухах)	30	100	3	10
Порушення функції	12	40	1	3,3
Набряк м'яких тканин	20	66,7	1	3,3
Локальна гіперемія	20	66,7	0	0
Наявність внутрішньо шкірних гематом	8	26,7	0	0

В загальному до кінця курсу реабілітації у всіх обстежених хворих стан нормалізувався. Однак у 3,3% хворих залишились локальний біль у стані спокою, набряк м'яких тканин, порушення функції, а у 10% - локальний біль при рухах.

Дані, що представлені у таблиці 2, відображають стан системи опори та рухів у людей працездатного віку з переломом плечової кістки.

При поступленні на курс реабілітації всі 30 хворих (100%) скаржились на біль при рухах в суглобі (згинання, відведення та приведення). У 90 % (27 осіб) випадків хворі скаржились на біль при розгинанні суглоба. А 18 (60 %) пацієнтів мали неприємні відчуття під час ротації кінцівки.

Динаміка змін суб'єктивних показників обсягу рухів у плечовому суглобі

РУХИ	Норма	До лікування (n = 30)		Після лікування			
				ОГ (n = 15)		КГ (n = 15)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Згинання	180°	30	100	1	3,3	2	6,7
Розгинання	40°	27	90	-	-	2	6,7
Відведення/приведення	180°	30	100	1	3,3	4	13,3
Ротація	90°	18	60	-	-	2	6,7

Об'єктивне обстеження після програми фізичної терапії підтвердило наявність у ОГ незначного обмеження рухів, а саме під час згинання та відведення суглоба, що становило – 3,3 % (1 особа).

Відповідно у КГ показники були дещо гіршими. Згинання, розгинання суглоба та ротація становила – 6,7 % (2осіб), та відведення суглоба – 13,3 % (4 особи).

Поліклінічне лікування позитивно відобразилося на здоров'ї хворих основних і контрольних груп. Проте розроблена програма фізичної терапії виявилася ефективнішою.

Висновки:

1. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної терапії після переломів плечової кістки, дозволив вивчити і проаналізувати загальноприйнятту для даної категорії хворих програму фізичної терапії з використанням загальноприйнятих у травматології методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

2. Під впливом запропонованого нами комплексу реабілітаційних дій у хворих основної групи спостерігалася більш виражена позитивна динаміка показників, ніж у хворих контрольної групи.

3. На основі одержаних даних про динаміку вищеназваних показників у дослідженого контингенту хворих можна зробити висновок, що запропонована нами комплексна програма фізичної терапії, яка включала поєднання лікувальної гімнастики, фізіотерапії та лікувального масажу надає загальнозміцнюючу дію на функціональний стан пошкодженої верхньої кінцівки і може бути рекомендована до використання у травматологічних відділеннях.

Література

1. Архипов С.В. Плечо: современные хирургические технологии / С.В. Архипов, Г.М. Кавалерский. — М.: Медицина, 2009. — 192 с.

2. Боголюбов В.М. Физические факторы в профилактике, лечении и медицинской реабилитации / В.М. Боголюбов. – М.: Медицина, 2002. – 376 с.

3. Ганул В.Р. Диагностика и лечение чрезмышечковых и надмышечковых переломов плечевой кости / В.Р. Ганул, В.Д. Шищук, А.Г. Биденко, В.А. Бабич // Вісн. Сумськ. держ. ун-ту, серія «Медицина», 2011. – 1: 129–141.

4. Корж М.О. Клінічні рекомендації по лікуванню переломів / Корж М.О., Страфун С.С. — МОЗ України, НАМН України, 2013. — С. 17-24.

СПЕЦИФІКА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В ІНКЛЮЗИВНОМУ КЛАСІ

Стеблюк С. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра фізичної реабілітації

Ключові слова: діти з інтелектуальними порушеннями, інклюзивне навчання, корекційно-розвивальна робота.

Вступ. Проблема навчання, виховання і розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями є актуальною. Про це свідчить низка наукових досліджень О. Боряк, С. Миронової, А. Колупаєвої, Л. Прядко, О. Фурман та ін. Відтак, Л. Прядко, О. Фурман у наукових працях висвітлені теоретичні основи навчання дітей з порушенням інтелекту та методики, які сприяють формуванню основних академічних умінь; розкриті особливості методики навчання української мови та математики з наведенням конкретних прикладів завдань та алгоритмів їх розв'язання. Авторами наголошується, що «специфіка педагогічного процесу для учнів з порушеннями психофізичного розвитку, зокрема з порушеннями інтелекту, полягає у використанні спеціальних засобів корекції: адаптація змісту освіти до пізнавальних можливостей учнів; наочність навчання; уповільненість процесу навчання; повторюваність у навчанні та вихованні; оптимізація темпу роботи та динаміки втомлюваності; дотримання охоронного режиму; позитивні емоції педагога як засіб стимулювання до діяльності й спілкування; стимулююча функція педагогічної оцінки» [1, с. 31]. Н. Бібік наголошує на командній роботі педагога з учнями в інклюзивному класі. З погляду вченої, командний підхід до надання додаткової підтримки дітям з особливими освітніми потребами є найбільш ефективний. Є два основні механізми забезпечення командного підходу до надання додаткової підтримки на рівні окремої дитини й усього навчального класу – це розроблення індивідуальної програми розвитку і використання практики спільного викладання [2]. Відповідно до Концепції Нової української школи, низкою авторів [3] висвітлюються особливості компетентісно спрямованого навчання та корекційно-розвивальної роботи з дітьми в освітньому просторі; представлені технології навчання, враховуючи провідні види діяльності на основі вдосконалення пізнавальної, комунікативно-мовленнєвої, психомоторної та особистісної сфер розвитку.

Мета дослідження: з'ясувати сучасні підходи до навчання, виховання і розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями в інклюзивному освітньому середовищі закладу загальної середньої освіти.

Матеріали і методи: нормативно-законодавча база України в галузі освіти, наукові доробки вчених щодо навчання і виховання дітей з інтелектуальними порушеннями; методи наукового дослідження – аналіз, спостереження, узагальнення.

Результати дослідження. Дослідження означеної проблеми проводилося на теоретичному та практичному рівнях. Теоретичний аналіз дав можливість з'ясувати особливості освітнього процесу в початковій школі та дидактичні засади навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Початкова освіта працює за Концепцією Нової української школи, Державним стандартом початкової освіти (2018 рік), Типовими освітніми програмами, новими підручниками тощо. Створення осередків в навчальній кімнаті дає можливість кожному учневі знайти своє місце для когнітивної діяльності та відпочинку. Серед дидактичних засад виокремимо принципи та технології навчання. Специфічні принципи (принцип корекційної спрямованості навчання, принцип індивідуального та

диференційованого підходу та інші) є в тісному взаємозв'язку із загальнодидактичними, підґрунтям для яких є педагогіка партнерства.

Концепція Нової української школи орієнтована на застосування інноваційних методів навчання – «кубування», «асоціативний куш», «щоденні 5», «щоденні 3», «6 цеглинок» (робота з леґо-конструктором), які, як правило, реалізуються спільно усіма дітьми інклюзивного класу. Зазначимо, що асистент учителя надає консультативну допомогу у процесі виконання завдання. Як показує наше спостереження, учень активно долучається до роботи з леґо-конструктором, обмірковує з педагогом алгоритм виконання дій. Окрім того, ефективними, на наш погляд, є застосування завдань, пов'язаних із стимулюванням розвитку пам'яті, операцій логічного мислення. Маємо на увазі використання піктограм, графічних організаторів (схеми-павутинки, сюжетні та сигнальні картки тощо). Для формування у першокласників граматичних понять рекомендуємо метод піктограм. Учитель пропонує предметні малюнки, за допомогою яких учень складає речення, узгоджуючи слова у ньому.

Зважаючи на те, що початкова школа складається з двох циклів – адаптаційно-ігрового та основного – гра є тим методом, який об'єднує дітей в єдиний учнівський колектив. Завдання педагога полягає в добірці посильних дидактичних ігор, до яких може долучитися дитина з особливими освітніми потребами. Дотримуємося тієї думки, що позитивної динаміки у навчанні, вихованні й розвитку школяра можна досягти завдяки скаффолдингу. За формулюванням науковців [3, с.42], скаффолдинг – «це процес, 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». На їх думку [там же], «існують декілька видів підтримки дитини в цьому процесі:

- вербальна – може бути не лише прямою (заохочення), а й непрямою, 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».

На наше глибоке переконання, досягти успіху у навчанні і вихованні дітей з інтелектуальними порушеннями можна досягти завдяки ефективній роботі мультидисциплінарної команди (корекційного педагога, психолога, фахівця фізичної реабілітації, лікаря, логопеда, соціального працівника, батьків). Означена команда фахівців створюється навколо кожної дитини з особливими освітніми потребами й сприяє вирішенню поставлених навчальних завдань та створенню позитивного морально-психологічного клімату в інклюзивному освітньому середовищі.

Висновки. З'ясовано сучасні підходи до навчання, виховання і розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями в інклюзивному освітньому середовищі закладу загальної середньої освіти. Звернено увагу на принципах та окремих методах навчання. Для ефективної командної роботи запропоновано створення мультидисциплінарної групи фахівців.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дидактичні основи навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку / Укл.: Л. О. Прядко, О. О. Фурман / Методичний посібник. – Суми: РВВ СОШПО. – 2015. – 114.
2. Нова українська школа: порадник для вчителя / Під заг. ред. Бібік Н. М. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. – 206 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.

КІНЕЗІОТЕРАПІЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ПАЦІЄНТІВ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Ляховець Л.О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра фізичної реабілітації

Ключові слова: інсульт, фізична терапія, реабілітація, гоніометрія, шкали

Вступ. Щороку вперше хворіють на мозковий інсульт від 100 до 120 тисяч жителів України, (понад третина з них — особи працездатного віку). 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% — протягом 1 року від початку захворювання, 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги, і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя.

Рухові розлади в гострому періоді захворювання розвиваються в 75% хворих, а через півроку стійкий руховий дефект зберігається в 53% пацієнтів, які перенесли інсульт. Більшість пацієнтів, що перенесли інсульт і вижили, стають неповносправними (70-80%), а 20-25% з них до кінця життя потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті.

Насамперед відновлюючи функції руху та опори, не можна не використовувати в процесі лікування природну функцію руху, властиву саме ураженій системі. Тому кінезіотерапія займає особливе місце в системі лікування рухових порушень. Кінезіотерапія, як один із провідних засобів фізичної реабілітації, виявляє свою дію на організм хворого використанням лікувального ефекту фізичних вправ. У зв'язку з цим, проблема фізичної терапії постінсультних хворих є надзвичайно актуальною.

Мета дослідження. Підвищення ефективності реабілітації хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), на підставі корекції рухових розладів, нормалізації м'язового тону, підвищення м'язової сили засобами кінезіотерапії в умовах стаціонарного етапу відновного лікування.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 24 пацієнти з діагнозом – ГПМК, віком від 50 до 70 років, які знаходились на стаціонарному етапі відновного лікування у неврологічному відділенні Свалявської центральної районної лікарні м. Свалява, Свалявського р-ну, Закарпатської обл.

Діагноз встановлювався на основі клінічної картини, даних комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії, лабораторної діагностики, даних анамнезу. Всі пацієнти в момент обстеження знаходилися в свідомості і були доступні вербальному контакту. Дослідження проводилося за згодою хворих і не суперечило загальноприйнятим етичним нормам. Хворі між собою були розподілені у порядку добровільного вибору в основну групу (ОГ) – 12 осіб та контрольну групу (КГ) – 12 пацієнтів, у співвідношенні 1 до 1. Пацієнти КГ займалися за стандартною методикою, як була складена на основі «Методичних рекомендацій щодо реабілітації осіб з ГПМК». Пацієнти ОГ отримували кінезіотерапію. Для пацієнтів ОГ було розроблено втручання з урахуванням індивідуальних можливостей і потреб кожного пацієнта, яке включало в себе: особливості методики кінезіотерапії при спастичному геміпарезі, лікування положенням, кінезіотерапевтичні вправи для пальців та кисті, кінезіотерапевтичні вправи для нижніх кінцівок, кінезіотерапію при в'ялих парезах та

паралічах а також застосування кінезіотерапії при вестибулярному синдромі. Заняття в групах проводилися щодня, тривалістю по 45 хв, протягом всього періоду лікування (3-х тижнів). На заключному занятті проводили повторне, підсумкове обстеження для всіх пацієнтів за відповідними доменами.

Порівняння ефективності програми кінезіотерапії у пацієнтів ОГ та КГ відбувалося за допомогою функціональних та неврологічних тестів та шкал, а саме: тестування спастичності м'язів за шкалою Ашфорта, мануально-м'язовий тест, модифікована шкала Ренкіна, Скандинавська шкала, індекс активності повсякденного життя Бартелла (BI), тест Оргогозо, гоніометрія. Для математичної обробки числових даних використовували прикладні програмами Statistica 7.0. та IBM SPSS Statistics 21. Для оцінки значущості різниці використовували t-критерій Стьюдента.

Результати дослідження. Порівняння динаміки змін показників при проведенні дослідження між пацієнтами ОГ та КГ представлено в табл. 1. При вивченні стану досліджуваних пацієнтів в процесі відновного лікування можна стверджувати, що в усіх групах спостерігається позитивна динаміка, що призводить до покращення неврологічного та функціонального стану пацієнтів. Так, нами встановлено, що показники тесту спастичності м'язів Ашфорта достовірно знижуються у пацієнтів основної групи $2,08 \pm 0,26$ бала порівняно з пацієнтами контрольної групи $2,66 \pm 0,13$ бала ($p < 0,05$), що свідчить про зменшення утруднення рухів у кінцівках; показник мануально-м'язового тесту достовірно підвищується у пацієнтів основної групи $33,99 \pm 1,98\%$ ($p < 0,01$) на відміну від пацієнтів контрольної групи $29,47 \pm 0,82\%$, що свідчить про покращення рухової функції у кінцівках; величина показників шкали Ренкіна достовірно знижується у пацієнтів основної групи $2,70 \pm 0,36$ бала ($p < 0,05$), що свідчить про підвищення рівня функціональної незалежності обстежених пацієнтів, тоді як у пацієнтів контрольної групи показник зменшується, але зміни недостовірні $3,65 \pm 0,14$ бала ($p > 0,05$); показник Скандинавської шкали достовірно збільшується у пацієнтів основної групи до $14,98 \pm 0,37$ бала, на відміну від пацієнтів контрольної групи $13,70 \pm 0,49$, у яких зберігається тенденція до підвищення показника Скандинавської шкали, що підтверджує зменшення неврологічного дефіциту; величина показника індексу активності повсякденного життя тесту Бартелла достовірно підвищується у пацієнтів основної групи $33,25 \pm 0,43$ бала ($p < 0,05$), а це обумовлює більшу незалежність пацієнта в побутовій діяльності, тоді як у пацієнтів контрольної групи зміни показника тесту Бартелла недостовірні $31,33 \pm 0,85$ бала ($p > 0,05$); показники тесту Оргогозо достовірно зростають у пацієнтів основної групи $63,54 \pm 0,95$ бала ($p < 0,05$), що свідчить про покращення комунікативних та рухових функцій пацієнтів, тоді як у пацієнтів контрольної групи позитивні зміни показника Оргогозо недостовірні $60,95 \pm 0,95$ бала ($p > 0,05$). При аналізі даних гоніометрії ми спостерігали достовірне підвищення амплітуди рухів в суглобах пацієнтів ОГ, тоді як у пацієнтів КГ амплітуда рухів збільшувалась, але зміни були недостовірні.

Таблиця 1

Динаміка функціонального та неврологічного стану пацієнтів досліджуваних груп, які перенесли ГПМК, наприкінці відновлювального лікування

Групи	ОГ	КГ	d	t	P
значення	M±m	M±m			
Параметр	показник шкали Ашфорта, бал				
значення	$2,08 \pm 0,26$	$2,66 \pm 0,13$	0,58	2,15	$p < 0,05$
Параметр	показник мануально-мязового тесту у %				
значення	$33,99 \pm 1,98$	$29,47 \pm 0,82$	4,52	2,79	$p < 0,01$
Параметр	показник шкали Ренкіна, бал				
значення	$2,70 \pm 0,36$	$3,65 \pm 0,14$	0,95	2,44	$p < 0,05$

Параметр	показник Скандинавської шкали, бал				
значення	14,98±0,37	13,70±0,49	1,28	2,06	p<0,05
Параметр	показник тесту Бартелла, бал				
значення	33,25±0,43	31,33±0,85	1,92	2,13	p<0,05
Параметр	показник тесту Оргогозо, бал				
значення	63,54±0,95	60,95±0,95	2,59	2,38	p<0,05
Параметр	показник гоніометрії (згинання плеча), град				
значення	156,73±1,34	152,12±1,78	4,61	2,07	p<0,05
Параметр	показник гоніометрії (розгинання плеча), град.				
значення	48,95±1,51	44,85±1,12	4,10	2,18	p<0,05
Параметр	показник гоніометрії (приведення в плечовому суглобі),град				
значення	35,45±1,12	32,51±0,81	2,94	2,13	p<0,05
Параметр	показник гоніометрії (відведення в плечовому суглобі),град				
значення	145,22±1,05	140,92±1,39	4,30	2,47	p<0,05
Параметр	показник гоніометрії (згинання в ліктьовому суглобі), град.				
значення	142,92±0,98	139,85±1,05	3,07	2,13	p<0,05
Параметр	показник гоніометрії (згинання в кульшовому суглобі при розгинанні в колінному суглобі), град.				
значення	85,92±1,85	81,22±0,99	4,70	2,24	p<0,05
Параметр	показник гоніометрії (згинання в кульшовому суглобі при згинанні в колінному суглобі), град				
значення	113,55±1,37	108,28±1,75	5,27	2,37	p<0,05
Параметр	показник гоніометрії (згинання в колінному суглобі), град.				
значення	126,33±1,41	122,15±0,84	4,18	2,55	p<0,05

Висновки. Застосування засобів кінезіотерапії в відновлювальному лікуванні пацієнтів, які перенесли ГПМК, сприяє достовірному покращенню неврологічного статусу та функціонального стану суглобів досліджуваних осіб за рахунок збільшення амплітуди рухів у суглобах верхньої та нижньої кінцівок, зменшення спастичності м'язів, покращення здатності до самообслуговування, підвищення мобільності та незалежності в сфері повсякденної життєдіяльності. Ці результати статистично підтверджують кращу ефективність програми фізичної терапії, котру отримували пацієнти основної групи.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ

Гузак О.Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра фізичної реабілітації

Ключові слова: юні спортсмени, опорно-руховий апарат, порушення постави.

Вступ. На сьогодні проблеми нефіксованих порушень опорно-рухового апарату (ОРА) з визначення їх поширеності у юних спортсменів, особливості порушень представників різних видів спорту, є надзвичайно актуальними [1,2,5,7].

Програми підготовки спортсменів вимагають від тренерського складу і спортсменів підвищення обсягів та інтенсивності використовуваних фізичних навантажень для досягнення максимальних показників[1,3,5].

Високі фізичні та психоемоційні навантаження на фоні процесів росту і формування органів і систем висувають підвищені вимоги до організму юних спортсменів і, за деяких обставин, можуть призвести до виникнення низки порушень фізичного розвитку і стану здоров'я [3,6,8,9].

Розроблення концептуальних засад побудови процесу фізичної реабілітації юних спортсменів із виявленими нефіксованими порушеннями системи ОРА передбачає

обов'язковим дослідження об'єктивних умов їх виникнення та формування. [5,8].

Мета дослідження – проаналізувати і систематизувати сучасні наукові знання та теоретично обґрунтувати особливості фізичної підготовленості юних спортсменів із порушеннями постави.

Матеріали та методи - аналіз документальних матеріалів; педагогічні методи: педагогічний експеримент; педагогічне тестування; метод експертних оцінок; методи математичної статистики

Результати досліджень. У дослідження було залучено 68 юних спортсменів, віковий діапазон яких – 12–14 років, спеціалізація «спортивні ігри» (хлопчики (футбол, гандбол) – 30 осіб, дівчатка (волейбол, баскетбол) – 38 осіб).

Наявність нефіксованих порушень ОРА слугувала підставою для розподілу на відповідні групи (табл.1).

Таблиця 1

Розподіл юних спортсменів із нефіксованими порушеннями ОРА

Лікарський діагноз	Кількість спортсменів із нефіксованими порушеннями ОРА відповідно до гендерної групи, осіб (%)		Усього з нефіксованими порушеннями ОРА в такій площині, осіб (% від загальної кількості)
	дівчата (n = 38)	хлопці (n = 30)	
стать, кількість обстежених			
функціональні порушення ОРА			
порушення постави (сагітальна площина)	30 (78,95 %)	12 (40,00 %)	42 (61,76 %)
сколіотична постава	8 (21,05 %)	18 (60,00%)	26 (38,24 %)

Наведені в табл.1 дані дають змогу стверджувати про те, що в обстеженому контингенті юних спортсменів показник питомої ваги випадків діагностування функціональних відхилень ОРА в сагітальній площині є у півтора рази вищим за показник питомої ваги випадків діагностування функціональних відхилень ОРА у фронтальній площині.

З огляду на виявлені у юних спортсменів віком 12–14 років порушення стану біогеометричного профілю постави, передбачало проведення у них оцінювання статичної витривалості м'язів передньої та задньої частин тулуба й нижніх кінцівок. За результатами оцінювання й у спортсменів, і у спортсменок 12 та 13, а також 13 та 14 років із порушеннями стану біогеометричного профілю постави статистично значущих ($p > 0,05$) відмінностей між середніми показниками статичної витривалості м'язів немає, натомість показники спортсменів є статистично значущо ($p < 0,05$) вищими за показники спортсменок такого самого віку (табл.2).

Таблиця 2

Показники статичної витривалості м'язів юних спортсменів ігрових видів спорту 12–14 років із порушеннями постави (n = 68), с

Контингент	Вік, років	Середньостатистичні дані, с									
		Статична витривалість м'язів передньої частини тулуба й нижніх кінцівок					Статична витривалість м'язів задньої частини тулуба й нижніх кінцівок				
		\bar{x}	Me	25%	75%	S	\bar{x}	Me	25%	75%	S
спортсмен	12 (n=11)	140,45	141,00*	138,00	143,00	2,73	141,64	142,00*	139,00	145,00	2,87
	3(n=10)	142,70	143,00*	140,00	145,00	2,45	144,60	144,00*	143,00	147,00	2,12

	14 (n=9)	145,11	145,00*	144,00	147,00	2,03	148,00	147,00*	146,00	149,00	2,40
спортсменів	12 (n=11)	126,60	126,00	125,00	128,00	1,51	128,40	128,00	127,00	130,00	1,58
	3(n=12)	126,75	127,00	125,50	128,00	1,36	129,42	129,00	128,00	131,00	1,56
	4(n=15)	128,73	129,00	128,00	130,00	1,49	130,27	130,00	129,00	132,00	1,44

Примітка: * - $p < 0,05$ у разі порівняння показників спортсменів і спортсменок за критерієм Колмогорова-Смирнова.

Під час аналізу досліджуваних показників встановлено, що загалом серед спортсменів 12–14 років із порушеннями стану біогеометричного профілю постави було простежено поступове, відповідно до закономірностей розвитку дитячого організму, зростання середньої статичної витривалості м'язів передньої частини тулуба та нижніх кінцівок.

Висновки. На основі вищевикладеного постає очевидним, що питома вага випадків діагностування у спортсменів обох статей із віковим діапазоном 12–14 років функціональних відхилень ОРА в сагітальній площині перевищує показник функціональних відхилень ОРА у фронтальній площині, а зростання статичної витривалості м'язів передньої та задньої частин тулуба й нижніх кінцівок відбувається більш інтенсивними темпами та рівномірніше у юних спортсменів з аналогічними порушеннями.

Узагальнення наявних наукових даних свідчить про те, що в сучасній практиці підготовки юних спортсменів ігрових видів спорту недостатньо вивчені та науково розроблені підходи щодо профілактики і корекції функціональних порушень опорно-рухового апарату спортсменів.

Літературні джерела.

1. Випасняк І., Самойлюк О. Порівняльний аналіз фізичного розвитку юних спортсменів *Вісник Прикарпатського університету*. Серія: Фізична культура. 2019;14:29-38.

2. Кашуба В.А., Паненко Н.Н. К вопросу профилактики нарушения опорно-рессорной функции стопы у юных спортсменов *Материалы Международного научного конгресса «Стратегия развития спорта для всех и законодательных основ физической культуры и спорта в странах СНГ»*. Кишинев, 2008. С. 479-481.

3. Лазарева О., Рожкова Т. Основні причини порушень постави у спортсменів високої кваліфікації, що спеціалізуються у спортивних танцях *Молодіжний наук. вісник Східноєвропейського нац. ун-ту ім. Л. Українки*. Луцьк : Волинський нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2014. Вип. 15. С. 83–86.

4. Мелентьева Л. М. Физическая реабилитация детей при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта *Актуал. вопр. реабилитации в педиатрии : материалы юбилейной науч.-практ. конф.* СПб., 2006. С. 117–118.

5. Миронюк І., Гузак О. Особливості нефіксованих порушень опорно-рухового апарату юних спортсменів на сучасному етапі *Вісник Прикарпатського університету*. Серія: Фізична культура. 2019;34:87-93.

6. Неханевич О. Б., Криволап Н. В. Вплив тренувальних навантажень на морфологічну будову внутрішніх структур серця футболістів з проявами диспластичної кардіопатії *Морфологія*. 2014. Т. 8, № 1. С. 69–73.

7. Никитушкин В. Г. Теория и методика юношеского спорта: учебник: [монография]. М.: Физ. культура, 2010. 208 с.

8. Самойлюк О. Особливості фізичного розвитку хлопчиків 7-10 років, які займаються і не займаються спортом *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2019;4(98):106-10.

9.Строганов С. В. Профілактика порушень опорно-ресорних властивостей стопи юних баскетболістів. автореф. дис. на соискание учен. степени канд. наук по физ. воспитанию и спорту : спец. 24.00.01. К., 2019. 22 с.

ПОШИРЕНІСТЬ АУТИЗМУ В УКРАЇНІ ТА ЗАКАРПАТТІ ЗОКРЕМА

Боднар Н.Й

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра фізичної реабілітації

Ключові слова: аутизм, РАС, розлади аутичного спектру.

Аутизм – «хвороба номер один» за поширеністю у 21 столітті, причини якої невідомі. Саме так можна охарактеризувати нове для людства захворювання, про яке почали говорити лише наприкінці минулого століття.

Аутизм – це комплексне порушення розвитку, для якого властиві різноманітні прояви, що відзначаються з раннього віку і мають сталий перебіг. Симптоми зазвичай залишаються і в дорослих, хоча часто – у пом'якшеній формі. Одного симптому недостатньо для визначення діагнозу «Аутизм», потрібна наявність характерної тріади: вади соціальної взаємодії, порушеність взаємної комунікації, обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки.

Мета дослідження: дослідити динаміку розповсюдження аутизму в Україні та Закарпатті зокрема.

Матеріали та методи: статистичні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, Всесвітньої організації аутизму, Міністерства охорони здоров'я України, Департаменту охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації.

Результати дослідження

Раніше аутизм вважали рідкісним порушенням розвитку, але нещодавні дослідження показали, що це досить поширене явище. Згідно з першим офіційним звітом ВООЗ, розповсюдженість захворювання складала від 3 до 43 випадків на 10 тис. населення. Відтоді було проведено багато досліджень щодо розповсюдженості аутизму та РАС. Вона коливалася від 3,3 до 16,0 випадків на 10 тис. новонароджених.

Згідно з даними Всесвітньої організації аутизму (WAO), в 2009 році розповсюдженість аутизму становила 67 випадків на 10 тис., а за даними Агентства за контролем над захворюваністю США – 90 випадків на 10 тисяч.

За інформацією Міністерства охорони здоров'я України, захворюваність на аутизм за останні роки зросла у 2,5 рази. Показник розповсюдженості стабільно збільшується: 2007 рік – на 28,2%, 2008 рік – 32,0%, 2009 рік – 27,2%, 2010 рік – 35,7%.

Досліджуючи кількість дітей з діагнозом «Дитячий аутизм» на Закарпатті за період з 2009 до 2017 року, можемо спостерігати тенденцію до суттєвого збільшення кількості випадків взяття під нагляд дітей з відповідним діагнозом.

Так, у 2009 році було зафіксовано три першовиявлені випадки аутизму. З них одна особа проживала в сільській місцевості. Всі вони були віком до 14 років. На кінець звітного року під наглядом перебували вже 12 осіб, двоє з яких були з сільської місцевості. Дев'ять дітей були віком до 14 років, троє – від 15 до 17 включно. У 2010 році кількість нововиявлених осіб з аутизмом зменшилась на одну, тоді як кількість перебуваючих під наглядом збільшилась на три і становила 15 осіб.

У 2011 році кількість офіційно зареєстрованих випадків аутизму збільшилась на одну дитину і становила троє осіб віком до 14 років. Кількість тих, які перебували під наглядом на кінець звітного року становила 19 осіб, з них троє – сільські жителі, решта – міські. Серед цієї кількості 16 осіб були віком до 14 років та троє – 15-17

років. У 2012 році кількість дітей, у яких вперше діагностували аутизм, збільшилась більш ніж вдвічі та становила вісім осіб, шість з яких мешкали у сільській місцевості. На кінець звітнього року під наглядом перебували 28 дітей, 25 з них були віком до 14 років та троє мали 15-17 років. У 2013 році кількість першовиявлених випадків аутизму у дітей та таких, які перебували під наглядом на кінець року у порівнянні з минулим 2012 роком також збільшилась практично вдвічі і становила 15 та 56 осіб відповідно. Співвідношення сільських та міських жителів було приблизно 50:50. У 2014 році вперше аутизм було виявлено у 19 осіб, 13 з яких мешкали у сільській місцевості, 6 – у місті. Вперше аутизм було виявлено у однієї особи віком 15-17 років, 18 були віком до 14 років. Під кінець звітнього року під наглядом перебували 78 осіб з діагнозом «Аутизм», 70 з яких мали 14 років і менше та 8 осіб віком від 15 до 17 років. Трохи менше половини з них проживали у сільській місцевості. У 2015 році кількість першовиявлених випадків аутизму не змінилась та становила 19 осіб, четверо з яких проживали у селі, ще 15 мешкали у містах. Суттєво збільшилась кількість дітей віком 15-17 років і становила 8 осіб, тоді як дітей до 14 років було 11. Під наглядом на кінець 2015 року перебували 103 особи, 46 з яких проживали у селах, 84 дитини були віком до 14 років та 19 були старшими 15 років. У 2016 році вперше під нагляд було взято 20 осіб, 12 з яких проживали у сільській місцевості, 8 – у міській, 19 дітей були віком до 14 років, 1 – від 15 до 17 років. На кінець звітнього року під наглядом перебували 131 особа, 109 з яких мали менше 14 років, 22 – з 15 до 17 років.

