

УДК: 615.825

**О.Ю. Гузак**

ДВНЗ “Ужгородський  
національний університет”

## **МЕДИКО-БИОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ**

*Анотація: в статті представлено аналіз медико-біологічних та психо-педагогічних аспектів фізичного виховання студентів в реабілітації хворих на остеохондроз шийного відділу хребта з симптомами психоемоційних розладів в умовах поліклініки. Проведені клініко-функціональні та психоневрологічні дослідження в динаміці підтвердили значення індивідуального підходу, детальності та етапності виконання кожної вправи з метою підвищення ефективності фізичної реабілітації.*

*Ключові слова: фізичне виховання, педагогічні проблеми, студентська молодь, остеохондроз, шийний відділ хребта, реабілітація, лікувальна фізкультура, відновлювальний режим, поліклініка.*

**О.Ю. Гузак**

ГВУЗ “Ужгородський  
національний університет”

## **МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ**

*Аннотация: в статье представлен анализ медико-биологических и психо-педагогических аспектов физического воспитания студентов в реабилитации больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника с симптомами психоэмоциональных нарушений в условиях поликлиники. Проведенные клиничко-функциональные и психо-неврологические исследования в динамике подтвердили значение индивидуального подхода, детальности и этапности выполнения каждого упражнения с целью повышения эффективности физической реабилитации.*

*Ключевые слова: физическое воспитание, педагогические проблемы, студенческая молодежь, остеохондроз, шейный отдел позвоночника, реабилитация, лечебная физкультура, восстановительный режим, поликлиника.*

**O.U. Guzak**

State supreme scientific institution  
"Uzhgorod National University"

## BIOMEDICAL AND PSYCHO-PEDAGOGICAL PROBLEMS OF STUDENTS PHYSICAL EDUCATION

*Abstract: This paper presents an analysis of biomedical and psycho-educational aspects of physical education of the students in the rehabilitation of patients with osteochondrosis of the cervical section of spine (OCSS) accompanied by the symptoms of psycho-emotional disorders under the influence of clinic.*

*Materials and Methods: The observation of 32 OCSS patients with psycho-emotional disorders symptoms within the age range 24-31. The patients were divided into two groups: experimental and control. Clinical and anamnestic data, neurological status examination and instrumental investigations and psycho-educational aspects of physical education of the students were carried out with all the patients. A separate group of test research was conducted in order to determine the presence and the extent of psycho-emotional sphere violations. The patients have been treated in the clinic by a special technique medical physical culture which presupposed a course of 15 and 60-minutes procedures every day.*

*On admission to the clinic, all patients complained of the discomfort in the jugular and occipital section of the spine. A discomfort when moving or tilting and turning the head, a discomfort and stiffness in the neck, the tension of the back group of muscles of the shoulders and the paravertebral muscles, the weakened tone of the back group of muscles of the neck, the resistance to pressure. Survey method allowed to identify the group of patients with complex psycho-emotional disorders accompanying chronic OCSS*

*During the therapy treatment in the clinic the patients noted a general sedative and analgetic effect which was clinically manifested in the reduction of pain, the improvement of sleep, mood as well as of the general condition. Thus, the pain in the neck (cervicalgia) and discomfort - disappeared completely. The mobility of the shoulder joint was restored completely. Repeated surveys of patients showed the positive dynamics in the course of disease and psycho-emotional indicators. Insomnia and the feeling of weakness in the morning almost disappeared, patients emphasized the improvement of sleep and falling asleep, restoring a sense of cheerfulness in the morning, increasing energy. Conducted clinical and functional and neuropsychiatric studies have confirmed the value of the dynamics of individual approach of implementation each exercise to enhance the effectiveness of physical rehabilitation.*

*Keywords: physical education, pedagogical issues, college students, the cervical section of spine, rehabilitation, physical culture, recovery mode, clinic.*

**Постановка проблеми.** Оптимізація стану кожного з компонентів здоров'я – результат комплексу медико-біологічних, соціальних, психолого-педагогічних, соціально-психологічних заходів, при цьому значимість фізичного виховання осіб різного віку є незаперечною [1, 31-33].