За рік кількість осіб, яких вперше взято на облік, становить 48 дітей, 47 з яких мали 14 і менше років та одна дитина була віком від 15 до 17 років. На кінець звітнього року під наглядом перебували 182 дитини, 89 з яких проживали у сільській місцевості та 93 у містах. 153 дитини були віком до 14 років та 28 мали від 15 до 17 років.

Даних з 2016 року у відкритому доступі нема.

Висновки. Оскільки відкритих статистичних даних щодо захворюваності на аутизм у вільному доступі немає, то це свідчить про те, що хвороба ще не набула суспільної значущості. А це, в свою чергу, призводить до браку фахівців, які володіють новітніми методиками діагностики та лікування, відчувається нестача методичної літератури та інформації для батьків дітей з аутизмом та РАС.

Зрозуміло єдине: кількість дітей з підтвердженим діагнозом «Аутизм» та «Розлади аутичного спектру» невпинно зростає, проте реальну розповсюдженість захворювання в Україні та Закарпатті зокрема встановити неможливо. Це пов'язано як зі статистичною реєстрацією (кодування може проводитися за трьома класами хвороб МКХ-10 G, F, Q), так і з відсутністю діагностичних та методологічних підходів своєчасної діагностики. У більшості випадків, особливо дітям до трьох років, діагноз встановлюється синдромально – синдром затримки психічного та мовленнєвого розвитку, який може зберігатися до 6-7-річного віку. Подібна ситуація типова не тільки для України, а й для багатьох країн пострадянського простору.

Література:

1. Крутякова Е.Н., Студеникин В.М., Шамансуров Ш.Ш., Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями // Здоров'я України. – 2007. – № 18/1. – С. 42-43.
2. Марценковский И.А. Диагностика и лечение аутизма: требование клинического протокола // Материалы научно-практической конференции «Аутизм и расстройства аутистического спектра». – 2011.
3. Марценковский І.А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації / І.А.Марценковський, Я.Б.Бікшаєва, О.В.Ткачова. – К., 2009. – 46 с.

4. Национальный доклад о принятых мерах, направленных на осуществление Украиной обязательств в рамках Конвенции о правах инвалидов. К. – 2012 г.
5. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.
6. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. – Львів: Колесо, 2009. – 168 с.
7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. розлади спектру аутизму (розлади загального розвитку)
Феноменологія аутизму: Монографія. – К.: Видавництво “Фенікс”, 2010. – 320 с

ЕТАПНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ, ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ УРГЕНТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Співак А.П.

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Миронюк І.С.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Аспірант кафедри фізичної реабілітації

Ключові слова: реабілітація, етапна модель, ургентна хірургія, органи черевної порожнини.

Вступ. Відомо, що оперативне втручання на органах черевної порожнини, яке проводиться з приводу хірургічних захворювань або травми, суттєво впливає на діяльність дихальної, серцево-судинної, травної та інших систем організму [1, 2]. Особливо значні зміни в різних системах можуть спостерігатися після ургентних хірургічних втручань, коли період передопераційної підготовки пацієнта був відсутній [3]. Тому в сучасній хірургії впроваджено підхід активного ведення хворих після проведеного оперативного втручання, який включає різні рухові режими (кінезітерапію), засоби фізичної терапії та апаратної фізіотерапії [3, 4].

Необхідно враховувати також, що оперативні втручання при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини можуть супроводжуватися різними ускладненнями, які, без відповідного лікування та корекції, можуть призвести навіть до летального наслідку [3, 5].

Результати досліджень науковців та практиків свідчать, що, не дивлячись на широке застосування активної тактики ведення хворих після хірургічних операцій на органах черевної порожнини, і сьогодні спостерігаються такі ускладнення як запалення легень, тромбофлебіт глибоких вен гомілки, тромбоемболія легеневої артерії, спайкова хвороба у черевній порожнині, порушення перистальтики кишківника та інші ускладнення [2, 5, 7].

Тому, на сьогодні лікування хворих з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини проводиться комплексно і включає в себе, окрім власне оперативного втручання та медикаментозної терапії, і засоби фізичної терапії, які використовуються уже в ранньому післяопераційному періоді. При цьому важливо розуміти, що в переважній більшості хірургічних стаціонарів, які на сьогодні проводять екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини, послуги фізичної терапії в ранньому післяопераційному періоді може надавати медична сестра стаціонару [8].

Мета дослідження – розробити етапну модель реабілітації пацієнтів після перенесених ургентних хірургічних втручань на органах черевної порожнини в умовах багатопрофільної лікарні.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження виступила система надання реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічного профілю. Предмет дослідження – організація реабілітаційної допомоги в післяопераційному періоді пацієнтам, що перенесли ургентні хірургічні втручання на органах черевної порожнини. В дослідженні було використано наступні методи: бібліосемантичний, описового моделювання та системного аналізу і підходу.

Результати досліджень.

В умовах становлення реабілітаційної галузі як складової системи охорони здоров'я країни важливим є забезпечення її ефективного функціонування на перехідному етапі. На сьогодні система реабілітаційної допомоги населенню має не лише дефіцит підготовлених фахівців – членів мультидисциплінарних реабілітаційних команд, але і поки не створено в організаційній структурі закладів охорони здоров'я інституційних можливостей реалізації комплексних реабілітаційних послуг на засадах мультидисциплінарного підходу [9]. Зважаючи на ситуацію, що склалася є необхідність впровадження етапних моделей реабілітації пацієнтів в залежності від їх місця лікування і спроможності закладів охорони здоров'я до надання тих чи інших послуг реабілітації та відновного лікування. Так, на сьогодні, значна частка закладів охорони здоров'я (особливо, малопотужних районних і міських лікарень) не мають у своєму складі не лише спеціалізованих реабілітаційних відділень або відділень відновного лікування, але і фахівців реабілітаційного напрямку (лікарів фізичної і реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, медсестер з реабілітації та інших).

Потреба розробки і реалізації таких етапних моделей є і для забезпечення ефективної реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічного профілю, які перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини. Так, у випадку відсутності у закладі охорони здоров'я, що надає екстрену хірургічну допомогу, спеціалістів реабілітаційного напрямку є необхідність забезпечення реабілітаційних заходів під час перебування пацієнта в хірургічному стаціонарі силами медичних працівників даного стаціонарного відділення. В такому випадку впроваджується етапна модель реабілітації пацієнтів після перенесених ургентних хірургічних втручань на органах черевної порожнини. А саме, на першому (ранній післяопераційний період, період перебування пацієнта в хірургічному стаціонарі) силами медичних працівників даного відділення реалізується уніфікована програма реабілітації без визначення індивідуальних реабілітаційних цілей. Така програма має бути направлена в першу чергу на профілактику післяопераційних ускладнень та відновлення функціонування основних органів і систем. Зокрема, уніфікована програма етапно або паралельно повинна бути спрямована на: відновлення фізіології дихальної системи і профілактики пневмонії; профілактика тромбоемболії глибоких вен нижніх кінцівок і тромбоемболії легеневої артерії; профілактики спайкового процесу у черевній порожнині та покращення перистальтики кишківника. Звичайно, така уніфікована програма в кожному конкретному випадку може бути доповнена або адаптована під індивідуальні особливості стану здоров'я пацієнта або перебігу післяопераційного періоду. На другому етапі, після виписки пацієнта з хірургічного стаціонару, уже впроваджується індивідуальний план реабілітації, з визначеними індивідуальними цілями реабілітації. Даний етап реалізується або мультидисциплінарною реабілітаційною командою або фахівцем з реабілітації (фізичним терапевтом, медичною сестрою з реабілітації і т.д.) в спеціалізованих реабілітаційних відділеннях або на рівні громади за місцем проживання пацієнта.

Висновки.

На сучасному етапі становлення реабілітаційної галузі в країні є необхідність впровадження етапних моделей реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені

хірургічні втручання на органах черевної порожнини. На першому етапі реалізуються уніфіковані програми реабілітації з чіткими загальними цілями безпосередньо в хірургічному стаціонарі, на другому етапі реалізується комплексний підхід силами мультидисциплінарних реабілітаційних команд з метою досягнення індивідуальних реабілітаційних цілей пацієнта.

Література

1. Клапчук В.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. М.: Здоровья, 1995: 312.
2. Мурза В.П. Фізична реабілітація в хірургії. Навчальний посібник. К.: Науковий світ, 2008: 246 с.
3. Сидоренко А.С. Профилактика послеоперационных осложнений. Библ. практ. врача, хирургия. М.: Здоровье, 1983: 104.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2005: 472.
5. Павловский Д.П. Профилактика послеоперационных тромбоэмболических осложнений. Хирургия. 1977; 5.: 124-130.
6. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости: Олимпийская литература. 2003: 224.
7. Маят В.С. Сердечно-сосудистые и легочные осложнения после абдоминальных операций у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия. 1974;6.: 134-138.
8. 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; (62): 75-82.
9. Spivak A. P. ORGANIZATIONAL MODEL OF A MULTIDISCIPLINARY APPROACH AT THE STAGE OF THE ESTABLISHMENT OF A NEW REHABILITATION SYSTEM IN UKRAINE / 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. Pishkovtsi, A. O. Keretsman, O. V. Zhdanova, I. S. Myronyuk, A. P. Spivak, K. S. Barannik. Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 150-165.

ДИНАМІКА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ УСКЛАДНЕНОГО НЕГЛЕКТОМ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Дідо Ю.М.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дуло О.А.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Аспірант кафедри фізичної реабілітації

Актуальність теми. Залежно від локалізації і розміру морфологічних змін мозку, отриманих при інсульті, клінічна картина і рухові розлади можуть суттєво варіювати [1]. Рухові розлади в гострому періоді розвиваються в 75% хворих, а через півроку стійкий руховий дефект зберігається в 53% пацієнтів. Синдром неглекта спостерігається при великих пошкодженнях задніх (тім'яних аботім'янопотиличних) областей переважно правої півкулі [2, 3]. Наявність неглекту в пацієнтів після інсульту впливає на якість реабілітації. Враховуючи вищенаведене, важливим завданням є покращення результатів фізичної терапії та ерготерапії пацієнтів після інсульту та з неглектом.

Мета роботи. Визначити ефективність впливу модифікованої комбінованої програми фізичної терапії та ерготерапії на показники сенсомоторного відновлення

верхньої кінцівки пацієнтів із гострим порушення мозковим кровообігом (ГПМК) у правій гемісфері головного мозку за ішемічним типом ускладненим неглектом.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження були включено 58 пацієнтів з діагнозом ГПМК у правій гемісфері головного мозку за ішемічним типом ускладненим неглектом. Пацієнти були рандомізовані на основну (ОГ) та контрольну групу (КГ). Пацієнти КГ отримували програму фізичної терапії, котра включала PNF, тренування балансу, ерготерапевтичне втручання, вправи для розвитку дрібної моторики. Для пацієнтів ОГ використовували PNF (патерни лопатки, верхньої кінцівки), рухову терапію вимушеним обмеженням (СІМТ) та подвійні завдання. Втручання включало вправи для відновлення балансу сидячи та стоячи. Також застосовували методи спрямовані на корекцію неглекту (стимуляцію ураженої сторони, залучення ураженої сторони в повсякденну діяльність, цілеспрямована терапія). У обох групах терапія проводилася 5 днів на тиждень $14 \pm 4,2$ дні, а згодом у термін до трьох місяців 3 рази на тиждень. Через три місяці проводили повторне підсумкове обстеження. Порівняння ефективності програми фізичної терапії та ерготерапії КГ та ОГ здійснювалося за допомогою шкали NIHSS, шкали коми Глазго та тесту Альберта. Динаміку показників сенсомоторного відновлення верхньої кінцівки оцінювали за шкалою Fugl-Meyer.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до Шкали NIHSS середнє значення у пацієнтів КГ склало $8,41 \pm 2,31$ бала при значенні Me (25%; 75%) на рівні 9 (7;10) балів, а у пацієнтів ОГ аналогічні показники склали $8,90 \pm 2,27$ бала та 9 (7,5;10) балів, $p > 0,05$. Відповідно до Шкали коми Глазго значення Me (25%; 75%) у пацієнтів КГ склали 13 (10;13), а в ОГ встановлені на рівні 12 (10,5;13) балів, $p > 0,05$. Показники тесту Альберта у пацієнтів КГ $18,28 \pm 4,82$ балів, у пацієнтів ОГ $18,41 \pm 4,31$ балів з максимальних 39 балів. Показники сенсомоторного відновлення за Fugl-Meyer у КГ та ОГ також статистично не відрізнялися при першому обстеженні.

Статистичний аналіз заключних показників шкали Fugl-Meyer підтвердив, що ОГ мала достовірні переваги у всіх досліджуваних показниках моторного компоненту (проксимальна частина руки, кисть та променево-зап'ястковий суглоб і загальний бал верхньої кінцівки), а також ряді показників пропріоцептивної чутливості (плечовий суглоб, пальці кисті, великий палець кисті та загальної чутливості верхньої кінцівки), табл. 1.

Висновки. Статистичний аналіз показників шкали Fugl-Meyer підтвердив достовірно кращу ефективність програми фізичної терапії та ерготерапії, котру отримували пацієнти ОГ. Зокрема заключні результати моторного компоненту кисті та променево-зап'ясткового суглобу пацієнтів КГ були отримані на рівні $16,53 \pm 4,20$ бала з можливих 30, а у пацієнтів ОГ $20,00 \pm 4,69$ бала ($p < 0,01$).

Таблиця 1

Заклучні показники сенсомоторного відновлення верхньої кінцівки за Fugl-Meyer у групах обстежених пацієнтів (n=58)

Пункти		Групи		
			КГ (n=29)	ОГ (n=29)
Моторний компонент	Проксимальна частина руки	Me (25%;75%)	24 (18;27)	30 (25;31,5)**
		$\pm S$	$22,81 \pm 5,42$	$27,72 \pm 5,00$
	Кисть та променево-зап'ястковий суглоб	Me (25%;75%)	17 (12;21)	21 (15;24,5)**
		$\pm S$	$16,53 \pm 4,20$	$20,00 \pm 4,69$
	Загальний бал верхньої кінцівки	Me (25%;75%)	41 (33,5;47)	49 (45;54,5)
		$\pm S$	$39,34 \pm 8,36$	$47,72 \pm 8,81$ **

Баланс		Me (25%;75%)	11 (8;11)	12 (9,5;12,0)**
		±S	9,78±1,72	10,79±2,30
Пропрієцептивна чутливість	Плечовий суглоб	Me (25%;75%)	2 (1;2)	2 (2;2)*
		±S	1,52±0,51	1,83±0,38
	Ліктьовий суглоб	Me (25%;75%)	2 (1;2)	2 (1;2)
		±S	1,66±0,48	1,72±0,45
	Променево-зап'ястковий суглоб	Me (25%;75%)	2 (1;2)	2 (1;2)
		±S	1,55±0,51	1,59±0,50
	Пальців кисті	Me (25%;75%)	1 (1;2)	2 (1;2)*
		±S	1,31±0,47	1,59±0,50
	Великий палець кисті	Me (25%;75%)	1 (1;2)	2 (1;2)*
		±S	1,34±0,48	1,62±0,49
	Загальна чутливість верхньої кінцівки	Me (25%;75%)	13 (11;16)	16 (15;18)
		±S	13,36±3,10	16,29±3,06**

Примітка: * – різниця між показником статистично значуща порівняно з контрольною групою $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Список використаної літератури:

1. Закаляк Н.Р., Спринська О.М. Роль лікувальної гімнастики у відновленні рухової функції верхньої кінцівки у хворих з післяінсультними геміпарезами. // Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії: матеріали III Всеукраїнської заочної науково-практичної інтернет-конференції / відповід. ред. Я. М. Копитіна ; наук. ред. М. О. Лянной. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. – 220 с.
2. Русских О.А., Перевошиков П.В., Бронников В.А. Синдром игнорирования (неглекта) у постинсультных пациентов и возможности нейропсихологической реабилитации.// КОМПЛЕКСНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА: ПСИХОЛОГИЯ: Материалы VII сибирского психологического форума/ под ред. О.М.Красноярцевой. – Томск : Издательский Дом Томского государственного университета, 2017. – Ч. 2. Здоровье человека на пути к постинформационному обществу. – 180 с.
3. Мироненко Т.В., Василенко В.Н., Ковалик В.С. Синдром неглекта у пациентки, перенесшей кардиоэмболический инсульт. ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск.// Университетская клиника. – 2017. – Том 13. – № 1.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗУМІННЯ ПАТЕРНІВ РУХУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Петруніна В.В.

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Миронюк І.С.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Аспірант кафедри фізичної реабілітації

Ключові слова: патерни руху, реабілітація, інсульт, гострий період

Вступ. Відомо, що рання активізація хворого після перенесеного ішемічного інсульту є запорукою повноцінного функціонального відновлення, під яким розуміють досягнення оптимального фізичного стану, в тому числі функціональної, когнітивної, емоційної та соціальної активності [1, 2]. На жаль у 50% хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу має місце тривале обмеження функцій, а 25% – досягають неповного функціонального відновлення [1]. На сьогоднішній день найбільш поширеним підходом у відновному лікуванні і реабілітації пацієнтів після перенесеного інсульту головного мозку є позиція, що активна фізична терапія не бере участь у процесі лікувального впливу перші 24 години перебування в стаціонарі, інколи і перші кілька днів. Все, що робиться в

стаціонарі протягом цього періоду (гострого періоду інсульту) називається ранніми протоколами мобілізації. Одним з найбільш потужним інструментом функціонального відновлення у хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу є рання вертикалізація, яка дозволяє запобігти розвитку імобілізаційного синдрому – симптомокомплексу вегетативно судинної недостатності з проявами церебральної гіперфузії та вегетативної дисфункції [3]. Однак, при некоректному ортостатичному навантаженні можливе виникнення гемодинамічних порушень, аж до фатальних. Тому, раніше вертикалізація хворих, які перенесли інсульт, була можлива тільки за умови відновлення рівня свідомості і стабілізації стану. Після появи обладнання типу поворотного столу та портативних пристроїв для вітального моніторингу ці обмеження перестали бути критичними і, як наслідок, стала можливою вертикалізація з перших днів після інсульту [4]. Важливим є розуміння, що як вертикалізація, так і інші підходи ранньої мобілізації засновані на концептуальному розумінні нейропластичності головного мозку та формування патернів руху у гострому періоді неврологічної реабілітації.

Мета дослідження: проаналізувати сучасний погляд на механізми нейропластичності та формування спрощених цілісних патернів руху як основи ранньої неврологічної реабілітації у осіб, що перенесли гострий ішемічний інсульт головного мозку

Матеріали та методи. Структурно-логічний аналіз і узагальнення даних науково-методичної літератури та інформації всесвітньої інформаційної мережі Інтернет.

Результати та їх обговорення. Нейропластичність – це здатність мозку формувати нові нейронні зв'язки, засновані на досвіді. Загалом, нейропластичністю називають здатність мозку видозмінювати свої структури, як реакцію пристосування у відповідь на зміну зовнішнього середовища, життєдіяльності чи пошкодження. Вона лежить як в основі діяльності мозку здорових осіб, так і в основі відновлення функцій при пошкодженні тих чи інших ділянок мозку. В останні роки було доведено, що мозок постійно формує нові зв'язки, що стало основою нового розуміння відновлення пацієнтів після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу або травми головного мозку. Цікавим є те, що спроможність мозку, або стиглість мозку продемонструвати цю здатність, є найвищою саме після пошкодження.

Нейропластичність може бути позитивною або негативною. При позитивній нейропластичності, яким би не був попит, саме туди мозок буде направляти більшість ресурсів. За ідеальних обставин не пошкоджені нейрони, які розміщені навколо ділянки, де є пошкоджені нейрони, – це ті нейрони, які є найбільш ідеальними для надсилання ресурсів або вирощування аксональних зв'язків для з'єднання з деякими з цих пошкоджених нейронів. Оскільки мозок контролює тіло, є сенс активності лише тоді, коли задіяні нейрони є з тієї сторони мозку, яка розміщена найближче до цієї пошкодженої області. Це в ідеальних обставинах. Завдяки використанню спрощених цілісних патернів руху, позитивна динаміка яких демонструє зворотній зв'язок і аксональне проростання або проростання аксона з оточуючих нервів, щоб забезпечити ці пошкоджені нерви, які керують незадіяною кінцівкою.

При негативній нейропластичності обмежується задіяна рука, робиться все незалученою до патологічного процесу або сильною рукою: купання, їжа, одягання, догляд, підняття чашки і т.д. - все 24 години на добу з незалученою рукою. При цьому відбувається те, що здорові нейрони на пошкодженій стороні мозку вважають, що їм потрібна допомога, тому вони намагатимуться в основному підключитися до цих нейронів у пошкодженій ділянці мозку. Мозок починає надсилати більше ресурсів до цієї області. І ми визначаємо це як протилежний аксон, що проростає там, де аксон проростає з потрібної сторони до неушкодженої частини мозку.

Ці спрощені цілісні патерни руху стосуються і нижньої кінцівки, стоячи на сильній нозі кожного разу, дозволяючи задіяній ділянці робити те: можна триматися збоку, не рухатись, не дозволяючи, в основному ходити рухатися на враженій нозі. Перехід до використання незадіяної руки і незадіяної ноги, і відмова використання задіяної руки і задіяної ноги. Це діяльність, яку потрібно повторюється знову і знову.

Завдяки спрощеному цілісному патерну початку нормального руху, пацієнт починає повторення через незадіяну руку та незадіяну ногу. Існують підходи, ідея яких полягає у рекомбінації руху велосипеда або присідання. Метою є зміцнити міцну ногу, оскільки вона може виконувати більшу частину роботи. На нашу думку, ідея зміцнення міцної руки та міцної ноги немає сенсу. Потрібно вимагати від пошкодженої частини мозку здорових нейронів для забезпечення пошкодженої частини мозку, примусовим використанням задіяної руки та задіяної ноги. Якщо здається, що прогрес сповільнюється просто тому, що це займає більше часу, виховується застосовується підхід залучення задіяної ноги/руки в спрощених цілісних патернах руху.

Висновок. Спрощенні цілісні патерни руху з примусовим використанням задіяної руки та задіяної ноги є можливість за діяння механізмів нейропластичності головного мозку в підходах до ведення гострого періоді неврологічної реабілітації пацієнтів, що перенесли гостий ішемічний інсульт.

Література

1. Coleman ER, Moudgal R, Lang K, Hyacinth HI, Awosika OO, Kissela BM, et al. Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Curr Atheroscler Rep.* 2017 Nov 7; 19(12): 59.
2. Bernhardt J, Godecke E, Johnson L, Langhorne P. Early rehabilitation after stroke. *Curr Opin Neurol.* 2017 Feb; 30(1): 48–54.
3. Daunoraviciene K, Adomaviciene A, Svirskis D, Griškevičius J, Juocevicius A. Necessity of early-stage verticalization in patients with brain and spinal cord injuries: Preliminary study. *Technol Health Care.* 2018; 26 (S2): 613–23.
4. Treger I, Shafir O, Keren O, Ring H. Cerebral blood flow velocity during postural changes on tilt table in stroke patients. *Eura Medicophys.* 2005 Dec; 41(4): 293–6.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦД II ТИПУ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ Федюніна Є.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Філак Ф.Г.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Аспірант кафедри фізичної реабілітації

Ключові слова: Цукровий діабет, гіперглікемія, реабілітація, фітотерапія, гадючник в'язолистий, *Filipendula ulmaria*.

Вступ. Цукровий діабет визнано неінфекційною епідемією. На сьогодні кожна десята людина в світі хворіє на цукровий діабет (ЦД). Хвороба має тенденцію до поширення: у 2000 році вона забрала життя майже 1 млн людей, а в 2016 році від цукрового діабету у світі померло вже 1,6 млн людей. Щороку хвороба забирає життя у 40 000 українців. Крім того, діабет став сьомою найважливішою причиною інвалідності в Україні та погіршення якості життя. Тому наразі гостро стоїть питання пошуку підвищення ефективності лікування.

При всіх успіхах в діагностиці та лікуванні цукрового діабету гострота проблеми в 21 столітті не зменшується, а навпаки, зростає. При оцінці доцільності способів фармакотерапії метаболічного синдрому Н. Ю. Калгіна та Г. А. Базанов (2008) встановили, що бета-адреноблокатори і тiazидові діуретики, які широко застосовується для лікування артеріальної гіпертензії, викликають прогресування інсулінорезистентності тканин. Тому пошук альтернативних засобів реабілітації є актуальним.

Існує багато експериментальних і клінічних даних щодо використання препаратів рослинного походження в лікуванні цукрового діабету та його ускладнень. Одним із препаратів рослинного походження, що має виражену протидіабетичну та антиглікемічну дію є настій гадючника в'язолистого. У протоколах лікування діабету фітотерапія використовується рідко, у лікувальних державних закладах застосовується мало, в основному терапія цього захворювання ведеться фармакологічними препаратами, тому дія фітотерапії вивчена недостатньо.

Мета. Вивчити вплив фітотерапії (настій квітів гадючника в'язолистого) на хворих цукровим діабетом II типу в умовах поліклініки.

Матеріали та методи. Анкетування та опитування, вивчення амбулаторних карт пацієнтів, тонометрія. Для оцінки динаміки хвороби використовували аналіз крові та сечі на цукор, глюкозотолерантний тест.

Результати. Відновне лікування метаболічного синдрому може бути досягнуто у випадку, коли реабілітаційні заходи будуть працювати в комплексі, що значно підвищує ефективність сумарної направленої дії терапії, швидкість одужання та повернення до звичного режиму життя та праці.

Дослідження проводились на базі терапевтичного відділення Ужгородської міської поліклініки. У дослідженні приймали участь 30 хворих на ЦД II типу віком від 45 до 55 років. Із них 19 жінок та 11 чоловіків, які перебували на лікуванні у поліклініці у терапевтичному відділенні. 70% хворих мали сухість у роті, сухість шкіри, полідипсію та поліурію. Усім пацієнтам діагностували середній ступінь важкості перебігу ЦД, вони мали супутні захворювання: у 12 пацієнтів була гіпертонія (33% від всієї групи мали гіпертонію I ступеня, а 6,7% гіпертонію II ступеня), у 40% пацієнтів був холецистит, 30% мали панкреатит. Всі пацієнти мали такі симптоми як: слабкість, в'ялість, швидка стомлюваність. Лікування тривало три місяці, терапія настоем гадючника в'язолистого проводилася три неділі з наступним перервою в одну неділю, далі курс продовжувався три неділі і знову перерва одну неділю, далі третій етап курсу терміном у три неділі. Пацієнти приймали настій 3 рази на добу за 20 хвилин до їжі. Настій готувався із розрахунку 5 г (1 столова ложка) на 200 мл води. Разом з фітотерапією та медикаментозним лікуванням пацієнти тримали дієту столу №9 (знижена енергоцінність завдяки зменшення кількості легкозасвоюваних вуглеводів та тваринних жирів. Вміст білків в межах. Виключено цукор та будь-які солодощі. Обмежується кількість солі та продуктів, багатих на холестерин. Збільшена кількість продуктів, що містять ліпотропні речовини, вітаміни, харчові волокна. Режим харчування відповідає 5-6 прийомам їжі протягом доби). Фіксування показників глюкози в крові та сечі (при глюкозотолерантному тесті), вимірювання тиску проводилися раз на одну неділю.

На початку дослідження усереднений рівень глюкози у крові складав 9,7 ммоль/л, усереднений показник глюкози у сечі 0,8%. Після проведення комплексної терапії, яка включала фармакологічні засоби, дієту та фітотерапію, були отримані наступні дані: усереднений показник глюкози у крові знизився до 6,4 ммоль/л (при нормі 3,3-5,5 натщесерце), усереднений показник вмісту цукру у сечі знизився до 0,3%. 83% пацієнтів, які мали до початку експерименту діагноз гіпертонія, на кінець дослідження мали в нормовані величини систолічного та діастолічного артеріального

тиску. В усіх пацієнтів зникли супутні симптоми, такі як: полідипсія, поліурія, сухість в роті, поліпшився психоемоційний стан, зникла в'ялість та швидка втомлюваність. Отримані дані свідчать про нормалізацію метаболічних функцій, стабілізацію механізмів обмінних процесів.

Висновки. Фітотерапія є методом фізичної реабілітації. Завдяки багатому хімічному складу та широкому спектру терапевтичної дії її можна розглядати як ефективний напрямок терапії, що має конкретний цілющий вплив на організм. Настій гадючника в'язолистого в експерименті проявляє антигіперглікемічні та протидіабетичні властивості. Одним із механізмів протидіабетичної дії є відновлення здатності реагувати викидом інсуліну на підвищення концентрації глюкози в крові при глюкозотолерантному тесті.

Бажаність систематичного вивчення протидіабетичних властивостей фітотерапії очевидна.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ МОЛОДІ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Грига М.М

Науковий керівник: к. н. фіз.вих. і .с. Філак Я.Ф.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Аспірант кафедри фізичної реабілітації

Ключові слова: шийний відділ хребта, опорно-руховий апарат, лікувальна гімнастика, фізіотерапія

Вступ: Остеохондроз хребта є одним з найбільш розповсюджених захворювань нашого століття, що набуло вражаючого розповсюдження, воно полягає у дегенеративно-дистрофічному ураженні міжхребцевих дисків. Процес починається в пульпозному ядрі диску, потім переходить на всі його елементи, в подальшому уражуючи весь сегмент: тіла межуючих дисків, міжхребцеві суглоби та зв'язковий апарат. Існує понад 10 теорій, що пояснюють виникнення остеохондрозу хребта.

Сучасна людина відрізняється малорухливим, сидячим засобом життя. Перехід на дистанційне навчання, зумовлений пандемією, став неочікуваним та доволі серйозним випробуванням для всіх учасників освітнього процесу - освітян, вчителів, учнів та їхніх батьків. Після тимчасової розгубленості всім довелось прийняти цей виклик та швидко адаптуватись до нових реалій, але питання розвитку дистанційної освіти набуло неабиякої актуальності. Але окрім позитивних, дистанційне навчання має ще й негативні аспекти. Вимушена поза з нахилом уперед вносить зміни в конфігурацію хребетного стовпа і призводить до звуження грудної клітки, що відбивається на заповненні шлуночків серця кров'ю і серцевому ритмі. Нерухоме положення молодих осіб протягом тривалого часу є причиною порушення мікроциркуляції крові. При тривалому навантаженні на хребет в ньому розвиваються дегенеративно-дистрофічні зміни, в першу чергу в міжхребцевих дисках. Вимушене положення може стати чинником порушення метаболізму та гіпоксії у м'язах, зв'язках хребта сприяє виникненню остеохондрозу, утрудненого дихання (іонізоване повітря викликає сухість слизових оболонок, грудна клітка знаходиться у стиснених умовах), захворювань кистей рук. На думку багатьох великих фахівців 60-70% здоров'я людини залежить від її способу життя. Це дуже наочно показують і захворювання шийного відділу хребта

Шийний відділ хребта є найбільш мобільним, шия знаходиться майже в постійному русі, обслуговуючи не тільки опорно-рухову функцію голови, але й органів відчуттів (зору, слуху, нюху). Якщо вважати що функція хребта складається з

забезпечення станового навантаження і рухів, то на шії головним навантажувальним фактором є велика рухливість. Обмеження цієї функції з лікувальною метою - це важлива, але важко здійсненна задача. поєднання, може вказувати на протрузію диска.

Мета дослідження: науково обґрунтувати ефективність застосування фізичної терапії у реабілітації молоді з захворюванням шийного відділу хребта.

У завдання дослідження входило:

1. Аналіз доступної медичної літератури та визначити основні причини виникнення остеохондрозу шийного відділу хребта у молодих осіб.
2. Скласти програму фізичної терапії і при остеохондрозі шийного відділу хребта та перевірити ефективність запропонованої програми

Матеріали та методи: опитування, спостереження, оцінка відчуття болю у шийному відділі хребта за 10 бальною шкалою, метод математичної статистики.

Результати дослідження Нами було проведено дослідження у 30 молодих людей віком від 18 до 24 років, з них 20 чоловіків і 10 молодих жінок. У всіх при амбулаторному обстеженні діагностовано остеохондроз шийного відділу хребта. 66,7% пацієнтів вважають, що захворювання для них виявлено вперше, 30% підтвердили що захворювання опорно-рухового апарату шийного відділу хребта є наслідком їх давніх проблем з шиєю, дискомфорт в якій вони відчували і раніше. За даними опитування практично всі хворі 100,0% скаржилися на болі або дискомфорт в шийному відділі хребта. Болі в грудному відділі відзначали 60% пацієнтів. Обмеження рухливості в шийному відділі хребта відзначали 90,0% молоді. Пальпаторну болючість окремих м'язів шії, плеча, а саме трапецієподібного, дельтоподібного, двоголового м'язу плеча відзначали також 90,0% пацієнтів. Головні болі відзначали 60,0% молоді хворих на остеохондроз шийного відділу хребта.

Фізична терапія включає в себе лікувальну гімнастику, лікувальний масаж, гідромасаж, обгортання і компреси з використанням парафіну, магнітотерапію. Ефекти від цих впливів доповнюють ефекти лікарської терапії, сприяють профілактиці загострень в період ремісії, володіють також позитивним психологічним впливом. Магнітотерапія сприяє зниженню запального процесу, здатна швидко і ефективно прибрати пекучі болі в області шії. Тривалість відновного лікування становило 1 місяць.

В результаті проведених реабілітаційних заходів відзначається позитивна динаміка клінічних показників. Найбільш виразним є зменшення больового симптому в шийному відділі хребта яке відзначали 30,0% молоді. Обмеження рухливості в шийному відділі хребта після реабілітації відзначали лише 20,0% пацієнтів. Пальпаторну болючість окремих м'язів шії, плеча після комплексу реабілітаційних заходів відзначали відповідно 13,3% молодих осіб.

Висновки. Таким чином удосконалена нами програма фізичної реабілітації є ефективною у відновному лікуванні даної категорії пацієнтів.

Література:

1. Герцик А. М. Створення програм фізичної реабілітації/терапії при порушеннях діяльності опорно-ухового апарату / Андрій Герцик // Слобожанський науково-спортивний вісник. - Харків : ХДАФК, 2016. - № 6(56). - С. 37-45.
- 3 Основи фізичної реабілітації: навч.-метод. посіб. / М.Є. Чайковський.-К.: Університет «Україна», 2014.-282.
- 4.Травматологія та ортопедія: підручник для студ. Вищих мед. Навч. Закладів / за ред.: Голки Г.Г., Бур'янова О.А., Климовицького В.Г. - Вінниця: Нова Книга, 2014. - 416 с.

ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ

Гегедош К.А.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Філак Ф.Г.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Аспірант кафедри фізичної реабілітації

Ключові слова: Аутизм, аутичні прояви, лікувальна гімнастика, фізичні вправи.

Вступ. Аутизм – це захворювання, пов'язане з порушенням соціальної адаптації дитини, мовних функцій та психічного розвитку. Хвороба виникає через неможливість злагодженої роботи різних частин мозку. Рання діагностика та подальше лікування дозволяє поступово реалізувати власний потенціал, покращити фізичну працездатність та соціалізувати дитину. Постановка діагнозу ґрунтується на наявності трьох основних якісних порушень: недолік соціальної взаємодії, недолік взаємної комунікації, наявність стереотипних форм поведінки: розмахування руками, жестикулювання, вибірковість у виборі їжу, іграшок та одягу. Також аутичні прояви проявляються у вигляді сенсорних перенавантажень: знижена або підвищена чутливість до звуків, запахів, світла, дотиків, температури. Прояви хвороби залежать від загальних рис індивідуального розвитку і виявляються у різних ситуаціях. Вони можуть відрізнятися за ступенем вираженості, але є обов'язковими при даному захворюванні.

Методи лікування аутизму, що мають на меті корекцію поведінки в соціумі і підвищення його комунікативних можливостей, включають в себе АВА-терапію (прикладний аналіз поведінки), структуроване навчання ТЕАССН, праце- чи ерготерапію, сенсорну стимуляцію та інтеграцію, логопедію, розвиваючу, ігрову та візуальну терапію. Кожен з цих терапевтичних підходів підбирається індивідуально, а комбінувати можна далеко не всі з вище наведених. Поведінкова терапія в вигляді спеціальних комплексів та регулярних занять завжди приносить відчутні позитивні результати.

Мета дослідження – вивчити вплив занять лікувальною гімнастикою у дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру та оцінити її ефективність.

Матеріали та методи - теоретичний аналіз і узагальнення сучасної фахової літератури з досліджуваної проблеми, вивчення амбулаторних карт пацієнтів, педагогічне спостереження.

Результати дослідження: Дослідження проведено у 20 дітей віком від 6 до 8 років з аутичними проявами. Серед них було 13 хлопців та 7 дівчат. Заняття проводилися в кабінеті лікувальної фізкультури, тривалість занять по 30 хвилин через день, 3 рази на тиждень. Запропонована програма лікувальної гімнастики для дітей з аутичними проявами була розроблена на довготривалий період, адже досягнути максимальної ефективності можна після регулярно проведеної тривалої реабілітації. У зв'язку з важкою епідеміологічною ситуацією, курс лікувальної гімнастики триває близько 3 місяців, але уже за цей період у дітей спостерігаються покращення, хоч і незначні. Лікувальна гімнастика була направлена підвищення активності і фізичної працездатності дітей з аутичними проявами, на координацію, рівновагу та емоційний стан. Проведення будь яких занять з лікувальної гімнастики для дітей з аутичними проявами не можливе без попередньої психолого-корекційної роботи. У програму лікувальної гімнастики ми включали також методики поведінкової терапії, мовного розвитку. За допомогою спеціально підібраних вправ ми мали можливість коригувати дефекти мовного і фізичного розвитку, знизити тривожність, активізувати

контактність з навколишнім світом. Лікувальна гімнастика для дітей з аутизмом вирішувала не тільки чисто фізичні проблеми, але:

- розвивала здатність до імітації (наслідування);
- стимулювала дітей до виконання різних інструкцій;
- формувала навички довільної організації дитиною рухів власного тіла;
- виховує комунікативні навички і здатність до взаємодії всередині колективу.

Крім того, правильно підібрана лікувальна гімнастика допомагає навчити дитину виконувати певні дії без сторонньої допомоги. Також при організації ЛФК з дітьми широко використовується ігровий метод. В ігровій діяльності створюються сприятливі умови для розвитку уваги, сприйняття, пам'яті, орієнтування в просторі, уточнення і розширення наявних понять. У рухливій грі взаємодіють два компоненти: зорово-слухове сприйняття і моторне виконання. Правила гри обумовлюють необхідну просторову орієнтацію дітей. В той же час несподівана зміна ігрової ситуації порушує план дій і вимагає від дитини перемикання, що необхідно для правильного орієнтування в подальшій грі.

Рухливі ігри формували у дітей вміння знаходити найбільш вдалий спосіб дії з урахуванням ігрової обстановки і необхідності досягти поставленої мети. Від нього вимагається проявити спритність, витримку, терпіння, винахідливість. Граючи, діти мимоволі враховують розташування предмета або людини, його близькість або віддаленість, завдяки чому розвивається окомір і просторово-зорово-слухова орієнтація. Важливим в процесі занять було міняти намічений план та дозування окремих вправ, не застосовувати стандартні комплекси, щоб діти займалися лікувальною гімнастикою не по примусу, а за бажанням.

При застосуванні методу лікувальної гімнастики слід дотримуватися наступних принципів тренування:

1. Індивідуалізація в методиці і дозуванні фізичних вправ залежно від особливостей і стану організму дитини.
2. Регулярність впливу, тому що тільки регулярне застосування фізичних вправ забезпечує розвиток функціональних можливостей організму.
3. Наростання фізичного навантаження в процесі тренування.
4. Різноманітність і новизна в підборі і застосуванні фізичних вправ.

Висновки. Отже, правильно спланована програма лікувальної гімнастики для дітей з розладами аутистичного спектру сприяє покращенню дрібної моторики, фізичного розвитку, підвищенню контактності, взаємодії з реабілітологом, батьками та іншими дітьми. Таким чином, фізичні вправи стають для дитини відмінною можливістю для практики соціальних навичок.

МЕТОДИ ЗАПОБІГАННЯ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ У ЮНИХ ГІМНАСТОК

Семенюк М. С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Філак Ф.Г.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Аспірант кафедри фізичної реабілітації

Ключові слова: спортсмени, гімнасти, фізична терапія

Вступ. Багаторічна підготовка гімнасток - це педагогічний процес, єдина система, із властивими їй особливостями. Тому дуже важливо забезпечити послідовність та взаємозв'язок завдань, засобів і методів тренувального процесу на всіх його етапах. Кожний етап багаторічної спортивної підготовки характеризується поступовим ускладненням завдань, які вимагають високої технічної підготовленості

дівчаток, що в свою чергу значно збільшує навантаження з віком. Цей фактор вимагає надійності в роботі гімнасток, у тому числі й у роботі із предметами. Узагальнюючи вище сказане, можемо стверджувати, що етапи початкової підготовки та попередньої базової підготовки є найбільш важливими у підготовці гімнасток до виконання вправ із предметами. У даний період навантаження не дуже інтенсивні, що дозволяє тренеру розвивати у спортсменок якості, які позитивно впливають на роботу з предметами. Загальнопідготовчі етапи підготовчого періоду безпосередньо передбачають удосконалення елементів різної складності. По мірі наближення до основних змагань зменшується об'єм роботи над удосконаленням елементів. Тренувальний процес переорієнтовується на удосконалення зв'язок та комбінацій, збільшуючи увагу до удосконалення елементів 1-2-ї групи труднощів, збільшується щільність занять та кількість елементів, які виконуються за хвилину спортсменом, а це в свою чергу може призвести до перевантаження юних спортсменів, виникнення порушень постави і травм. Сучасний рівень розвитку художньої гімнастики у дітей вирішує ряд завдань: розвиток сили, гнучкості, вміння регулювати силу і швидкість рухів. Рухливість суглобів м'язового апарату визначає швидкість рухів і техніку виконання. Гнучкість розвивається до 13 років, але високий темп має негативний вплив на поставу.

Мета дослідження - обґрунтувати методи запобігання спортивного травматизму у юних спортсменок, які займаються художньою гімнастикою.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань використано такі методи: аналіз науково-методичної літератури, педагогічне спостереження, об'єктивні показники, функціональні показники серцево-судинної і дихальної систем, оцінка стану постави методом тестування, методи математико-статистичного опрацювання результатів дослідження.

Результати дослідження. Ми провели спостереження у 20 юних спортсменок шкільного віку від 12-13 років, які 5-6 років під керівництвом тренера займаються художньою гімнастикою.

Специфіка виду спорту накладає суттєвий відбиток як на сумарний об'єм роботи, так і на її співвідношення за видами фізичної та технічної підготовки. Складні у координаційному відношенні елементи тренувань потребують особливої уваги до технічної підготовки спортсменок для досягнення результатів функціональної підготовленості і фізичного удосконаленням спортсменок. Кількість елементів і з'єднань та їх складність, частота змагань створюють труднощі для їх виконання, що може призвести до виникнення травм, саме порушення постави та травми гомілковостопного суглобів.

За даними опитування практично всі спортсменки скаржилися на втому після занять, наприкінці тренування внаслідок втому у 60,0% відзначається неточність виконання складних елементів, що може загрожувати травмою, 30,0% спортсменок відзначали травми гомілковостопного суглоба. При оцінці стану постави у 60,0% спортсменок виявлено порушення постави, а саме кругло ввігнута спина, у 20,0% - сколіотична постава, що пов'язано з специфікою занять художньою гімнастикою. У 20,0% постава знаходилась в межах норми.

Висновки. Отже, наші спостереження показують, що у юних спортсменок, які займаються художньою гімнастикою є небезпека спортивного травматизму, яка випливає з особливостей цього виду спорту. Саме тому важливим елементом роботи з такими спортсменками маю бути засоби фізичної терапії.

КАФЕДРА ОСНОВ МЕДИЦИНИ
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА ДО
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ОЗДОРОВЧО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ
ЗАХОДІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ У ПЕРІОД КАРАНТИНУ

Мелега К. П.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра основ медицини

Ключові слова: магістри медсестринства, профілактична робота, карантин, сімейна медицина

Вступ. Збереження і зміцнення здоров'я населення, досягнення активного довголіття громадян є пріоритетом нашої держави, і першочерговим завданням для національної системи охорони здоров'я. Надзвичайним викликом для системи охорони здоров'я України, як і всього світу, став спалах коронавірусної хвороби COVID-19 наприкінці 2019 року, визнаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) пандемією 11 березня 2020 року. Завдяки проведенню різноманітних протиепідемічних заходів, зокрема, впровадження карантинних обмежень упродовж 2020 року та дотримання правил протиепідемічної безпеки – дистанціювання людей, носіння маски та користування антисептиками, вдається стримувати поширення коронавірусної інфекції, однак проблема боротьби з коронавірусом та його наслідками залишається актуальною і надалі. У зв'язку з цим важливого значення набуває профілактична робота, особливо на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), спрямована на запобігання розвитку коронавірусної хвороби, особливо у людей з груп ризику. Підготовка медичних сестер загальної практики – сімейної медицини (СМ) до організації та проведення оздоровчо-профілактичних заходів серед населення є першочерговим завданням сьогодення.

Мета дослідження - визначити основні напрямки професійної підготовки магістрів медсестринства до профілактичної діяльності в умовах карантинних обмежень в закладах первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали та методи. Використано метод теоретичного аналізу і узагальнення сучасної фахової літератури з досліджуваної проблеми. Зокрема, основні напрямки та особливості організації профілактичної роботи лікаря та медичної сестри загальної практики – сімейної медицини у центрі ПМСД висвітлено у працях О. Г. Яковлевої, Марчука Н.В., О. С. Холодзьом, Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк та ін.

Результати досліджень. ПМСД, що надається на засадах сімейної медицини, визнана в Україні фундаментальною сферою всієї системи охорони здоров'я. Профілактична спрямованість у роботі фахівців СМ - один із важливих чинників якості ПМСД. Саме медична сестра, яка працює разом із сімейним лікарем на сімейно-територіальній дільниці, може в найбільшій мірі забезпечити планування і реалізацію заходів первинної та вторинної профілактики найпоширеніших захворювань, протиепідемічних заходів, промоцію і формування здорового способу життя (ЗСЖ).

Визначальною проблемою охорони здоров'я України залишаються хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ), такі як захворювання серцево-судинної системи, злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання та цукровий діабет, які спричинюють найбільшу захворюваність і смертність. Пандемія коронавірусу значно посилила цю проблему, оскільки найбільш уразливим контингентом при COVID-19 наразі вважаються люди похилого віку, курці, особи з тяжкими фоновими хворобами з групи ХНІЗ (цукровий діабет, гіпертонічна хвороба тощо) і значними відхиленнями в імунній системі, у яких часто реєструється дуже важкий перебіг хвороби та летальні наслідки. Одночасне зменшення частоти кількох спільних факторів ризику ХНІЗ

(гіподинамії, куріння, ожиріння тощо), дотримання протиепідемічних заходів, підвищення опірності та імунного захисту організму сприяє зменшенню ризиків, пов'язаних з важкістю перебігу коронавірусної хвороби та летальністю при COVID-19.

З метою запобігання розповсюдження коронавірусу і зменшення кількості хворих на COVID-19 в 2020 р. в Україні було запроваджено карантинні обмеження, зокрема, перехід на дистанційну форму навчання та роботи, закриття непродуктових магазинів, ресторанів, перукарень, фітнес-центрів, кордонів, обмеження в'їзду і виїзду пасажирів, заборона на проведення масових заходів тощо. Незважаючи на те, що вжиті карантинні заходи дозволили суттєво скоротити поширеність коронавірусу серед населення та зменшити навантаження на систему охорони здоров'я, ізоляція людей негативно позначилась на їх фізичному і психічному стані. З огляду на це, оздоровчо-профілактичні заходи в період карантину повинні включати рекомендації і практичні настанови щодо розробки раціонів здорового харчування, активізації рухової активності, оптимізації сну, режиму праці й відпочинку, покращення психічного здоров'я; важливо підвищувати обізнаність людей щодо COVID-19 та факторів ризику хвороби, запобігання ризикового спілкування, забезпечення ефективних протиепідемічних заходів та вакцинації. Ефективна оздоровчо-профілактична робота медичних сестер загальної практики – сімейної медицини дозволяє зміцнити соматичне, психічне та імунологічне здоров'я населення, запобігти важким наслідкам коронавірусної хвороби. Тому у процесі підготовки медичних сестер важливо зробити акцент на розвитку здатності реалізувати заходи з формування ЗСЖ, первинної та вторинної профілактики найпоширеніших захворювань, інфекційного контролю та санітарно-просвітницької роботи у територіальних громадах, сприяючи зміцненню громадського здоров'я.

Висновки. Медичні сестри, особливо магістри медсестринства, діючи в умовах карантинних обмежень у зв'язку з пандемією COVID-19, повинні демонструвати навички до адаптації та дій в новій ситуації, вміння генерувати нові ідеї в області медсестринства. У процесі підготовки медичних сестер необхідно акцентувати увагу на проблемних питаннях, формах і методах проведення оздоровчо-профілактичної роботи серед населення фахівцями сімейної медицини.

САНАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЕНТЕРИТ

Філак Ф.Г.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра основ медицини

Ключові слова: моторна функція кишківника, хронічний ентерит, лікувальна гімнастика.

Вступ. Захворювання кишечника є однією з найскладніших патологій органів травлення. Одним із провідних методів лікування хронічних захворювань кишечника є санаторно-курортна реабілітація, яка, діючи сукупністю різноманітних природних і преформованих лікувальних факторів, спричинює певні зрушення в фізіологічних системах організму. Це досягається шляхом дотримання правильної дієти, рухового режиму, використання мінеральних вод, фізіотерапевтичних факторів, водних процедур тощо. У системі реабілітації цих хворих суттєве місце займає лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапевтичні процедури, загартовуючі процедури, кліматотерапія які направлені на активізацію крово- і лімфообігу в черевній ділянці,

покращення моторної функції кишківника, нормалізацію нейрогуморальної регуляції травної системи та загальне зміцнення організму.

Мета дослідження - вплив курортної реабілітації із використанням засобів фізичної терапії у осіб працездатного віку хворих на хронічний ентерит.

Матеріали та методи. Дослідження проведені у 40 хворих на хронічний ентерит віком від 40 до 50 років; жінок – 26, чоловіків - 14. Для вивчення стану моторної функції тонкої і товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів на базі санаторію Поляна проведена реєстрація міоелектричної активності кишечника електрогастрографом ЕГС – 4М за методикою Г.А.Катаєвої. Порівнювалась фонові міоелектрична активність тонкої кишки та її зміни в кінці курсу лікування. Результати оцінювали за показниками амплітуди та частоти тонічних і перистальтичних коливань кишечника. Комплекс реабілітаційних заходів хворих на хронічний ентерит включав курсовий прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури 42°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл. 3 рази в день, дієтотерапію, вуглекислі мінеральні ванни, кліматотерапію, лікувальну гімнастику, масаж, психотерапію.

Результати досліджень. У яких в комплекс санаторно-курортного лікування додатково входили засоби фізичної реабілітації, а саме лікувальна фізкультура та сегментарний масаж. При гіпертонічному типі моторики тонкої кишки у комплекс лікувальної гімнастики входили: спеціальні вправи переважно з положення лежачи на спині, а також стоячи в упорі на колінах в чергуванні з дихальними вправами та вправами на розслаблення м'язів живота з метою зниження внутрішньочеревного тиску і розслаблення мускулатури кишечника. При гіпотонічному типі моторики тонкої кишки, з метою посилення перистальтики кишечника лікувальна гімнастика направлена на посилення тонусу кишкової мускулатури. в комплекс лікувальної гімнастики входили загальнозміцнюючі вправи для всіх м'язових груп з невеликим обтяженням, вправи для зміцнення черевного пресу і м'язів спини з поступовим збільшенням навантаження та зміною вихідних положень з предметами, повороти тулуба в чергуванні з дихальними вправами. Проводили сегментарний масаж паравертебральних зон грудних і поперекових спинномозкових сегментів. Також застосовували класичний масаж спини, на курс 10 – 12 процедур. Психотерапія (раціональна, гіпноз, медитація) була обов'язковим методом реабілітації даної категорії хворих. Вона сприяла налагодженню гармонійної співдружності в роботі вегетативної нервової системи, нормалізації моторики кишечника.

При дослідженні натще у хворих на хронічний ентерит моторна функція тонкої кишки відзначалась переважно підвищенням міоелектричної активності кишечника. Найбільш характерними були високоамплітудні тонічні і низькоамплітудні перистальтичні коливання тонкої кишки при високій частоті тонічних та перистальтичних коливань. У залежності від амплітуди тонічних хвиль гіпертонічний тип моторики тонкої кишки виявляли у 25 (62,5%) хворих ($0,11 \pm 0,006$ мВ), гіпотонічний тип – у 15 (37,5%) хворих ($0,06 \pm 0,007$ мВ). У залежності від частоти тонічних хвиль тахіритмічний тип моторики тонкої кишки виявляли у 31 (77,5%) хворих ($1,64 \pm 0,05$), брадіритмічний відповідно – у 9 (22,5%) хворих ($1,19 \pm 0,04$).

У результаті проведених реабілітаційних заходів кращі показники виявлені у хворих першої групи. Болі в черевній порожнині зменшилися з 85,0% до 17,5% хворих метеоризм – з 95,0% до 27,5% хворих. За даними електроколонографії, яка проведена в кінці курсу відновного лікування, вольтаж зубців тонкої кишки достовірно зменшився з $0,11 \pm 0,006$ мВ до $0,08 \pm 0,004$ мВ ($P < 0,001$) Відзначено нормалізацію показників частоти тонічних коливань тонкої кишки. Тахіаритмічний тип моторики тонкої кишки достовірно зменшився з $1,64 \pm 0,05$ до $1,49 \pm 0,04$ хворих

($P < 0,05$). Виявлена тенденція до нормалізації показників амплітуди перистальтичних хвиль кишечника.

Висновки. Дослідження показали, що переважна більшість вправ основної частини заняття з лікувальної фізкультури повинна бути спрямована на нормалізацію моторно-евакуаторної функції кишечника, покращення обмінних процесів в органах черевної порожнини в поєднанні з дихальними вправами та вправами на розслаблення з метою регуляції внутрічеревного тиску, при цьому слід враховувати тип моторики.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДИК ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ХВОРИХ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Мальцева О.Б., Самойленко С.М., Варга М.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра основ медицини

Некомерційне комунальне підприємство «Ужгородська міська поліклініка»

Ужгородської міської ради, м. Ужгород, Україна

Ключові слова: остеохондроз попереково-крижового відділу хребта, методики фізичної реабілітації.

Вступ. У більшості країн світу хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, в тому числі дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта, досягають розмірів пандемії та є серйозною медичною проблемою. Дорсопатії попереково-крижової локалізації є такими, що найбільш часто зустрічаються серед нозологічних форм, що супроводжують хронічний больовий синдром. В Україні захворювання хребта займають четверте місце після захворювань серцево-судинної системи, онкологічної патології і цукрового діабету. За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більшість хворих (60–80 %) із болями в попереково-крижовому відділі хребта (ПКВХ) – це дорослий контингент населення, що страждає, і це є провідною причиною звернень останніх за медичною допомогою [1, 2, 3].

Сучасний підхід до відновлення стану здоров'я даного контингенту осіб комплексний та включає не тільки медикаментозні засоби та хірургічне лікування, особлива увага фахівців приділяється немедикаментозним засобам: фізичним вправам, масажу, мануальній терапії, фізіотерапії, рефлексотерапії. Незважаючи на велику кількість наукових досліджень, проблема удосконалення та розробки програм фізичної терапії з використанням новітніх засобів і методів, для відновлення функціональної здатності пацієнтів із згаданою патологією, є актуальною та перспективною для розробок [4, 5, 6, 7].

Мета дослідження. Підвищити ефективність оздоровлення хворих при остеохондрозі (ОХ) попереково-крижового відділу хребта (ОПКВХ) шляхом застосування комплексу методик фізичної реабілітації (ФР) у відновний період реабілітації даного захворювання. Завданнями були: - провести аналіз основних досягнень сучасної науки щодо клініко-патогенетичних ланок формування захворювання та основних методів ФР хворих при ОПКВХ; - розробити комплекс ФР для хворих при ОПКВХ у відновний період реабілітації; вивчити ефективність застосування комплексу методик ФР для хворих при ОПКВХ.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходились 37 хворих, вони були розділені на 2 групи: контрольну (КГ), 14 хворих, та основну (ОГ), 23 хворих. Пацієнти проходили курс реабілітації на базі Некомерційного комунального

підприємства «Ужгородська міська поліклініка» Ужгородської міської ради, м. Ужгород. Проводились дослідження: оцінка хворим вираженості болю, порушень життєдіяльності, якості свого життя; ознаки порушень механізму ходьби, можлива кульгавість, хворобливість в попереку при ходьбі; поведінкові симптоми; пальпаторне дослідження стандартних больових точок, симптоми натягнення, рухові тести.

Результати досліджень. Використання комплексу методик ФР (з включенням методик самомасажу, точкового масажу, вправ ЛФК, голкорексфлексотерапії біологічно активних точок) значно підвищило ефективність реабілітації як при початкових, так і при клінічно виражених неврологічних проявах вертебрального остеохондрозу. Аналіз безпосередніх результатів довів, що комплексна система більш ефективно приводить до зникнення або зменшення больового та міотонічного синдромів, покращення функціонального стану хребта, підвищення якості життя пацієнтів.

При використанні педагогічних методів контролю, спрямованих на відновлення стану здоров'я пацієнта, вдосконалення рухових дій - враховувались функціональні можливості хворих; стан пацієнтів на заняттях контролювався для попередження появи ознак перевтоми.

Висновки з проведеного дослідження. Контроль за інтервалами відпочинку при виконанні та повторенні окремих вправ, між тренувальними заняттями, між вправами з різним навантаженням; - за використанням різних форм активного відпочинку, ходьби, обов'язковості перемикання з одного виду роботи на інший; - раціональне планування занять, режиму дня, правильного поєднання навантажень та відпочинку – зазначені заходи сприяли ліквідації та зменшенню більшості клінічних та функціональних проявів ОПКВХ. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації закінчили 14 (63 %) хворих КГ та 23 (85 %) хворих ОГ.

Література:

1. Барулин А.Е., Курушина О.В., Рыбак В.А., Саранов А.А. Психофизиологические аспекты формирования хронических болевых синдромов // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. - 2012. - № 2. - С. 128-129.
2. Кремер Ю. Заболевания межпозвоночных дисков. пер. с англ. Под ред. В.А. Широкова. М.: МЕДпресс информ. 2013. - 472 С.
3. Живолупов С.А., Воробьева М.Н., Самарцев И.Н., Рашидов Н.А. Инновации в дифференциальной диагностике и мониторинге терапии пояснично-крестцовых радикулопатий // *Журнал неврологии и психиатрии*. - 2014. - № 8. - С. 25-31.
4. Ріббат М., Шакау Д. Лікування болю, зумовленого хронічним захворюванням опорно-рухового апарату // *Біль, суглоби, хребет*. - 2014. - № 4 (16). - С. 39-43.
5. Д. В. Попович, В. Б. Коваль, І. М. Салайда [та ін.] Реабілітація хворих на остеохондроз хребта // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. – 2017. – № 4. – С. 74–77.
6. Герцин А.М. До проблеми управління реабілітаційним процесом // *Врачебное дело*, 2016.- №1 – 2.- С.142 – 147.
7. Голяченко А. О., Рогова Х.Т. Комплексна фізична реабілітація пацієнтів і остеохондрозом поперекового відділу хребта *Медсестринство*. 2020. № 1. С. 22- 24
4. Русин Л.П. Основні аспекти застосування засобів фізичної реабілітації для корекції надлишкової маси тіла у підлітків.
5. Дуткевич-Іванська Ю.В. Гігієнічні основи навчально-виховного процесу дітей молодшого шкільного віку.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА У ПІДЛІТКІВ.

Русин Л.П., Шанта І.Ф., Дуткевич-Іванська Ю.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра основ медицини

Ключові слова: надлишкова маса тіла, підлітки, засоби фізичної реабілітації, корекція надлишкової маси тіла.

Вступ. Надлишкова маса тіла, з кожним днем набуває все більших масштабів. Зараз надмірна маса тіла та ожиріння є однією з найпоширеніших проблем ХХІ століття, і входить до числа неінфекційних захворювань. У всіх країнах спостерігається прогресивне збільшення кількості пацієнтів на ожиріння як серед дорослого, так і серед дитячого населення [1,3,5].

Провокуючими факторами ожиріння є: гіподинамія та переїдання, вони тягнуть за собою функціональні порушення систем організму, сприяють виникненню багатьох клінічних ускладнень, які негативно впливають на стан здоров'я і тривалість життя жінок. Визначено, що основними способами лікування при надлишковій вазі й ожирінні 1 ступеня є дотримання дієти з підвищеним вмістом клітковини, вітамінів та інших біологічно активних компонентів і обмеженням вживання легкозасвоюваних о вуглеводів, а також фізичні вправи, які є невід'ємним компонентом програм фізичної терапії, основна мета яких полягає у стимуляції загальних енерговитрат організму для створення негативного енергетичного балансу [1,3,4].