Фізичне виховання – педагогічний процес, спрямований на формування спеціальних знань, умінь та навичок, а також на розвиток різнобічних фізичних здібностей людини. У процесі фізичного виховання здійснюється також загальне виховання особистості, оскільки воно формує інтереси, мотиви, норми і правила поведінки людей, їхні ціннісні орієнтації [8, 4-10].

Дослідженнями останніх десятиріч доведено, що остеохондроз, від якого страждають дорослі, закладається ще в дитячому віці: на сьогодні 80% школярів вже страждають від порушень постави. Початкові прояви остеохондрозу спостерігаються уже в віці 25-27 років, максимальна кількість клінічних проявів остеохондрозу припадає на працездатний період життя людини. Все це диктує життєву необхідність лікувальної фізкультури (ЛФК) як профілактичного та етіопатогенетичного методу оздоровлення, що дозволяє впливати на першопричину захворювання. Проблема полягає в недосконалості виконання методичних рекомендацій з ЛФК при хронічних дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта, в тому числі остеохондрозі шийного відділу хребта (ОШВХ), що потребує корекції фізичного виховання, адже невірність виконання окремих вправ не дозволить досягнути очікуваного ефекту.

**Аналіз актуальних досліджень.** Актуальність даної теми визначається збільшенням кількості хворих ОШВХ, особливо серед молоді. Сучасні дослідники небезпідставно вважають, що остеохондроз шийного відділу хребта (ШВХ) – це не захворювання, а пристосувальна реакція хребта на неправильний розподіл навантажень, що виникає під час рухів, малу рухливість, шкідливі звички, важку монотонну роботу. Негативно впливає наступне: відсутність звички тримати своє тіло правильно при сидінні або ходьбі, використання неправильних подушок під час сну, плоскостопість, неправильна постава, часте перебування в незручних позах, носіння незручного взуття, високих підборів. Також, впливає робота, пов'язана з підйомом ваги, змінами положення тулуба, поворотами, згинанням і розгинанням, рухами ривками; виконання роботи, при якій збільшується тиск у міжхребцевих дисках і навантаження на хребет в цілому. Припинення занять спортом, стрес (нервове перенапруження) [2, 137-140; 3, 128-129].

Дослідження останнього десятиліття свідчать про тенденції до погіршення психічного здоров'я населення України. Значна поширеність психоневротичних розладів серед людей працездатного віку, тривала втрата працездатності, зв'язок цієї патології з соціально-політичними змінами свідчать про те, що це не тільки медична, а й важлива соціальна проблема [4, 439-440; 5, 22-26].

ЛФК – один з методів фізичної реабілітації на поліклінічному етапі відновлення пацієнтів. Основним лікувальним фактором ЛФК є рух, одним із засобів – фізичні вправи, які забезпечують відновлення порушених внаслідок хвороби. Проведення заходів ЛФК здійснюється з урахуванням особливостей захворювання, характеру, ступеня і стадії патологічного процесу в системах та органах організму, ступеня пристосованості хворого до фізичних навантажень.

Фізичні навантаження змінюють реактивність організму, роблячи вплив на центральну нервову систему, функції систем кровообігу, дихання, руху, на емоційний стан хворого, викликаючи почуття бадьорості і впевненості, сприяючи підвищенню якості життя, прискорюючи терміни одужання і відновлення працездатності індивідууму [1, 31-33].

Донедавна кінезотерапія вважалася неспецифічним терапевтичним фактором, що здійснював на організм загальнозміцнюючий вплив, підсилював загальний тонус, давав психотерапевтичний ефект, покращував обмін речовин, кровообіг, дихання і роботу інших супутніх систем. Проте останні дані говорять про те, що фізичні вправи є специфічним засобом, що впливає на етіологічні і патогенетичні ланки захворювання [6, 44-65; 7, 23-27].

Кінезотерапія – це лікування рухами, відновлюючими нормальні біомеханічні взаємовідносини у структурах хребта, суглобах і м'язах. При цьому досягнутий ефект зменшення болю у більшості випадків пов'язаний із зменшенням набряку, асептичного запалення, м'язового гіпертонусу і покращення трофіко-регенеративних процесів. Тобто ЛФК при ОШВХ може розглядатися не тільки в якості симптом-модифікуючої медицини, але і у значній мірі являє собою структурно-модифікуюче (патогенетичне) оздоровлення [6, 44-65; 4, 439-440].