На сьогодні в розвинутих країнах світу 25% підлітків мають надлишкову масу тіла, а 15% – ожиріння. В Україні щорічно фіксують 18-20 тис. нових випадків ожиріння серед дітей та підлітків [2].

Проблема надмірної маси тіла серед підлітків щороку зростає. Все частіше це стосується дівчат-підлітків. Вважається, що основною причиною виникнення надмірної ваги та ожиріння є надмірне вживання висококалорійних продуктів з високим вмістом жирів і вуглеводів, низький рівень фізичної активності, що пов'язаний з малорухливим способом життя, психоемоційна нестабільність, та особливості жіночого організму, пов'язані з репродуктивною функцією [1,4].

Мета дослідження: удосконалити та науково обґрунтувати сучасні програми фізичної реабілітації для підлітків із ожирінням та надлишковою масою тіла, оцінити їх ефективність.

Матеріали та методи: під час дослідження застосовано аналіз та узагальнення літературних джерел; анкетування і опитування; антропометричні вимірювання – зріст, вага, охватні розміри, пульсометрія й артеріальна тонометрія у спокої та після фізичного навантаження; орто- та кліностатична проби, проба Штанге, Генче, Мартіне-Кошілевського, а отримані матеріали оброблені адекватними математико-статистичними методами.

Результати дослідження:

Підвищення ефективності відновного лікування надлишкової маси тіла та метаболічного синдрому може бути досягнуто в тому випадку, коли в комплекс реабілітаційних заходів будуть включені методи і засоби, які здатні відновити механізми обмінних процесів, порушення яких, як правило, виникає при систематичному переїданні, порушенні режиму харчування, відсутності адекватного фізичного навантаження.

Дослідження проводились на базі Свалявської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів № 2 Свалявської районної ради Закарпатської області. Детально обстежено

26 дівчат-підлітків 9-11 класів, віком 16 - 17 років з діагнозом надлишкова маса тіла екзогенне ожиріння I ступеня.

На початку дослідження було проведено: функціональні тести та виміряно соматометричні показники росту, маси тіла, індекс маси тіла (ІМТ), обхват талії (ОТ), обхват стегон (ОС), співвідношення (ОТ/ОС). Встановлено, що показники абсолютної маси тіла дівчат-підлітків до реабілітаційних заходів, коливалися в діапазоні 86.5–88.5 кг, довжина тіла см 164.3-166.3 см.

За індексом маси тіла можемо стверджувати, що у досліджуваних дівчат-підлітків наявне ожиріння I ступеня. При дослідженні окружностей талії було встановлено, що у старшокласниць показник ОТ склав 86.4 ± 0.5 см, що перевищувало нормальне значення. При більш детальному аналізі даного показника було встановлено, що у 54 % досліджуваних дівчат-підлітків ОТ склав більше 80 см, що свідчило про підвищений ризик розвитку метаболічних ускладнень.

Для визначення стійкості кардіореспіраторної системи до гіпоксії були проведені гіпоксичні проби Штанге (затримка дихання на вдиху) та Генче (затримка дихання на видиху).

Виявлено, що у підлітків до проведення заходів фізичної терапії середній час затримки дихання на вдиху склав 19.1 ± 2.7 с. А при проведенні проби Генче виявлено, середній час затримки дихання на видиху склав $12,3 \pm 2,3$ с.

Таким чином, у дівчат-підлітків із ожирінням I ступеня спостерігався поганий рівень стійкості кардіореспіраторної системи до гіпоксії.

Для дослідження реакції ССС учениць із ожирінням I ступеня на дозоване фізичне навантаження ми використовували функціональну пробу Мартіне-Кушелевського. Згідно з результатами спостерігався нормотонічний тип реакції у 27 %, гіпертонічний тип реакції у 38 % і дистонічний тип реакції 35 %.

Для оцінки тонуусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи нами було проведено ортостатичну пробу. Встановлено, що середнє значення приросту пульсу склало приблизно 50%, та оцінювалось як незадовільний результат і свідчило про надмірний тонус симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Одержані при обстеженні дані, були враховані при розробці комплексної програми фізичної терапії, яку ми рекомендували дівчатам-підліткам із ознаками надлишкової маси тіла.

Удосконалена програма фізичної терапії в досліджуваних дівчат-підлітків включала комплексне використання методик боротьби з надмірною масою тіла, серед яких : ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, оздоровча ходьба, дієтотерапія.

Для оцінки ефективності удосконаленої програми корекції надмірної маси тіла були проведені повторні вимірювання та розрахунки антропометричних показників: маса тіла, ІМТ, вимірювались окружності грудної клітки, талії, стегон.

Було виявлено, що у дівчат-підлітків зменшення маси тіла склало - 17,4 %, ІМТ маси тіла після програми корекції склав $26,5 \pm 0,2$ кг/м² , що відповідало верхній границі норми. Зменшення ОС дівчат- підлітків склало 7,8 % ($p < 0,05$).

У старшокласниць спостерігалася позитивна динаміка показників кардіореспіраторної системи, внормовані величини систолічного та діастолічного артеріального тиску; підвищилася стійкість до явищ гіпоксії за даними проб із затримкою дихання на вдиху та видиху.

Усе це підтверджувало ефективність запропонованої удосконаленої комплексної програми фізичної терапії, яка свідчила про позитивний вплив на стан кардіореспіраторної системи, антропометричних показників дівчат-підлітків, які страждали ожирінням I ступеня. На підставі отриманих результатів ми довели

достатню ефективність проведення запропонованого реабілітаційного комплексу для лікування підлітків із надлишковою масою тіла.

Висновки: В результаті аналізу науково-методичних джерел встановлено, що порушення маси тіла, яке виражається у надмірному збільшенні її загальної величини, а також у порушенні співвідношення її структурних компонентів, є розповсюдженою проблемою у всьому світі особливо серед жінок різних вікових груп.

Про позитивний вплив запропонованої удосконаленої програми фізичної терапії свідчили, дані після обстеження дівчат-підлітків: зниження маси тіла на 15.4 ± 0.5 кг, що на 17.4% менше від початкової маси тіла (ОКГ $< 2.0 \pm 0.2$ см, ОТ $< 10.1 \pm 0.5$ см). Спостерігалось зменшення окружності стегна (ОС) на 7,8 % ($p < 0,05$), приведені до норми величини систолічного та діастолічного артеріального тиску; підвищилася стійкість до явищ гіпоксії за даними проб із затримкою дихання на вдиху та видиху.

Список використаної літератури:

1. Боярський Г.Ф., Боярська О.Я. Ожиріння: запобігання і лікування. – Київ. - 2016.
2. Бутрова С. А. Метаболический синдром : патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению / С. А. Бутрова // Рос. мед. журн. – 2011. – Т. 9. – № 2. – С. 56–60.
3. Каплюк Г. В Україні епідемія ожиріння / Г. Каплюк, А. Блохтур, О. Швець. – Укр. медійні системи, 2017.
4. Кравчук Л. Д. Патогенетичне обґрунтування використання засобів фізичної реабілітації у хворих на екзогенно-конституціональне ожиріння та плоскостопість / Л. Д. Кравчук // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2015. – № 2. – С. 57–59.
5. Плахтій П. Д. Вікова фізіологія. Теорія, практикум, тести : навч. посіб. / Плахтій П. Д., Мисів М. П., Циганівська О. І. – Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О. А., 2018. – 332 с.

ГІГІЄНІЧНІ ОСНОВИ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Дуткевич-Іванська Ю.В., Русин Л.П., Степчук Н.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра основ медицини

Ключові слова: шкільна гігієна, навчально-виховний процес, збереження здоров'я, діти молодшого шкільного віку.

Вступ: перед педагогічною наукою сьогодні держава ставить завдання активної турботи про особистість дитини – її фізичне, психічне, моральне здоров'я, душевний комфорт, а також гармонійний розвиток і реалізацію усього потенціалу, що закладений у людині природою. Сім'я, школа, громадські організації, навчально-виховні заклади всіх типів та рівнів ставлять перед собою завдання збереження, зміцнення та поліпшення стану здоров'я людини в складних соціальних обставинах, що склалися. Особливе місце в цьому процесі займає початкова ланка освіти. Усе це виводить на пріоритетні традиції шкільну гігієну як важливий чинник здоров'я школярів [1, 2].

Мета дослідження: розкрити сутність, завдання та вимоги шкільної гігієни в навчально-виховному процесі дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали та методи: теоретичний аналіз і узагальнення сучасної фахової літератури з досліджуваної тематики.

Результати дослідження: джерела вітчизняної гігієни дитинства глибокими коренями йдуть у далеке минуле, в надра народної попереджувальної медицини.

Турбота про харчування і здоров'я завжди була життєво важливою задачею людини. З метою збереження здоров'я народ використовував звичаї, традиції і навички, що допомагали йому зберігати життя в несприятливих умовах середовища. Поступово досвід народу, накопичений за багато століть і широко використовуваний у житті, перейшов в народну медицину. Широко беручи, гігієною називаємо науку про збереження здоров'я за допомогою запобіжних засобів. Таким чином, гігієна в широкому розумінні цілком ототожнює собою поняття профілактичної медицини [3].

Шкільна гігієна – наука, що вивчає особливості взаємодії організму дитини з навколишнім середовищем для розробки гігієнічних нормативів, вимог і стандартів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я дітей. На основі знань із шкільної гігієни розробляються рекомендації щодо харчування, режиму дня та відпочинку учнів, а також організації навчально-виховного процесу. Основні положення шкільної гігієни використовуються при виробництві шкільних меблів та при плануванні й облаштуванні навчальних закладів. А також гігієністами розроблені гігієнічні вимоги до одягу учнів, до шкільних парт, книжок, наочного матеріалу та інших шкільних приладь. Саме тому на перший план висувається виховна роль гігієни, а також підпорядкування шкільної гігієни навчально-виховним завданням школи, тобто організувати гігієнічну санітарно-педагогічну роботу в школі так, щоб робота в галузі шкільної гігієни займала стійку позицію в загальній системі виховання свідомої дисципліни учнів. Якість навчально-виховного процесу значною мірою залежить як від стану здоров'я школярів, ступеня їх фізичного розвитку, так і від рівня санітарної грамотності та культурності підростаючих поколінь.

Вивчення шкільної гігієни та її викладання повинні мати чітко окреслену санітарно-педагогічну спрямованість. Якість навчально-виховного процесу, засвоєння учнями шкільних знань, дотримання гігієнічних вимог, виховання свідомої дисципліни учнів – є обов'язковими передумовами та завданнями перед школою. Гігієнічна організація навчально-виховного процесу є запорукою здорового та розумного підростаючого покоління і саме це має взяти на озброєння керівництво школи. Кожен вчитель повинен бути першим провідником шкільної гігієни, активно розгортаючи санітарно-педагогічну роботу серед учнів, залучаючи також і батьків. Виховання свідомої дисципліни учнів і їх навчальної активності вимагає від педагога обережного і вдумливого підходу до кожного учня і потребує врахування стану його здоров'я, самопочуття і взагалі стану його організму [3]. Саме тому в школах мають бути всі умови для відмінного фізичного й психічного розвитку та здібностей учнів, а особливо – однакові можливості працювати, щоб уникнути відставання в навчанні.

Метою навчально-виховного процесу в початкових класах є створення всіх умов для того, щоб дати дітям певний об'єм знань та створити основу для успішного засвоєння програмного матеріалу. Під час навчально-виховного процесу шкільна гігієна враховує специфічні вікові особливості фізичного і психічного розвитку дітей. Сприйняття інформації, утримання та відтворення її зростаючої за обсягом, є великим навантаженням на центральну нервову систему дитини, саме тому повинні враховуватися відповідності навчання віковим та індивідуальним особливостям організму та його готовності до сприйняття інформації.

Гігієнічні вимоги до навчання та виховання ґрунтуються на даних спеціальних досліджень, спрямованих на встановлення:

- 1) віку початку обов'язкового навчання в школі;
- 2) оптимального співвідношення загального, політехнічного навчання і трудового виховання учнів;
- 3) оптимального режиму навчання дітей молодшого шкільного віку;
- 4) комплексу умов зовнішнього середовища, які б сприяли піднесенню ефективності навчання.

Виховання та навчання – це результат співставлення властивостей і здібностей розвитку людського організму з потребами життя: особистими, сімейними, державними, загальнолюдськими. Тому для досягнення мети необхідно організувати навчально-виховний процес, звернувши увагу на гігієну навчання. Як відомо сам процес гігієни навчання тісно пов'язаний з педагогікою, тому сюди і входять такі питання як початок шкільного віку, розклад уроків, тривалість та перериви між уроками [4,5].

Завдання шкільної гігієни полягає в наданні вчителям, учням та батькам знань про вікові особливості дитячого організму для правильної організації і проведення навчальної та виховної роботи з дітьми, для розробки і проведення засобів особистої та громадської гігієни, збереження здоров'я школярів, підтримання їх високої працездатності [6].

Висновки: освіта є частиною цілого державного механізму, тому всі явища, що відбуваються в суспільстві, накладають відбиток на освіту. На фоні різких і складних соціальних перетворень, кризи суспільства, стагнації економіки, недостатнього розвитку науки і освіти спостерігається явище загального погіршення стану здоров'я нації, скорочення тривалості життя людей, розповсюдження таких явищ як алкоголізм, наркоманія, ігрова та медіа залежність тощо. Учені багатьох наук, лікарі, педагоги, широка громадськість сьогодні висловлюють серйозне занепокоєння таким станом речей і визначають цілий ряд причин, що привели до цих негативних явищ. Вищевикладене дає змогу стверджувати, що мова йде про створення цілого комплексу заходів для поліпшення здоров'я дітей молодшого шкільного віку, в якому шкільна гігієна займає чільне місце, що в повному обсязі відображується на навчально-виховному процесі.

Список використаної літератури:

1. Болтівець С.І. Педагогічна психогігієна: теорія та методика / С. І. Болтівець; Київ. міжрегіон. інститут удоскон. вчителів ім. Б. Грінченка. – Київ, 2000. – 303 с.
2. Бойченко Т., Колотій Н., Царенко А., Жеребецький Ю. Як виростити дитину здоровою / Т. Бойченко, Н. Колотій, А. Царенко, Ю. Жеребецький. – К.: Прем'єр-Медіа, 2001. – 204 с.
3. Вишневський О.І. Теоретичні основи сучасної української педагогіки / О.І. Вишневський. – Дрогобич “Коло”. – 2003. – 528 с.
4. Лиходід В.С., Клопов Р.В., Владімірова О.В. Шкільна гігієна: Методичні рекомендації з педагогічної практики для студентів III курсу факультету фізичного виховання денного відділення / В.С. Лиходід, Р.В. Клопов, О.В. Владімірова. – Запоріжжя, 2006. – 58 с.
5. Державні санітарні правила і норми влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу. – К., 2001. – 12 с.
6. Новий Санітарний регламент для закладів загальної середньої освіти від 01.01.2021р. – К., 2021. – 18 с.

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ
СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ВИКОРИСТАННЯ ТРЕНАЖЕРНОГО ОБЛАДНАННЯ
НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДАХ

Бондарчук Н.Я.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: шкільний вік, урок фізичної культури, фізичне виховання, тренажерне обладнання, загальноосвітні заклади.

Вступ. У шкільному віці в дітей та підлітків особливо проявляється потреба в рухах як основний біологічний стимулятор організму школяра. Оскільки сучасні умови життя й виховання не в змозі забезпечити необхідні обсяги природних рухів, на перший план виходить фізична культура, покликана допомогти школярам оволодіти новими засобами, методами, формами індивідуальної рухової діяльності, навчити цілеспрямовано використовувати її для власного духовного і фізичного вдосконалення, збереження і зміцнення здоров'я. Сьогодні рівень розвитку фізичних якостей багатьох сучасних українських школярів недостатньо високий, існуюча система фізичного виховання характеризується багатьма проблемами й потребує реформування, спрямованого на підвищення інтересу учнів до занять фізичною культурою, виховання особистості, здатної до активного творчого способу життя, самостійного прийняття рішень, пошуку нових підходів до змісту, форм і методів практичної діяльності. Серед основних напрямів реформування – впровадження індивідуального та диференційованого підходів, підвищення мотивації до занять фізичною культурою, використання новітніх методичних розробок і фізкультурно-оздоровчих технологій. До останніх належить і активне використання на шкільних заняттях з фізичної культури сучасного тренажерного обладнання, яке має чимало переваг порівняно із традиційними формами навчання.

Мета дослідження – дослідити методичні особливості проведення урочних занять фізичної культури з використанням тренажерного обладнання у загальноосвітніх навчальних закладах.

Методи дослідження: аналіз літературних джерел, педагогічне опитування, педагогічний контроль, педагогічне спостереження.

Результати досліджень. Головними аспектами організаційно-методичного спрямування сучасного уроку фізичної культури є набуття вмінь і навичок самостійно виконувати фізичні вправи, розвиток пізнавальних інтересів учнів, здійснення міжпредметних зв'язків. Ефективне проведення уроку залежить від методики його організації та низки організаційних умов. Для кожного уроку важливі його зміст, структура, елементи, що характеризуються різними видами діяльності і взаємодії вчителя та учнів. Сучасне положення у шкільному фізичному вихованні вимагає нових підходів до використання новітніх програм, методик і технологій, зокрема облаштування шкільних спортивних залів сучасним тренажерним обладнанням. Тренажери визначені як навчально-тренувальні пристрої, що слугують для розвитку фізичних якостей (насамперед швидкості, сили, швидкісної та силової витривалості), вдосконалення спортивної техніки, аналізаторних функцій організму, покращення його функціональних можливостей. Кожен тренажер імітує певний вид активних рухових дій, що є складовою певних рухових навичок. Висока ефективність впливів дозволяє розглядати сучасні тренажери як універсальні засоби покращення здоров'я, розвитку фізичних якостей; їх використання допомагає задовольнити потребу дітей і підлітків у русі, сприяє більш успішному фізичному та розумовому розвитку, розвиває витривалість та емоційно-вольові якості, дозволяє отримувати більш об'єктивні й достовірні дані про кількісні та якісні характеристики рухів, рівень

розвитку фізичних якостей школярів, забезпечує можливість індивідуалізувати фізичні навантаження відповідно до рівня фізичного розвитку і фізичної підготовленості.

Нами розроблено методичні рекомендації щодо вибору тренажерів та облаштування шкільного тренажерного спортивного залу. Згідно з ними, тренажерний зал включає три зони. Зона фізичного виховання для учнів початкових класів повинна мати в якості технічного обладнання степ-майданчики, килимки для аеробіки, фітболи, та медициболи, обручі, гімнастичні палиці, "диски здоров'я"; для неї рекомендовано також два дитячі тренажери – спортивний куточок Babygrai "Тигренятко" та шведська стінка InterAtletica "Акробат". У цій зоні також можуть бути використані популярні українські дитячі тренажери для розвитку швидкісних і силових якостей ("Човник", "Чарівна доріжка", "Байдарка", "Метелик" тощо). Для кардіозони запропоновано сучасні відносно доступні моделі кардіотренажерів – бігова доріжка Vigor XPL400, велотренажер InterFit Speed Max. Для облаштування силової зони призначено еспандери, фітболи, набивні м'ячі, гімнастичні палиці для розминок і розігріву м'язів, гантелі, штанги, а також низку силових комплексів і тренажерів – комплекси FLEXTER і Total Trener, силовий тренажер Body Time "Патріот", настінний турнік Body Time, ортопедична лавиця для пресу InterFit. Вичерпні характеристики кожного тренажера підтверджують доцільність їх використання на уроках фізичної культури в молодших, середніх та старших класах.

Також розроблено методiku проведення урочного заняття фізичної культури з використанням тренажерів на тему "Спортивний комплекс "Карусель" як багатофункціональний пристрій для розвитку силових якостей". Дані рекомендації щодо педагогічно грамотної організації уроку, його санітарно-гігієнічного та матеріально-технічного забезпечення. Тип уроку визначено як комплексний (з переважанням роботи на тренажерах), мета – загальна фізична підготовка учнів, розвиток основних фізичних якостей. Основні освітні завдання – відповідальне ставлення до учбової діяльності, вдосконалення навичок роботи на тренажерах, розвиток уважності; оздоровчі – функціональна підготовка організму до фізичної роботи на тренажерах, розвиток швидкості, витривалості, сили, спритності, зміцнення різних груп м'язів, зокрема грудей, черевного пресу, рук, ніг, живота, спини, серцево-судинної і дихальної систем; виховні – виховання морально-вольових якостей, відповідальності, самокритичності, розвиток почуття відповідальності, дружби, взаємодопомоги.

Серед методів навчання використовуються вербальний, наочний, метод вправ, ігровий. У підготовчій та заключній частинах уроку застосовуються фронтальний, рівномірний та поточний методи організації учнів, в основній – роздільний дрібногруповий метод (при роботі на тренажерах), ігровий та змагальний методи (в ігровій частині). На уроці використовуються кардіотренажери – бігова доріжка Vigor XPL400; силові пристрої – комплекси FLEXTER і Total Trener, настінний турнік Body Time, спортивний комплекс "Карусель". Додатковий інвентар становлять баскетбольні та волейбольні м'ячі, гімнастичні обручі. Дана методика включає в себе вимоги до вчителя під час проведення уроку, рекомендації щодо дозування фізичних навантажень, організації учнівської взаємодопомоги, забезпечення якісного аналізу уроку.

Висновки. Ознайомлення з досвідом вивчення методичних особливостей використання тренажерних пристроїв на шкільних уроках фізичної культури дозволяє стверджувати, що правильна побудова навчального процесу прямо залежить від особливостей перебігу процесів стомлення та відновлення організму. На уроках можуть застосовуватися фронтальний, груповий, індивідуальний, коловий методи організації учнів, що залежить від завдань уроку, рівня підготовленості школярів. При

роботі на уроці з різними видами тренажерів слід дотримуватися принципів і правил розвитку основних фізичних якостей. Заняття на розвиток сили планується так, щоб на його протязі переважала робота над певною групою м'язів. Важливими є контроль дихання, оптимальне визначення серій вправ, кількості і тривалості підходів та інтервалів відпочинку, обсягів та інтенсивності навантажень.

ФАКТОРИ, ЩО ЗУМОВЛЮЮТЬ ПРОЯВИ ВИТРИВАЛОСТІ, ЗАСОБИ РОЗВИТКУ ВИТРИВАЛОСТІ

Ковач Ш.А., Кевпанич В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: витривалість, методика, біг.

Витривалість - це здатність робити ефективну роботу визначеної інтенсивності протягом часу, передбаченого специфікою змагань. Витривалість характеризується здатністю організму протистояти стомленню і відновлювати працездатність після перенесених навантажень. Парадоксально, навантаження з роками для учнів зменшується, а здорових дітей з року в рік стає менше.

Робоча гіпотеза. У прояві витривалості відбивають рівень розвитку усіх фізичних якостей і всі сторони, спортивної підготовки (технічна, тактична і морально-вольова).

Мета дослідження – проаналізувати особливості методики розвитку витривалості легкоатлетів.

Функціонально витривалість визначається злагодженістю роботи всіх систем організму, працездатністю нервових клітин, дихання, кровообігу й ін. Прояв витривалості в сполученні з іншими руховими якостями не виключає можливості цілеспрямованої роботи над її удосконалюванням.

Практична значимість. Індивідуальна особливість спортивної підготовленості легкоатлетів характеризується наявністю "коронних" прийомів техніки, тактики і витривалості при виконанні окремих дій у техніці бігу. Відмінність техніки бігу на середні дистанції ґрунтується на тому, що інтенсивність подолання цих дистанцій значно нижча. Виділяють дистанції із середньою інтенсивністю рухів (біг на 800 і 1500 м) і малою інтенсивністю (біг від 5000 м до марафонського бігу). Однак на змаганнях високого рангу спостерігається висока інтенсивність бігу майже на всіх дистанціях. У бігу на середні й довгі дистанції виділяють техніку старту й бігу по дистанції.

Різні люди мають різну здатність виконувати певні види робіт. Одні успішно виконують високо інтенсивну роботу і зазнають труднощів мри тривалій роботі. Одні виконують роботу тривалий час не знижуючи інтенсивності, інші — швидко знижують інтенсивність і припиняють роботу. Окремі особи (включаючи і дітей) мають дивовижну працездатність. Витривалість є немов би зворотною стороною втоми. Більш витривалим є той, хто за інших рівних умов менше втомлюється, або втома в нього настає пізніше. Отже, фізична витривалість як рухова якість людини - це її здатність долати втоми у процесі рухової діяльності.

Залежно від специфіки роботи розрізняють загальну та спеціальну витривалість. Загальна витривалість як рухова якість людини — це її здатність тривалий час виконувати м'язову роботу помірної інтенсивності за участю переважної більшості скелетних м'язів.

При цьому встановлено, що перенос загальної витривалості з циклічних вправ на ациклічні більш виражений, ніж навпаки. Загальна витривалість є також необхідною передумовою високого рівня розвитку інших спеціальних видів

витривалості. Проте переоцінювати вплив загальної витривалості на спеціальну не варто. З відомих причин у деяких публікаціях загальну витривалість називають "аеробною", або "вегетативною". Витривалість стосовно конкретного виду рухової діяльності (в тому числі виробничої) називають спеціальною. Серед спеціальних видів витривалості найважливішими є швидкісна, силова та координаційна. Швидкісна витривалість людини — це її здатність якомога довше виконувати м'язову роботу з біля граничною та граничною інтенсивністю. Вона має важливе значення для забезпечення ефективності циклічних рухових дій, спортивних ігор. Перенос швидкісної витривалості спостерігається переважно у подібних за структурою вправах.

Силова витривалість людини - це її здатність якомога продуктивніше тривалий час долати помірний зовнішній опір. Мається на увазі різноманітний характер функціонування м'язів (утримання пози, повторне виконання вибухових зусиль, циклічна робота певної інтенсивності).

Важливим для вчителя є знання факторів, що зумовлюють витривалість, оскільки їх враховування, розвиток і вдосконалення лежать в основі методики виховання витривалості. Такими факторами є:

- структура м'язів. Люди, у яких переважають червоні м'язові волокна, мають генетичні задатки до тривалої роботи. Проте змінити структуру м'язів ми не в змозі, і тому цей фактор можна лише враховувати;

- внутрішньо м'язова координація проявляється у почерговому залученні до роботи рухових одиниць м'язів при тривалому виконанні вправ із неграничною інтенсивністю.

- між м'язова координація допомагає у залученні до роботи лише тих м'язів, що несуть основне навантаження при виконанні певної вправи. Це сприяє економії енергії, а, отже, забезпечує можливість виконувати більшу за обсягом і інтенсивністю роботу.

- продуктивність роботи систем енергозабезпечення. В досягненні високих показників витривалості важливе значення має фактор енергозабезпечення м'язової діяльності, яке досягається ефективним функціонуванням системи постачання кисню до організму (аеробне джерело).

Висновки

У спортивній практиці розрізняють загальну і спеціальну витривалість. Загальна витривалість характеризується здатністю виконувати тривалу фізичну роботу в основному помірній інтенсивності. Спеціальна витривалість виявляється в обраних видах спорту і формується на базі загальної витривалості. Загальна витривалість служить базою для виховання спеціальної витривалості. Головний принцип виховання загальної витривалості полягає у використанні найбільш широкого кола рухових дій з поступовим збільшенням тривалості їхнього виконання. Це сприяє залученню в роботу найбільшої кількості м'язових груп спортсмена.

При навчанні бігу на середні дистанції потрібно з перших же занять приділяти більшу увагу навчанню правильності бігових рухів, використовувати різні вправи для цього, використовувати вправи для розвитку правильної постановки стопи на опору під час бігу.

Список використаної літератури

1. Маріонда І.І. Теорія і методика викладання легкої атлетики. Методична розробка / Маріонда І.І., Сивохоп Е.М., Кевпанич В.В. // Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2013. – 34 с.
2. Маріонда І.І. Нормування оцінки фізичного навантаження студентів вищих навчальних закладів на заняттях з фізичного виховання / І.І. Маріонда Е.М. Сивохоп // Virtus: Scientific Journal / Editor-in-Chief M.A. Zhurba – October # 17, 2017. – P. 120-123.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПІДГОТОВКУ І РОЛЬ ЗВ'ЯЗУЮЧОГО У ВОЛЕЙБОЛІ

Ластовецька К.А.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: волейбол, зв'язуючий, змагальна діяльність.

Вступ. Сучасний волейбол дає змогу вирішувати головні задачі зв'язуючому гравцю, виконуючому роль диспетчера гри. Тактика показує, що підготовка зв'язуючого гравця, які складають цілий комплекс якостей, необхідних йому для диспетчерської функції, - важка проблема.

Мета дослідження. Визначення основних напрямів підвищення ефективності спеціальної підготовки зв'язуючого гравця у волейболі.

Результати дослідження. Підвищення рівня організації такої системи, що сама зорганізується, як спортсмен або команда, може бути здійснено при взаємодії з системою, що більше високоорганізована. Були проведені спостереження за технічними та тактичними діями кваліфікованих спортсменів, переважно майстрів спорту та кандидатів у майстри спорту України. Отримані показники можна вважати модельними для гравців студентських та юнацьких команд. Зв'язуючий гравець за своїми антропометричними даними зазвичай поступається іншим гравцям, однак він є мозковим центром команди і значно впливає на результативність ігрових дій за рахунок спрямування передач м'яча, отже їх в структурі гри зв'язуючого найбільша кількість – 11,6 разів, ефективність їх також досить висока – 84,1%. Вдало виконує зв'язуючий і подачі м'яча – в середньому 5,3 за партію з ефективністю 87%. Найбільш слабкою ланкою в структурі гри зв'язуючого є виконання прийому м'яча з якісним показником у 60,4%. Зв'язуючий бере активну участь у захисних діях команди у блокуванні та організації групового блоку (відповідно в середньому 2,3 і 1,7 рази за партію). У моєму дослідженні показники ТТД зв'язуючого дещо вищі за показники інших гравців – в середньому 25,0 технічних прийомів виконаних з ефективністю в 73,3%.

Універсальність зв'язуючого гравця підтверджується використанням всіх техніко-тактичних прийомів гри в нападі та захисті. Такі результати підтверджують думку багатьох тренерів, які віддають перевагу зв'язуючим високого зросту, що володіють нападаючим ударом лівою рукою з місця і хорошими навичками блокування. Однак найбільшу частку їхньої гри складають передачі (46%), здебільшого це належить виконанню другої передачі, що робить його роль в організації тактичних дій вирішальною. Низка досліджень спортивної ігрової діяльності як в природних, так і в лабораторних умовах переконливо показали, що виконання певної ігрової ролі в команді істотно впливає на зміну тих або інших функцій спортсменів. З психологічної точки зору вони є реалізацією зв'язуючим гравцем певних сенсомоторних та інтелектуальних функцій. Диспетчерська діяльність зв'язуючого складається з наступного алгоритму:

- 1) аналіз і оцінка обстановки;
- 2) розпізнавання ігрових ситуацій;
- 3) розробка варіантів рішень;
- 4) вибір найбільш оптимального варіанту і ухвалення рішення;
- 5) реалізація обраної дії та контроль за її виконанням партнерами.

Слід враховувати й такі особливості психологічної діяльності зв'язуючого гравця, як точність при передачах м'яча та їх стабільність у стані біля межового стомлення, а також після максимально швидких переміщень у різних напрямках, високий рівень мобілізаційної готовності до дій, ініціатива в організації ігрових

взаємодій. Така кількість вимог до функціональних обов'язків зв'язуючих гравців визначає їх процес підготовки як складний і багаторічний. Успішне розв'язання завдань підготовки припускає чітке планування навчально-тренувальної роботи із дотриманням основних принципів дидактики та специфічних закономірностей спортивного тренування. Це дозволяє визначити зміст багаторічного процесу, вибрати напрям діяльності, ефективні засоби і методи. Такий підхід дозволяє враховувати складні й на перший погляд різнопланові завдання: принципи формування рухової навички, специфіку волейболу і логіку поетапної періодизації навчально-тренувального процесу.

Висновки. Майстерність диспетчера визначається перш за все високою і стабільною ефективністю його дій в складних умовах спортивного поєдинку. Процес підготовки кваліфікованого зв'язуючого гравця в волейболі займає від 5 до 7 років. Спеціалізована підготовка повинна враховувати функціональні обов'язки гравця та особливості його змагальної діяльності. Вона носить комплексний характер та передбачає застосування спеціальних засобів для розвитку провідних фізичних якостей, удосконалення найбільш притаманних ігровій діяльності техніко-тактичних дій в умовах наближених до змагальних, що призводить до формування специфічних психомоторних здібностей. Для створення оптимальних умов підготовки гравців за окремими амплуа необхідно намагатися максимально індивідуалізувати навчально-тренувальний процес, водночас у тренувальному процесі кваліфікованих волейболістів залучати спортсменів до максимального засвоєння навичок гри суміжного амплуа, що дозволяє розширити арсенал техніко-тактичних прийомів та максимально розкрити їхній функціональний резерв.

Список літератури

1. Борисова О., Сушко Р. Розвиток спортивних ігор в умовах глобалізації спорту. К.: Науковий світ. 36 с.
2. Костюкевич В.М., Вознюк Т.В., Драчук А.І. Теорія і методика викладання спортивних ігор: курс лекцій. Вінниця: Планер, 2012. 236 с.
3. Клещев Ю.Н. Волейбол. Подготовка команды к соревнованиям. Учебное пособие. М.; Спорт. Академия. Пресс 2002. 192 с.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМАГАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ РАПІРИСТІВ У ПАРАЛІМПІЙСЬКОМУ ФЕХТУВАННІ

Мадяр-Фазекаш Е.О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: фехтування на візках, рапіра, змагальна діяльність.

Вступ. Оптимізація спортивного тренування, індивідуалізація процесу підготовки спортсмена неможлива без отримання об'єктивних даних про особливості змагальної діяльності.

Мета дослідження. Змагальна діяльність фехтувальників-рапіристів у паралімпійському фехтуванні має свої особливості, виявлення яких дозволить конкретизувати процес техніко-тактичної підготовки, що в свою чергу дозволить підвищити ефективність змагальної діяльності.

Результати дослідження. У фехтуванні на рапірах критерії оцінки результативності уколів визначені правилами змагань. Це, як і в шаблі, тактична правота атак і відповідей в ситуаціях нанесення взаємних і одночасних уколів, а також можливості випередити атаку (відповідь) контратакою (повторним уколом).

Педагогічні спостереження за тренувальною і змагальною діяльністю провідних фехтувальників-рапіристів на візках показали, що спортсмени використовують в невеликому обсязі підготовчі дії - в середньому 36, а звичайні рапіристи для нанесення уколу в середньому використовують 149 підготовчих дій.

Однією з особливостей фехтування на візках є близька фіксована дистанція, яку дуже складно збільшити. Бої спортсменів динамічні, високо інтенсивні, пауз між сутичками майже не буває. За меншу кількість часу фехтувальники проводять більшу кількість прийомів, присутній постійний контакт клинками зброї в бою. Можливості підготуватися до атаки чи збільшити дистанцію є дуже обмежені, тому слід відразу виконувати дії для нанесення уколу [2]. Виявлено, що в техніці дій клинком більше використовуються дві верхні (шоста і четверта) і дві нижні (сьома і восьма) позиції, аналогічні з'єднання і захисти. Переважають переводи над переносами.

Різновиди атак і захистів взаємозамінні при реалізації різних тактичних намірів. Однак переважають обумовлені атаки, контратаки. При цьому вибір сектора нанесення уколу в атаках найчастіше навмисний. Мають місце проблеми звуження амплітуди рухів клинком, досягнення точності уколів в атаках [1].

Відео запис боїв дозволив визначити типові характеристики застосування засобів ведення бою, що відображають сучасні тенденції фехтування рапіристів на візках.

Так, у зафіксованих боях переважає прагнення бійців досягти вирішення тактичних завдань за рахунок застосування атаки (53,5%). Захисту і відповіді, контрзахист і контрвідповідь є головним засобом протидії атакам і відповідей (32,1%), причому, більш ніж удвічі частіше використовуються в порівнянні з контратаками (14,4%).

Найбільш значущим показником є висока результативність контратак 62,9% при чималому обсязі їх застосування (14,4%). Причина, мабуть, полягає в тому, що контратакуючий рапірист ускладнює противнику нанесення точного уколу. Контратака виявляється результативною навіть без виграшу темпу через промах атакуючого або виникає проти його клинка опозиції.

Серед атакуючих дій «несподіваними» є відносно малий обсяг застосування атак з фінтами (31,0%) і значно перевищує обсяг застосування атак з дією на зброю (43,9%).

Переважна частина атак з дією на зброю (76,9%) виконується в 4-е з'єднання (батмани - 55,0%, захвати - 21,9%), а майже всі інші в 6-е з'єднання (батмани - 8,9%, захвати - 14,2%). Дії на зброю в нижні позиції мають епізодичний характер.

При виконанні атак основне навантаження приходить на дві верхні прямі захисту, 4-го і 6-го і їх технічні різновиди, які можна назвати високою 6-ю або 9-ю (5,9%). Нижні захисти зафіксовані у край малих обсягах. 7-а займає 1,7%, а 8-а або 2-а – 4,8%. Виявленою особливістю є значний обсяг застосування узагальнюючих захистів в бою спортсменами на візках (32,9%) і вкрай малий обсяг застосування кругових захистів (5,3%).

Встановлено розподіл нападів за секторами ураженої поверхні: перше місце займають уколи в тулуб - 77%. Значно менший відсоток склали уколи, нанесені в область спини та бік - 23%. Найбільша кількість уколів наноситься в нижній сектор. Спортсменам і тренерам слід звернути увагу на значну кількість уколів в нижній сектор, що підтверджує важливість застосування узагальнюючих захистів, а також необхідність освоєння прийомів ведення бою, які часто завершуються уколами в даний сектор.

Висновки. Дослідження показали, що у олімпійському і паралімпійському фехтуванні на рапірах є багато спільного. Так нанесення уколів при атаках

завершувалися в 53,6% – дійсними уколами, 26,3% – не дійсними уколами, а в 20,1% - промахом, попаданням в захист або опозицію до суперника.

Аналіз тактичних аспектів ведення поєдинків, проведених на рапірі, показує, що в тактичній боротьбі рапіристів переважає прагнення спортсменів випередити напад суперника, першим почавши атаку. Тому переважає обсяг атакуючих комбінацій (85,2%) ніж захисних (14,8%).

В процесі тренувальної діяльності слід звертати увагу на підготовку навмисних (простих) дій як при атаці, так і при захисті; на мінімальну амплітуду кінцем зброї. Зменшення амплітуди рухів клинком при виконанні атак з фінтом і атак з батманом (захватом) для досягнення максимально точного, дійсного уколу.

Список літератури

1. Тишлер Д.А. Фехтование на колясках. Содержание и методики тренировки / Д.А. Тишлер, Е.Б. Белкіна. – М.: Человек, 2010. – 144 с.
2. <https://wheelchairfencing.iwasf.com/about/rules-and-documents/>

ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНО-ВОЛЬОВИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Маріонда І.І., Лисенчук С.Г.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: морально-вольові якості, свідомість, фізична культура.

Вступ. Розбудова українського суспільства на демократичних і правових засадах вимагає трансформації свідомості його членів, зокрема майбутніх учителів. Необхідною умовою вирішення цього завдання є засвоєння студентською молоддю демократичних норм, формування відповідних соціально-політичних, правових знань, умінь, а також морально-вольових якостей.

Мета дослідження: з'ясувати специфіку діяльності вчителя та визначити особливості формування морально-вольових якостей майбутніх фахівців фізичної культури.

Методи дослідження - аналіз літературних джерел, педагогічний контроль, педагогічне спостереження.

Результати дослідження. Як відомо, усі до єдиної чесноти можуть існувати й проявлятися виключно в суспільному житті, вони є не тільки моральними, але й соціальними. Але існує така група морально-практичних якостей, в яких тема суспільства, соціальності відображена особливо яскраво: працелюбність, мужність, патріотизм, громадянськість, гуманність, здатність дружити тощо.

Серед якостей, які укріплюють громадянську свідомість, слід назвати мужність, що виявляється в стійкій поведінці, хоробрості, вірності, волі, міцності, самостійності, гідності поведінки, надійності, сталості.

У контексті дослідження в студентів сформовано розуміння мужності як єдності гідності й стійкості, здатності бути вірним своїм моральним принципам за найтяжчих обставин [1].

Однак найбільш характерною ситуацією для сучасної системи освіти в галузі фізичної культури і спорту є те, що традиційна система складалася під впливом практичних потреб суспільства й вимог до повноцінної фізичної готовності людини до виконання професійних завдань. До системи вищої освіти фізична підготовка входила як засіб розвитку фізичних та морально-вольових якостей, а також формування рухових умінь і навичок [2]. Така ситуація визначала межі досліджуваної проблематики, орієнтуючи цей процес в основному на технологічну сторону фізичної підготовки, виключаючи її духовно-ціннісне й інтелектуальне багатство. Ситуація

ускладнювалася ще й тим, що рівень фізичної підготовленості, а головне – рівень сформованості фізичної культури особистості, в якій одним з провідних компонентів є ставлення до самостійних занять, не розглядалася як повноцінна складова формування професійної компетентності викладача вищої школи.

Щодо аналізу змісту навчальних програм з дисциплін фізкультурного спрямування виявив багато спільного між програмними дисциплінами, що дозволило розглянути їх як єдиний комплекс засобів педагогічного впливу, направлених на формування стандарту фізкультурної освіти. Цей стандарт представляє освітньо-кваліфікаційна характеристика фахівця фізичної культури і спорту, яка передбачає його підготовку як вчителя фізичної культури, організатора спортивно-оздоровчої рухової активності [2]. Таким чином, фахівець повинен мати фундаментальну підготовку для забезпечення певного рівня викладання фізичної культури в загальноосвітніх школах та закладах дошкільної, шкільної та вузівської освіти. В першу чергу, він має бути здатним виконувати педагогічну діяльність в загальноосвітніх школах, організовувати і керувати спортивними секціями в загальноосвітніх школах, працювати інструктором з спортивно-оздоровчого туризму в туристичних установах та організаціях; проводити під керівництвом дослідницьку роботу в наукових закладах, працювати на сучасному науковому та технологічному обладнанні, користуватись комп'ютерною технікою, орієнтуватись в питаннях менеджменту.

Висновки.

Проведена робота сприяла формуванню здатності володіти собою в різних ситуаціях, умінно оцінювати свої дії і вчинки. Так, у більшості студентів було зафіксовано прагнення змінити себе, ставити мету й управляти своїми формами активності: спілкуванням, поведінкою, діяльністю й почуттями. Майбутні фахівці розуміли, що самовиховання, самоуправління - процес творчий, пов'язаний із незвичайною ситуацією або протиріччям, необхідністю постановки нових цілей, пошуком нових рішень і засобами їх досягнення. У цих студентів спостерігалось також і прагнення змінити деякі стереотипи, закріпити те, що набуто, дають шанс розкрити межі своїх можливостей та розвинути впевненість у собі. Учні можуть прагнути до нових досягнень, учитися наполегливості, пробувати те, чого не пробували раніше. За великого розмаїття видів спорту, рухової активності й широкого діапазону вимог у них кожен може знайти те, що йому під силу та що найбільше подобається, і в такий спосіб розвивати морально-вольові якості. З'ясовано, що рівень формування громадянської свідомості в майбутніх учителів підвищився зі зростанням ступеня уяви студентів про професію вчителя фізичної культури.

Список літератури

1. Маріонда І.І. Майбутній учитель фізичної культури - взірць високого рівня морально-вольових якостей / І.І. Маріонда // Вісник прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2008. – Вип.7. – С. 32 – 35.
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.

МЕТОДОЛОГІЯ І МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Мордвінцев Г.О., Петрушко М.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: методологія, здоровий спосіб життя.

Вступ. В останні десятиліття світова наука зарахувала проблему здоров'я в широкому розумінні до кола глобальних проблем вирішення яких обумовлює не тільки кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства, а й навіть той факт його подальшого існування як біологічного виду.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз публікацій, науково-методичної літератури, матеріалів Всесвітньої організації охорони здоров'я при ООН [4], а також результати останніх досліджень у вивченні становища щодо розвитку пропагування здорового способу життя таких фахівців Вернадський В.І., Апанасенко Г.Л., Лісцин Ю.П. [1, 2, 6] дали можливість для виявлення певної методології формування здорового способу життя.

Мета дослідження. Виявити загальну модель планування та оцінки формування здорового способу життя у відповідності з якою розробляють різні методики і схеми планування і оцінки формування здорового способу життя.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань використовувались такі методи дослідження: аналіз та узагальнення літературних джерел, системно-структурний аналіз.

Результати дослідження. Численні дослідження довели необхідність розробки певної методології формування здорового способу життя, яка була б в змозі слугувати показником, що визначає алгоритм формування здорового способу життя у загальному виді.

З багатьох наукових розробок сучасної теорії формування здорового способу життя найбільш повно характеризують її засади чотири моделі:

- модель концептуально-філософського рівня – загальна модель планування та оцінка здорового способу життя;
- модель методичного підходу до планування заходів формування здорового способу життя – схема планування та обґрунтування формування здорового способу життя;
- модель прикладного рівня, що ілюструє використання загальних методологічних положень у конкретних умовах;
- загальні методологічні ознаки, що притаманні найбільш вдалим прикладам формування здорового способу життя у житті та діяльність різних верств населення [3].

Головними принципами планування формування здорового способу життя є:

- тісний взаємозв'язок між усіма компонентами;
- планування ініціативи у напрямі від рівня загального концептуального до рівня конкретних дій у зворотному напрямку;
- чітке визначення мети і завдань всіх рівнів;
- висування власної для кожних ініціатив формування здорового способу життя;
- спрямування ініціатив формування здорового способу життя нижчих рівнів на остаточне досягнення мети і завдань формування здорового способу життя вищих рівнів;
- спрямування ініціатив на різні види діяльності;
- реалістичні планування, тобто врахування ресурсних обмежень;

- планування ініціатив формування здорового способу життя на підставі науково-обґрунтованих знань, використання даних досліджень і оцінок.

Головні принципи оцінок формування здорового способу життя:

1. Принцип взаємозв'язку «Оцінка-планування».
2. Принцип перевірки повноти втілення ініціативи відносно всіх елементів планування.
3. Принцип відстеження етапів планування, дій і елементів на кожному рівні.
4. Принцип ієрархічної перевірки.
5. Принцип функціональної різноманітності оцінок.

Оцінки перевіряють не тільки наслідки і впливи, а й процеси, що до них призводять і зосереджуються в кожному конкретному випадку. Оцінки стосуються різних елементів планування на різних ієрархічних рівнях. Одна з методик планування полягає в тому, що розробникам конкретного заходу формування здорового способу життя пропонується схема з 8 позицій (табл.1).

Висновки

Формування здорового способу життя – складний і багатогранний процес, що потребує спільних зусиль якомога більшої кількості людей різних організацій і передовсім відповідної державної політики. Одночасно формування здорового способу життя є науково-практичною дисципліною зі своєю теорією, методологією, методикою і засобами.

Таблиця 1

Компоненти планування	Зміст планування
Факти до проблеми	Факти, що описують та обґрунтовують актуальність і ступінь пріоритетності тієї проблеми здоров'я, на яку спрямований захід.
Детермінанти здоров'я	Факти, що стосуються тієї проблеми, на яку спрямований захід.
Поняття і теорії	Теоретичні засади заходи.
Моделі планування	Моделі, схеми планування, впровадження та оцінки заходу на відповідність та співвідношення до мети.
Найуспішніші практики формування здорового способу життя	Які використовує захід.
Пропонована реакція	Реакція на існуючу проблему здоров'я, стосовно якої здійснюється захід.
Очікувані потенційні результати, впливи і наслідки	Прогноз наслідків, впливів та результатів, які слід очікувати від заходів.
Оцінка	Наводиться механізм перевірки ефективності оцінки заходу.

Знання і практичні навички з формування здорового способу життя якомога ширше розповсюджені в суспільстві, ними потрібно керуватись при розробці і прийнятті управлінських рішень на всіх рівнях усіх гілок влади, всіх галузях державного сектора. Потрібно також всіма засобами впливати на приватний сектор і громадські організації у напрямку моніторингу, контролю, сприяння і спрямування діяльності на користь здоров'я населення.

Список літератури:

1. Вернадский В.И. Несколько слов о ноосфере//Начало и вечность жизни.- М.:СОВ.Россия,1989.
2. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека.-СПб:МГП «Петрополис», 1992.
3. Здоровье-21:Основы политики достижения здоровья для всех Европейском регионе ВОЗ.

4. Здоров'є для всіх к 2030 року// Матеріали ВООЗ при ООН.
5. Лалонд М., Новий погляд на стан здоров'я канадців.- Оттава:Мін-во охорони здоров'я і добробуту Канади, 1974.
6. Лісіцин Ю.П. Спосіб життя і здоров'я населення. – М., 1992.

ЗОВНІШНІ ТА ВНУТРІШНІ ФАКТОРИ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Семаль Н.В., Звонар В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: професійна підготовка, фізичне виховання, система освіти, зовнішні та внутрішні фактори.

Вступ. Важливе місце в системі освіти посідає питання професійної підготовки майбутніх фахівців. Адже фізичне виховання суспільства, насамперед, пов'язано з вчителем фізичної культури, його особистістю, педагогічною майстерністю, професійними знаннями та компетентністю [1]. Тому виникає потреба всебічного аналізу основних напрямків освітньої системи підготовки майбутніх фахівців, що уможлиблює моделювання та впровадження інноваційних технологій у ЗВО, спрямованих на оптимізацію їх діяльності. Особливої уваги, на наш погляд, потребує розгляд зовнішніх та внутрішніх факторів, які впливають на професійний розвиток майбутніх фахівців.

Метою дослідження є визначити та охарактеризувати фактори професійного розвитку майбутніх вчителів фізичної культури.

Матеріали та методи. Для дослідження нами використані наступні методи: теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, спостереження, опитування, методи математичної статистики.

Процес професійної підготовки майбутніх фахівців фізичної культури постійно знаходиться в полі зору наукових колективів і окремих науковців. За останні роки в Україні проведено безліч науково-практичних конференцій присвячених цій проблематиці. Питання розвитку професійної підготовки досліджено в працях: Г.М. Арзютов, О.М. Вацеба, Б.Ф. Курдюков, О.С. Куц, Л.П. Сущенко, Б.М. Шиян, Ю.М. Шкретій, О.В. Тимошенко та ін. На процес професійної підготовки майбутніх фахівців фізичної культури впливають багато різноманітних факторів: економічна, політична та суспільна ситуація в країні, особливості освітнього процесу, специфіка профілю навчання, мотивація, форми, методи і засоби навчання, впровадження інноваційних технологій та ін. Ці чинники можуть прискорювати, активізувати або сповільнити освітній процес.

Фактори, які впливають на освітню систему підготовки майбутніх фахівців науковці поділяють на зовнішні та внутрішні. Зовнішні (ситуаційні) фактори, які стосуються освітньої системи – суспільні, соціально-культурні, нормативно-правові, навчально-виробничі, навколишнього середовища. Внутрішні (інституційні) фактори впливу у ЗВО, в яких проводиться підготовка майбутніх фахівців – матеріально-фінансові, санітарно-гігієнічні, наукові, навчально-методичні, процесуально-змістові, організаційно-технологічні.

Результати дослідження. У педагогічній науці і практиці професійний розвиток майбутніх фахівців розглядається як процес підготовки студентів ЗВО до виконання конкретних видів професійної діяльності, оволодіння ними сукупністю знань, вмінь та навичок. Аналіз науково-методичної літератури та педагогічне спостереження свідчить про те, що цей процес супроводжується впливом багатьох факторів, які

формують особистість майбутніх фахівців фізичної культури. Виникає потреба визначення найбільш суттєвих із них та дослідження їх впливу на результативність професійної підготовки.

Внутрішні фактори професійного розвитку студентів пов'язані із інтересом до знань, до пізнавальної, наукової та професійної діяльності, заняття самостійною роботою, самоконтролем та бажанням досягнути поставлених цілей. Фактори, які впливають на професійний розвиток особистості включають схильність до конкретної діяльності, інтереси та цінності, характер особистості, інтелектуальні, моральні та етичні якості. Важливим є усвідомлення майбутнім фахівцем своєї ролі у суспільстві та бажання до самовдосконалення і самоосвіти.

Важливим зовнішніми чинниками є авторитет і компетентність викладача, що дає змогу мотивувати студентів професійної спрямованості. Професійна спрямованість та навчальна мотивація виражена цілеспрямованим підходом студентів до навчальної діяльності, під час якої вони оволодівають знаннями, уміннями та навичками. Надалі професійна спрямованість переростає в професійне ставлення студентів до наступної педагогічної діяльності.

Аналіз результатів опитування студентів, щодо факторів, які вплинули на вибір майбутньої професії свідчить, що більшість, а саме 67% респондентів вважає, що статус та особистість педагога у суспільстві є дуже вагомим. Важливими факторами для студентів стали думка в сім'ї та відношення друзів і колег - 21%. 12% респондентів відмітили, що необхідними умовами є також матеріально-технічне забезпечення в професійній діяльності.

Висновки

Узагальнення науково-педагогічного дослідження та аналіз літературних джерел дає змогу зробити наступні висновки:

- важливе місце в системі підготовки фахівців фізичної культури посідає визначення змісту і структури професійної діяльності, а також виконання педагогічних функцій та обов'язків

- на професійний розвиток майбутніх фахівців впливає безліч факторів, які впливають як на саму систему освітнього процесу так і на розвиток особистості.

- студенти визначили чинники, які вплинули на вибір професії та усвідомлюють значення майбутньої педагогічної діяльності.

Список використаних джерел:

1. Антоненко О.В. Підготовка майбутнього вчителя фізичного виховання до інноваційної навчальної діяльності [Електронний ресурс] / Антоненко О. В. // Електронний архів наукових публікацій Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. — 2008. — С. 77—81.
2. Гуревич Р. Професійна спрямованість як принцип навчання у професійно-технічних навчальних закладах / Гуревич Р., Коломієць А. // Професійно спрямоване навчання і виховання особистості : зб. наук. праць / за ред. Г. П. Васяновича.- Львів : ЛДУБЖД, 2006. — С. 49—63.
3. Зубанова Н.Ю. Формування професійно-педагогічної спрямованості особистості майбутнього вчителя фізичної культури: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення». Н. Ю. Зубанова. — Луцьк, 1999. — 17 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕРЕДНЯ ОСВІТА (ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА)»

Сивохоп Е.М., Сусла В.Я.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: фахівці фізичної культури, самопізнання, самооцінка.

Вступ. Сучасні науковці та спеціалісти вважають, що підготовка майбутніх вчителів фізичної культури включає три аспекти: загальний «руховий», або базовий, тобто фізкультурну освіту, що передбачає вдосконалення природних, а також формування й розвиток нових рухових навичок і фізичних якостей на оптимальному для життєдіяльності людини рівні і засвоєння мінімуму знань з предмету фізичної культури; професійно-прикладну фізкультурну освіту, спрямовану на формування й удосконалення таких специфічних рухових навичок, які забезпечують людині виконання професійних функцій, зберігаючи досить тривалий час високу працездатність. До змісту цього компоненту включаються засоби й методи зміцнення здоров'я, протидії несприятливим впливам умов і характеру праці; спеціальну освіту, метою якої є оволодіння знаннями з використання біологічних резервів й адаптаційних можливостей людини на граничних рівнях рухової активності.

Таким чином, освіта у сфері фізичної культури передбачає створення умов для вільного й всебічного розвитку рухової діяльності людини для її гармонійного фізичного зростання, зміцнення здоров'я; створення бази для ефективної діяльності у всіх галузях життя, праці, побуту.

Мета дослідження - визначити роль самопізнання у формуванні професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури.

Результати досліджень. Самопізнання у фізкультурно-спортивній діяльності починається зі сприйняття індивідом фізичної підготовки як цілісної та багато структурної системи, почуттєвого й емоційного пізнання ним фізкультурно-спортивної діяльності. Це сприйняття містить запас знань, уявлень, образів рухів, відносин, реакцій, орієнтації тощо. Розвиток сприйняття майбутніх фахівців фізичної культури виявляється в умінні краще зрозуміти фізичну вправу, пізнати її сутність і значення як засіб особистісного фізичного вдосконалення. Виховання вміння сприймати цінностей фізичної культури пов'язане з особистісним формуванням інтелекту, естетичних почуттів, із розвитком мотивації до самопізнання власного «Я» як суб'єкта самореалізації та самоактуалізації.

Самооцінювання в процесі пізнання себе – це оцінювання особистістю своєї ролі у суспільстві та межі своїх можливостей. Це найбільш істотна й найбільш вивчена в науці сторона самосвідомості особистості. Виокремлюють наступні основні форми самооцінки: адекватну, занижену, завищену. Також виділяють ступені стійкості кожної з них. Самооцінка відіграє важливу роль в організації результативного управління своєю поведінкою. Вона є суб'єктивною підставою для визначення рівня домагань, тобто тих завдань, які особистість ставить перед собою, і на реалізацію яких вона вважає себе здатною. Самооцінювання, як і самопізнання в цілому, починається із зовнішності. Одним із джерел самооцінювання й видів самоспостереження є бачення свого відбиття (у дзеркалі). В такому баченні людина здійснює почуттєве сприйняття свого зовнішнього вигляду. Це зорове подвоєння особистості, що слугує одним із засобів самопізнання, ідентифікації людини із самою собою.

Самооцінка, яка сприяє розвитку самопізнання, дозволить студенту порівнювати власні можливості відповідати вимогам майбутньої професійної

діяльності, забезпечить правильність дії, думок. Адже людина нерідко натрапляє на протидію оточуючих, переконати яких стає надскладною задачею. Значну роль в здатності донести до співрозмовника свої переконання відіграє самовпевненість та достатньо висока самооцінка. У свою чергу, надмірно низька самооцінка може свідчити про розвиток комплексу неповноцінності, стійку непевність у собі, відмову від ініціативи, байдужість, самокритичність. Виявлення рівнів самооцінки сприяє ефективному управлінню самопізнанням, що набуває важливого значення в процесі занять фізичною підготовкою.

Перший рівень розвитку самооцінювання – процесуально-ситуативний; визначає оцінку свого «Я» за окремими безпосередніми зовнішніми результатами діяльності. Другий – якісно-ситуативний; встановлює зв'язок між власними вчинками та обставинами, що швидко змінюються. Третій – якісно-консервативний; характеризується руйнуванням прямолінійних, формальних зв'язків між вчинками та сформованими навичками діяльності. Четвертий – якісно-динамічний; характеризується усвідомленням складних зв'язків між набутими навичками та адекватними формами реакцій на обставини, що складаються у процесі діяльності. Цей рівень характерний для студентського віку.

В системі професійних компетентностей значна роль відведена рефлексії – осмисленню і переосмисленню особистістю свого досвіду, знань про себе, оцінок, думок, відносин і т. д. Завдяки рефлексії усвідомлюється необхідність реконструкції та заміщення «неефективних елементів» у самосвідомості особистості новими, виникає потреба в зміні самого себе, власної поведінки. Саме в рефлексії як родовій особливості людини природа людської суб'єктивності знаходить своє вище вираження. Рефлексія дозволяє зробити свої думки, емоційні стани, дії й відносини, та й узагалі всього себе предметом спеціального розгляду і практичного перетворення. «Рефлексія дозволяє усвідомити значення і зміст інформації..., є стимулом усякого мислення, а також є доступною тільки за допомогою самого мислення». Лише за високого рівня рефлексивності особистість стає більш вільною і творчою.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Степчук Н.В., Дуткевич-Іванська Ю.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: молодь, розвиток, фізична культура, здоров'я.

Постановка проблеми. В сучасних умовах актуальними залишаються питання, що стосуються здоров'я сучасної молоді. За останні роки значно збільшилася кількість осіб, які страждають від різних хвороб, серед яких перше місце займають серцево-судинні захворювання. Причинами цього явища є як погіршення соціально-економічних умов життя, екологічної ситуації, так і неправильний спосіб життя [3].

Загальновідомо, що більшу частину молоді складають студенти. Студентська молодь України – це науковий, культурний, боронний потенціал країни, генофонд нації. Питання збереження і зміцнення здоров'я студентів є важливою культурно-освітньою, економічною і соціально-політичною проблемою [5].

Особливо гостро постає питання щодо пошуку засобів і методів збереження та покращення здоров'я і життєздатності сучасної молоді.