**Мета статті.** Провести комплексні дослідження ефективності застосування різних методичних прийомів використання вправ ЛФК для хворих ОШВХ з симптомами психоемоційних розладів у віці 24-31 років, проаналізувати значення фізичного виховання молоді.

**Виклад основного матеріалу.** Під наглядом знаходились студенти факультету післядипломної освіти та пацієнти міської поліклініки, що були розподілені на дві групи, близькі за клініко-функціональними та психоневрологічними проявами ОШВХ у фазі неповної ремісії. Були проведені комплексні клініко-функціональні та психоневрологічні дослідження в динаміці.

Хворим були дані роз'яснення по обов'язковому поєднанню спеціальних вправ для м'язів верхнього плечового поясу, шиї, шийного відділу хребта та загальноукріплюючих вправ для всіх м'язових груп з почерговим застосуванням дихальних вправ, вправ на розслаблення.

Перед початком призначеного комплексу ЛФК хворим контрольної групи (КГ) була видана на руки методична розробка з переліком вправ ЛФК при ОШВХ з рекомендаціями використовувати її самостійно для зменшення проявів хвороби. З хворими експериментальної групи (ЕГ) перед початком курсу реабілітації був проведений детальний інструктаж (індивідуальний та малогруповий) відносно важливості дотримання методичних принципів, складено план занять з дотриманням принципів послідовності та поступовості в підвищенні навантажень (відповідно до фізіологічної кривої навантажень); необхідності збереження черговості роботи м'язових груп; поступовості змін та ускладнення фізичних вправ. Проводився контроль за правильністю виконання всього комплексу ЛФК.

До початку реабілітації всі хворі (100 %) скаржились на відчуття дискомфорту в шиї, болючість та неприємні відчуття в шийно-потиличній зоні, тугорухомість (дискомфорт) в області шиї, Таблиця 1.

Таблиця 1

Динаміка клініко-функціональних показників у хворих на ОШВХ з симптомами психоемоційних розладів у віці 24-31 років під впливом комплексу ЛФК

№ п/п	Групи	Показники	До курсу ЛФК		Після курсу ЛФК		% зник- нення
			абс	%	абс	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	КГ	Відчуття дискомфорту (неприємні відчуття) в шиї	11	100	5	45	55
	ЕГ		21	100	5	24	76
2	КГ	Болючість та неприємні відчуття в шийно-потиличній області	11	100	5	45	55
	ЕГ		21	100	2	10	90
3	КГ	Болючість волосистої зони шкіри голови при пальпації та розчісуванні волосся	7	64	3	43	57
	ЕГ		13	62	-	-	100
4	КГ	Головокружіння, що посилюється при піднятті голови вгору	7	64	3	43	57
	ЕГ		13	62	2	15	85
5	КГ	Тугорухомість (дискомфорт) в області шиї	11	100	5	45	55
	ЕГ		21	100	2	10	100
6	КГ	Хрускіт при нахилах голови та обертаннях в обидва боки	7	64	3	43	57
	ЕГ		13	62	2	15	85
7	КГ	Помірне обмеження рухливості ШВХ при нахилах голови вперед до 65° (N 70-75°)	6	55	2	33	67
	ЕГ		11	52	1	9	91
8	КГ	Зменшення амплітуди рухів (при нахилах голови тугорухомість, рухи супроводжуються “хрустом”)	7	64	3	43	57
	ЕГ		13	62	1	8	92
9	КГ	Помірна тугорухомість з обмеженням амплітуди рухів (в межах 15-20°) в плечових суглобах в усіх напрямках	7	64	3	43	57
	ЕГ		13	62	1	8	92
10	КГ	Напруженість паравертебральних м'язів ШВХ в C <sub>IV</sub> – D <sub>I</sub>	10	91	5	50	50
	ЕГ		21	100	2	10	90
11	КГ	Напруженість задньої групи м'язів плечей та задньої групи м'язів шиї	10	91	5	50	50
	ЕГ		21	100	2	10	90

12	КГ	Болючість при пальпації остистих відростків та паравертебральних точок ШВХ	8	73	4	50	50
	ЕГ		16	76	-	-	100
13	КГ	Болючість Надербовських точок	8	73	5	50	50
	ЕГ		16	76	-	-	100

Як видно з таблиці, суб'єктивні та об'єктивні ознаки ОШВХ, а також порушення функціональних даних у пацієнтів обох груп були майже тотожними. Дискомфорт в шиї часто сприяв ранньому пробудженню пацієнтів внаслідок тривалого незручного положення голови, клінічно домінуючим симптомом було відчуття важкості в голові упродовж деякого часу, що було локалізоване в шиї та потилиці.