Фізична культура та спорт виступають головними чинниками для створення гармонійно розвинутої особистості. Заняття фізичною культурою та спортом мають

велике значення у формуванні здорового способу життя, духовного й психічного розвитку студентської молоді, в тому числі заняття фізичними вправами зміцнюють здоров'я, підвищують нервово-психічну стійкість до емоційних стресів, фізичну та розумову працездатність [6].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. При проведенні огляду літературних джерел, можна стверджувати, що все більше сучасних науковців, педагогів та медиків, котрі працюють зі студентами досліджують вплив фізичної культури на життєдіяльність індивіда, серед них: Леонт'єва З.Р., Дутка Р.Я. (2016), Цись Н.О., Приходько С.І. (2012), Фединак Н.І., Мицкан Б. (2014), Копко І.Є., Філь В.М. (2013), Шкрібтан І.І. (2016). Як показало дослідження В. Платонова, С. Марченка, Макаренка, А. Кука, О. Смолара проблемою нашого суспільства якраз є нерозуміння молоді у важливості фізичної культури для підтримання здоров'я, у зв'язку з чим сформувався стійка тенденція до погіршення стану здоров'я підростаючого покоління [4]. У роботах таких науковців як Н. Армстронг, В. Бльсевич, Л. Лубишева, Г. Соловійов, С. Селевко, М. Толмачова, Д. Фільченков постійно висвітлюють теоретико-методичні основи інноваційних технологій у фізичному вихованні та їх роль у формуванні здорового способу життя студентів [2]. Проблеми розвитку фізичної культури і спорту досліджували відомі вітчизняні та зарубіжні фахівці: Аль Шаар Амер Алі, О. Костюченко, Н. Нижник, О. Ніколаєв, Н. Нікольська, С. Ліщук, О. Прутська, Д. Солнишкін, Н. Суханова, Л. Финогенова та ін.

Можна стверджувати, що проблема збереження й зміцнення здоров'я, підвищення розумової та фізичної працездатності студентів привертає увагу науковців у зв'язку зі значною інтенсифікацією навчального процесу, збільшенням інформації, необхідної для майбутньої професії й зменшення обсягу фізичних навантажень у закладах освіти [6].

Мета дослідження. Провести аналіз результатів наукових досліджень щодо розвитку фізичної культури сучасної молоді та визначити вплив її на здоров'я студентів.

Методи дослідження. Аналіз науково-методичної літератури за темою дослідження та синтез отриманих знань.

Виклад основного матеріалу. На сучасному етапі розвитку суспільства фізична культура – складова частина загальної культури суспільства, яка спрямована головним чином на зміцнення здоров'я людини і продовження життя, а також на розвиток фізичних, морально-вольових та інтелектуальних здібностей індивіда з метою гармонійного виховання особистості.

Фізична культура є істотним елементом соціального буття в умовах сучасного суспільства. Засоби фізичної культури, покликані сьогодні найактивнішим чином, сприяти зміцненню здоров'я, збереженню високої фізичної і психічної працездатності, та забезпечувати духовне здоров'я, виховання людини, зростання загального культурного рівня, формування естетичних запитів, ідеалів, набуття навичок самоорганізації, самоврядування тощо [9].

Чисельні спостереження свідчать, що фізкультурно-спортивна діяльність, за деяким винятком, не стала для студентської молоді повсякденною проблемою, не ввійшла у сферу інтересів молодої людини. Студентський вік – це період заключного етапу поступового розвитку психофізіологічних і рухових можливостей організму. Фізичне виховання, фізична культура і спорт виступають в цей період найважливішим засобом зміцнення здоров'я, біологічною основою стимуляції розвитку і формування молодої людини як особистості, суттєво підвищують можливості для ефективного навчання і оволодіння професійними навичками [7].

Як нам відомо, багато хто з молоді не знає, що відповісти на питання щодо власного фізичного розвитку або стану здоров'я й розуміння його покращення

засобами фізичної виховання. Саме у ЗВО потрібно залучати студентів не тільки до занять фізичними вправами й спортом, а й формувати в них здоровий спосіб життя засобами фізичного виховання [1].

Аналізуючи стан проблеми формування фізичної культури студентів, структури і зміст фізичного виховання, його організаційних форм проведення можна припустити, що в умовах гуманізації вищої освіти необхідні якісно нові підходи до осмислення сутності фізичної культури, її впливу на духовну сферу молодого людини.

Для розвитку гармонійного духовного і тілесного (фізичного) розвитку молодого особи необхідно розробити послідовну реалізацію положень і принципів педагогічної системи, яка б заключалася у вільному виборі форм фізичної культури.

Кардинальне реформування навчальних програм з акцентом на спортизацію фізкультурного виховання студентської молоді може поставити на престижне місце заняття різними видами фізичної культури, розкрити їх ціннісний потенціал, специфічні особливості кожного у формуванні загальної культури сучасного молодого спеціаліста. Фізична культура студентів є нерозривною складовою частиною вищої освіти. Вона виступає якісною і результуючою мірою комплексної дії різних форм, засобів і методів на особу майбутнього фахівця в процесі формування його професійної компетенції. Зміст фізичної культури студентів, стратегія пріоритетних напрямів в її розвитку схильні до активного впливу соціально-економічних чинників [8].

Висновки. Аналіз літературних джерел з теми дослідження дає можливість стверджувати, що на сьогодні гостро постає питання у проведенні якісних змін у сфері фізичної культури і спорту, в тому числі. Мотивація відіграє вагомий роль у формуванні представлення студентської молоді щодо важливості фізичної культури в їхньому житті, у зв'язку з чим процес створення навчально-виховного середовища має бути націлений на вдосконалення та модернізацію форм до регулярних занять фізичною культурою і спортом. Для виховання фізично активної нації необхідно формувати умови до оздоровчої рухової активності та здорового способу життя, забезпечувати доступність спорту, створювати нові моделі мотивації сучасної молоді до занять фізичною культурою та формувати інтерес до самостійних занять фізичними вправами.

Література.

1. Бабій В. Г. Формування здорового способу життя студентів вищого навчального закладу засобами фізичної культури й спорту / В. Г. Бабій // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2014. – № 3. – С. 47–50.

2. Брюханова Т.С. Підвищення мотивації студентів до здорового способу життя шляхом впровадження спортивно-орієнтованих технологій навчання / Т.С. Брюханова // Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія «Педагогіка. Соціальна робота». – Випуск 2 (39).- Ужгород. 2016. – С. 39-41.

3. Киселевська С. М. Здоров'я та біологічний вік: методичні вказівки для 3-11 студентів спеціальної медичної групи / С. М. Киселевська, Т. В. Євсюкова. – Київ: КНУБА, 2017. – 27 с.

4. Ковальчук В.І. Формування у студентської молоді стійкої позиції щодо важливості фізичної культури / В.І. Ковальчук // Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту в сучасних умовах: збірник наук. праць Регіональної наук.-інтернет конф. – Дніпро : ДНУ ім. О. Гончара, 2020. – С. 67–72.

5. Коханець П.П. Взаємозв'язки показників фізичного розвитку, функціональної підготовленості і психофізіологічних характеристик студентів-футзалістів 1-го і 2-го курсів / П.П. Коханець // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 1. – С. 74-78.

6. Митчик О. Фізична культура в здоровому способі життя студента / О. Митчик, І. Кліш, О. Панасюк // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2015. – № 3. – С. 153-156.

7. Присяжнюк С.І. Біологічний вік та здоров'я студентської молоді : [монографія] / С.І. Присяжнюк. – К.: Центр навчальної літератури, 2010. – 300 с.

8. Стрюк К. Розвиток фізичної культури і спорту в сучасних умовах [Електронний ресурс] / К. Стрюк, А. Наталія // Наукові конференції. – 2013. – Режим доступу до ресурсу: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/2117>.

9. Фурдуй С. Б. Роль фізичної культури в процесі соціалізації студентської молоді / С. Б. Фурдуй, Я. М. Ніфака // Молодий вчений. – 2018. – № 1(1). – С. 395-399.

СУТНІСТЬ ПОНЯТТЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Сущенко І.В., Пишка О.П., Петрушко М.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: компетентність, професійна компетентність, фізичне виховання, фізична культура.

Вступ. В умовах соціально-економічних перетворень в Україні здоров'я української нації належить до рангу пріоритетних ідеалів і національних інтересів. Тому пошук способів оптимізації підготовки вчителів з фізичної культури є стратегічно важливим завданням сучасної педагогічної науки та практики. Серед основних завдань, що стоять перед системою вищої педагогічної освіти, важливе місце посідає завдання підготовки компетентнісного фахівця широкого профілю, подальше посилення фундаментальної освіти й наближення її до дослідницької та практичної професійної діяльності, тому мета навчання має передбачити оптимальне поєднання теоретичних знань і творчих здібностей майбутніх вчителів [1, с. 15].

Проблему поняття та сутності професійної компетентності розглядали такі вчені як: В. Краєвський, О. Олексюк, І. Лернер, Н. Трофімов, В. Кремень, О.Онаць, А. Хуторський, Н. Приходько та А. Касьяненко. Розгляд проблеми професійної підготовки вчителів фізичної культури піднімали у своїх дослідженнях вчені Б. Шиян, Е. Вільчковський, Н. Денисенко, А. Маркова.

Мета дослідження є аналіз теоретичних положень та вивчення підходів різних науковців до визначення сутності та змісту поняття професійної компетентності майбутнього вчителя фізичної культури.

Результати дослідження. Поняття - компетентність (лат. *competens* – відповідний, здібний) означає коло повноважень будь-якої посадової особи чи органу; володіння знаннями, досвідом у певній галузі [2, с.1].

Вчені Н. Приходько та А. Касьяненко формулюють поняття - компетентність, а також дають визначення цьому поняттю відповідно до вимог працівників навчальних закладів. На їх думку компетентність - це здатність особистості приймати обґрунтовані рішення і нести відповідальність за їхню реалізацію в різних сферах діяльності людини. Це також процес професійного становлення особистості, що неможливо сприймати лише як організаційно-педагогічну діяльність. Професійне ставлення до діяльності – це володіння необхідною сумою знань, умінь, навичок практичної роботи. Професійна компетентність передбачає: усвідомлення особистістю своїх прагнень до діяльності – потреб та інтересів; бажань і ціннісних орієнтацій; мотив діяльності, уяви про свою соціальну роль; самооцінку особистих

якостей і властивостей як майбутнього фахівця – професійних знань, умінь, навичок, професійно важливих якостей; регулювання свого професійного становлення [3, с. 1].

О. Онаць, А. Хуторський розглядають це поняття як інтегральне утворення, куди входить система теоретичних знань, практичних умінь, соціально значущих і професійно важливих якостей та набутого досвіду, взаємозв'язок яких забезпечує результативність професійної діяльності вчителя. Науковець А.Маркова стверджує, що професійно компетентною є така праця вчителя, у якій на достатньо високому рівні здійснюється педагогічна діяльність, педагогічне спілкування, реалізується особистість вчителя, у якій досягаються гарні результати в навчанні та вихованні [4, с. 8].

Професійну компетентність, як поняття та характеристику фахівця, застосовують до навчально-педагогічної праці вчителів різних напрямків і дисциплін, зокрема й до вчителя фізичної культури. Так на думку науковця В.Кременя компетентність вчителя фізичної культури виявляється у здатності супроводжувати процес самопізнання, саморозвитку учня, динамізувати його відповідно до конкретних сутнісних задатків кожної дитини [5, с. 2].

Педагогічна діяльність учителя, як відомо, реалізується сукупністю різноманітних дій в певних ситуаціях, які підпорядковані навчально-виховним цілям і спрямовані на вирішення конкретних педагогічних завдань [6].

Прикладом моделі сучасного вчителя фізичної культури є модель запропонована Е. Вільчковським, яка охоплює результативність праці, фахову підготовленість, організацію педагогічної діяльності, педагогічні вміння, чинники, що зумовлюють ефективність педагогічної праці, стиль взаємостосунків з студентами, матеріальні та соціальні умови праці, суспільну діяльність та особистісні інтереси [3, с. 55].

На думку авторів, компетенція це теоретичне та практичне знання професії, здатність виконання своєї діяльності в професійних і соціальних умовах, усвідомлення і розуміння своєї ролі в суспільстві, який визначається необхідним рівнем знання, розуміння та практики. Практичний розвиток студентів майбутніх вчителів фізичного виховання реалізується через ряд практик, які вони проходять під час навчання. На практиці вони вчаться та інтегрують застосовувати теоретичні знання та діяти в конкретних ситуаціях. Інтегруються до відповідного соціального контекста у житті та усвідомлюють цінності фізичної культури як частини способу сприйняття життя.

Отже, професійну компетентність учителя фізичної культури можемо сформулювати з багатьох компетенцій, які спостерігаємо у власній освітньо-професійній і практичній діяльності, можна виділити наступні характеристики:

- здатність до системного бачення у професії;
- застосування системного підходу на практиці;
- володіння та застосування сучасними педагогічними методиками викладання;
- володіння культурою комунікацій та педагогічною етикою;
- використання керативних методів у професії;
- здатність до аналізу та використання вітчизняного та зарубіжного досвіду фізично-оздоровчої культури;
- відповідність професійних вимогам, які діють в країні.

Науковець Н. Денисенко виокремлює три рівні професійної компетентності працівників фізичної культури:

- високий рівень (педагогічна майстерність фахівця-новатора, який відзначається наявністю професійно-управлінського, науково-педагогічного, науково-методичного, соціального, фізкультурно-оздоровчого компонентів);

- достатній рівень (професійно-управлінська компетентність працівників фізичної культури відповідає педагогічній майстерності щодо стабільного функціонування, яка передбачає сформованості професійно-управлінського, дидактичного, соціально-комунікативного й фізкультурно-оздоровчого компонентів педагогічної діяльності);

- середній рівень (професійно-управлінська компетентність вчителів фізичної культури відповідає педагогічній майстерності фахівців, які лише адаптуються до управління навчально-пізнавальної діяльності учнів, які ще не достатньо засвоїли усі елементи професійно-управлінського, загально-педагогічного, дидактико-виховного і фізкультурно-оздоровчого компонентів та недостатньо володіють технологією побудови структури управління системою фізичного виховання учнів). [3, с. 1].

Тому перед навчальними закладами, які готують майбутніх вчителів фізичної культури постають питання виховання педагога, який передбачає формування його професійної компетентності через оволодіння різними видами діяльності, що веде до професійного самовдосконалення, самопізнання студента в різних професійних ролях у реальних умовах загальноосвітньої школи. Педагогічна практика майбутніх вчителів фізичної культури є інтегруючим і стрижневим компонентом особистісно-професійного становлення майбутнього фахівця [7].

Висновки. Отже, професійна компетентність є системоутворюючим фактором в системі знань та особистих компетенцій при підготовці майбутніх фахівців викладачів фізичної культури. Передбачає відповідні мотиви діяльності, розуміння своєї соціальної ролі при формуванні здорового способу життя у студентів, ціннісних орієнтацій, професійних знань, навичок та умінь. Одним із відповідних інструментів формування таких знань є педагогічна практика, яка є важливим фактором підготовки до професійної діяльності та професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичного виховання.

Список літератури:

1. Михайлишин Г. Й. Формування професійних умінь майбутніх вчителів у системі виховної роботи вищих навчальних закладів фізичного виховання: дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / Г.Й.Михайлишин. – К., 2006. – 227 с.
2. Концепція педагогічної компетенції [Електронний ресурс] / Л. В. Банашко, О. М. Севастьянова, Б. С. Крищук, С. І. Тафінцева // Режим доступа: <http://www.kgpa.km.ua/?q=node/233>.
3. Волкова С. С. Формування професійної компетентності майбутніх вчителів фізичної культури. [Електронний ресурс] /С.С.Волкова/ Режим доступа: www.rusnauka.com/.../27099.doc.htm
4. Маркова А.К. Психология профессионализма./ А.К.Маркова. – М.: Дело, 1996. – С.48-54.
5. Кремень В.Г. Система освіти в Україні: Сучасні тенденції і перспективи / В.Г. Кремень // Професійна освіта: педагогіка і психологія / За ред. Т.Лєвовицького, І.Вілш, І.Зязюна, Н.Ничкало. – К.: Ченстохова, 2000. – С.11-31.
6. Шиян Б.М. Підготовка вчителя фізичної культури третього тисячоліття. / Б.М. Шиян // зб. наук. праць [«Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні»] – Рівне: Принт Хауз, 2001. – Вип.2. – С. 371-374.
7. Гауряк О.Д. Формування професійної компетентності майбутнього вчителя фізичної культури в умовах педагогічної практики /Гауряк О.Д. // Науковий часопис НПУ імені Н.П. Драгоманова. Серія 16: Творча особистість вчителя: проблеми теорії і практики. - 2011. - Вип. 14. - С. 184-188. - Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_016_2011_14_46

САМОСТІЙНІ ЗАНЯТТЯ СИЛОВОЇ СПРЯМОВАНОСТІ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ОЗДОРОВЛЕННЯ СТАРШИХ ШКОЛЯРІВ

Тимочко О.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: самостійні заняття силової спрямованості, силові вправи, фізичне виховання, оздоровлення, старший шкільний вік.

Постановка проблеми Однією з актуальних проблем сучасної української загальноосвітньої школи є низький рівень фізичної підготовленості школярів, який часто не відповідає вимогам до майбутньої професійної діяльності. Це стосується і силового компонента фізичної підготовленості. Висловимо припущення, що традиційні (насамперед урочні) форми шкільного фізичного виховання не здатні забезпечити досягнення його найважливіших цілей, компенсувати дефіцит рухової активності, забезпечити повноцінне відновлення розумової працездатності, і зокрема не здатні сприяти розвитку високого рівня силових якостей старшокласників. Тому на перший план виходить проблема не тільки інтенсифікації уроків фізичної культури, доопрацювання відповідних програм у напрямку їхньої адекватності віково-статевим інтересам, потребам, мотивам школярів, а й заохочення учнів до самостійних занять фізичними, зокрема силовими вправами. Для цього необхідно повністю подолати поширені ще не так давно хибні уявлення, згідно з якими силові вправи, особливо з обтяженнями, істотно шкодять юному зростаючому організмові, несприятливо відбиваються на його рості та функціональному стані. Насправді заняття силової спрямованості сприятливо впливають на формування статури, покращують дієздатність органів і систем молодого організму, посилюють динаміку позитивних змін антропометричних показників, підвищують загальний рівень фізичного розвитку старшокласників.

Мета дослідження: Мета дослідження – надати теоретичне обґрунтування ролі самостійних занять силової спрямованості в системі фізичного виховання та оздоровлення школярів старших класів.

Матеріали та методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел, порівняння, педагогічні спостереження.

Результати дослідження. Самостійну роботу школярів можна трактувати як метод навчання і як форму організації навчальної діяльності – саме в останньому контексті вона виступає засобом розвитку творчих здібностей та мислення і може включати різноманітні види індивідуальної й колективної рухової активності. Загальна специфіка самостійних занять фізичною культурою полягає в тому, що вчитель під час заняття безпосередньо не керує учнями, хоча забезпечує загальну постановку завдань, пропонує перелік або цілісний комплекс вправ для виконання, пояснює методику виконання тих чи інших вправ, здійснює перевірку їх виконання.

Самостійні заняття силової спрямованості у старших класах повинні мати на меті активний розвиток і вдосконалення силових можливостей організму; підвищення рівня фізичної підготовленості юнаків на основі використання інтегральних методів розвитку сили.

Слід пам'ятати, що для розвитку силових якостей можуть застосовуватися різні методи: максимальних, повторних, ізометричних, динамічних зусиль, ударний метод. Якщо в середньому шкільному віці силова підготовка зводиться переважно до зміцнення основних м'язових груп, то старшокласники можуть практикувати власне загальну і спеціальну силову підготовку, при цьому основну увагу рекомендується приділяти методу динамічних зусиль.

Вправи доцільно підбирати за їхнім переважним впливом на розвиток тих чи інших груп м'язів, використовуючи при цьому різні схеми підбору (наприклад, схема роботи з партнером переважно для розвитку м'язів рук і плечового поясу: почергове згинання й розгинання рук з опором партнера (партнер у різних позах – стоячи, лежачи тощо), згинання й розгинання рук у стійці на руках за допомогою партнера, перетягування один одного зі згинанням рук тощо). Локальні силові вправи під час самостійних занять можуть поєднуватися з вправами більш широкого впливу. Окремі учні старших класів можуть практикувати, крім загальної, спеціальну силову підготовку, розвиваючи м'язові групи, необхідні для професійної роботи або занять певним видом спорту.

На вчителя фізичної культури покладаються непрості завдання стимулювання самостійної діяльності учнів і керування процесом самостійних занять силової спрямованості.

Висновки.

1. Самостійна діяльність старших школярів характеризується низкою специфічних ознак, які повинні бути взяті до уваги при плануванні та організації самостійних занять силової спрямованості з юнаками старшого шкільного віку. До таких ознак належать активне ставлення до життя, здатність до його планування та раціоналізації, розвиток творчих здібностей та мислення.

2. Самостійні заняття силової спрямованості, на яких застосовується переважно метод динамічних зусиль, можуть включати елементи загальної та спеціальної силової підготовки. На них старшокласники виконують вправи з обтяженням масою зовнішніх предметів, масою власного тіла, із застосуванням силових тренажерів, ривково-гальмуючі, ізометричні (статичні) вправи різних типів. На вчителя фізичної культури при цьому покладаються непрості завдання стимулювання самостійної діяльності учнів і керування процесом самостійних занять силової спрямованості.

ІСТОРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОЗВИТКУ БАСКЕТБОЛУ НА ЗАКАРПАТТІ

Тріфан О.М., Шкірта В.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: спортивні ігри, баскетбол, команда.

Вступ. У інформації, яка міститься в «Годових отчетах» у період 1923-1944 рр. про заняття фізичною культурою та спортивними іграми в гімназіях Ужгорода, Мукачева, Берегова та Хуста, в торгівельній школі в м Ужгороді, зокрема говориться про вивчення спортивної гри, яка називалася (ігра в кошик, баскет-бол) баскетбол [1,2,3,4,7,8].

Мета дослідження: аналіз розвитку баскетболу на Закарпатті та роботи районних ДЮСШ.

Матеріали та методи. При виконанні роботи використано сукупність загальнонаукових методів (аналіз документів, кількісного та якісного аналізу, порівняння), принципи історизму, наукової об'єктивності та історичного плюралізму.

Результати дослідження. Найбільшої популярності баскетбол набув у повоєнні роки, особливо після відкриття Ужгородського державного університету та завдяки плідній роботі викладача кафедри фізичного виховання Алексеєва І.І. У грудні 1946 року на турнірі чотирьох міст (Ужгорода, Мукачева, Берегова, Хуста) чоловіча університетська баскетбольна команда «Наука» виборола перше місце.

Команда УЖДУ в складі І. Алексеєва, С. Танинця, А. Гайдоша, І. Глічова, Д. Буковича, М. Івашковича була однією із кращих у області [2,3,9].

Гра у баскетбол стає все більш популярною у закарпатських містах. У м. Виноградів активно пропагували баскетбол брати Павло, Степан, Андрій, Олександр та Юрій і сестри Єлизавета, Клара, Марія, Ірина та Агнеса Карцуби [5].

У 1952 році юні закарпатці на республіканській спартакіаді у м. Харкові вибороли бронзові медалі. Збірна команда м. Ужгорода з баскетболу входила у шістку кращих баскетбольних команд міст УРСР. У 1953 році ця команда увійшла у півфінал кубка УРСР з баскетболу [6,12].

Завдяки плідній роботі тренерського колективу та, зокрема, заслуженого працівника культури УРСР Валентини Михайлівни Гомонай центром підготовки жіночих баскетбольних команд стає м. Мукачєво. Жіноча збірна команда Закарпаття під її керівництвом стала призером V Спартакіади УРСР. В.М. Гомонай підготувала кілька десятків спортсменів високого класу, зокрема майстра спорту СРСР Ольгу Сютрик, чемпіонку СРСР серед школярів, чемпіонку Європи серед юніорів 1967 року, бронзового призера IV Спартакіади народів СРСР; Марину Копчу-Ткаченко, чемпіонку Всесоюзних юнацьких ігор, чемпіонку Європи серед юніорів 1982 року, яка у складі команди київського «Динамо» у 1983 році стала володаркою Кубка Кубків (Кубка Ліліан Ронкетті), двічі чемпіонкою Європи (1991 року – у складі збірної СРСР та в 1995 році – у складі збірної України, олімпійською чемпіонкою Барселони – 1992 року [11].

Мукачівській спортсмен-баскетболіст майстер спорту СРСР Т. Гецько у складі київської команди СКІФ два роки (1960, 1961) поспіль, а в складі київської команди «Будівельник» у 1995 році ставав чемпіоном УРСР. У складі команди «Будівельник» успішно виступав ще один закарпатець – майстер спорту міжнародного класу Юрій Сильвестров.

У подальшому через брак фінансування, особистий фактор – на Закарпатті забракло ентузіастів цієї цікавої спортивної гри, почався занепад напрацьованої фізкультурно-спортивної системи.

Покращення стану справ у закарпатському баскетболі спостерігається після звітно-виборчої конференції обласної федерації баскетболу, яка відбулася у 2007 році. У 2009 році була створена команда БК «Ужгород» (президент і тренер – Олександр Зубковський) [10, 11].

У чемпіонаті 2011- 2012 років західного регіону України Першої ліги команда Ужгорода зайняла третє місце та вийшла до фінальної частини, де БК «Ужгород» здобув п'яте місце [13].

Висновки. Найбільшій популярності баскетбол на Закарпатті набув після відкриття Ужгородського державного університету та завдяки плідній роботі викладача кафедри фізичного виховання Алексеєва І.І.

З 1995 року спостерігається спад результативності баскетбольних команд області, спричинених різними факторами.

З 2007 року відзначається якісне покращення роботи ОДЮСШ, більшість команд обласного центру помітно прогресують.

Для покращення навчально-тренувального процесу та популяризації баскетболу на Закарпатті одним із резервів є розвиток жіночого баскетболу.

Література.

1. Постанова Секретаріату Центрального комітету Комуністичної Партії З.У. та Народної Ради Закарпатської України з дня 19-го липня 1945 р. м. Ужгород, про утворення Закарпато-Українського Університету. — Оп.1. — Спр. 1. — 2 арк.
2. Фонд Р-1211. Комитет по делам физической культуры и спорта при исполкоме Закарпатского Совета депутатов трудящихся.

3. Накази Закарпатського обласного комітету у справах фізичної культури і спорту. — Оп. 1. — Спр. 5. — 16 арк.
4. Заключний звіт державної торговельної школи в Ужгороді за шкільний рік 1937-38. — 1938.- 96с. — С.21-23
5. Федак В.В. Закарпаття у спортивному вимірі. — Ужгород: «Карпати». — 1994. — 208с. — С.44-46, С. 165-171.
6. Кобаль Йосип. Ужгород відомий та невідомий. Видання 2-е, виправлене. Львів: Видавництво «Світ». — 2008. — 196с.: іл. — С.91-92.
7. «Ung» (Ужгородський тижневик). Ungvár — 1901, augustus 11. №32. С.106 (зворотна) ДАЗО, Берегівське відділення.
8. «Ung» (Ужгородський тижневик). Ungvár — 1901, augustus 18. №33. С.109 (зворотна) ДАЗО, Берегівське відділення
9. Накази Закарпатського обласного комітету у справах фізичної культури і спорту за 1947 рік. — Оп. 1. — Спр. 20. — 97 арк.
10. Вацеба О. Нариси з історії Західно-Українського спортивного руху / Оксана Вацеба. — Івано-Франківськ : Лілея – НВ, 1997. — 232 с.
11. Поляк С.С. М'ячеві ігри на Закарпатті. Волейбол / С.С. Поляк, О.М. Трифан. — Ужгород : МПП „Гражда”, 2014. — 252 с.
12. Русин В.М. Развитие физической культуры в Закарпатье (1906 – 1970 гг.): автореф. дис. на соискание ученой степени канд. педагог. наук : спец. 13.00.04 – „Теория и методика физического воспитания и спортивной тренировки (включая методику лечебной физкультуры)” / В.М. Русин. — Киев, 1973. — 20 с.
13. Тарасюк В.Ю. Розвиток спорту на Закарпатті в незалежній Україні (1991-2011). — Ужгород: ФОП Бреза А.Е., 2011.- 250с.

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО ТА ДРУГОГО РОКУ НАВЧАННЯ

Тулайдан В.Г.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: студенти, якість життя, фізична активність.

Вступ. Кожна шоста дитина в Україні народжується з відхиленнями у стані здоров'я, а за час навчання в загальноосвітніх навчальних закладах школярі втрачають щонайменше третину свого здоров'я: погіршуються зір, слух, постава, розвиваються хвороби травної, сечовидільної, нервової та ендокринної систем. Хронічні або гострі захворювання діагностують медики у 90 % українських студентів, серед яких більше ніж половина мають незадовільний фізичний стан.

Серед причин захворюваності та смертності жителів України є низький рівень фізичної активності, адже тільки 6 % населення нашої країни регулярно займаються фізичними вправами.

Тому вивчення якості життя, пов'язаної із здоров'ям, разом із дослідженням рівня фізичної активності молоді є необхідним для прогнозування майбутнього рівня благополуччя населення країни, оцінювання соціальної політики держави, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

Мета дослідження: дослідити фізичну активність та якість життя студентів.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на базі ДВНЗ «Ужгородського національного університету» впродовж першого та другого семестрів 2016-2017 навчального року. У ньому взяли участь 150 студентів, з них 50 навчалися на

факультеті здоров'я та фізичного виховання, 50 – на інженерно-технічному, 50 – на історичному факультеті.

Для вирішення сформульованих завдань використовували наступні **методи дослідження**: аналіз даних літератури, анкетування, математичної статистики.

Якість життя визначали за допомогою питальника MOS SF 36, який передбачає оцінювання HRQOL за такими шкалами: фізична активність (ФА), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ), рівень болю (Б), життєздатність (ЖЗ), соціальна активність (СА), психічне здоров'я (ПЗ), обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем (РЕ), загальний стан здоров'я (ЗЗ).

Рівень фізичної активності оцінювали за допомогою міжнародного питальника IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*). Відповідно до цього питальника фізично неактивними вважали осіб, які відповідали, що вони зовсім не займаються фізичною активністю помірної або інтенсивної потужності та ходять менше ніж 30 хв на день.

Для аналізу отриманих результатів використовували статистичні методи. Залежні між собою вибірки порівнювали за допомогою Z-критерію Вілкоксона, для незалежних вибірок використовували непараметричний тест Крускала-Уоліса. Достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$. Для статистичного опрацювання результатів вимірювань використовували програму OriginPro 8.1.

Результати досліджень. Дослідження адаптації студентів до навантажень у процесі навчання у вишах показали, що під час першого року навчання можна діагностувати значні функціональні порушення в організмі студентів, при цьому основне навантаження припадає на центральну нервову систему [4]. Під час наступних років навчання у вищому навчальному закладі вплив навчального навантаження стає менш вираженим, що свідчить про завершення процесу адаптації, хоча стан здоров'я студентів часто погіршується.

Численні соматичні захворювання у студентів часто виникають на тлі психічних порушень [2], зокрема негативні емоції негативно впливають на ментальні здібності, сприяють зменшенню рухової активності, погіршують роботу різних систем організму [3]. Проте своєю чергою фізичне здоров'я обумовлює емоційний стан. У студентів, які мають хронічні захворювання, у 1,5 або 2 рази вищий рівень тривожності порівняно із студентами, які не скаржаться на стан здоров'я або регулярно займаються спортом відповідно [2]. Кожна друга студентка знаходиться у стані стресу через навчання (сесії, погані оцінки, необхідність відпрацьовувати пропущені заняття) або міжособистісні відносини (конфлікти з одногрупниками, викладачами, сусідами по кімнаті, комендантам). На відміну від дівчат, лише в кожного шостого юнака можна діагностувати певні невротичні стани [1].

У вільний час фізичною роботою середньої потужності займаються 52 % студентів, які навчаються на факультеті здоров'я та фізичного виховання, 48 % - на інженерно-технічному, 42 % - на історичному. Роботу високої потужності у вільний час виконують лише половина студентів (56% студентів-фізкультурників, 44% інженерів та 42% істориків). 10% студентів факультету здоров'я та фізичного виховання, 20% студентів інженерів та 18% студентів-істориків не займаються у вільний час жодним із згаданих різновидів фізичної активності (робота середньої і значної потужності та ходьба).

На рівень фізичної активності студентів впливають культурно-освітній рівень та матеріальне становище.

Після року навчання у вищому навчальному закладі якість життя студентів факультетів здоров'я та фізичного виховання й інженерного-технічного факультету дещо змінюється. Усереднені показники по шкалах «фізична активність», «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «життєздатність», «соціальна

активність», «психічне здоров'я», «загальний стан здоров'я» є вищим у студентів другого року навчання, які навчаються на інженерно-технічному факультеті та факультеті здоров'я та фізичного виховання. Достовірно збільшуються ($p < 0,05$) результати по шкалах «фізична активність», «рівень болю», «соціальна активність» та «обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем» у студентів інженерно-технічного факультету на «психічне здоров'я» і «обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем» для студентів факультету здоров'я та фізичного виховання. У студентів другого курсу факультету здоров'я та фізичного виховання дещо знижується якість життя по шкалі, що тісно пов'язана із фізичною компонентою – «рівень болю». Якість життя студентів історичного факультету не поліпшується після року навчання у виші, показники по шкалах питальника SF36 не змінюються ($p < 0,05$). Найвищі показники якості життя є у студентів факультету здоров'я та фізичного виховання, найнижчі – у студентів історичного факультету.

Зростання якості життя студентів після року навчання у вищому навчальному закладі можна пояснити завершенням процесу адаптації. Зниження якості життя у цілому або за окремими шкалами SF36 свідчить, передусім, про погіршення здоров'я (фізичного, соціального, психологічного), що обумовлено наявністю шкідливих звичок, зниженням рухової активності. Так, кількість студентів, які займаються фізичною культурою та спортом, зменшується особливо серед студентів гуманітарних спеціальностей. Натомість у студентів факультету здоров'я та фізичного виховання зниження якості життя за деякими шкалами можливе у зв'язку із великим фізичним навантаженням, участю у зборах та змаганнях. Тобто, з одного боку, заняття спортом відіграють позитивну роль у формуванні адаптації студентів до умов вишу, а з другого – призводять до розвитку стомлення, спричиненого фізичним перевантаженням в результаті інтенсивних тренувань і частих змагань.

Висновки. Суттєвий вплив на якість життя та рівень фізичної активності має навчальне середовище, а саме напрям спеціалізації студента. Студенти факультету здоров'я та фізичного виховання мають найвищу якість життя, підвищення HRQOL спостерігали після року навчання у студентів інженерно-технічного факультету. Студенти-фізкультурники та студенти-інженери відрізняються вищим рівнем фізичної активності порівняно із студентами історичного факультету. 10 – 20 % студентів, залежно від напрямку спеціалізації, не проводили вільний час активно.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці навчальних програм з фізичної культури, спрямованих на поліпшення якості життя студентів.

Список літератури

1. Оценка качества жизни студентов медицинского университета, проживающих в общежитии / Е.М. Тищенко, М.Ю. Сурмач, Н.Р. Харевич [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - №1. – 2011. – С. 68 – 70.
2. Сидоров П.И. Психосоциальная дезадаптация студентов, имеющих хроническую соматическую патологию / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова // Гигиена и санитария. – 2001. - №4. – С. 46 – 49.
3. Спицин А.П. Особенности адаптации студентов младших курсов медицинского вуза / А.П. Спицин // Гигиена и санитария. – 2002. - №1. – С. 47-49.
4. Ушаков И.Б. Провинция: качество жизни и здоровья студентов / И.Б. Ушаков, Н.В. Соколова, А.Н. Корденко. – М. Воронеж: Истоки, 2002. – 151 с.

З ІСТОРІЇ УЧАСТІ СПОРТСМЕНІВ УЖНУ У ЧЕМПІОНАТАХ УКРАЇНИ З ПАУЕРЛІФТИНГУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ (2009-2020 РОКИ)

Федорішко А.А.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: пауерліфтинг, класичний пауерліфтинг, чемпіонат України, студенти.

Вступ. Ще на самому початку 2000-х років у студентській групі спортивного вдосконалення з атлетизму кафедри фізичного виховання Ужгородського національного університету були підготовлені декілька спортсменів, котрі успішно виступали на обласних, всеукраїнських, з 2006 року – на міжнародних змаганнях з пауерліфтингу. Вони неодноразово ставали переможцями та призерами чемпіонатів і кубків України серед дорослих і юніорів, двоє з них виконали норматив майстра спорту України, а одна спортсменка – майстра спорту України міжнародного класу і посіла друге місце на чемпіонаті Європи з пауерліфтингу серед юніорок (U-23). Проте поза сферою їхньої спортивної зацікавленості залишались студентські чемпіонати України. На нашу думку, головною причиною такого нехтування подібними турнірами було те, що перемога у них не була перспективною стосовно участі у міжнародних студентських змаганнях. Відомо, що останній кубок світу серед студентів відбувся у квітні 2003 року у місті Черкаси, а потім на довгих 13 років проведення подібних змагань було припинено.

У 2009 році у групі спортивного вдосконалення відбулася зміна поколінь: на зміну провідним студентам-пауерліфтерам, котрі завершили навчання в університеті, почали займатися цим видом спорту нові талановиті студенти. Після кількох місяців занять вони перемогли на обласних турнірах, внаслідок чого у них з'явилась мотивація брати участь у змаганнях вищого рівня. Проаналізувавши їхні результати, ми зробили висновок, що розраховувати на призові місця чемпіонатів країни їм ще зарано, а от на чемпіонатах України серед студентів ВНЗ вони цілком реально можуть боротися за медалі. Таким чином, саме студентські чемпіонати країни, в яких університетські пауерліфтери систематично почали брати участь з 2009 року, стали своєрідним стартовим майданчиком для їхніх подальших перемог у чемпіонатах України, Європи, світу.

Мета: дослідити хронологію та результати виступів студентів-спортсменів Ужгородського національного університету у чемпіонатах України з пауерліфтингу серед студентів ВНЗ.

Матеріали та методи. При виконанні роботи використано методи безпосереднього педагогічного спостереження, інтерв'ю, фото- і відеозйомки змагальної діяльності спортсменів. Проведено контент-аналіз протоколів чемпіонатів України з пауерліфтингу серед студентів, аналіз тренувальних щоденників пауерліфтерів і планів їхніх виступів на змаганнях.

Результати досліджень. У грудні 2009 року у чемпіонаті України з пауерліфтингу серед студентів, що пройшов у місті Коломия Івано-Франківської області, взяла участь 1-курсниця факультету фізичного виховання і спорту Єлизавета Бан, котра на той час займалася цим видом спорту лише три місяці. Змагаючись у ваговій категорії до 48 кг, спортсменка стала бронзовою призеркою з результатом, що перевищував норматив кандидата у майстри спорту.

У 2010 році вона, вже у званні майстра спорту України, взяла участь у чемпіонаті країни з пауерліфтингу серед студентів, що проходив у грудні у місті Полтава, де змагались представники 44-х вищих навчальних закладів нашої держави.

Виступаючи у ваговій до 48 кг, вона набрала у сумі триборства 302,5 кг, що вище за норматив майстра спорту, і з цим результатом стала чемпіонкою. Змагання у Полтаві стали останніми в Україні, що проводились за старими правилами й ваговими категоріями.

У 2011 році Єлізавета Бан представляла університет на чемпіонаті України з пауерліфтингу серед студентів, що проходив у грудні у місті Коломия. На цих змаганнях вона з результатом 355 кг у сумі триборства стала чемпіонкою у ваговій категорії до 47 кг і випередила срібну призерку на 122,5 кг. У командному заліку, завдяки виступу всього однієї спортсменки, УжНУ посів 10-те місце серед 32-х вишів країни.

У 2012 році Ужгородський національний університет на чемпіонаті України з пауерліфтингу серед студентів, що проходив у грудні у місті Коломия, представляв студент математичного факультету Євген Криса. Набривши у сумі триборства 670 кг, він посів третє місце у ваговій категорії до 74 кг і вперше виконав норматив майстра спорту України. У загальному заліку команда УжНУ посіла 9-те місце. На такому ж місці серед вишів країни опинився Ужгородський національний університет за підсумками командного заліку студентського чемпіонату України з пауерліфтингу, що проходив у 2013 році. На цих змаганнях Єлізавета Рижак (Бан) втретє стала чемпіонкою країни серед студентів у ваговій категорії до 47 кг. У 2014 році на чемпіонаті України з пауерліфтингу серед студентів УжНУ також був представлений одним спортсменом. Студент факультету здоров'я людини Віталій Троян на цих змаганнях став срібним призером у ваговій категорії до 93 кг з сумою триборства 687,5 кг і вперше виконав норматив кандидата у майстри спорту.

2015 рік став знаменним не лише для студентів-пауерліфтерів УжНУ, а й для всього студентського пауерліфтингу нашої країни. Вперше студентські змагання почали проводитись у форматі класичного пауерліфтингу, тобто, без застосування спеціального підтримуючого екіпірування, що сприяло збільшенню доступності занять цим видом спорту для студентської молоді. Також вперше у чемпіонаті України серед студентів, що пройшов у кінці листопада-на початку грудня у Коломійі, УжНУ виступив справжньою командою у складі трьох спортсменів. На цих змаганнях студент економічного факультету Максим Офіцинський з сумою триборства 535 кг став бронзовим призером у ваговій категорії до 74 кг, а Віталій Троян з сумою 632,5 кг також посів третє місце у ваговій категорії до 93 кг. З цими результатами обидва студенти вперше виконали норматив майстра спорту України. Студент фізичного факультету Валерій Дудаш з сумою триборства 452,5 кг посів на цьому чемпіонаті шосте місце у ваговій категорії до 66 кг, а збірна команда УжНУ у загальному заліку стала 7-ю з 35-ти вишів країни.

У 2016 році, після 13-річної перерви, у спортивному календарі Міжнародної федерації пауерліфтингу (IPF) знову з'явилися студентські змагання – 1-й кубок світу серед університетів, який був проведений у липні того ж року у місті Мінськ (Республіка Білорусь). Відновлення міжнародних змагань, на нашу думку, може стати добрим стимулом для студентської молоді підвищувати свою спортивну майстерність у цьому виді спорту. Чемпіонат України з класичного пауерліфтингу серед студентів пройшов у кінці листопада-на початку грудня цього року і в ньому знову взяли участь троє студентів УжНУ, котрі стали призерами цих змагань. Валерій Дудаш посів друге місце у ваговій категорії до 66 кг з сумою триборства 480 кг, третє місце посіли Максим Офіцинський (вагова категорія до 74 кг, сума 552,5 кг) і Віталій Троян (вагова категорія до 93 кг, сума триборства 650 кг). У командному заліку збірна УжНУ посіла 9-те місце.

Двоє спортсменів представляли УжНУ на чемпіонаті України з класичного пауерліфтингу серед студентів, який проходив у вересні 2017 року у місті Луцьку. На

цих змаганнях чемпіоном у ваговій категорії до 83 кг з результатом 595 кг за сумою триборства став Максим Офіцинський, а срібним призером у ваговій категорії до 66 кг з результатом 467,5 кг - студент факультету здоров'я та фізичного виховання Олексій Якименко. Збірна команда УжНУ у загальному заліку посіла 3-тє місце.

У 2018-2019 роках студенти УжНУ через зміну поколінь не брали участь у подібних змаганнях. У 2020 році, коли в університеті з'явилися спортсмени-пауерліфтери, здатні за рівнем підготовленості змагатися за призові місця чемпіонатів України з пауерліфтингу серед студентів, через карантинні заходи змагання були скасовані, проте у лютому цього року, ще до оголошення карантину, був проведений 1-й кубок Європи серед університетів.

Висновки. Встановлено, що протягом 2009-2020 років спортсмени УжНУ взяли участь у 9-ти чемпіонатах України з пауерліфтингу серед студентів ВНЗ (у 2018-2020 роках через різні причини участь у таких чемпіонатах не брали), у яких здійснили 14 виступів. За цей період вони 4 рази ставали чемпіонами України з пауерліфтингу серед студентів та 10 разів – призерами. Троє спортсменів на цих змаганнях вперше виконали норматив майстра спорту України. Участь у подібних змаганнях сприяла подальшому зростанню спортивної майстерності студентів-пауерліфтерів, котрі згодом ставали переможцями й призерами змагань вищих рангів: чемпіонатів України, Європи та світу.

ВПЛИВ ПОЗАКЛАСНИХ СПОРТИВНИХ ЗАХОДІВ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ШКОЛЯРІВ

Хома Т.В., Товт В.А.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: позакласні спортивні заходи, компетентність, здобувачі освіти, здоровий спосіб життя.

Вступ. Організація освітнього процесу в закладах освіти базується на дотриманні нормативно-законодавчої бази, зокрема Законів України «Про освіту», «Про повну загальну середню освіту». Зазначено: «система загальної середньої освіти функціонує з метою забезпечення: всебічного розвитку, навчання, виховання, виявлення обдарувань, соціалізації особистості, яка здатна до життя в суспільстві та цивілізованій взаємодії з природою, має прагнення до самовдосконалення і здобуття освіти упродовж життя, готова до свідомого життєвого вибору та самореалізації, відповідальності, трудової діяльності та громадянської активності, дбайливого ставлення до родини, своєї країни, довкілля, спрямування своєї діяльності на користь іншим людям і суспільству» [4].

Сьогодні для здобувачів освіти важливим є не тільки оволодіння знаннями, а й використання їх у конкретних життєвих ситуаціях, формування чітких світоглядних позицій, досягнення поставленої мети. З-поміж ключових компетентностей виокремлено «громадянські та соціальні компетентності, пов'язані з ідеями демократії, справедливості, рівності, прав людини, добробуту та здорового способу життя, з усвідомленням рівних прав і можливостей» [5]. У процесі формування особистості школярів вагомим є залучення їх до різноманітних видів діяльності як під час уроків, так і в позакласній роботі, особливо спортивного спрямування, що впливає на розвиток рухових здібностей, моральних, вольових якостей, самостійності, відповідальності. Саме тому проблема впливу позакласних спортивних заходів на формування особистості школяра є актуальною.

Вивченню означеного питання присвячено низку наукових розвідок (Белікова Н., Подубінська С., Березуєва Т., Шиян Б. та інші). Відтак, дослідники Н. Белікова, С. Подубінська, розглядаючи особливості організації позакласної роботи з фізичної культури в закладах загальної середньої освіти, визначають, що «позакласна робота з фізичної культури є оптимальним засобом залучення учнів до систематичних занять фізичними вправами, що сприяє зміцненню та збереженню їх здоров'я, проведенню активного дозвілля і відпочинку» [1, с.15]. Автори акцентують увагу на зацікавленні учнів урізноманітненням проведення позакласної роботи з фізичної культури за рахунок розширення видів рухової активності та включення різних видів спорту [1].

Т. Березуєва визначає позакласну фізкультурно-оздоровчу і спортивно-масову роботу частиною навчально-виховного процесу фізичного виховання учнів. Автор вказує, що критерієм позакласної роботи в загальноосвітній школі є регулярна масова участь учнів та батьків у фізкультурно-оздоровчих та спортивно-масових заходах з обов'язковою національною спрямованістю та розкриттям духовного й творчого потенціалу школярів [2].

Мета дослідження: з'ясувати окремі види позакласних спортивних заходів і їх вплив на формування особистості школярів.

Матеріали та методи. У процесі дослідження означеної проблеми опрацьовано нормативно-правову, навчально-методичну та фахову літературу; серед методів наукового дослідження виокремлено аналіз, спостереження, бесіду.

Результати дослідження. З'ясуємо зміст поняття «позакласний спортивний захід» за складовими слів. У Великому тлумачному словнику сучасної української мови знаходимо трактування терміну «позакласний, -а, -е. Який проходить, здійснюється, відбувається не в класі, не під час класних занять» [3, с. 1015]. Поняття «спортивний захід» визначається у Законі України «Про фізичну культуру і спорт», як «спортивні змагання та/або навчально-тренувальні збори» [6]. Під позакласними спортивними заходами розуміємо сукупність різних видів спортивних занять, організацію дозвілля, змагань, що проводяться в позаурочний час.

Вивчаючи класифікацію форм занять за Б. Шияном [7], нами з'ясовано, що позакласні заняття включають секції з виду спорту; секції ЗФП; гуртки ЛФК; змагання; масові фізкультурно-спортивні заходи, тощо. Окрім зазначених, ми акцентуємо увагу на ігровій діяльності, що згуртовує учнівський колектив, покращує емоційний стан, розвиває увагу, кмітливість, командний дух.

Вплив позакласних спортивних заходів на формування особистості школярів вивчався нами у процесі науково-педагогічної діяльності під час спостереження за їх проведенням у закладі освіти. Відмічено, що заходи проводяться як на свіжому повітрі, так і в спортивній залі, носять навчальний, розвивальний та змагальний характер, зумовлені високою активністю учнів. Бесіда з учителями фізкультури дала можливість з'ясувати, що позакласні спортивні заходи є важливим видом відпочинку школярів, ураховуючи їх захоплення гаджетами та малорухливий спосіб, сприяють тісному спілкуванню, дотриманню етики й культури міжособистісних відносин, виховують почуття взаємодопомоги. Натомість учні старшої школи рекомендують добирати тренувальні заходи гри у баскетбол, волейбол; лижної ходьби у зимовий період.

«Шкільні інтелектуальні перегони» – проходять на спортивному майданчику або в спортивній залі, мають на меті закріпити навчальний матеріал із шкільних предметів у зв'язку із заняттям спортом. Передбачається десять пар (чи інша кількість) учасників, на які чекають випробування на швидкість, витривалість та кмітливість. Перед кожним етапом гравці отримують конверт, в якому знаходиться інформація про завдання або місце, куди вони мають дістатися. Тільки після того, як команда

виконає це завдання чи дістанеться місця призначення, долаючи перешкоди, вона зможе отримати наступний конверт із завданням. Учням пропонуються вправи з різних предметів (фізика, хімія, алгебра, геометрія, українська мова тощо) у поєднанні з фізичними. Такий захід дає змогу зрозуміти важливість отримання знань із предметів загальноосвітнього циклу, сформувати уміння працювати в команді, розв'язувати нестандартні ситуації.

«Козацькі розваги» – проводяться як на спортивному майданчику, так і у спортивній залі, до складу учасників залучаються, як правило, хлопці. Спортивні змагання носять елементи давніх українських звичаїв, як-от: «нагодуй козака» – добігти до уявного козацького куреня, з-поміж страв вибрати тільки українські, «кмітливі козаки-кухарі» – долаючи перешкоди, дістатись до столів й розібрати в окремий посуд горох, пшеницю, квасолю; «вправний стрілець» – потрапити в кошик баскетбольним м'ячем. Дівчата у час перерви можуть розважати українськими танцями, хороводами. Така спільна праця учасників гри сприяє національно-патріотичному вихованню, шанобливому ставленню до історичного минулого.

Але підкреслимо, що проведення змагань вимагає певної фізичної підготовки. Виходячи з цього, радимо закладам освіти залучати школярів до роботи в спортивних секціях, створювати спільну наставницьку команду, в яку увійдуть молодші школярі й разом із старшокласниками стануть ініціаторами у проведенні шкільних свят. З метою формування здорового способу життя, пропонуємо просвітницькі заняття, як-от: бесіди про досягнення українського спорту, інтелектуальні вікторини, ігри, КВК тощо. Концепцією Нової української школи запропоновано проводити з першокласниками ранкові зустрічі, в яких ігрова діяльність є провідною. Вартує залучити окремих учнів старшої школи до проведення деяких видів роботи. Наставницький спортивний рух, на наш погляд, сформує у здобувачів морально-етичні цінності, повагу один до одного. Доречно під час дистанційного навчання у зимовий період створити в школі лижну доріжку з наданням консультації вчителя. Таким чином, ми стоїмо на тих позиціях, що позакласна робота повинна бути різноплановою, системною, цілеспрямованою.

Висновки. Отже, проведене нами дослідження дало можливість з'ясувати, що позакласні спортивні заходи популяризовані серед учнівської молоді, системне їх проведення впливає на формування всебічно розвиненої особистості, здорового способу життя зокрема.

Література:

1. [Белікова Н.](#) Сучасний стан організації позакласної роботи з фізичної культури / Н. Белікова, С. Подубінська // [Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини](#). 2019. Вип. 14. С. 15-19.
2. Березуєва Т.С. Формування інтересу в учнів основної школи до занять фізичними вправами в позакласній роботі. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка № 4 (318), 2018. С. 66-73.
3. Великий тлумачний словник сучасної української мови: 250000 / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: Перун, 2005. VIII, 1728 с.
4. Про повну загальну середню освіту : Закон України : веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text>
5. Про освіту. Закон України : веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
6. [Про фізичну культуру і спорт : Закон України : веб-сайт. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text](#)
7. Шиян Б. Теорія і методика фізичного виховання школярів . Частина 2 Тернопіль: Навчальна книга. Богдан,

ЗАСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У СТУДЕНТІВ БІГУНІВ НА СЕРЕДНІ І ДОВГІ ДИСТАНЦІЇ

Шароді В. М., Дудаш О. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: засоби відновлення, працездатність, легка атлетика.

Вступ. Зважаючи на те що однією з основних тенденцій у спорті залишається зростання інтенсивності тренувань і потреба поліпшувати результати змагань. Надзвичайно актуальною на сьогодні є проблема відновлення працездатності спортсменів після фізичних навантажень [1].

Деякі науковці значну увагу приділяють плануванню тренувань, пасивним засобам відновлення: сон, збалансоване харчування. Інші вважають, що особливо ефективними є гідропроцедури або масаж. У деяких роботах наголошується на необхідності використовувати фармакологічні препарати для пришвидшення відновлення.

Мета дослідження: пошук ефективних засобів відновлення працездатності у студентів бігунів на середні і довгі дистанції.

Матеріали та методи: у процесі дослідження використано аналіз, систематизацію й узагальнення науково-методичної і спеціальної літератури та інтернет джерел.

Результати досліджень: аналіз літературних джерел дозволив встановити, що для відновлення працездатності й уникнення перевтоми, у студентів бігунів на середні і довгі дистанції, необхідно використовувати спеціальні методи та засоби, що активізують відновні процеси в організмі [2].

Із педагогічних засобів відновлення важливо правильно поєднувати навантаження і відпочинок на різних етапах підготовки бігунів на середні і довгі дистанції. Правильно будувати кожне окреме тренувальне заняття та використовувати спеціальні фізичні вправи для пришвидшення відновлення.

Засоби психологічного відновлення теж достатньо різноманітні: сон релаксація, м'язова релаксація, спеціальні дихальні вправи, візуалізація, медитація.

Особливе місце серед засобів відновлення займають: медико-біологічні, збалансоване харчування, фармакологічні препарати і вітаміни, спортивні напої, гідротерапія, баровпливи, масаж.

Висновки: незважаючи на велику кількість різноманітних стратегій одностайно пропагандується індивідуальний підхід до спортсмена: використання простих природних методів, що у поєднанні із науково обґрунтованими тренувальними програмами сприяють підвищенню спортивних результатів і не шкодять здоров'ю. Розуміння причин втоми та фізіологічних механізмів відновлення, контроль за відповідними процесами, раціональне використання сучасних методів і засобів відновлення є важливим для оцінювання впливу фізичного навантаження на організм, ефективності тренувальних програм, виявлення перетренованості. Визначення оптимального часу відпочинку після фізичних вправ є необхідними для поліпшення підготовки спортсмена та досягнення високого результату [3].

Список використаної літератури:

1. Відновлення у спорті : монографія / Ю. Павлова, Б. Виноградський. – Л. : ЛДУФК, 2011. – 204 с.
2. Відновлення у спорті В. М. Волков М: Фізкультура і спорт. 1976. - 270 с.
3. Біг на середні і довгі дистанції. Відновлювані засоби/ І. Сокас., П. Каробліс. - Легка атлетика. 1985. - с.23-28
4. Як прожити до 100 на всі 100/ Ежелін Ю. - Київ. 2016. - 96 с.

ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКО-ТЕХНІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ-ГРАВЦІВ З НАСТІЛЬНОГО ТЕНІСУ

Шароді В.М., Кравченко О.Б.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: тактика, техніка, гра.

Вступ: Настільний теніс надзвичайно популярна гра у всьому світі. Процес підготовки гравців з настільного тенісу передбачає систему педагогічного впливу на формування їх особистості. Значне місце у підготовці студентів гравців з настільного тенісу займає тактична підготовка.

Тактика гри - це доцільні, злагоджені дії гравців спрямовані на досягнення перемоги в змаганнях. В наш час технічна, фізична, психологічна підготовленість спортсменів знаходиться приблизно на однаковому рівні. Тому перемога у змаганнях дуже часто визначається зрілістю тактичної майстерності спортсменів

Мета дослідження: розкрити основні тенденції розвитку тактики гри в настільний теніс, виявити найбільш ефективні методи тактичної підготовки спортсменів.

Матеріали та методи дослідження: у процесі дослідження використано аналіз, систематизацію й узагальнення науково методичної літератури, відео змагань найкращих тенісистів країни і світу.

Результати: узагальнюючи дані науково-методичної літератури тактика відіграє вирішальну роль успіху спортсменів.

Давайте розберемося в тактиці подач, і тактиці розіграшу очка. Всі ці елементи тактики постійно присутні в грі.

До початку зустрічі, коли розігрується право вибору виконання серії подач або їх прийому, перед спортсменом постає проблема що вибрати.

Якщо ви граєте з сильним суперником і впевненіше себе відчуваєте, коли ведете в рахунку, вибирайте право подачі, створивши розрив в рахунку, намагайтеся втримати до кінця партії. Якщо ви граєте з незнайомим суперником, то вибирайте право прийому подачі, тоді при рівному рахунку в кінці партії подачі будуть ваші: ви будете мати деяку перевагу. Тактика подач одна з важливих розділів тактики гри. Адже за одну партію доводиться подавати 5-10 разів. Проте відмічено, що, захоплюючись обміном ударами, гравці нерідко забувають про перевагу своєї подачі. Подача єдиний технічний прийом, який виконують майже зі статичного положення і який не залежить від дій суперника. Тобто не є відповідною дією на його удар. Тому у того хто подає, є всі можливості, щоб продумано і точно виконати цей прийом подач: гравець 5-10 разів має право першого удару. Подача технічний прийом з якого починається тактична атака.

Це перший удар по вразливому місцю суперника, перший крок до виграшу очка настільному тенісі є різні тактичні варіанти розіграшу очка:

- зміна ігрового ритму;
- тривалий розіграш очка;
- усиплення з несподіваними швидкими діями;
- постійна зміна напрямку польоту м'яча;
- тривалий розіграш очка з перехопленням ініціативи.

Висновки. Аналізуючи науково-методичну літературу, гру сильніших тенісистів можна зробити висновок, що від рівня розвитку фізичних якостей, психологічної підготовки, здібностей специфічних для гри в настільний теніс, залежить від володіння студентами тактичних навичок. Чим вище рівень розвитку спеціальних якостей і здібностей, тим швидше можна оволодіти основами тактики

гри. На сучасному високому рівні розвитку гри в настільний теніс, виконання необхідних тактичних дій можливе тільки в умовах досконалого володіння технікою гри. Отже на різних етапах тренування поряд з іншими якостями, тактична підготовка є однією з основних.

Список використаної літератури:

1. Спортивні ігри/ Железняк Ю. Д., Портнов Ю.М.: М. Академія,2001- 310 с.
2. Дозування фізичних навантажень/Вайнбаум Я.С., 2012

РУХЛИВІ ІГРИ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Шароді Ю.В., Шароді В.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: рухливі ігри, фізичне виховання, анкетування.

Вступ: Гіподинамія – це обмеження рухової активності. Саме вона негативно впливає на організм людини: опорно-руховий апарат, порушення обміну речовин, діяльність дихальної системи. Оскільки учні протягом навчання, майже 80% часу, проводять саме у сидячому положенні, то важливим для них – це не давати системі життєдіяльності втратити здатність правильно функціонувати. Правильним та хорошим рішенням будуть – рухливі ігри. Саме вони здатні сприяти створенню хорошого настрою та зміцненню здоров'я.

Під час рухових ігор здійснюється не тільки фізичне навантаження, але й розумове, моральне, естетичне та трудове виховання. Правила ігор регулюють поведінку гравців, сприяють вихованню чесності, взаємодопомоги, дисциплінованості, чесності, відповідальності, витримки.

Мета дослідження: вдосконалення методики розвитку фізичних здібностей у школярів засобами рухливих ігор.

Матеріали та методи дослідження: у процесі дослідження використано аналіз науково-методичної літератури, анкетування, педагогічне тестування, педагогічний експеримент.

Результати: було проаналізовано науково-методичну літературу з питань застосування рухливих ігор на уроках фізичної культури зі школярами. Також було проведено анкетування в учнів шкільного віку.

У даному дослідженні на підставі проведеного анкетування проаналізовано компоненти ставлення учнів молодших класів до фізичної культури та рухової активності. Аналізуючи відповіді учнів на запитання про те чи важливо для них займатися спортом, переважна більшість учнів (70,5%) усвідомлювали необхідність занять спортом, (25%) вважають, що не дуже важливо займатися спортом, (4,5%) думають, що не важливо. Відповіді свідчать про те, що більшість дітей усвідомлюють необхідність занять спортом. На питання, щодо регулярного виконання ранкової зарядки відповіді респондентів розподілилися таким чином: систематично виконують ранкову зарядку менше половини учнів (40,0%). Більшість дітей або взагалі не набули цієї навички (38,9%), або рідко звертаються до ранкової розминки (21,1%).

Оцінка фізичного стану є одним з показників здоров'я дитини. Більшість учнів добре оцінюють свій фізичний стан (72,2%), приблизно третина не дуже ним задоволені (27,8%). Позитивною можна вважати думку учнів про те, що поганий фізичний стан їм взагалі не властивий.