Проведені психоневрологічні дослідження підтвердили наявність в обох групах хворих ОШВХ початкових, помірно виражених ознак психоемоційних порушень. Так, всі хворі (100 %) в обох групах скаржились на порушення сну: важкість засинання з відчуттям розбитості ранком, відсутність почуття бадьорості та відпочинку ранком, пробудження вранці невиспаним (втомленим), Таблиця 2.

Таблиця 2

Динаміка психоемоційних показників у хворих ОШВХ з симптомами психоемоційних розладів розладів у віці 24-31 років під впливом комплексу ЛФК

№ п/п	Групи	Показники	До курсу ЛФК		Після курсу ЛФК		% зникнення
			абс	%	абс	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	КГ	Загальна слабкість, швидка втомлюваність	8	73	4	50	50
	ЕГ		15	71	2	13	87
2	КГ	Пониження енергії, упадок сил, зменшення загальної активності	9	82	4	44	56
	ЕГ		17	81	2	13	87

3	КГ	Емоційна лабільність, знервованість, роздратованість, подразливість, невитриманість	7	64	3	43	57
	ЕГ		15	71	2	13	87
4	КГ	Позитивних переживань набагато менше, як негативних	9	82	4	44	56
	ЕГ		17	81	2	12	88
5	КГ	Порушення сну: відчуття розбитості зранку, відсутність почуття бадьорості та відпочинку, важкість засинання, пробудження ранком невиспаним	11	100	6	55	45
	ЕГ		21	100	2	18	82

Різниця в методиках призначення комплексу вправ ЛФК для ШВХ в КГ та ЕГ вже в кінці першого тижня виявила значні відмінності в динаміці проявів хвороби. Дотримання основних принципів хворими під час проведення ЛФК: свідомість, терплячість, дисциплінованість, бажання до самовдосконалення та покращення самопочуття, виконання рекомендацій реабілітолога привели до значного покращення загального стану пацієнтів. З покращенням та значним покращенням курс оздоровлення закінчили 89 % хворих ЕГ.

**Висновки та перспективи досліджень.** Проведені дослідження підтвердили значення фізичного виховання для формування у молоді переконання в необхідності рухової активності як невід’ємного чинника здорового способу життя та успішної життєдіяльності, необхідності індивідуальної роботи з пацієнтами та важливість проведення попереднього інструктажу для досягнення позитивних результатів. Представлені дані є частиною дисертаційної роботи і потребують подальшого розвитку.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бобрик Ю.В. Особливості динаміки показників, що характеризують рухливість хребта, у хворих на остеохондроз хребта з неврологічними проявами при використанні комплексної реабілітації // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2010. – №1. – С.31–33.
2. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы. Руководство для врачей. – М.: ”МЕД-пресс-информ”. – 2007. – С. 137–140.



3. Крадинов А.И., Черноротов В.А., Крадинова Е.А. Распространенный дегенеративно дистрофический процесс в шейном отделе позвоночника // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2012. – №2. – С.128–129.
4. Леман-Хорн Ф., Рудольф А. Лечение заболеваний нервной системы. Москва, “МЕД-пресс-информ”. – 2009. – С. 439–440.
5. Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в современной системе оказания медицинской помощи населению // Междунар. мед. журн. – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 22–26.
6. Пархотик И. Дието- и кинезотерапия. – К.: “Здоровье Вашему дому”. – 2005. – С. 44–65.
7. Пономарева В.В. Современные методы лечебной физкультуры в практике участкового терапевта // Терапевтический архив. – 2007. – № 1. – С. 23–27.
8. Чочарай З. Ю., Гаркавенко Т.І., Данько Г.В., Чочарай Т.Г.-Х. Курс лекцій з фізичного виховання. Навчальний посібник. – 2004. – Київ. – С. 4–10.