За результатами анкетування зрозуміло, що вчителі завжди використовують рухливі ігри на уроці фізкультури, так як позитивно відповіли 83,9% учнів; 5,6%

стверджують, що не завжди; а 8,3% відповіли, що дуже рідко, 2,2% - взагалі не граємо.

Наступне питання дає нам змогу оцінки рухову активність дітей поза межами школи. Проаналізувавши відповіді на питання ми можемо сказати, що 72,8% займаються у спортивних секціях. 20% хочуть піти в спортивну секцію, 5% не цікаво займатись, 2,2% не займаються спортом.

Педагогічне тестування складалось з чотирьох тестів для визначення розвитку координаційних здібностей, а саме тести на оцінювання орієнтації в просторі, здібності до ритму, управління часовими параметрами, а також на спритність (човниковий біг 4x9).

Проаналізувавши результати тесту:

- 1) для оцінювання орієнтації в просторі ми дізналися, що відмінний результат показали п'ять учнів, «добре» показали два учні, задовільний результат показали вісім учнів, достатній результат показали три учні;
- 2) для оцінювання здібності до ритму ми дізнались, що відмінний результат показав лише один учень, добре показали чотирнадцять учнів, задовільно показали три учні;
- 3) для оцінки здібності управління часом ми дізналися, що шість учнів показали високий результат, добре показали десять учнів, і два учні показали задовільний результат;
- 4) тест на спритність ми можемо зробити висновок, що розвиток спритності як у хлопців так і в дівчат незначною мірою відрізняється один від одного, оскільки відмінний результат у хлопців продемонстрували сім учнів, а в дівчат - шість. Кількість дівчат та хлопців, що брали участь в тестуванні однакова (по 9 дітей).

Висновки: Анкетування займає важливу роль в аналізі підходів у фізичному вихованні дітей. Завдяки цьому методу можна зібрати багато інформації про те як розвивається дитина, її відношення до фізичної культури як в школі так і за межами неї. Також можна дізнатися чи подобається дитині вчитель з фізичної культури та методика за якою він викладає.

Провівши педагогічне анкетування в учнів молодшого шкільного віку, ми дійшли висновку, що рівень фізичної підготовленості знаходиться на середньому та вище середнього рівнях і більше потрібно приділяти увагу розвитку координаційних здібностей саме одним із засобів фізичного виховання таким як рухливі ігри. Для підвищення рухової активності дітей шкільного віку і покращенню координаційних здібностей необхідно більше використовувати рухливі ігри та естафети, які будуть спрямовані на розвиток всіх можливих здібностей дітей цього віку.

Список використаної літератури:

1. Рухливі ігри у фізичному вихованні. Львів: Львівська політехніка, 2010. – 91 с.
2. Олійник І.О., Єрусалимець К.Г. Рухливі ігри. Навчальний посібник. Кременець. КОГШ, 2005. - 104 с.
3. Кругляк О.Я. Рухливі ігри та естафети в школі: Посібник для вчителя / Тернопіль, 2004. – 118 с
4. І. Боберський Рухливі ігри та забави. – Львів. - 2005. – 74 с.

ПРОВІДНІ ПРОГРАМИ ВИСОКОІНТЕНСИВНОГО ІНТЕРВАЛЬНОГО ТРЕНІНГУ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ СТУДЕНТІВ

Шелехова Т.В., Співак А.П., ПишкаО.П.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра фізичного виховання

Ключові слова: фізичне навантаження, студенти, тренування.

Вступ: ВІТ (High-intensity interval training, НІТ) — один із видів фізичного тренування, основною характеристикою якого є зміна короткотермінових інтенсивних анаеробних вправ ще коротшими періодами відпочинку.

Тренування (ВІТ) — це високоінтенсивні інтервальні тренування, що представляють з себе силові або кардіо навантаження з послідовним чергуванням максимальних, середніх і помірних рівнів інтенсивності. Сумарна тривалість тренувань становить 15-20 хвилин. Тривалість кожного інтервалу біля 1 хвилини.

Мета: ознайомити студентів з провідними світовими методами високоінтенсивного інтервального тренування (ВІТ).

Завдання: довести доцільність використання методів ВІТ та впровадження їх на заняттях спортивного удосконалення для підвищення фізичного навантаження студентів ДВНЗ «УжНУ».

Методи дослідження: теоретичний і практичний аналіз, та узагальнення літературних джерел.

Виклад основного матеріалу. Головним завданням (ВІТ) тренувань - є прискорення метаболізму для максимально швидкого спалювання жиру за короткий проміжок часу. Цей механізм запускається при чергуванні високо інтенсивних інтервалів з інтервалами помірного навантаження - по суті, організм спершу виснажує запаси глікогену м'язів, поступово переходячи на вільні жирні кислоти в якості палива.

Зазвичай (ВІТ) тренування тривають не більш, ніж півгодини, загальний час залежить від рівня фізичної підготовки виконувача. Звичайне тренування (ВІТ) протягом 12 хвилин дорівнює бігу протягом 45 хвилин. (ВІТ) тренування сприяє покращенню фізичного стану організму, зокрема заради покращення вуглеводного обміну.

Також (ВІТ) тренування позитивно впливають на метаболізм глюкози, знижуючи чутливість жирових тканин до інсуліну - а саме гіперчутливість до інсуліну є однією з причин розвитку діабету і набору зайвої ваги. Важливо і те, що кількість калорій, спалюваних при (ВІТ) тренуванні вище, ніж при звичайному кардіо або силовому тренінгу, оскільки задіяний і пост-тренувальний період.

Після тренування спалювання жиру продовжується на протязі двох діб з інтенсивністю не менш, як при тренуванні. Простіше кажучи, вправи закінчені, а тіло продовжує приходити у форму.

Дослідження проводилось на студентах, які займаються в групах спортивного удосконалення – «Ритмічна гімнастика». Метод, якій ми обрали був – «Табата».

Табата – тренінг існує з 1996 року і належить до (ВІТ) високо інтенсивним інтервальним тренівкам, в яких напруженна анаеробна робота чергується з розслабленими інтервалами відпочинку.

Винахідник методики японський професор Ізумі Табата запропонував з'єднати 20 секунд роботи з 10 секундами відпочинку.

Такий вибір інтервалів пояснюється просто: саме 20 секунд м'язи можуть працювати в анаеробному режимі при максимальній потужності і рівно 10 секунд витрачається їм, щоб відновитися. Такий підхід забезпечує максимальну ефективність тренувань.

Згідно з дослідженнями через 6 тижнів тренувань по методу Табата, анаеробна потужність організму збільшується на 28%, а споживання кисню на 14%. Також спостерігається зростання втрати підшкірного жиру в 9 разів порівняно з тими, хто звик займатися в 45 хвилинному аеробному форматі.

В Табата-тренінгу 20 секунд роботи і 10 секунд відпочинку утворюють один сет, який повторюється 8 разів, тобто всього 4 хвилини. Між такими 4-хвилинними циклами робиться перерва рівна одній хвилини. Кількість і набір вправ, що виконуються за цей час, може бути різним у залежності від ваших цілей, але всі вони повинні відповідати наступним вимогам:

- вони повинні задіяти максимальну кількість м'язів і м'язових волокон;
- вони повинні бути простими, так як на тлі загальної втоми дуже легко втратити контроль над технікою виконання;
- водночас вправи повинні бути настільки важкими, щоб виконуючі могли зробити 8-10 повторів за 20 секунд не втрачаючи темпу.

Методика Табата застосовувалася на заняттях в секціях спортивного удосконалення «Ритмічна гімнастика» три рази на тиждень. Навантаження давалося належно ступені підготовленості студентів.

Висновки: на основі літературних джерел встановлено, що регулярне застосування високо інтенсивних інтервальних тренувань призводить до істотної втрати маси тіла в цілому. Студенти, які регулярно займаються в групах спортивного удосконалення, зокрема «Ритмічна гімнастика» і обравши метод «Табата», переконалися на практиці в можливості покращення своєї фізичної підготовленості, а також у необхідності регулярних занять фізичною культурою і спортом.

Література:

1. Джессика Ксав'є, Клементина Шайю. Мой блокнот. НІТ – тренінг/ Попурри – 2016 р.
2. Воронов Н.А.- Высокоинтенсивные кардио тренировки//Эпоха науки №15-сентябрь 2018 г.
3. Хоули Э.Т. Оздоровительный фитнес/- К; Олимпийская литература. 2000.- 368с.
4. Сафонова О.А., Войтенко П.В. Табата как направление совершенствования процесса физической культуры в вузе //Международный научный журнал «Символ науки». – 2016.- № 6 – 2. – С.200-203.
5. Сущность метода Табата/ По материалам сайта /www.power.crossfit.ru
6. Зиамбетов В.Ю., Астраханкина Ю.С. Кроссфит как способ повышения эффективности физической подготовки студентов вуза //Молодой ученый. – 2016. - №7. – С.1061 – 1063.

КАФЕДРА НАУК ПРО ЗДОРОВ'Я

МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ З НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Дуб М.М., Брич В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: медичне обслуговування, реабілітаційні послуги, охорона здоров'я.

Вступ. На сьогоднішній день перебудова сучасної медицини до міжнародних вимог, створення нового формату реабілітаційної допомоги – пацієнт центричність, ґрунтування на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, застосування принципів реабілітаційного циклу, проведення реабілітаційного обстеження, встановлення реабілітаційних цілей, впровадження мультидисциплінарного підходу із залученням фахівців в галузі охорона здоров'я, зокрема фахівців фізичної реабілітації (фізичних терапевтів) вимагає інтеграції реабілітаційної допомоги до різних «традиційних» рівнів надання медичної допомоги та необхідність роботи в реабілітаційному «континуумі».

Невід'ємною складовою медицини є фізична терапія або фізична реабілітація. Фізична терапія передбачає забезпечення послугами приватних осіб та населення загалом, метою якої є максимально можливий розвиток, підтримання та відновлення рухових функцій або якості функцій організму впродовж усього життя. Це включає також надання послуг у випадках, коли рухові функції можуть бути послаблені чи втрачені внаслідок старіння, перенесеної травми, погіршення стану здоров'я або негативного впливу навколишнього середовища [4].

Враховуючи теперішній стан заохочення держави до впровадження високих стандартів медичних послуг є необхідність проаналізувати медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, щодо надання послуг з фізичної терапії відповідно до потреб пацієнта у системі охорони здоров'я.

Метою нашого дослідження є аналіз медичного обслуговування надання послуг з медичної реабілітації в системі охорони здоров'я в Закарпатській області.

Методи дослідження: системний підхід та аналіз.

Результати дослідження. Сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я в умовах реформування розширив можливості надання послуг закладами охорони здоров'я. У Програмі медичних гарантій згідно із Законом України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» медична реабілітація визнана як складова медичних послуг.

Здоров'я кожного має стати орієнтиром, який визначатиме не тільки державницьку політику загалом в медицині, але й буде підкріплена реальними справами у покращенні та розвитку галузі, яка опікується найдорожчим ресурсом країни – здоров'ям своїх громадян.

У Закарпатській області майже 99 % спеціалізованих медичних закладів перетворено на комунальні некомерційні підприємства. З них у електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) зареєстровано понад 95 %, підключено до медичних інформаційних систем (МІС) – також понад 95 % медзакладів.

Відповідно укладених угод, про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій представленими Національною службою здоров'я України, послуги з фізичної та медичної реабілітації в Закарпатській області, відповідно до потреб пацієнта які потребують стаціонарного лікування в гострий період, підгострий та відновний періоди надаватимуть:

- комунальне некомерційне підприємство «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака»;

- комунальне некомерційне підприємство Закарпатський обласний дитячий санаторій «Малютко» Закарпатської обласної ради;

- комунальне некомерційне підприємство «Обласна дитяча лікарня» Закарпатської обласної ради;

- комунальне некомерційне підприємство «Ужгородська міська дитяча клінічна лікарня» Ужгородської міської ради;

- комунальне некомерційне підприємство «Обласний дитячий туберкульозний санаторій «Човен» Закарпатської обласної ради.

У результаті аналізу, обсяг послуг, які надаватимуть некомунальні підприємства, відповідно до потреб пацієнта передбачають:

- первинний огляд та консультацію спеціалістами мультидисциплінарної реабілітаційної команди;
- постановку реабілітаційного діагнозу за МКФ та МКФ-ДП (категоріальний профіль МКФ або МКФ-ДП);
- визначення реабілітаційного прогнозу мультидисциплінарною командою;
- складання індивідуальної програми реабілітації (лист/таблиця втручань) за категоріальним профілем МКФ та МКФ-ДП та визначення SMART цілей та здійснення контролю за виконанням індивідуальної програми реабілітації з оцінюванням прогресу в досягненні намічених цілей;
- оцінку стану та можливості переходу на інший етап реабілітації з використанням міжнародних стандартизованих інструментів обстеження та оцінки (шкали/тести/опитувальники);
- надання послуг з медичної реабілітації за напрямом нейрореабілітації, поточний моніторинг та внесення коректив;
- надання послуг з медичної реабілітації за напрямом опорно-рухової реабілітації поточний моніторинг та внесення коректив.

Таким чином, можна підсумувати, що специфікація медичного обслуговування в інших закладах охорони здоров'я в Закарпатській області перекреслює намагання створення системи мультидисциплінарного підходу із залученням інших фахівців, зокрема фізичних терапевтів до участі у прийнятті рішень. У більшості випадків, фахівці таких закладів охорони здоров'я, будуть орієнтуватися на рівні порушень структури та тіла, а така складова, функціональна спроможність людини та якість життя будуть мати опосередкований характер, що в подальшому призведе до інвалідизації населення з отримання соціальних пільг та допоміжного обладнання.

Висновки. Отже, на основі вивчення договорів з питань медичного обслуговування населення в Закарпатській області за напрямами, представленими Національною службою здоров'я України, встановлено, що медичні послуги з медичної та фізичної реабілітації в Закарпатській області отримуватиме певна категорія пацієнтів, зокрема у зазначених вище закладах охорони здоров'я, а це водночас створює певні передумови для обмеження цільової групи отримання цих послуг.

Перспективу подальших досліджень ми вбачаємо у поглибленому вивченні системи фінансування медичних послуг з фізичної та медичної терапії закладів охорони здоров'я в Закарпатській області.

Література

1. WCPT – World Confederation for Physical Therapy. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/>.
2. НСЗУ (2020) Пакети медичних послуг: зміст та підхід до контрахтування закладів охорони здоров'я (https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf).
3. <https://www.umj.com.ua/article/180103/mozhливosti-realizatsiyi-medichnoyi-reabilitatsiyi-v-umovah-reformuvannya-ta-novoyi-sistemi-finansuvannya-zakladiv-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini>

ПИТАННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Корольчук О.Л.

Кафедра наук про здоров'я, УжНУ

Ключові слова: громадське здоров'я, державне регулювання громадського здоров'я, регіональна система громадського здоров'я, резильєнтність громадського здоров'я, національна резильєнтність.

Вступ. Проблеми реформування системи охорони здоров'я турбують українське суспільство більше 20 років, останні 2 з яких активно розвивається громадська система здравооохорони, здатна забезпечити високий рівень якості та ефективності заходів громадського здоров'я, відповідно належний рівень здоров'я населення.

В сучасних умовах поліфакторності та турбулентності ризиків, невизначеності їх настання та поєднання наслідків їх дій, Україною, відповідно до стратегічних документів ВООЗ [1,2], розбудовується система громадського здоров'я [3-5], що забезпечуватиме ефективність та дієвість впроваджуваних заходів державного регулювання забезпечення здоров'я для подовження активного і працездатного довголіття населення. Державні зусилля мають бути консолідовані з зусиллями місцевих громад - самоврядування, бізнесу та власне громади. Адже, загальноновизнано, що здоров'я людини - один з чинників суспільного розвитку, його збереження та покращення - одна з найважливіших внутрішніх функцій сучасної держави [6]. Дослідженням питань щодо державного регулювання та розвитку громадського здоров'я в Україні в сучасних швидко змінюваних умовах, пов'язаних із соціо-економічними, гуманітарними, інформаційними проблемами, веденням бойових подій тощо займалися чимало вчених, практиків, управлінців, серед яких М. Білинська, Н.Рингач, О. Корольчук, Н. Васюк [7,8], Надюк З.О. [9], Г.Слабкий [10], Е Лібанова, Є. Мокрецов, Т. Авраменко, та ін.

Звертаючи увагу на умови та обставини функціонування сучасної здравоохоронної сфери, у тому числі обтяжені військовими подіями на сході країни та епідемією Ковід-19, необхідним для розвитку ефективної системи громадського здоров'я в Україні вважаємо дослідження та розвиток моніторингу ризиків і загроз, систем їх профілактики та подолання, говорячи про регіональні системи - існуючу асиметрію регіонів України. Важливо також врахувати вагомість фактору належної соціальної активності, налагодженої комунікації у громадах, у суспільствах, забезпечуючи міжгалузеву, міжсекторальну взаємодію для забезпечення здоров'я населення та ефективності функціонування системи його охорони. Необхідним вважаємо розвивати резильєнтність громад та системи громадського здоров'я, як ефективної стратегії перспективного розвитку в сучасних реаліях.

Мета дослідження: виявити проблемні аспекти державного регулювання розвитку системи громадського здоров'я на регіональному рівні в сучасних умовах, проаналізувати сучасний стан розвитку та визначити основні пріоритети розвитку регіональних систем громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Під час виконання дослідження було використано аналітичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами

дослідження стали висвітлені у наукових джерелах результати праць у даній тематиці управлінців, науковців, практиків та теоретиків за останні 5 років.

Результати досліджень. Здоров'я громадян - одна з найбільших цінностей країни, найважливіших складових її соціально-економічного розвитку, тому стратегічною метою держави має бути збереження здоров'я населення, прагнення забезпечити кращі показники здоров'я людей і продовження тривалості активної продуктивної життєдіяльності. Проблема підвищення рівня здоров'я населення України, тривалості активного життя та є надзвичайно важливими, вимагають постійного удосконалення механізмів та процесів державного регулювання здравоохороної сфери та формування і функціонування дієвої системи громадського здоров'я.

Сучасні стресори світу, щоденні катастрофи, природні стихійні лиха, прояви зміни клімату, економічні збої, соціальні кризи, кібернетичні атаки, бойові події, терористичні акти наносять безпрецедентні збитки, особливо вражаючи найпотужніший потенціал країн, націй – людей. Водночас, невпинно зростає кількість випадків поєднаних ризиків та загроз, що формують турбулентності та комплексність впливів [11]. Сучасні суспільні процеси також обумовлені невизначеністю, складністю, множинністю можливих сценаріїв розвитку.

Важливо також наголосити, що домінантою умов сучасного розвитку у світі є інформаційно-комунікаційне суспільство, де динамічність, стрімкість, перманентність удосконалень та швидкість втілень інформаційно-комунікативної складової у всіх сферах життєдіяльності держав та людей потребує окремої уваги. Не дивлячись на позитивні моменти, за цих умов набувають поширення нові – інформаційні стресори, що вимагають від держав негайного реагування й застосування нестандартних заходів і рішень.

Сьогодні на Україні активно досліджується, формується національна резильєнтність - нова парадигма розвитку, популяризована та ефективна у світі, що реально здатна забезпечити сталий розвиток та перспективу процвітання держави та нації, навіть за особливих умов розвитку - глобалізацією, інформатизацією, прискоренням, турбулентністю, постійними змінами та зростанням кількості, складності, непередбачуваності та поєднаності ризиків і загроз сучасного світу [12]. Важливо, що з реалізацією Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні розпочалася активація децентралізованої моделі системи громадського здоров'я, де заклади громадського здоров'я є в управлінні органів місцевого самоврядування зі збереженням фінансування з державного бюджету. Важливим є застосований принцип солідарності - відповідальність територіальних громад, сімей та окремих осіб із залученням представників бізнесу та громадянського суспільства до формування умов та вирішення проблем у сфері громадського здоров'я та принцип пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності держави, що передбачає збільшення ролі провідного органу в сфері громадського здоров'я на розробку та реалізацію державних політик всіх інших сфер життєдіяльності суспільства. Та, на жаль, головний документ - стратегічний комплексний законопроект «Про систему громадського здоров'я та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя» - , що здатен ефективно врегулювати питання щодо забезпечення санітарного та

епідемічного благополуччя населення, захисту населення від інфекційних хвороб, щодо регулювання власне функціонування системи громадського здоров'я (діяльність установ із профілактики та контролю хвороб, регіональних центрів громадського здоров'я та компетентного органу у сфері контролю за дотриманням санітарного законодавства тощо) ще й досі не прийнято.

В Загальнодержавній програмі «Здоров'я 2020: український вимір» вказується, що сьогодні охорона здоров'я з пріоритетами у міжсекторальному підході, створенні сприятливих умов та формування відповідального ставлення людей до власного здоров'я. Державне регулювання системою громадського здоров'я на регіональному рівні є важливим сьогодні також, враховуючи незадовільний стан громадського здоров'я, соціальну нерівність і несправедливість в охороні здоров'я та суттєву регіональну диференціацію його показників. Численні дослідження українських вчених довели необхідність врахування регіональних особливостей, що підтверджується Загальнодержавною програмою «Здоров'я 2020: український вимір» та вирішенням питання удосконалення та підвищення ефективності механізмів регіонального управління системою громадського здоров'я, та розвинена його цілісна концепція. Але деякі питання стосовно регіональної нерівності громадського здоров'я та системи його охорони залишаються відкритими, враховуючи диспропорції соціально-економічного розвитку регіонів України, регіональну диференціацію стану громадського здоров'я та значно різні рівні індикаторів економічного розвитку регіонів України.

Висновки: Рамки даної публікації не дають змогу широко висвітлити всі питання та поставлені запитання - це потребує подальших наукових доробок. Дослідження регіональних особливостей стану громадського здоров'я, функціонування системи охорони здоров'я, детермінант здоров'я є актуальним і перспективним завданням. Врахування цих особливостей органами регіонального управління та місцевого самоврядування при реалізації політики у сфері охорони здоров'я дозволить більш ефективно діяти стосовно потреб населення окремих регіонів, зокрема координувати міжгалузеву взаємодію щодо покращення стану громадського здоров'я і, таким чином, зменшувати регіональну стратифікацію у цій сфері, що буде сприяти покращенню якості людського капіталу та соціально-економічному розвитку регіону. Концепція розвитку громадського здоров'я в Україні передбачає розвиток регіональних систем громадського здоров'я, що має бути гнучкою та спроможною в боротьбі з будь-якими ризиками та загрозамі - як інфекційні, так і неінфекційні захворювання - спрямованою на зміцнення, захист та збереження здоров'я населення, забезпечення соціальної справедливості у питаннях здоров'я та узгодження дій в усіх секторах державного управління. Системна робота над аналізом стресорів, моніторингом їх настання та реальних і можливих наслідків дозволить визначити траєкторію змін при настанні певних ризиків та допоможе кардинально змінити ситуацію не тільки на рівні регіонів, місцевих громад, але й, відповідно, на всій території України. Важливо налагодити ефективну взаємодію між зацікавленими учасниками, активізувати участь громадян у виробленні та реалізації публічної політики та розробці антикризових заходів, забезпечивши впевненість серед населення у дієвості державних інституцій, їх готовності та спроможності покращити якість життя людей. У цьому контексті

довкола категорії «якість» має формуватися резильєнтність – якість життя населення, якість публічних послуг, якість управлінських рішень.

Літературні джерела:

1. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, (документ EUR/RC62/12), 2012.52 с.
2. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, (документ EUR/RC62/12). 2012. Доступно з: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.
3. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України №1002-р від 30.11.2016 Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>.
4. Про внесення змін до постанови КМУ від 29.04.2015 р. № 266 : постанова КМУ від 02.02.2017 р. № 53 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
5. Про розвиток системи громадського здоров'я в Україні : матеріали круглого столу, 22.04.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160423_a.html. – Назва з екрана.
6. Шевцов В. Г. Стратегія державного управління системою охорони здоров'я в Україні / В. Г. Шевцов // Теорія та практика держ. упр. – Х. : Магістр. – 2007. – С. 183 – 190.
7. Ryngach N., Korolchuk O., 2018, Assessment of the health losses resulted from the internal armed conflict in Ukraine and public health tasks, Journal of Geography, Politics and Society, 8(3), 18–24. DOI 10.4467/24512249JG.18.018.8787;
8. Olena L. Korolchuk, Inga M. Perestyuk, Tetiana V. Zaporozhets, Nataliia O. Vasiuk and Yevhenii A. Kulhinskyi, Organization of crisis management in public administration, International Journal of Management, 11 (6), 2020, pp. 496-507. <http://www.iaeme.com/IJM/issues.asp?JType=IJM&VType=11&IType=6>
9. Надюк З.О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: дис... д□ра наук: 25.00.02 — Механізми державного управління / Надюк З.О. — Запоріжжя, 2009. — 208 с.
10. Слабкий Г.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 3. - С. 24-31. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_8
11. Global trends and Key implications thorough 2035. URL: <https://www.dni.gov/files/documents/nic/GT-Full-Report.pdf> (Last accessed: 01.08.2020).

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Іваць-Чабіна А.Р.

Кафедра наук про здоров'я

Ключові слова: медична освіта, дистанційне навчання в університетах, вища медична освіта в Україні.

Вступ

В період карантинних обмежень гостро постало питання організації навчального процесу для студентів, які навчаються на спеціальностях, що відносяться до галузі охорони здоров'я. В зв'язку з тим, що специфіка підготовки медичних кадрів вимагає більшої кількості практичних та лабораторних годин (порівняно з гуманітарними та технічними спеціальностями), використання в навчальному процесі додаткового обладнання та можливість для студентів бути присутніми під час проведення лікувальних та діагностичних маніпуляцій, це створило додаткові труднощі для раціональної організації навчального процесу.

Мета: дослідити основні відмінності навчального процесу студентів галузі знань 22-Охорона здоров'я від навчального процесу інших спеціальностей.

Матеріали та методи: аналіз нормативних документів, що регламентують навчальний процес для студентів галузі знань 22 «Охорона здоров'я», порівняння заходів щодо адаптації навчального процесу до карантинних вимог в ВНЗ України.

Результати

В переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, до розділу «Охорона здоров'я» відносяться такі спеціальності: стоматологія (221), медицина (222), медсестринство (223), технології медичної діагностики та лікування (224), медична психологія (225), фармація і промислова фармація (226), фізична терапія, ерготерапія (227), педіатрія (228) та громадське здоров'я (229).

Підготовка студентів, що навчаються на вищезазначених спеціальностях суттєво відрізняється від підготовки студентів інших галузей знань. Можна виділити такі особливості:

- довші терміни навчання (зокрема для студентів спеціальності 222 мінімальний термін навчання складає 6 років, 221 – 5 років);
- необхідність проходження післядипломної підготовки та регулярного підтвердження кваліфікації;
- значна кількість лабораторних і практичних занять, які вимагають спеціальних умов для проведення та наявності необхідного обладнання; необхідність відвідування лікувально-профілактичних та реабілітаційних закладів для проведення практичних занять (що в умовах епідемії створює додатковий ризик для поширення COVID-19);
- необхідність засвоєння та демонстрації на заняттях практичних навичок роботи з пацієнтами, користування діагностичним та лікувальним обладнанням, інструментарієм тощо; навчальний процес передбачає безпосередній контакт з особами, що страждають на захворювання різних нозологічних груп, перебувають в групах ризику або відновлюються після перенесених травм і хвороб.

В умовах карантину заклади освіти, що готують спеціалістів галузі охорони здоров'я, зіткнулись не лише з необхідністю технічної та програмної

перебудови навчального процесу, а й з необхідністю враховувати вищезазначені особливості.

Чимало вищих навчальних закладів впродовж 2020 року повністю перейшли на дистанційну форму навчання. Не дивлячись на її очевидні переваги (такі як мобільність, доступність, можливість навчатись в зручному темпі тощо), для майбутніх лікарів, стоматологів, медсестер та реабілітологів така форма навчання є неприйнятною, оскільки в таких умовах опанування багатьох практичних навичок неможливе.

З цієї причини навчальні заклади та окремі факультети, що спеціалізуються на підготовці медичних кадрів, вимушені були перейти на змішану форму навчання.

Аудиторно-дистанційне навчання передбачає проведення занять з урахуванням протиепідемічних вимог, таких як обмеження кількості осіб, що перебувають в приміщенні, використання засобів індивідуального захисту, дотримання соціальної дистанції, відсторонення від занять осіб з ознаками захворювання, проведення температурного скринінгу перед початком занять та в гуртожитках. Згідно з карантинними вимогами для проведення практичних та лабораторних занять передбачений поділ студентів на невеликі групи до 10 людей, перебування в аудиторії вимагає наявності засобів індивідуального захисту та дотримання соціальної дистанції. Лекції та теоретичні заняття проводились за допомогою відеозв'язку та платформ електронного навчання. Впродовж всього періоду карантину вимоги до організації навчального процесу варіювались залежно від епідемічної ситуації в кожному окремо взятому регіоні. Наприклад, в червоній зоні відвідування навчальних закладів припинялось повністю, в помаранчевій – допускалось проведення аудиторних занять з обмеженням кількості осіб в приміщенні та за умови можливості дотримання безпечної дистанції. Таким чином в більшості ВНЗ, що спеціалізуються на підготовці студентів в галузі охорони здоров'я, вдалось уникнути скорочення практичних годин. В довгостроковій перспективі це дозволить забезпечити належний рівень надання медичної допомоги молодими спеціалістами на всіх рівнях.

Висновки

1) В період карантину вищі навчальні заклади, що спеціалізуються на підготовці медичних кадрів, зіткнулись з додатковими труднощами при адаптації навчального процесу до протиепідемічних вимог. Це пов'язано з рядом особливостей навчання в галузі 22 «Охорона здоров'я» а також з необхідністю збереження кількості практичних годин.

2) Повне переведення навчального процесу в дистанційну форму створює значні труднощі для опанування студентами необхідних діагностичних, лікувальних та реабілітаційних навичок. В довгостроковій перспективі це матиме негативні наслідки для їх професійної діяльності.

3) Рішенням для збереження максимальної ефективності навчального процесу стало впровадження змішаної (аудиторно-дистанційної) форми навчання, яка передбачала проведення теоретичних занять за допомогою засобів відеозв'язку, а практичних занять – очно, з дотриманням протиепідемічних вимог. Таким чином вдалось забезпечити виконання

навчальних планів на належному рівні та мінімізувати ризики поширення COVID-19 серед студентів та працівників університетів.

Матеріали 75-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу Ужгородського національного університету. Факультет здоров'я та фізичного виховання

м. Ужгород, 25 лютого 2021 року

В даних матеріалах знайшли відображення результати наукових досліджень професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ, які доповідалися на 75-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу.