



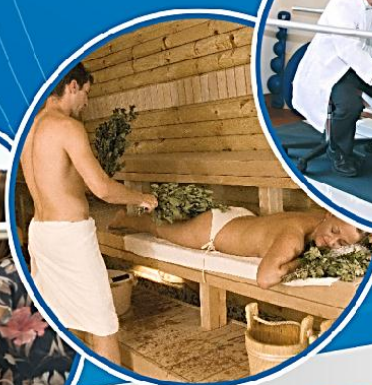
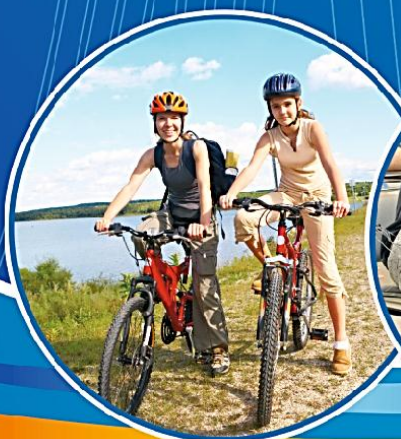
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

кафедри фізичної реабілітації
і рекреації Харківської державної
академії фізичної культури

ISSN 2522-1914 (Online)
ISSN 2522-1906 (Print)

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ

№ 2 / 2019





Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології

Key title: Fizična rehabilitaciâ ta rekreacijno-ozdorovči tehnologii
Abbreviated key title: Fiz. Rehabil. rekreac.-ozdor. tehnol.
ISSN 2522-1914 (Online),
ISSN 2522-1906 (Print)

2 / 2019

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор:

Б. А. Пустовойт, д-р мед. наук, професор.
(Харківська державна академія фізичної культури)

Редактор:

Ю. С. Калмикова, канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент.
(Харківська державна академія фізичної культури)

Науковий редактор:

С. А. Калмиков, канд. мед. наук, доцент.
(Харківська державна академія фізичної культури)

Редакційна колегія:

П. Б. Єфіменко, канд. пед. наук, професор.
(Харківська державна академія фізичної культури)

О. В. Бісмак, канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент
(Національний університет фізичного виховання і спорту України)

О. П. Канищева, канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент.
(Харківська державна академія фізичної культури)

Л. В. Дугіна, канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент.
(Харківська державна академія фізичної культури)

С. А. Пашкевич канд. мед. наук, доцент.
(Харківська державна академія фізичної культури)

ЗАСНОВНИК, ВИДАВЕЦЬ

Харківська державна академія
фізичної культури,
кафедра фізичної терапії

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

61202, м. Харків,
ул. Переможна, 21,
кімата 103

Телефон: (057) 336-00-22;

Сайт журналу:

http://journals.uran.ua/frir_journal

Журнал індексується: [Bielefeld Academic Search Engine](#), [Google Scholar](#), [OpenAIRE](#), [WorldCat](#)

Спеціалізоване видання з проблем фізичної реабілітації та рекреаційно-оздоровчих технологій

Рік заснування: 2016.

Періодичність: 2-4 рази на рік

Область і проблематика: У журналі представлені статті з актуальних проблем здоров'я людини, фізичної терапії /реабілітації, фізичної рекреації та медико-біологічного забезпечення фізичної культури і спорту. Показані тенденції у визначенні сучасних інноваційних напрямків фізичної реабілітації та рекреації, оздоровчих технологій, а також медико-біологічного забезпечення фізичної культури і спорту.

Матеріали наукового журналу представляють теоретичний і практичний інтерес для докторантів, аспірантів, магістрів, фізичних реабілітологів, спортивних лікарів, викладачів, тренерів, спортсменів, а також студентів старших курсів.

УДК 615.8(045/.46)

© ХДАФК, 2019

Журнал «Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології», 2019 р.



ЗМІСТ

Шудренко Т.В., Пустовойт Б.А. Фізична терапія при вродженій дисплазії кульшового суглобу у дітей грудного віку при консервативному лікуванні	4
Віцько С.М., Кривошеєв М.В. Етапна структура корекції і компенсації рухової сфери інвалідів з порушеннями функцій спинного мозку	11
Смоляр О.В., Смоляр Д.О., Сисоєва Є.І. Місце хореографічних вправ у фізичному вихованні молодших школярів з порушеннями постави	21
Щелкунов А.О., Лебедєва А. С., Майборода С.С. Форми підвищення потрібної мотивації рухової активності учнів до занять на основі різнорівневих варіантів фізичного виховання	26
Сулима А.С., Насальський М.Д., Здебський О.О. Зміни тону м'язів у осіб 36-46 років після травм хребта під впливом занять лікувальною фізичною культурою	32
Єршова А.О., Полковник-Маркова В.С. Актуальні питання фізичної терапії в умовах євроінтеграції України	37



Фізична терапія при вродженій дисплазії кульшового суглобу у дітей грудного віку при консервативному лікуванні

Шудренко Т.В., Пустовойт Б.А.

Харківська державна академія фізичної культури,
м. Харків, Україна

Мета: науково обґрунтувати, розробити й оцінити ефективність програми фізичної терапії дітей грудного віку з дисплазією кульшового суглобу.

Матеріал і методи: аналіз наукової і науково-методичної літератури, медико-біологічні методи та лікарсько-педагогічні спостереження, методи математичної статистики.

Результати: проведено аналітичний аналіз сучасних підходів до фізичної терапії дітей грудного віку з дисплазією кульшового суглобу при консервативному лікуванні. Розроблена та впроваджена в клінічну практику програма фізичної терапії дітей з вищезначеною патологією.

Висновки: встановлено, що розроблена програма фізичної терапії дітей грудного віку з дисплазією кульшового суглобу значно покращує результати їх лікування та реабілітації.

Ключові слова: дисплазія кульшового суглобу, діти грудного віку, фізична терапія.

Вступ. За даними різних авторів, в останній час відмічається явна тенденція до збільшення частоти вроджених вад розвитку, які стають причинами 32% випадків інвалідності. Серед вад розвитку проблеми кістково-м'язової системи складають близько 30%. Дослідження свідчать, що з них 17 % - дефекти нижніх кінцівок: вроджені дисплазії кульшових суглобів (ДКС), вивихи стегна, вальгусні або варусні деформації нижніх кінцівок, клишоногість, укорочення кінцівки (Джалилов А.П. 2005; Жилка Н.Я.2007; Корж М.О. 2007) [1;2;3].

ДКС є однією з найпоширених деформації опорно-рухового апарату (ОРА), одним із проявів вад розвитку суглоба і всіх його елементів: м'язів, сухожиль, зв'язок, судин [5;9], на фоні якої з розвитком дитини може формуватися вроджений вивих стегна (ВВС). Термін «дисплазія кульшового суглоба» був вперше запропонований М. Schede у 1900 році для визначення стану, який передує ВВС і характеризується недорозвитком тканин кульшового суглоба.

За даними Королькова А.И. (2006), Пшеничної Е.В. (2002) часто порушення формування кульшових суглобів поєднується з загальним недорозвитком дитини, про що свідчить розвиток у недоношених дітей ДКС в 10 разів частіше, ніж у доношених. Дівчатка в 5разів частіше хлопчиків схильні до патології, особливо ті, які були у матерів першою дитиною [4;7].

За несвоєчасного або віддаленого лікування цієї патології збільшується чисельність її ускладнень, які починають проявлятися вже в дошкільному віці, а в подальшому можуть стати причиною дегенеративно-дистрофічних змін кульшового суглоба і, як наслідок, інвалідизації хворого. Багаторічний досвід науковців (І.В. Рой, 2009; Ю.О. Лянной, 2008) щодо реабілітаційної роботи з дітьми, які мають порушення ОРА, а саме ДКС, свідчить про те, що застосування лікувальної фізичної культури (ЛФК) в системі фізичної терапії (ФТ) для означеного контингенту є одним із найдієвіших методів відновлення та профілактики [6;8;10].

Усе вищезазначене визначає актуальність розробки нової комплексної програми ФТ дітей грудного віку при ДКС.



Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Магістерська робота виконувалась згідно пріоритетного тематичного напрямку 76.35. «Медико - біологічне обґрунтування проведення відновлювальних заходів і призначення засобів фізичної реабілітації особам молодого віку різного ступеня тренуваності». Номер державної реєстрації – 0116U004081.

Мета роботи - науково обґрунтувати, розробити й оцінити ефективність програми ФТ дітей грудного віку з ДКС.

Завдання роботи. На підставі вивчення спеціальної літератури проаналізувати етіологію, патогенез, клінічну характеристику, діагностику та сучасні підходи до призначення засобів ФТ дітей грудного віку з ДКС; розробити і оцінити ефективність програму ФТ дітей грудного віку з ДКС.

Методи дослідження. Аналіз наукової і науково-методичної літератури, медико-біологічні методи та лікарське-педагогічні спостереження, методи математичної статистики.

Результати дослідження. Вроджена ДКС належить до однієї з частих вроджених вад опорно- рухового апарату. Причиною її виникнення є як ендогенні, так і екзогенні фактори, гормональні порушення, токсикози, дефіцит вітаміну, порушення обміну речовин, спадковість. Всі вони можуть обумовлювати вади закладки елементів суглоба або затримку їх розвитку у внутрішньоутробному періоді. Відхилення від норми в розвитку кульшового суглобу, що спричинені слабкістю зв'язок та м'язів, зустрічаються в одного на 100 новонароджених. В чотирьох новонароджених з кожних 1000 вивих стегна є настільки вираженим, що потребує лікарського втручання [4].

ДКС, в тому числі і ВВС, вважаються серйозною аномалією, що вимагає медичної корекції. Якщо дитині вчасно не буде надана лікарська допомога, то стегнова кістка і кістки тазу, пристосовуючись до навантажень, почнуть видозмінюватися. Голівка стегнової кістки втратить свою кулястість і сплюсненість, а вертлюжна западина – спеціальне поглиблення, де зазвичай розташовується голівка стегнової кістки, зменшиться. У такому випадку верхівка стегнової кістки зміститься назовні і догори [7;8].

З часом можуть розвиватися зміни постави, порушення ходи і кульгавість, а також артрит кульшового суглоба. Вроджений вивих стегна, що не був діагностований у дитинстві, відсутність відповідного лікування стають причинами інвалідності.

При I ступені ДКС показано консервативне лікування, при якому необхідно домогтися, щоб голівка стегна розташовувалася в «правильному» місці, так вона буде стимулювати розвиток кульшової западини. Для цього за допомогою спеціальних ортопедичних пристосувань ніжки дитини фіксують в особливому положенні розведення.

При легких формах ДКС немовлятам рекомендують широке сповивання. При такому сповиванні ніжки згинаються і відводяться в кульшовому суглобі, а між ними і памперсом прокладають багат шарову фланелеву пелюшку.

Обов'язковим елементом лікування є проведення ФТ. Існуючі дослідження, що присвячені проблемі ФТ дітей з ДКС, не в повній мірі вирішують проблему, що обумовлює збереження науково-практичної актуальності цієї проблеми.



Оптимальне поєднання різноманітних сучасних технологій ФТ, їх вибір і обґрунтування тривалості застосування є одним з пріоритетних напрямів подальших досліджень [7].

В ході даної роботи вивчався вплив комплексної програми ФТ на стан кульшових суглобів дітей грудного віку з ДКС. Дослідження проводилося протягом 2017 – 2018 років і складалося з трьох етапів.

На першому етапі був проведений аналіз і обробка літературних джерел, були вивчені етіологія, патогенез і клінічні прояви ДКС, розглянуті наявні програми ФТ дітей при ДКС. На цьому ж етапі була складена авторська комплексна програма ФТ.

На другому етапі було проведено первинне обстеження грудних дітей. Дослідження проводилося на базі Харківської міської дитячої поліклініки №4 та ДУ «Інститут патології хребта і суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України». Групу досліджених склали 18 дітей у віці від трьох місяців до року. Для з'ясування ефективності запропонованої програми ФТ діти були поділені на дві групи: основну (ОГ), у яку ввійшли 9 дітей; та контрольну (КГ), яку склали 9 дітей. За віком та діагнозом ОГ та КГ були однорідні.

Всі пацієнти перебували на диспансерному обліку у дитячого ортопеда у зв'язку з вродженою ДКС I стадії (предвивих). У якості методу консервативного лікування було обране користування шиною Віленського на 3 місяці та ФТ. Програма ФТ складала 5 місяців.

Діти ОГ проходили комплекс ФТ, який включав: ЛГ, масаж, фізіотерапевтичне лікування та самостійні заняття з батьками. Діти КГ проходили лікування за загально прийнятими методами.

На третьому етапі було проведено повторне обстеження дітей обох груп, яке дозволило проаналізувати динаміку досліджуваних показників під впливом ФТ і зрівняти отримані в обох групах результати. Були зроблені науково обґрунтовані висновки й практичні рекомендації.

До початку та після впровадження програми ФТ (окремої для кожної групи) було проведено обстеження функціонального стану кульшових суглобів у дітей обох груп. Проведений аналіз клінічних і функціональних вихідних показників до проведення програми ФТ показав, що підібрані групи є однорідні та однотипні за цими показниками ($P > 0,05$). Після обстеження з дітьми КГ займалися ФТ за загальноприйнятною методикою, а з дітьми ОГ - за розробленою програмою ФТ.

Для дітей ОГ була розроблена програма ФТ, яка включала:

1. Комплекси фізичних вправ (повторні) в залежності від віку.
2. Класичний масаж щоденно по 15 хвилин, курсом 15 сеансів з перервою 1 - 1,5 місяця.
3. Електростимуляцію 4-главого м'язу стегна по 10 хвилин курсом 10 сеансів з перервою 1 - 1,5 місяця.
4. Електрофорез з 5% хлористим кальцієм, 5% сульфатом магнію та 3% фосфатом натрію проводився по 15 хвилин курсом по 15 сеансів тричі за період ФТ.
5. Інфрачервоне опромінювання щоденно по 5 хвилин курсом 10 сеансів з перервою в 1 місяць.



Таким чином, кожна дитина з ОГ за 5 місяців, що тривала програма ФТ отримала: 2 повторних комплекси фізичних вправ, по 4 курси масажу та інфрачервоного опромінювання, по 3 курси електростимуляції 4-главого м'язу стегна та електрофорезу.

Дітям КГ було проведено:

1. Комплекс фізичних вправ.
2. Класичній масаж щоденно по 10 - 15 хвилин курсом 10 сеансів з перервою 1,5 місяця.

В обох групах дітей також застосовувалися лікування положенням (широке сповивання) та фізичні вправи по 3 хвилини при кожній заміні підгузників, теплолікування (сухе тепло в область кульшових суглобів та стегна (мішечки з теплим піском або крупою) по 10 хвилин щоденно; фізичні вправи у теплій воді (авторський комплекс), що виконувалися батьками вдома щоденно по 10 хвилин; широка аерація (перебування дитини на свіжому повітрі, бажано в сонячний день).

До обов'язків фізичного терапевта також входило навчання батьків дитини правилам нагляду за дитиною та спілкування з ними: навчання правильному сповиванню, носінню дитини, а також прийомам масажу і спеціальним вправам, які їм було рекомендовано проводити самостійно після кожного сповивання, прикладання тепла до ураженого суглоба, вправам в теплій воді. Всі використані засоби застосовувалися комплексно і під спостереженням лікаря ортопеда - травматолога та фізичного терапевта..

Аналіз отриманих результатів у дітей в ОГ виявив, що:

- амплітуда відведення стегна на ураженій стороні збільшилася з $74,64 \pm 1,2^\circ$ до $87,93 \pm 1,4^\circ$ ($P < 0,001$) при нормі $80-90^\circ$, асиметрія сідничних складок, що складала до проведення ФТ $1,18 \pm 0,25$ см зменшилась до 0 см, що дорівнює нормі ($P < 0,001$);
- ацетабулярний кут, який дорівнював до проведення ФТ $38,12 \pm 0,85^\circ$, після завершення ФТ склав в середньому $28,6 \pm 0,73^\circ$ ($P < 0,001$), що дорівнює нормі ($24-36^\circ$) (див.рис.1.).

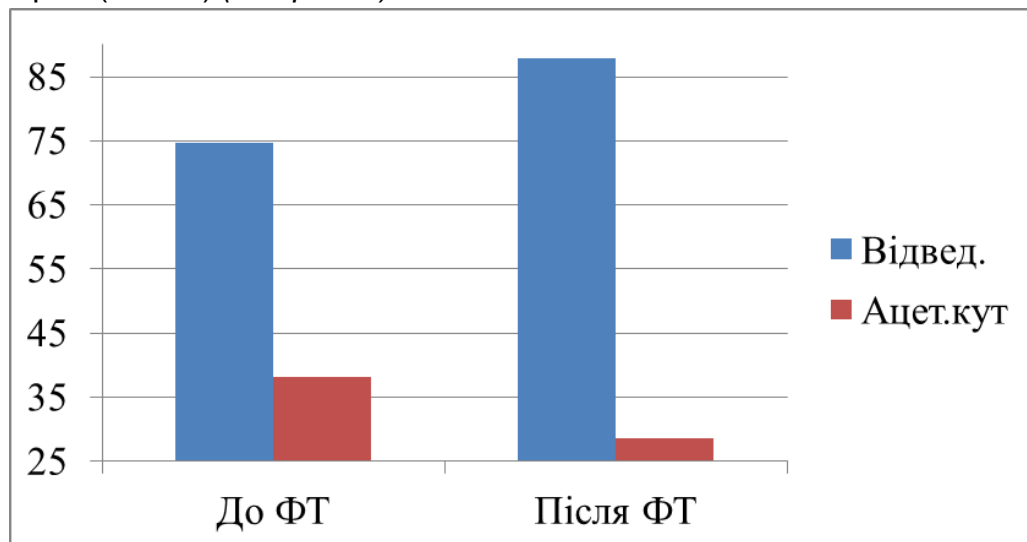


Рис.1. Порівняльна діаграма показників відведення стегна та ацетабулярного кута у дітей в основній групі



Аналіз отриманих результатів у дітей в КГ виявив, що:

- амплітуда відведення стегна на ураженій стороні збільшилася з $74,13 \pm 1,3^\circ$ до $80,33 \pm 1,5^\circ$ ($P < 0,05$) при нормі $80-90^\circ$.
- ацетабулярний кут, який дорівнював до проведення ФТ $38,21 \pm 0,69^\circ$, після завершення ФТ склав в середньому $34 \pm 0,12^\circ$ ($P < 0,05$), що дорівнює нормі ($24-36^\circ$);
- асиметрія сідничних складок, що складала до проведення ФТ $1,22 \pm 0,33$ см зменшилась до $1,0 \pm 0,12$ см, але не досягла показника норми ($P > 0,05$).
- Проведений порівняльний аналіз виявив достовірну відмінність цих показників між дітьми ОГ і КГ ($p < 0,05-0,001$) (див.рис.2).

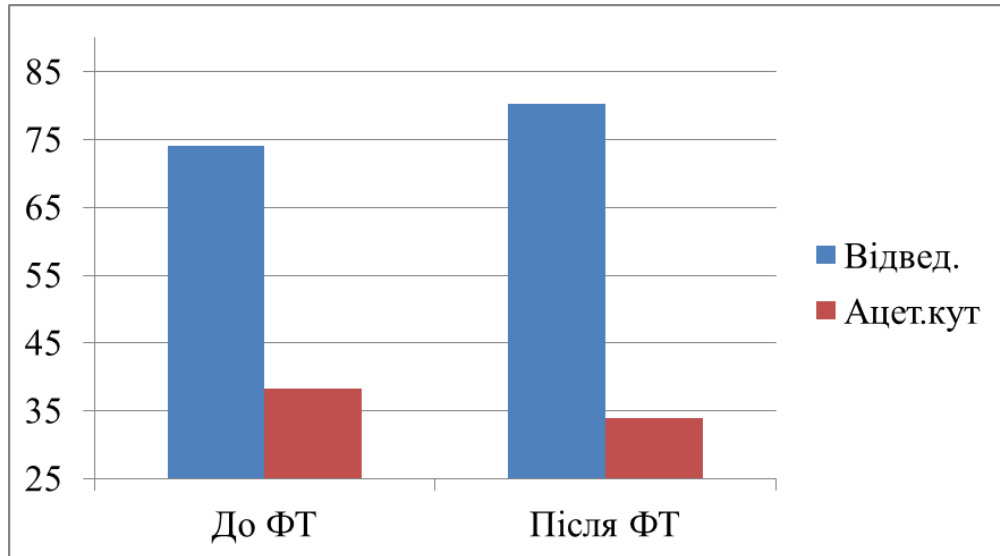


Рис.2. Порівняльна діаграма показників відведення стегна та ацетабулярного кута в КГ

Ацетабулярний кут, який після проведення ФТ у дітей ОГ в середньому дорівнював $28,6 \pm 0,73^\circ$, а у дітей КГ - $34 \pm 0,12^\circ$, що відповідає нормі в обох групах. Однак цей показник статистично кращий у дітей ОГ ($p < 0,05$).

Таким чином, проведена ФТ призвела до нормалізації зазначених показників.

Амплітуда відведення стегна на ураженій стороні збільшилася у дітей в ОГ з до $87,93 \pm 1,4^\circ$, а у дітей в КГ до $80,33 \pm 1,5^\circ$ при $P < 0,05$. Таким чином, проведена ФТ призвела до нормалізації даного показника у дітей в обох групах, але статистично кращі показники були у дітей в ОГ.

Асиметрія сідничних складок після проведення ФТ у дітей в ОГ зменшилась до 0 см, а у дітей в КГ до $1,0 \pm 0,12$ см при $P < 0,001$ (див. рис.3). Така статистично значуща відмінність показників доводить, що розроблена та застосована у дітей в ОГ програма ФТ мала більший ефект при відновленні стану кульшового суглобу у дітей грудного віку з ДКС.

Отже, сукупність результатів, що отримані в динаміці дослідження, дали змогу стверджувати, що реєструється виражений позитивний вплив від впровадження комплексної програми ФТ на стан диспластичного кульшового суглобу у дітей ОГ дослідження в порівнянні з традиційними засобами ФТ у дітей КГ.

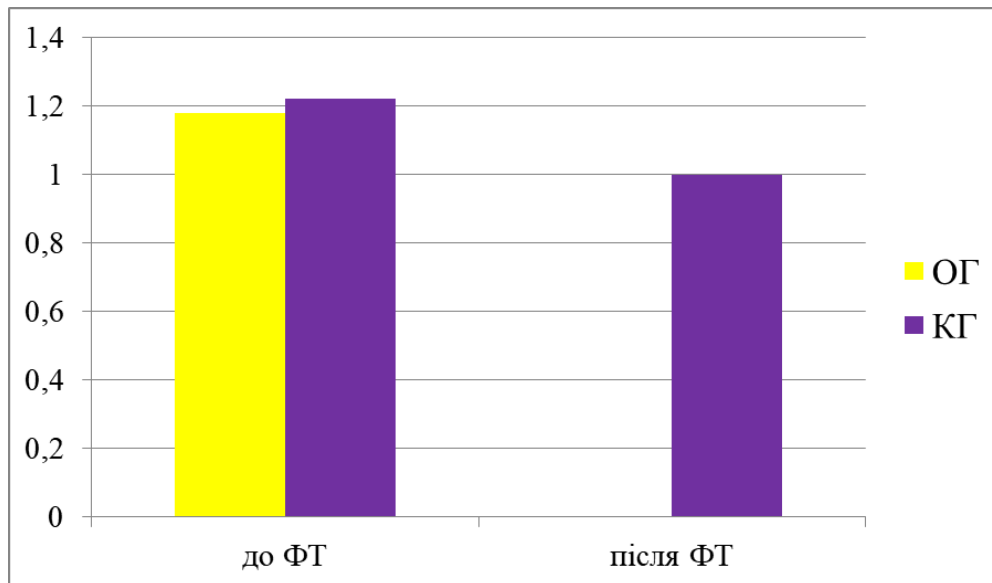


Рис.3. Порівняльна діаграма показників асиметрії сідничних складок у дітей ОГ та КГ до та після проведення ФТ

Висновки:

1. Для дітей обох груп дослідження були запропоновані відповідні програми фізичної терапії, що тривали 5 місяців.
2. Порівняльний аналіз динаміки показників гоніометрії, вимірювання симетричності сідничних складок, рентгенодіагностики статистично довів суттєве покращення зазначених показників у дітей основної групи після проведення комплексної програми фізичної терапії.
3. Таким чином, доведена висока ефективність розробленої комплексної програми фізичної терапії, яка дозволяє покращити функціональний стан нижніх кінцівок дітей грудного віку при дисплазії кульшових суглобів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою алгоритму реабілітаційних заходів для дітей у віці 1-3 роки з дисплазією кульшових суглобів.

Список використаної літератури

- Джалилов А. П., Расулов Х.А. Ранняя диагностика и лечение врожденного вывиха бедра: пособие. Ташкент, 2005. 86 с
- Жилка Н.Я. Здоров'я дітей в Україні // Здоров'я дітей – майбутнє України: всеукр. форум. Київ, 2007. С. 4 – 22.
- Корж М.О., Шевченко С.Д., Сіменач Б.І. Пустовойт Б.А. Теоретичне та практичне обґрунтування методів діагностики, лікування та профілактики диспластичних захворювань хребта та суглобів у дітей, які призводять до інвалідизації: монографія. Київ, 2007. 238 с.
- Корольков А.И. Заболевание тазобедренного сустава у детей с наследственной предрасположенностью: концептуальная модель // Междунар. медицинский журнал. 2006, №12(1). С. 62–65.
- Крись-Пугач А.П. Обстеження та діагностика опорно-рухових розладів у дітей.



- Київ, Хмельницький. 2002, 215 с.
- Калмиков С.А., Калмикова Ю.С. (2019). Фізична терапія при вогнепальних ушкодженнях кінцівок. Харків: ФОП Панов А.М., 228 с.
- Калмикова, Ю. С. (2014). Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку. Харків: ХДАФК, 104 с.
- Лянной Ю.О. Механізми лікувально-реабілітаційної дії фізичних вправ: навчальний. Суми, 2008. С. 107-109.
- Пустовойт, Б.А.; Калмиков, С.А.; Калмикова, Ю.С.; Дугіна, Л.В., Бородай О.Л., Клапчук Ю.В. (2019). Медична та фізична терапія при бойових ушкодженнях кінцівок на етапах відновного лікування: монографія. Х.: ТОВ " Планета-прінт". 304 с.
- Пустовойт, Б. А., & Бабуркіна, Е. П. (2005). Роль конституціональних наследственно предрасположенных особенностей опорно-двигательной системы в развитии фронтальных деформаций нижних конечностей. *Ортопед. травматол*, 1, 60-61.
- Пшенична Е.В. Вроджена дисплазія кульшових суглобів: монографія. Луцьк, 2002. 349 с.
- Рой І.В., Зінченко В.В., Біла І.І. Моніторинг формування кульшових суглобів та алгоритм порушень їх розвитку у дітей першого року життя з урахуванням клінічних ознак дисплазії сполучної тканини // Вісник ортопедії, травматології та протезування. 2009. №3/62. С.29-32.
- Сименач, Б. И., Пустовойт, Б. А., Бабуркіна, Е. П., Нестеренко, С. А., & Болховитин, П. В. (1999). Диспластическая патология суставов и спорт. *Ортопедия, травматология и ортопедия*, 3, 37-40.
- Ardila O.J. Mechanics of hip dysplasia reductions in infants using the Pavlik harness: a physics-based computational model // *J Biomech*. 2013 May 31; 46 (9): 1501 - 7.
- Sewell M.D. Screening and treatment in developmental dysplasia of the hip—where do we go from here? // *International Orthopaedics*. September 2011, Volume 35, Issue 9, pp. 1359-1367.

Відомості про авторів

Шудренко Тетяна Вадимівна, студентка магістратури (група МД-5) , кафедра фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури.
E-mail: frir_2016@ukr.net

Пустовойт Борис Анатолійович, д-р мед. наук, професор. Харківська державна академія фізичної культури.
E-mail: pustovoit203@gmail.com
ORCID.ORG/ 0000-0001-7534-4404



Етапна структура корекції і компенсації рухової сфери інвалідів з порушеннями функцій спинного мозку

Віцько С.М., Кривошеєв М.В.

Державний вищий навчальний заклад
«Донбаський державний педагогічний університет»
м. Слов'янськ, Україна

Мета: визначити і розробити базові педагогічні, психологічні та біомеханічні параметри оптимального формування у інвалідів з порушенням функцій спинного мозку рухових дій, що складають структуру їх фонду життєво важливих рухових умінь та навичок на основі етапної структури реабілітаційного процесу. **Матеріал і методи:** у дослідженні приймали участь інваліди з частковим порушенням функцій спинного мозку в грудному відділі чоловічої статі віком 18-29 років (26 осіб). Дослідження проводилось на базі кафедри теоретичних, методичних основ фізичного виховання та реабілітації Донбаського державного педагогічного університету та спеціалізованого санаторію для спинальних хворих «Слов'янський» м. Слов'янська. **Результати:** виявлено низький рівень розвитку основних фізичних якостей та рухових дій, що забезпечують достатні умови для самообслуговування та недостатній рівень мотивації інвалідів до реабілітаційного процесу. **Висновки:** на основі розробленої поетапної програми корекційного навчання рухових дій та розвитку спеціальних рухових якостей, в процесі фізичної і соціальної реабілітації інвалідів з ПФСМ, були отримані експериментальні результати, що засвідчують її ефективність.

Ключові слова: фізична і соціальна реабілітація, корекція, компенсація, дидактико-реабілітаційна мотивація, моторно-вісцеральна регуляція, біомеханічна структура, адаптація, спастичні реакції.

Вступ. Багаторічний досвід вітчизняної і зарубіжної практики роботи з інвалідами, які мають порушення опорно-рухового апарату, і зокрема, інвалідами з порушенням функцій спинного мозку в шийному, грудному та поперековому відділах, засвідчує, що фізична культура і спорт для означеного контингенту є найбільш дієвим методом з-поміж усіх інших видів фізичної реабілітації [1,2,3]. Саме тому вона повинна функціонувати як лікувально-педагогічна і психологічна системи, що дозволяють на різних етапах корекції і компенсації їхньої рухової сфери ефективно і оперативно вирішувати як часткові, так і перспективні завдання.

Психолого-педагогічна реабілітація інвалідів засобами фізичної культури дозволяє в оптимальному обсязі реалізувати співвідношення лікувальних, психологічних, педагогічних факторів і забезпечує тим самим їхню інтелектуальну, емоційну і фізичну адаптацію до умов оточуючого середовища. У викладеному аспекті особливу увагу звертає науковий висновок зроблений В.Г.Григоренком [2] проте, що фізична реабілітація, структурним компонентом якої є корекційне навчання фізичних вправ, розвиток фізичних якостей, нервово-м'язової працездатності, моторно-вісцеральної регуляції, як лікувально-педагогічна система в наш час потребує подальшого теоретичного, експериментального і методичного обґрунтування.

Практика фізичної і соціальної реабілітації засвідчує, що вона повинна стати підґрунтям формування в нашому суспільстві фізичної культури для інвалідів як соціально обумовленого явища з відповідним науковим, організаційним,



програмним та фінансовим забезпеченням. Корекційна фізична культура повинна надати інвалідам можливість задовольняти достатньою мірою свої естетичні і етичні потреби, прагнення до фізичного вдосконалення і реалізації себе як особистості в різних сферах людської діяльності”

Натомість аналіз зарубіжних і вітчизняних літературних джерел [1,2,4] дозволяє констатувати, що ефективне застосування засобів фізичної культури ускладнюється у зв'язку з недостатньою розробкою проблеми структури корекційного фізичного виховання, корекції і компенсації рухових дій, адаптації в соціально-суспільні відносини інвалідів з порушенням функцій спинного мозку в шийному, грудному та поперековому відділах, розвитку в них дидактико-реабілітаційної мотивації.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні приймали участь інваліди з частковим порушенням функцій спинного мозку в грудному відділі чоловічої статі віком 18-29 років (26 осіб). Дослідження проводилось на базі кафедри теоретичних, методичних основ фізичного виховання та реабілітації Слов'янського державного педагогічного університету та спеціалізованого санаторію для спинальних хворих «Слов'янський» м. Слов'янська.

Для визначення вихідного рівня розвитку фізичних якостей, діапазону фізичних вправ та основних навичок самообслуговування, рівня мотивації до реабілітаційного процесу та їх динаміки була застосована методика викладена в роботах вітчизняних та зарубіжних фахівців [2,3,4,6].

Результати дослідження та їх обговорення. Експериментальна корекційна робота була реалізована на засадах основних компонентів концептуальної моделі фізичної та соціальної реабілітації інвалідів з порушеннями функцій спинного мозку (ПФСМ), що в загальній психолого-педагогічній формі носила етапну структуру. Мотиваційно-підготовчий (корекційний, відновлювальний), мотиваційно-тренувальний (компенсаторно-розвиваючий), мотиваційно-прогресуючий етап забезпечували урахування в означених інвалідів структури первинного дефекту та вторинних відхилень, зон актуального і найближчого їх психофізичного розвитку.

Усвідомлення завдань корекції рухової сфери складалось із розуміння інвалідами завдання, орієнтованого на серію занять, присвячених вивченню конкретної рухової дії, формуванню цільової установки на необхідність вивчення запропонованого практичного матеріалу як засобу досягнення мети фізичної реабілітації (готовність до побутової, реабілітаційної, спортивної діяльності). У процесі корекційно-виховної роботи ми прагнули, щоб інваліди зрозуміли основу техніки і провідні біомеханічні параметри рухової дії, що вивчалась, а деталі техніки пізнавались у процесі реалізації подальших етапів корекційної і реабілітаційної роботи.

Особливу увагу в корекційному навчанні ми приділяли процесу формування вихідних положень та різних форм динамічної роботи інвалідів з ПФСМ. Це пов'язане з тим, що зі зміною положень тіла та його частин змінюється кути між ланками опорно-рухового апарату, змінюються і плече сили тяги м'язів. У корекційній роботі за допомогою фізичних вправ на цьому етапі ми спеціально збільшували плече верхніх кінцівок, що дозволяло отримати помірні механічні



умови роботи нервово-м'язових структур. Це пов'язане з тим, що момент оберту в суглобах зберігається при зменшенні напруги м'язів та буде збільшуватись без зростання показника м'язової тяги. Також ми враховували, що при скороченні м'язів кут її наближення до кістки здебільшого збільшується. Збільшення кута до 90° обумовлює зростання плеча сили та обертового моменту. Подальше зменшення довжини м'язів сила її тяги зменшується. Таким чином, біомеханічні та фізіологічні умови прояву силових якостей під час руху в суглобах верхніх кінцівок інвалідів змінюється у протилежних напрямках. Ця закономірність удосконалювалась та використовувалась при корекції, компенсації і побудові нових рухових дій на всіх наступних етапах фізичної реабілітації.

Важливим аспектом корекційної роботи на ранньому етапі, а потім і на інших було індивідуально-дозоване врахування функціонального співвідношення м'язів синергістів та антагоністів, що має суттєве значення у відновленні та побудові нових рухових дій в інвалідів. Ми враховували також закономірності такого співвідношення: точне дозування збудження антагоністів дозволяє регулювати швидкість руху та кінцевий результат сили, реалізується гальмування рухової дії перед кінцем її виконання, що забезпечує плавний перехід рухової дії з однієї фази у другу. Враховувалось, що в основі точного регулювання протидії антагоністів знаходиться автоматично діючий рефлекс на розтягування: чим більший розмах руху, тим більше розтягуються м'язи антагоністи, тим сильніше подразнюються їх пропріорецептори, тим більше у них рефлексорне збудження.

У процесі корекційної роботи на основі практичних спостережень ми враховували положення, що синергетичні та антагоністичні відносини між м'язами не є постійними. Залежно від вихідного положення та особливостей рухової діяльності нервово-м'язеві структури змінювали свою функцію і тим самим формували умови для більш широкого та ефективного використання в корекційних цілях фізичних вправ, навантажень.

Проект вирішення завдань корекційної роботи створювався на основі суворого дотримання методичних рекомендацій, що враховують рівень знань, мотивації, рухового досвіду інвалідів. У практичних умовах реабілітації до основного проекту формувался і резервний, що забезпечував оптимальний вихід з непередбаченої і складної ситуації, яка могла виникнути у процесі навчання, а в подальшому – в побуті та інших умовах. Такий методичний підхід забезпечував образно-логічне уявлення про те, яким чином необхідно виконувати рухову дію. Апробування інвалідом рухової дії – характерний елемент етапу раннього відновлення та ознайомлення із засобами фізичної реабілітації, який несе інформацію про ступінь одно етапності проекту з реальними руховими діями. Апробація його забезпечила ефект розширення обсягу уявлення про рухову дію, що вивчається, за рахунок включення до розумового почуттєво-наочного сприйняття і м'язових відчуттів. Побачене, почуте, усвідомлене під керівництвом педагога і зрозуміле інваліди намагалися реалізувати у своїх рухах і як результат – глибоке розуміння рухової суті завдання та соціально-побутової спрямованості навчання, його професійно-побутове значення. Відтепер інваліди м'язами відчували способи виконання рухової дії, в них формувалася здібність контролю за його головними біомеханічними та біокінематичними характеристиками



(амплітуда, темп, ритм, рухові якості, координація руху).

Зауважимо, що координаційна складність та моторно-вісцеральна структура рухової дії, що вивчались, стали основним критерієм апробування у тих випадках, коли вправа вважалась простою, її виконання здійснювалось інвалідами в цілому вигляді. Якщо ж рухова дія вимагала значних зусиль щодо координаційних можливостей тих, хто навчався, вона вивчалась частинами, і в міру їх закріплення (шляхом формування загального ритму рухової дії), конструювалась у цілісну рухову систему. Апробування рухової дії інвалідів у певних ситуаціях здійснювалось за допомогою експериментатора. Цей спосіб виявився досить ефективним, оскільки дозволяв тим, хто займався, виконати і, завдячуючи цьому, свідомо відчувати такі рухи, які без сторонньої допомоги він би не зміг здійснити з першої спроби.

Однак ми пам'ятали, що зловживання цим способом може привести до негативних результатів: інвалід звикне до допомоги, загубить віру у свої сили, буде боятися самостійного виконання. Проблема надання допомоги в корекційній роботі вирішувалась шляхом використання різного виду тренажерів і спеціального обладнання, що дозволяло інваліду не тільки виконувати порівняно складні за формою дії, але й отримати досить чіткі уявлення про необхідний рівень проявів основних рухових якостей.

Найбільш характерними методами навчання для раннього етапу корекції були словесні методи, наочної демонстрації і розучування за частинами. При цьому, домінуючим фактором корекції і компенсації моторно-вісцеральної регуляції рухових дій був об'єм фізичних вправ і навантажень.

Так, при потужності 50% він дорівнював 4-6 разів, при 60%, 70%, 80% відповідно 3-5, 3-4, 2-3 разів, частота серцевих скорочень (ЧСС) відповідно знаходилось у межах 125-160 уд/хв.

Вивчення складної структури дефекту в інвалідів з ПФСМ засвідчило, що при паретичних нижніх кінцівках основним положенням буде «сидячи». На цьому етапі ми приділяли увагу формуванню положення «сидячи на ліжку», а потім і на кріслі-колясці. Для цього ми детально вивчили та враховували на кожному занятті біомеханічну та біокінематичну структуру положення «сидячи»:

- ступінь стійкості в положенні «сидячи» більший, ніж у положенні «стоячи»; площа опори в 17-18 років у юнаків досягає 2000 см²;
- це положення становить поверхню, яка окреслена крайніми місцями контакту тіла з опорою;
 - площа опори має форму трапеції з основами, що дорівнюють біля 40 та 20 см і висотою біля 60 см;
 - при опорі на спинку крісла-коляски площа опори збільшується;
 - центр тяжіння в положенні «сидячи» знаходиться на відстані від підлоги біля 55 см;
 - лінія тяжіння при прямому положенні тулуба проходить ближче до задньої границі опори, завдяки цьому рівновага вперед більша, чим назад: кут рівноваги назад $\beta=20^\circ$, а вперед $\beta=40-45^\circ$;



- поперекова кривизна хребта в цьому положенні зникає, а груднина перебуває залежно від способу утримання тулубу, при прямому положенні самозмінюється, а при нахилі вперед - збільшується;
- робота м'язів спрямована на регулювання співвідношення маси голови та тулуба.

При ненапруженому прямому сидінні (без спирання на спину) лінія тяжіння голови проходить спереду потиличного суглобу, лінія тяжіння суглоба спереду грудних хребців. Для урівноваги моментів сили тяжіння, що викликають сгинання голови і тулуба вперед, необхідне напруження розгиначів голови, шиї і спини. Ступінь напруження їх у різних відділах залежить від співвідношення величини плеча сили тяжіння і плеча сили м'язової тяги і від ваги утримуючих частин тіла.

Напруження розгиначів спини обумовлено не тільки положенням тулуба при сидінні, але й будовою самого сидіння. При випрямленому положенні, без спирання на спинку, воно є найбільшим. При зігнутому тулубі вперед (збільшенні грудної кривизни) розгиначі спини знаходяться в дещо розтягнутому стані. При спиранні тулуба на спинку сидіння напруження розгиначів спини найменше.

Що стосується передніх м'язів тулуба (прямих і косих м'язів живота), то при сидінні без інвалідів з ПФСМ спирання для спини вони розслаблені, точки їх прикріплення, у зв'язку з горизонтальним положенням тазу, зближені. При спиранні тулуба на спинку сидіння - м'язи живота не напружені.

Електроміограми викладені в роботах В.Г.Григоренка [2]. підтверджують теоретичні уявлення про роботу м'язів. Частота й амплітуда потенціалів дії трансцієвідного м'язу в положенні «сидячи» з головою, яка дещо нахилена вперед (сидячи з книгою), є значно більшою, ніж при прямому утриманні голови, оскільки в першому положенні м'язи шиї і голови урівноважують великий момент сили тяжіння, бо лінія тяжіння голови проходить далі від потиличного суглобу. Трансцієвідний м'яз проявляє більшу активність при положенні людини, що сидить з книгою, оскільки момент сили тяжіння, що діє на плечовий суглоб, більшої величини. Потенціали дії розгиначів спини в цьому положенні більші, бо момент сили тяжіння, що діє на хребцеві зчленіння, є також збільшеним. Електрична активність прямих м'язів живота в положенні «сидячи» пов'язана з участю прямих м'язів живота в акті дихання.

Положення «сидячи», особливо зі спирання на спину і голову, є достатньо комфортним для відпочинку: поверхня торкання тіла з опорою велика, положення окремих частин тіла не викликає незручностей, напруження м'язів незначне, всі основні м'язові групи відпочивають, умови для дихання і кровообігу сприятливі.

Особливо сприятливим для поглибленого дихання є положення «сидячи» у зручному кріслі з відкинутим на спинку сидінням і випрямленим тулубом, з головою, що спирається на спинку, з розведеними і дещо піднятими ліктями, що спираються на підлокітники крісла. В цьому положенні грудне дихання інвалідів з ПФСМ збільшено за рахунок випрямлення хребта і участі допоміжних м'язів вдиху, що мають периферійну опору і знаходяться у стані деякого розтягування. Укріплення голови на спинці сидіння фіксується периферійною опорою грудно-ключично-соскових та ластничних м'язів. Опора рук на підлокітниках обумовлює периферійну опору для великих грудних і найширших м'язів спини на плечі, малих



грудних і передніх зубчатих м'язів на лопатках, оскільки вони закріплені м'язами плечового суглоба на плечових кістках. Діафрагмальне дихання у означених інвалідів теж знаходиться у вигідних умовах, бо м'язи живота не напружені і разом з тим дещо розтягнуті і можуть активно брати участь у видиху. Всі викладені особливості цього положення були враховані в методиці корекційної роботи, що обов'язково включала такі принципові педагогічні, психологічні та медико-біологічні умови:

- ліквідація зайвої напруженості та сінкінезії при виконанні рухів, забезпечення профілактики спастичних реакцій;
- попередження виникнення тремору, спастичних реакцій, непотрібних рухів або ліквідація їх, якщо вони виявились у процесі корекційної роботи;
- формування передумов загального ритму рухових дій як провідної біомеханічної характеристики, розвиток якої забезпечує конструювання розчленованої рухової дії в цілісну структуру.

Провідними методичними установками та дидактико-реабілітаційними завданнями етапів, що обумовлювали ефективність корекційної роботи були:

- формування дидактико-реабілітаційної мотивації шляхом дізаktуалізації негативних установок відносно хвороби;
- навчання інвалідів елементів рухової дії, спираючись на збережені функції рухової системи, життєво-важливих систем організму;
- формування основи загального ритму дії, що вивчається;
- ліквідація чинників можливих спастичних реакцій та рухових помилок;
- на основі нервово-м'язових відчуттів поглиблення розуміння інвалідами провідних біомеханічних закономірностей рухової дії, формування свідомого сприйняття їх побутової, навчальної трудової та реабілітаційної цінності.

У процесі досягнення поставлених завдань на кожному етапі нами широко використовувались усі методи навчання: вербальні методи, методи наочного демонстрування, взаємодопомоги, імітації, однак, зауважимо, що основне місце посідали практичні методи, а саме:

- метод поелементного розучування рухової дії (високий рівень координаційної складності рухової дії);
- метод розучування рухової дії в цілому (координаційна структура рухової дії, що адекватна координаційним труднощам тих, хто навчається);
- методи розвитку фізичних якостей, моторно-вісцеральної та вісцерально-моторної регуляції.

Виконання рухових дій інвалідами на кожному корекційному етапі характеризувалося найбільшою концентрацією уваги на основних елементах техніки рухової дії і, як результат, здатність інвалідів відтворювати загальну схему рухової дії, що супроводжується появою адаптаційних рухів, раціональним виконанням необхідних дій, домінуванням гностичних рухів, які реалізуються раціонально, з оптимальним напрямком, амплітудою, ритмом, темпом, просторово-часовими параметрами рухової дії. Робота виконувалась економічно при порівняно ефективній ситуативній діяльності (високий рівень моторно-вісцеральної регуляції), в умовах якої закріплення і вдосконалення рухової дії -



рекомендується. Мали місце типові психологічні реакції на новизну рухової дії, що викликали в інваліда впевненість у виконанні, стан задоволення.

З метою підвищення ефективності корекційного процесу на кожному етапі формувалась здатність інвалідів до самоконтролю і самоаналізу результатів своєї діяльності шляхом розвитку зорової і слухової орієнтації, аналізу якості рухів за м'язовими відчуттями. Використовувались ситуації, які формували в інвалідів оптимістичні сподівання на майбутнє, позитивну їх "Я" концепцію особистості.

Так, при формуванні в інвалідів здібності переходити з ліжка в коляску, ми використовували суворо регламентовані умови виконання означеної дії. При цьому, особливу увагу звертали на раціональність її виконання (оптимальне вихідне положення, переміщення центру тяжіння, використання допоміжних засобів), диференціювання зусиль і просторових характеристик дії (при переході з ліжка в коляску). При появі спастичних реакцій на фізичне навантаження виконання припинялось. У процесі реалізації дії увага інвалідів концентрувалась на деталях та кінематичній структурі фізичної вправи, на послідовності виконання, що обумовило зменшення показника рухових помилок та формування виконавчих рухових дій. Викладені характеристики засвідчують, що таким шляхом формуються передумови переходу рухових реакцій, які носять генералізований характер, у фазу концентрації збуджувально-гальмувальних процесів, на основі яких формується рухова програма ситуативної поведінки інвалідів з ПФСМ. На основі теорії диференційно-інтегральних оптимумів педагогічних факторів в процесі реабілітації також формували основні рухові дії та окремі рухи, що складають підґрунтя життєво-важливих навичок і вмій: основні вихідні положення, маятникові коливання тулубу у фронтальній площині, обертові рухи у плечових суглобах, нахили вперед та назад, обсяг рухів у суглобах, дії що пов'язані з одяганням, роздяганням, туалетом, перехід із ліжка у крісло-коляску та навпаки, широкий діапазон варіативного прояву амплітуди рухів верхніх кінцівок, точність рухів та диференціювання зусиль у ланці тонкої моторики, з яких складається результат корекції (РК).

Як засвідчили наші дослідження, будь-які найпростіші дії з механізмом біологічних та біомеханічних ланцюгів, включають досить велику кількість рухів, що виконують різні статично-динамічні функції при вирішенні інвалідами різних рухових завдань. Ці рухи виконують досить важливу дидактичну роль, бо вони забезпечують пізнання оточуючого середовища та рухових дій, що вивчаються. Ми їх назвали гностичними рухами (ГР), на основі яких інваліди реалізовували тактильні, виміркові, апробаційні, контролюючі, уточнюючі функції та пошук оптимального вихідного положення тіла або його частини. Друга група рухів забезпечувала їм можливість адаптуватись (АР) в умовах рухової діяльності, оскільки виконували установчі, корективні, компенсаторні, регулятивні функції. Гностичні та адаптивні рухи реалізовувались в органічній єдності з виконавчими рухами (ВР), які в біомеханічній структурі рухової дії посідають центральне місце

(ГР → АР → ВР = РК).

У процесі корекційної роботи на етапі раннього відновлення ми спостерігали, що вони не мають міцної детермінації і перерозподіляються залежно від рухової ситуації.



Завдання, що розв'язувались на корекційному та реабілітаційному етапах, забезпечили формування сенсорно-перцептивних структур, що інтегрували образи сигналів, які на основі розчленовано-конструктивного підходу були ревалентні руховим завданням, ситуаціям. Особливу роль ми відводили формуванню механізму регуляції та контролю за якістю рухових дій на основі дистантних аналізаторів і передусім зорового та слухового. Тому методика корекційної роботи передбачала структурний взаємозв'язок наочної демонстрації з вербальними і практичними методами фізичної реабілітації. Акцентуємо увагу, що такий підхід забезпечував розвиток та вдосконалення зовнішнього контуру регуляції рухової дії в системі: зоровий аналізатор → верхні кінцівки → тулуб. Важливим компонентом оптимальних корекційних і компенсаторних результатів виступив органічний і одночасний розвиток функціональних можливостей інвалідів, що формується за механізмом моторно-вісцеральних рефлексів і входить до складу рухових навичок та вмінь.

Одержані результати педагогічного експерименту засвідчили, що такий методичний підхід до вивчення рухової дії забезпечує оптимальне формування її елементів, з яких на наступних етапах будуть сформовані динамічні модулі конкретної якості та стабільності. Концентрація збуджувально-гальмувальних процесів дозволяє констатувати, що "застосовані фізіологічні, психологічні і педагогічні фактори заклали основу, за допомогою якої буде здійснюватись реалізація рухових програм, складених на основі координаційних зв'язків у динамічних рухових моделях" (В.Г.Григоренко, 2.с.180)

У зв'язку з цим на етапі корекції і компенсації рухової сфери ми дотримувались таких вимог, які б забезпечили:

- зорову, вербальну і біомеханічну інформацію про структуру рухових дій, максимально точну і функціонально оптимальну для формування психолого-педагогічних, біомеханічних та моторно-вісцеральних передумов побудови динамічних моделей, сума яких у перспективі складе рухову програму фонду життєво-важливих рухових навичок та вмінь;
- навчання рухових дій, що спрямоване на формування здатності інвалідів оперативно сприймати, аналізувати рухову ситуацію (як мету діяльності);
- сукупність динамічних моделей, що складають базу рухової діяльності інвалідів (фонд життєвоважливих дій); оскільки процес їх формування не визнає форсованого підходу і у психолого-педагогічному та фізіологічному відношенні темпи його реалізації повинні бути індивідуально оптимальними та спрямованими на розвиток моторно-вісцеральної регуляції.

На основі розробленої програми корекційного навчання рухових дій, в процесі фізичної і соціальної реабілітації інвалідів з ПФСМ, були отримані наступні експериментальні результати, що засвідчують її ефективність: результати формуючого експерименту засвідчили досить високі показники за всіма критеріями. Так, рухова сфера інвалідів з порушеннями функцій спинного мозку в грудному відділі характеризувалась зростанням показників сили на 42,8 % ($P < 0,001$), швидкості - на 23,8% ($P < 0,001$), швидкісно-силових здібностей - на 34,8% ($P < 0,001$), витривалості - на 28,7% ($P < 0,001$), спритності на 14,2% ($P < 0,001$) в пізньому періоді відновлення, а в резидуальному - ця тенденція зберігалась з



таким збільшенням показників сили на 10,9% ($P < 0,001$), швидкості - на 15,3 % ($P < 0,001$), витривалості - на 12,4 % ($P < 0,001$), спритності - на 7,9% ($P < 0,001$), точність рухів зросла на 38,6% ($P < 0,001$), гнучкості - на 14,3 % ($P < 0,001$) швидко-силові здібності - на 18, 3% ($P < 0,001$), рухова реакція зросла на 47,6%, а реакція на рухомий об'єкт - на 39,8% ($P < 0,001$).

Висновки. Проведене дослідження дозволило виявити педагогічні та біомеханічні закономірності фізичної і соціальної реабілітації інвалідів з порушенням функцій спинного мозку: ефективність поетапної корекційної роботи визначається характером первинного дефекту і якісними параметрами вторинних порушень їх рухової сфери, рівнем точності рухів та самоконтролю, моторно-вісцеральної регуляції; поетапна структура корекційної роботи з домінуючою значущістю дидактико-реабілітаційної мотивації дозволяє максимально індивідуалізувати процес диференційованого, а потім і інтегрального оволодіння руховими структурами побутового, трудового, спортивного характеру, розвитку фізичних якостей, нервово-м'язевої працездатності.

Перспективу подальшого дослідження ми вбачаємо в пошуках оптимальної організації спортивної підготовки інвалідів, психолого-педагогічних форм систематичної роботи з питань їх фізичної і соціальної реабілітації, поліпшенні якості життя.

Список використаної літератури

- Бистрицька, М.А., (2007). *Наслідки спинальної травми з ураженнями спинного мозку на рівні поперекового відділу хребта та методи їх корекції в період реабілітації.* (Дис. канд. мед. наук). Національна медична академія ім. П.Л. Шупика, Київ.
- Богдановська, Н.В., (2012). Сучасні технології реабілітації хворих із спинномозковою травмою. *Вісник Запорозького національного університету*, 2, 8-3.
- Бонев, Л., Сманчев П., Банков С. (Ред). (1978). *Руководство по кинезитерапии.* София: Медицина и физкультура.
- Бріскін, Ю.А., (2006). *Спорт інвалідів* Київ: Олімпійська література.
- Віцько, С.М., (2003). Загальні положення та принципи фізичної реабілітації інвалідів з травматичними ураженнями хребта та спинного мозку. *Молода спортивна наука України*, №7, 230-236.
- Григоренко, В.Г., (1991). *Педагогические основы физической и социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций спинного мозга.* Москва: Советский спорт.
- Зиновьев, А.Н., Григоренко, В.Г., Вицько, С.Н., Штерев, В.А. (2007). Структурно-функціональна організація лікувально-педагогічної системи фізичної і соціальної реабілітації інвалідів з порушенням функцій спинного мозку. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*, 10, 41-47.
- Карепов, Р.У. (2009). *Лікувальна фізична культура і фізіотерапія у системі реабілітації хворих травматичною хворобою спинного мозку.* Київ: Олімпійська література.
- Клименко, Ю.С. (2007). Принцип дефіринціально-інтегральних оптимумів



педагогічних факторів у фізичній і соціальній реабілітації учнів з вадами опорно-рухового апарату. *Теорія та методика фізичного виховання*, 22, 44-46.

Клименко, Ю.С., Гордієнко А. Р. (2017). Комплексна методика фізичної реабілітації підлітків з обмеженими можливостями. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*, 1 (76), 64-65.

Колесник, Э.А. (1969). *Производственно-трудова реабилитация больных с тяжелыми повреждениями спинного мозга*. Киев: Здоровье.

Котелевський, В.І., Лянной Ю.О., Міхеєнко О.І. (2014). Актуальні проблеми фізичної реабілітації студентської молоді із патологією хребта. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 3, 37-42.

Лянной, Ю.О. (1998). Реабілітація школярів з травмами хребта засобами фізичної культури і спорту. *Дефектологія*. 1, 38-40.

Відомості про авторів

Віцько Сергій Миколайович – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри методики викладання спортивно-педагогічних дисциплін державного вищого навчального закладу «Донбаський державний педагогічний університет» (м Слов'янськ, Україна)

E-mail: mpspd@ukr.net,

<https://orcid.org/0000-0002-5193-1759>

Кривошеєв Максим Володимирович – студент магістратури факультету фізичного виховання державного вищого навчального закладу «Донбаський державний педагогічний університет» (м Слов'янськ, Україна).

E-mail: mpspd@ukr.net,



Місце хореографічних вправ у фізичному вихованні молодших школярів з порушеннями постави

¹Смоляр О.В., ²Смоляр Д.О., ³Сисоєва Є.І.

¹Державний вищий навчальний заклад
«Донбаський державний педагогічний університет»

м. Слов'янськ, Україна

^{2,3}Студія фітнесу і танцю «The Best» м. Слов'янськ, Україна

Мета: дослідити можливості корекції порушень постави молодших школярів на основі поєднання хореографічних та танцювальних вправ у процесі фізичного виховання в загальноосвітній школі.

Матеріал і методи: у дослідженні брали участь 48 дітей віці 6–9 років ЗОШ № 5 та 39 дітей того ж віку ЗОШ № 8 м. Слов'янськ. Було сформовано експериментальну та контрольну групи.

Для підтвердження достовірності ми провели дослідження в студії фітнесу і танцю «The Best» м.

Слов'янськ з дітьми того ж віку, які займаються бальними танцями. **Результати:** Згідно отриманих даних у ході експерименту в контрольній групі постава у дітей погіршилась на 7,2 %.

У експериментальній групі у школярів постава покращилась на 9,2%. Із обстежених дітей, які займаються бальними танцями порушення постави мають тільки 5,4% дітей. **Висновки:**

Експериментально доведена перспективність застосування в навчальних хореографічних вправах для корекції постави школярів 6-9 років.

Ключові слова: фізичне виховання, молодші школярі, порушення постави, хореографічні вправи, естетичне виховання.

Вступ. Більшість сучасних батьків прагнуть розвивати свою дитину з 2-3 років у інтелектуальному напрямку – це різні види малювання, розвиток мислення, пісочна терапія, англійська мова, співи. Але такі заняття зовсім залишають дитину без активної рухової діяльності. Проблема усугубляється ще й тим, що у більшості шкіл фізичну культуру викладають вчителі початкових класів, які приділяють більше уваги математиці, швидкості читання, а не фізичній культурі. Саме тому, згідно з наявними статистичними даними, поширеність порушень постави серед школярів 1–3-х класів складає 45–50%.

Постава має нестійкий характер в період посиленого росту тіла дитини, що припадає на молодший шкільний вік. Це пов'язано з неодноразовим розвитком кісткового, суглобово-зв'язкового апаратів і м'язової системи дитини. Кістки і м'язи збільшуються у довжині, а рефлексії статичні ще не пристосувалися до цих змін. Після дошкільного закладу збільшення тривалості занять і об'єму навчального матеріалу веде до перевантажень організму дітей молодшого шкільного віку, особливо першокласників. Вже через рік після початку навчання у школі кількість дітей з порушеннями постави значно збільшується.

Сьогодні молодші школярі випробовують на собі значне навчальне навантаження починаючи вже з першого класу, продовжуючи займатися додатково. Перевантаженість дітей теоретичними заняттями викликає різке зниження рухової активності, що в свою чергу приводить до погіршення стану здоров'я та фізичної підготовленості. Запобігти цьому можуть заняття ритмікою і хореографією, організація яких, на нашу думку, є найбільш доцільною в молодшому шкільному віці, коли психофізичний апарат дитини не тільки найбільш схильний для такого роду занять, але й має потребу в них. Заняття ритмікою і хореографією можуть сприяти



виправленню розповсюджених у дітей викривлень фігури, клишоногості, розвитку координаційних здібностей [2,6].

Порушення постави створює умови для прояву захворювань хребта і інших органів опорно-рухового апарату, що приводять до розладів діяльності внутрішніх органів. У дітей з порушеннями постави понижена життєва ємкість легенів, зменшена екскурсія грудної клітки і діафрагми, що несприятливо відбивається на діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Порушенню нормальної діяльності органів черевної порожнини сприяє слабкість м'язів живота.

Вивченням цієї проблематики займалися Г. Павлюк, Р. Петрина, Т. Ротерс, О. Фокіна та інші вчені. Вони довели, що музично-ритмічні заняття для дітей сприяють формуванню правильного дихання, виправленню недоліків психічного розвитку, загальної і мовної моторики. [10].

Мета дослідження – дослідити можливості корекції порушень постави молодших школярів на основі поєднання хореографічних та танцювальних вправ у процесі фізичного виховання в загальноосвітній школі.

В ході роботи ми поставили наступні завдання:

1. Теоретично обґрунтувати можливість корекції порушень постави школярів молодших класів на основі хореографічних вправ.
2. Експериментально перевірити ефективність розробленої методики
3. Порівняти поставу дітей 6-9 років дітей загальноосвітньої школи та дітей того ж віку, які займаються бальними танцями.

Результати дослідження. Для того, щоб підтвердити ефективність розробленої нами методики з застосуванням хореографічних вправ ми дослідили початковий стан постави молодших школярів.

Порушення постави, які піддаються свідомому виправленню (функціональні), корегувати набагато легше, ніж органічні, викликані не просто звичкою сутулитися, а змінами не тільки в м'язах, але й у хрящах і кістках.

У дослідженні брали участь 48 дітей віці 6–9 років ЗОШ № 5 та 39 дітей того ж віку ЗОШ № 8 м. Слов'янськ. Було сформовано експериментальну та контрольну групи. Для підтвердження достовірності ми провели дослідження в студії фітнесу і танцю «The Best» м. Слов'янськ з дітьми того ж віку, які займаються бальними танцями.

В ході педагогічного експерименту була визначена вікова динаміка порушень постави. Так, в перших класах кількість дітей що мають порушення постави склало 8,6%, в основному ці порушення пов'язані зі звичкою сутулитись та сколіоз. У других класах кількість учнів що мають порушення постави збільшилось до 28,2%. У третіх класах таких дітей вже майже половина – 47,8%. Результати дослідження показали, що процентна кількість дітей, що мають порушення постави, збільшується з віком, у зв'язку із змінами режиму дня дітей і впливом анатомічних, фізіологічних і соціальних чинників.

Для виявлення порушень постави у дітей ми застосовували наступні методи.

Огляд збоку (в сагітальній площині). Вертикальна лінія, що проходить зверху вниз через все тіло, повинна поєднувати мочку вуха, вершину плеча, задній край кульшового суглоба, задню поверхню колінної чашечки і передній край щиколотки. Якщо уявної лінії було недостатньо, ми використовували схил з нитки з тягарцем.



Голова повинна знаходитися в положенні, при якому кут рота і кут нижньої щелепи розташовані на одній висоті, лоб і підборіддя на одній вертикальній лінії, потилицю та надпліччя з'єднуються плавною дугою. Опущена голова або витягнута вперед шия, посилені або сплюснені шийний лордоз змінюють положення інших частин хребта. Треба звернути увагу на виразність грудного кіфозу та поперекового лордозу, ступінь опуклості грудної клітини, грудного відділу спини, живота, на колінні суглоби – чи знаходяться вони в нормальному положенні, надмірно зігнуті або перерозогнуті. При огляді збоку можуть бути видні крилоподібні, не прилеглі до спини лопатки.

Огляд спереду (фронтальна площина). Огляд починали з обличчя і голови. Їх асиметрія і інші відхилення форми черепа та обличчя від норми зазвичай є ознаками вроджених порушень розвитку опорно-рухового апарату. Ми звертали увагу на положення голови: розташована вона прямо або нахилена вперед, назад або убік, повернена вліво або вправо.

Вимірювали відстань від кінчиків пальців опущених рук до підлоги: неоднакову висоту плечей можна не помітити при огляді, і такий вимір дозволить виявити асиметрію плечового поясу. Верхній край трапецієподібного м'яза в нормі злегка увігнутий, а при підвищеному тонусі надпліччя стають опуклими, як у культуриста. Це часто поєднується з порушеннями в шийному відділі хребта, у тому числі характерно для його схованої деформації, коли кожен шийний хребець ледве зміщений вперед щодо нижчого. Трикутники талії (просвіти між тулубом і руками) повинні бути симетричні. Ми оцінювали положення тазу – на одному рівні розташовані гребені клубових кісток або є ознаки скошеного або скорочення тазу (один гребінь вище іншого або виступає вперед або назад). Випнутий живіт – ознака слабкості м'язів черевного преса і збільшеного поперекового лордозу.

Огляд ззаду. Ми звертали увагу на стан шкіри в районі хребта. Пігментні і судинні плями, ділянки посиленого росту волосся або занадто сухий і зазублений шкіри, посилені малюнок підшкірних вен, невеликі крововиливи можуть бути ознаками вроджених порушень у хребті.

У ході огляду дітей 6-9 років ми отримали результати порушення постави. В експериментальній групі сколіоз виявлено у 12,9% дітей, лордоз мають 12,3% учнів, кифоз виявлено у 6,9% дітей. Діти з нормальною поставою складають 67,9%, з яких явно виділяються 10,1% дітей, які займаються бальними танцями або у спортивних секціях. В контрольній групі: сколіоз виявлено у 11,7% дітей, лордоз мають 11,6% учнів, кифоз виявлено у 9,8% дітей. Діти з нормальною поставою складають 66,9%, з яких явно виділяються 9,6% дітей, які займаються бальними танцями або у спортивних секціях.

Розроблена нами експериментальна програма складалась із обов'язкових уроків фізичної культури та двох додаткових уроків хореографії. Контрольна група займалась за навчальною програмою.

Тривале і систематичне застосування хореографічних вправ загального та спеціального характеру, наростаюча тренуваність м'язів, адекватна функціональним можливостям молодших школярів 6-9 років, в кінцевому підсумку можуть забезпечити адаптацію організму до навантажень і привести до ліквідації загальних і місцевих порушень постави. Це доводять результати дослідження



представлені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Динаміки зміни постави молодших школярів 6-8 років у ході експерименту

Порушення постави	Контрольна група		Експериментальна група	
	початок дослідж.	кінець дослідж.	початок дослідж.	кінець дослідж.
Сколіоз	11,7	15,6	12,8	8,2
Лордоз	11,1	13,5	11,6	8,6
Кифоз	9,8	10,7	8,3	6,7
Нормальна постава	67,4	60,2	67,3	76,5

Згідно отриманих даних у ході експерименту в контрольній групі постава у дітей погіршилась на 7,2 %. У експериментальній групі у школярів постава покращилась на 9,2%.

Дослідження проведене у студії фітнесу і танцю «The Best» постави дітей 6-8 років які займаються бальними танцями показали наступне. Діти починають займатися танцями у віці 4 років. Програма навчання включає в себе танцювальні заняття, хореографію та загальну фізичну підготовку в яку входять вправи для розвитку сили м'язів ніг, рук, спини, живота, стопи та розтяжка. До 6-9 років у юних танцюристів складається стійке поняття про правильну поставу. Тому із обстежених дітей, які займаються бальними танцями, порушення постави мають тільки 6,2 % дітей.

Висновки. Таким чином, аналізуючи отримані результати дослідження можна зробити наступні висновки.

1. Експериментально доведена перспективність застосування в навчальних хореографічних вправ для корекції постави школярів 6-9 років.

2. Встановлено, у ході експерименту в контрольній групі постава у дітей погіршилась на 7,2 %. У експериментальній групі у школярів постава покращилась на 9,2%.

3. Із обстежених дітей, які займаються бальними танцями порушення постави мають тільки 5,4% дітей.

Список використаної літератури:

- Голенкова Ю. В. (2014) Вплив засобів ритміки і хореографії на фізичну підготовленість дітей молодшого шкільного віку. Теорія та методика фізичного виховання. № 3. – С. 39–43.
- Грошовик І.С. (Ред.).(2014).Навчання та виховання особистості засобами хореографічного мистецтва. Сучасні стратегії розвитку хореографічної освіти: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Умань. ФОП Жовтий О. О.
- Дега В. Пороки осанки (1968) Многотомное руководство по ортопедии и травматологии. (Ред.),(Т, 2,с.267–300). М.: Медицина.



- Колодницький Г.А. Кузнецов В.С. (Ред.).(2003). Физическая культура. Ритмические упражнения, хореография и игры. М.: Дрофа.
- Каськова К.І. (Ред.).(2016).Формування у молодших школярів мотивації до навчання...Навчання і виховання дітей дошкільного і молодшого шкільного віку: актуальні питання теорії і методики : збірник науково-методичних праць. Житомир: ФОП Левковець.
- Левенець В. І. (Ред.).(2014).Розвиток дошкільного хореографічного виховання в закладах позашкільної освіти. Сучасні стратегії розвитку хореографічної освіти: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Умань : ФОП Жовтий О. О
- Остапенко А.А. (2008) Работа по технологии концентрированного обучения. Педагогическая техника. № 4.с. 8-11.
- Рогозіна В.О. (1997).Особливості методики розвитку творчих здібностей молодших школярів. Мистецтво та освіта. № 2. с. 8-10.
- Розвиток творчої активності школярів(1991).(Ред.). М. : Педагогіка.
- Ротерс Т. Т. (1989). Музыкально-ритмическое воспитание и художественная гимнастика: учеб. пособие для учащихся пед. училищ по спец. № 1910 «Физическая культура» / Ротерс Т. Т. - М. : Просвещение.
- Цвєткова Л. Ю. (Ред.). (2007).Методика викладання класичного танцю. Підручник. – 2-е вид. Київ. Альтерпрес.
- Шевчук А.С. (Ред.).(2016).Дитяча хореографія: навчально-методичний посібник. Тернопіль. Мандрівець.

Сведения об авторах

Смоляр Олена Вікторівна Магістр фізичного виховання, старший викладач кафедри методики викладання спортивно-педагогічних дисциплін Державного вищого навчального закладу «Донбаський державний педагогічний університет» м. Слов'янськ, Україна.
<https://orcid.org/0000-0001-7769-1231>
E-mail: afhn60@gmail.com

Смоляр Дар'я Олегівна. Магістр фізичного виховання, тренер з сучасних танців студії фітнесу і танцю «The Best», м. Слов'янськ, Україна.
E-mail: afhn60@gmail.com

Сисоєва Євгенія Ігорівна. Тренер з бальних танців студії фітнесу і танцю «The Best», м. Слов'янськ, Україна.
E-mail: afhn60@gmail.com



Форми підвищення потрібної мотивації рухової активності учнів до занять на основі різнорівневих варіантів фізичного виховання

Щелкунов А.О., Лебедєва А. С., Майборода С.С.

**Державний вищий навчальний заклад
«Донбаський державний педагогічний університет»
м. Слов'янськ, Україна**

Мета: дослідити та експериментально обґрунтувати форми підвищення потрібної мотивації учнів до занять фізичною культурою в основній установі нового типу на основі різнорівневих режимів рухової активності. **Матеріал і методи:** для виявлення структури та особливостей у потрібнісно-мотиваційній характеристиці фізичної культури в учнів навчальних закладів нового типу було проведено два анкетування серед 104 учнів 10 класів загальноосвітніх шкіл та ліцею м. Слов'янська. Анкетування проводились на початку та в кінці дослідження. Учні шкіл склали контрольну групу, а учні ліцею утворили експериментальну групу. **Результати:** вікових відмінностей між аналізованими групами не виявлено, в процесі анкетування більше половини старшокласників (54,2 %) вважає, що кількість уроків на тиждень потрібно збільшити до трьох разів, 20,0% схильні до двох разових занять і 25,8 % учнів хотіли б збільшити кількість уроків фізичної культури до чотирьох разів на тиждень. В учнів загальноосвітньої школи і ліцею в цілому виявляється спільна закономірність значущості мотивів, проте величини окремих мотивів різняться, деколи значно. **Висновки:** Експериментально доведена перспективність застосування в навчальних закладах нового типу різнорівневих варіантів рухової активності школярів.

Ключові слова: навчальні заклади нового типу, різнорівневі варіанти, рухова активність, потрібна мотивація, рухові режими.

Вступ. Пошук оперативних форм організації навчального процесу, адекватних вимогам суспільства, привів до виникнення навчальних закладів нового типу – гімназій, ліцеїв. У зв'язку з цим здійснюється перегляд навчальних програм, змінюється, їх зміст, збільшується кількість предметів.

Нажаль, організаційні перетворення не торкаються фізичного виховання у навчальних закладах нового типу, в яких використовується традиційна програма загальноосвітньої школи, орієнтована на два уроки фізичної культури на тиждень.

Інтенсивний процес навчання, з одного боку, і зниження рухової активності, з іншого, негативно впливають на стан здоров'я, знижують рівні фізичної підготовленості і розумової працездатності, відбиваються на адаптаційних можливостях організму школярів.

У зв'язку з цим очевидна необхідність наукового обґрунтування ефективності підвищення рухової активності учнів старшого шкільного віку на основі різнорівневих варіантів фізичного виховання у школах нового типу.

Стаття виконана в руслі досліджуваної на кафедрі МВСПД факультету фізичного виховання Донбаського державного педагогічного університету на тему „Оптимізація професійної підготовки вчителя фізичної культури”.

Аналіз останніх досліджень: публікацій завданням сьогоденної школи є забезпечення кожному учню своєї освітньої траєкторії на основі усвідомлення своїх можливостей і наявного вибору змісту і форм освітньої діяльності. Проблема освіти розглядається вітчизняними ученими впродовж всього періоду становлення української школи. Різні аспекти даної проблеми розкриті В.Г. Арєф'євим,



А.Г.Барабановим, В.Г.Бауером, П.А.Віноградовим, В.Г. Григоренко, С.І. Гуськовим, В.К. Єфимовим, Т.Ю. Круцевич.

Одним з основних завдань реформування системи освіти є розробка і широке впровадження у практику школи нових педагогічних технологій, які враховують індивідуальні особливості учнів [5]. Проте застосування таких технологій у фізкультурній освіті катастрофічно відстає від потреб сучасного суспільства у фізкультурно-освічених, здорових, самостійних випускниках [4]. Протиріччя між необхідністю удосконалення фізкультурної освіти, зокрема, в аспекті його індивідуалізації, і відсутністю науково обґрунтованих підходів в області індивідуалізації і диференціації навчального процесу обумовлюють актуальність наукової проблеми даного дослідження, яке полягає у визначенні того, яким чином повинні вирішуватися питання оптимізації освітнього процесу з фізичної культури в школі при використанні технології диференційованої фізкультурної освіти.

Мета дослідження – експериментально обґрунтувати можливість дослідження в основній установі нового типу різнорівневих режимів рухової активності. Відповідно до мети були визначені такі завдання:

1. Визначити особливості потрібнісно-мотиваційної характеристики фізичної культури старшокласників загальноосвітньої школи і ліцею.
2. Розробити і експериментально обґрунтувати методику різнорівневої рухової активності учнів.

Результати дослідження. Основним завданням даного дослідження було виявлення фізкультурно-спортивних інтересів у старшокласників різних типів навчальних закладів. Розглядалася потрібнісно-мотиваційна характеристика фізичної культури учнів старшого шкільного віку. Нами також вивчалася рухова активність, мотивація до занять фізичними вправами. Фізична активність школярів вивчалася за такими параметрами як вид спорту, мотивація до занять, регулярність, частота занять, тривалість одного тренування і сума часу занять на тиждень, організаційні форми занять (самостійно вдома з батьками, в шкільній секції). Аналізувалася також думка учнів про доцільність занять тим або іншим видом спорту.

Нами були виділені такі питання як: чи цікаво проходять уроки фізичної культури, чи подобаються їм ці уроки, чи потрібні ці заняття взагалі, чи є необхідність у збільшенні кількості даних занять протягом навчального тижня. Також було приділено увагу якісній стороні даної проблеми: з'ясувалися види спорту найцікавіші для старшокласників, якими б вони хотіли займатися у позаурочний час і якими видами спорту вони в основному вже займаються, і, крім того, ми спробували дізнатися причини і спонукальні мотиви молоді для занять спортом.

В результаті опиту учнів загальноосвітньої школи були отримані наступні дані. На питання: «Чи вважаєш ти уроки фізичної культури корисними для себе?», більшість респондентів відповіли ствердно, що в процентному співвідношенні склало 80,8 %, а 15,8 % опитаних учнів сумніваються в корисності даних занять і лише 3,4 % взагалі вважають дані заняття для себе даремними. На наш погляд, це можна пояснити тим, що велика частина учнів усвідомлює позитивність впливу



фізичних вправ на організм в цілому і зокрема на рівень здоров'я, рівень фізичної підготовленості, а також на рівень фізичного розвитку. Група тих, що сумніваються склала 35 чоловік (14,6 %), що, швидше за все, пов'язано з недостатніми знаннями про позитивний вплив фізичної культури на організм, а можливо їм просто не подобається, як проходять дані уроки або діти мають деякі функціональні недоліки у фізичному розвитку і підготовленості (зайва вага, неможливість виконання нормативних тестів), що позначається на загальному рейтингу в класі, і особливо на положенні в класі хлопців.

Якісна сторона уроку фізичної культури старшокласниками була оцінена високо: більше 80 % опитаним учням дуже подобається і в основному подобається, як проводяться уроки фізичної культури. Це говорить про те, що уроки, проходять на достатньо високому емоційному і професійному рівнях і тому здатні викликати стійкий інтерес в учнів, який позитивно впливає на відвідуваність даних занять.

Старшокласників, які б не відвідували уроки фізичної культури взагалі, не виявилось, група учнів, які не часто відвідували уроки фізичної культури склала всього 13 чоловік (5,4 %), а група учнів, які відвідували всі заняття фізичної культури склала 94,6 %, що складає значну частину опитаних.

На наш погляд, це можна пояснити цікавим проведенням уроків, бажанням більше порухатися протягом дня, оскільки в даний час для багатьох старшокласників немає більше можливості для занять фізичною культурою. За нашими даними, учні старших класів (особливо ліцею) дуже завантажені різними навчальними предметами, що є наслідком використання різних шкільних програм, які мають розширений зміст, що, у свою чергу, і примушує багато старшокласників значну частину часу витратити на підготовку домашнього завдання.

В процесі анкетування більше половини старшокласників (54,2 %) вважає, що кількість уроків на тиждень потрібно збільшити до трьох разів, 20,0% схильні до двох разових занять і 25,8 % учнів хотіли б збільшити кількість уроків фізичної культури до чотирьох разів на тиждень. Крім того, на питання: «Як Ви вважаєте, чи треба збільшити або зменшити кількість уроків з фізичної культури?» 82,1 % опитаних дали ствердну відповідь, що свідчить про те, що два заняття на тиждень для старшокласників недостатньо, але практично щоденні заняття з фізичної культури (4 рази на тиждень) теж не всім «до душі», як було вже вище вказано, і тому в цьому випадку слід знайти оптимальний варіант.

За наявними даними, можна зробити наступний висновок, що найбільш оптимальним варіантом для старшокласників буде збільшення уроків фізичної культури до трьох разів на тиждень.

Для кожної категорії були відібрані мотиви, що найчастіше зустрічаються у відповідях на питання: «Чому Ви зупинили свій вибір на цьому виді спорту?». Виявилось, що у хлопців освітньої школи і ліцею популярні наступні мотиви вибору виду занять. Як головні мотиви занять фізичною культурою для хлопців загальноосвітньої школи виділялися три мотиви – «люблю подобатися», «стати сильним, спритним», «для самооборони».

Їх сумарний внесок в спектрі думок складає більше 70 % (71,9 %). У хлопців ліцею найбільш значущими слід визнати також мотиви: «люблю, подобається» -



46,2 %, «цікаво» - 15,4 %, «для самооборони» - 12,3 %.

У дівчат, що навчаються в школі і ліцеї, значущість мотивів до занять фізичною культурою декілька змінюється: найбільш важливими слід вважати мотиви «люблю, подобається» (школярки – 44,3 %, ліцеїстки – 51,5 %), «навчитися плавати» (відповідно 20,0 і 16,2 %), «для зміцнення здоров'я» (17,1; 14,7 %).

Таким чином, в учнів загальноосвітньої школи і ліцею в цілому виявляється спільна закономірність значущості мотивів, проте величини окремих мотивів різняться, деколи значно.

Учасники соціологічного обстеження в основному хотіли б займатися такими поширеними видами спорту як спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол, теніс), гімнастикою, легкою атлетикою і плаванням.

У розділ інші види спорту увійшли такі поширені в даний час види як східне єдиноборство, велоспорт, боротьба та інші.

У дівчат, окрім спортивних ігор, популярністю користуються такі види спорту як гімнастика (спортивна, художня, аеробіка, шейпінг) і плавання.

Дослідження відкритих особливостей мотиваційно-потребнісної сфери учнів дає можливість ефективно планувати, організовувати і здійснювати фізкультурно-оздоровчу і спортивно-масову роботу в загальноосвітній школі і ліцеї.

Як показало опитування дані, отримані в школі та ліцеї, мають деякі відмінності. Більшість опитаних учнів ліцею (86,6 %) упевнені в корисності для себе занять фізичною культурою, 13,3 % не зовсім в цьому упевнені, і ніхто не засумнівався в корисності даних занять на відміну від старшокласників, які навчаються в школі. Так, група учнів школи, що сумніваються, склала 15,8 %, у корисності уроків упевнені 80,8 % і 3,4 % взагалі не бачать користі в уроках фізичної культури. На наш погляд, це пов'язано з якістю навчання і підвищеними вимогами до учнів в ліцеях.

З приводу проведення уроків фізичної культури погляд у опитаних приблизно однаковий. Як проходять уроки фізичної культури подобається і в основному подобається 90,0 % учням шкіл і 80,6 % контингенту ліцею і приблизно рівний відсоток старшокласників, яким не подобається як проходять уроки фізичної культури в ліцеї і в школі.

Відвідуваність уроків фізкультури найбільше відмічається в школах (97,5%), ніж в ліцеях (91,6%), рідко відвідуючих старшокласників більше в ліцеях (8,3%), ніж у школах (2,5%), хоча принципової різниці тут не спостерігається. На нашу думку, ця різниця, можливо, визначається тим, що старшокласники ліцеїв мають більше можливостей для відвідування інших занять з різних видів спорту, із-за кращого фінансового положення батьків.

Більший відсоток (35,8%) учнів шкіл на відміну від учнів ліцеїв, відсоток яких складає всього 15,3% бажають збільшити кількість уроків фізкультури протягом навчального тижня, що так само в основному пояснюється фінансовою причиною. Більшість учнів (школа – 45,0 %; ліцей – 63,3 %) сходяться на думці, щоб були три уроки фізичної культури, хоча старшокласники ліцею в цьому більше зацікавлені. 88,3% учнів, які навчаються в ліцеї, дали позитивну відповідь в плані збільшення кількості уроків фізкультури, тоді як в школі цей відсоток склав 75,8 %. Практично однакова кількість старшокласників ліцею (19,2 %), і в школі (20,8 %) хотіли б



займатися фізичною культурою 2 рази на тиждень, тобто не змінювати існуючу кількість уроків.

Кількість тих, що займаються в спортивних секціях і беруть участь у змаганнях приблизно однакова як в школах, так і в ліцеях.

Свідоме відношенні до занять фізичною культурою більш проявляють старшокласники, що навчаються в ліцеях (59,2 %) порівняно з учнями загальноосвітньої школи (50,0 %). На наш погляд, це пов'язано з розширеними знаннями в області фізичної культури і спорту, а так само з кращою пропагандою даного виду діяльності в ліцеях, що, у свою чергу багато в чому залежить від фінансових можливостей організацій.

По всіх інших питаннях думки учнів старших класів шкіл і ліцеїв співпадають.

Загальний руховий режим, як в загальноосвітній школі, так і в ліцеї суттєво поступається нормативним показникам, що забезпечують нормальне функціонування систем організму.

У хлопців загальноосвітньої школи сумарна навчальна діяльність складає 8,3 години, у дівчат – 9,2 години. В учнів ліцею даний показник дорівнює відповідно 10, 8 і 11,4 години.

Таким чином, в учнів ліцею визначається значна частка часу, що відводиться на навчальну діяльність, при цьому виражений низький рівень рухової активності. Для даного контингенту необхідно значно збільшити руховий режим.

За їх суб'єктивними оцінками тільки кожен четвертий (27,8 %) респондент вважає, що він абсолютно здоровий. На їх думку, 37,8 % учнів вважають, що здоров'я у них задовільне, інші (62,2%) не можуть похвалитися своїм здоров'ям. За власними оцінками лише 12,5% школярів ведуть здоровий спосіб життя; 17,8% - скоріше так, ніж ні; 7,7% - скоріше ні, ніж так; 62,0% характеризують свій спосіб життя як нездоровий.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, можна зробити наступний висновок. Учні старших класів загальноосвітньої школи і ліцею високо оцінюють значущість занять з фізичної культури і спорту і для підвищення здоров'я і набуття хорошої фізичної форми, виявляють цікавість до різних видів спорту. Заняття фізичною культурою і спортом мають свою цілеспрямованість, залучення молоді до даних занять нині стає все складнішим, більшою мірою із-за фінансових можливостей.

Перспективи подальших досліджень полягають у виявленні умов і закономірностей оптимізації режиму рухової активності в процесі фізичного виховання учнів шкільного віку.

Список використаної літератури

- Ареф'єва В.Г. (2007) Фізична культура в школі (молодому спеціалісту) :Навчальний посібник для студентів навчальних закладів III – IV рівня акредитації – 3-є вид. перероб. і доп. /В.Г. Ареф'єва, Г.А. Єдинак. –Каменець-Подільський.248с.
- Барабанов А.Г. (1995) Оптимизация условий обучения в современной школе. Современные технологии обучения школьников Сб. науч. трудов. Краснодар. С. 289-304.



- Виленский М. Я., Соловьев Г. М. (2001) Основные сущностные характеристики педагогической технологии формирования физической культуры личности. Теория и практика физической культуры. № 3. С. 13.
- Григоренко В.Г. Узд-во ЮУГПУ им. К.Д. Ушинского (2003) Теоретические и методические основы оптимизации подготовки учителей физической культуры. Одеса.180с.
- Дутчак М. В. (2015) Парадигма оздоровчої рухової активності: теоретичне обґрунтування та практичне застосування. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. №2. С.44-52.
- Захаріна Е. А. (2015) Особливості формування мотивації студентів до здоров'язберігаючої діяльності. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. №3К(56)15. С 164-167
- Катерина У. (2016) Обґрунтування ефективності впровадження навчально-оздоровчих комплексів в процес фізичного виховання студентів. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Вип.1. С.66-71
- Круцевич Т.Ю. (2003) Оцінка як один із чинників підвищення мотивації учнів до фізичної активності. Фізичне виховання школі № 1. с.47-50.
- Качан О.А. (2017) Упровадження інноваційних технологій у фізкультурно-оздоровчу та спортивну діяльність закладів освіти: навчально-методичний посібник. Слов'янськ: Витоки. 138 с.
- Качан О.А. (2016) Впровадження та ефективне використання новітніх інформаційних технологій в процесі фізичного виховання. Фізичне виховання в рідній школі. № 3. С. 33-38.
- Качан О.А. (2015) Використання динамічно керованих моделей і безконтактних сенсорних технологій у процесі фізичного виховання. Фізичне виховання в рідній школі. № 3. – С. 18-21.

Відомості про авторів

Щелкунов Анатолій Олексійович, кандидат наук по фізичному вихованню і спорту, доцент кафедри методики викладання спортвно-педагогічних дисциплін державного вищого навчального закладу «Донбаський державний педагогічний університет» м. Слов'янськ, Україна.
<https://orcid.org/0000-0003-2246-022X>
E-mail: mpspd@ukr.net

Лебедєва Арина Сергіївна – студента 3 курсу факультету фізичного виховання державного вищого навчального закладу «Донбаський державний педагогічний університет» м Слов'янськ, Україна.
E-mail: mpspd@ukr.net

Майборода Сергій Сергійович – студент 4 курс факультета фізического воспитания государственного высшего учебного заведения «Донбасский государственный педагогический университет» г. Славянск, Украина.
E-mail: mpspd@ukr.net



Зміни тонусу м'язів у осіб 36-46 років після травм хребта під впливом занять лікувальною фізичною культурою

Сулима А.С., Насальський М.Д., Здебський О.О.
Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського
м. Вінниця, Україна

Анотація. Хребетно-спинномозкова травма є однією з найскладніших проблем сучасної нейрохірургії. Згідно статистичних даних в Україні нараховується близько 3 тисяч осіб із даною хворобою кожного року. Причинами виникнення хребетно-спинномозкової травми шийного відділу є дорожньо-транспортні пригоди, побутовий і виробничий травматизм. Тому, головним завданням лікарів на сучасному етапі є створення програм фізичної реабілітації для успішного лікування і реабілітації даного контингенту хворих. **Мета дослідження** - дослідження зміни тонусу м'язів у осіб II зрілого віку із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу під впливом занять лікувальною фізичною культурою. **Матеріал і методи:** у дослідженні брали участь 27 осіб (10 жінок і 17 чоловіків) із даною травмою. Вік пацієнтів – 36-46 років. Ступінь спастичності визначали за модифікованою 6-ти бальною шкалою спастичності Ашфорта. **Результати:** Усіх пацієнтів розподілили на дві групи: контрольну (13 осіб) та основну (14 осіб). Розроблені нами заняття лікувальною фізичною культурою сприяли зменшенню спастичності досліджених м'язів. Так, у осіб основної групи рівень спастичності литкового і камбалоподібного м'язів, привідних м'язів та чотириголового м'яза стегна є у два рази меншою, ніж у пацієнтів контрольної групи. **Висновки.** Отже, результати проведених нами досліджень свідчать про те, що заняття лікувальною фізичною культурою сприяють зниженню спастичності м'язів. **Ключові слова:** хребетно-спинномозкова травма, шийний відділ, лікувальна фізична культура, спастичність м'язів.

Вступ. Хребетно-спинномозкова травма – ушкодження, які супроводжуються порушенням функції й анатомічної цілісності хребетного стовпа та спинного мозку [2, 5, 9]. Дана травма одна з найскладніших проблем у сучасній нейрохірургії, що обумовлено важкістю медичних, соціальних й економічних наслідків хребетно-спинномозкової травми.

Аналіз статистичних даних свідчить, що в Україні щороку реєструється більше 3 тисяч випадків травм хребта [6, 8]. Крім того слід зазначити, що у 42,5% випадків причиною хребетно-спинномозкової травми шийного відділу є дорожньо-транспортні пригоди, у 36,3% - побутовий травматизм і у 21,2% - виробничий травматизм [4, 10]. Серед осіб із пошкодженням хребта у 31,5% зареєстровано летальні випадки [8, 10]. Серед основних причин летальних випадків виділяють важкість ушкоджень. Близько 23% смертей виникає одразу після отримання травми, тобто постраждалі з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу гинуть ще до надходження в лікарню.

Незважаючи на досягнення у сфері лікування осіб із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу застосовують різноманітні сучасні технології, більше 68% постраждалих стають інвалідами I та II групи, що пояснюється обмеженням самостійного пересування та постійна потреба у сторонній допомозі.

Проаналізувавши результати досліджень багатьох науковців, ми встановили, що хребетно-спинномозкова травма шийного відділу супроводжується



порушенням роботи опорно-рухового апарату й функції дихальної системи, деформацією кісткових або м'яких тканин, повною втратою або зниженням чутливості, а також спастичними паралічами [1, 3, 6]. Доведеним є той факт, що стійкі розлади рухової функції у осіб із вищезгаданою травмою є однією з причин обмеження самостійного пересування хворих і зниження рівня володіння навичками самообслуговування.

Як стверджує багато вітчизняних і зарубіжних авторів у великої кількості хворих із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу формується неврологічний дефіцит, що, у свою чергу, призводить до обмеження основних видів життєдіяльності та є причиною проходження повторних курсів фізичної реабілітації [3, 7, 10].

Аналіз даних літературних джерел свідчить про те, що, не зважаючи на проведення великої кількості досліджень, що стосуються лікування травм хребта, результати такого лікування осіб із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу залишаються незадовільними [1, 8, 9].

З огляду на вищевикладене, **мета нашого дослідження** полягала у дослідженні зміни тону м'язів у осіб II зрілого віку із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу під впливом занять лікувальною фізичною культурою.

Для досягнення поставленої мети нами вирішувалися наступні **завдання**:

- 1) аналіз наявної науково-методичної літератури щодо теми дослідження;
- 2) дослідження впливу занять лікувальною фізичною культурою на ступінь спастичності м'язів у осіб 36-46 років із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу.

Методи та контингент дослідження. Спастичність характеризується підвищенням м'язового тону, що перешкоджає розширенню обсягу рухів. Під час виконання навіть найпростіших рухів хворому необхідно долати опір напружених м'язів, який посилює картину парезу або паралічу. Ознакою, яка виявляє дистонію, є нерівномірність м'язового тону під час згинання й розгинання кінцівок. Ступінь спастичності ми визначали за модифікованою 6-ти бальною шкалою спастичності Ашфорта. Дана шкала є досить зручною та простою у застосуванні.

У дослідженні брали участь 27 осіб (10 жінок та 17 чоловіків) із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу хребта. Вік пацієнтів – 36-46 років. Обстежені хворі перебували на стаціонарному лікуванні в нейрохірургічному відділенні Вінницької обласної психо-неврологічної лікарні імені академіка А.І. Ющенка й були прооперовані з приводу їх травми.

Процес фізичної реабілітації осіб 36-46 років із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу починався з перших годин госпіталізації та завершувався після виписки їх зі стаціонару. Усі хворі свідомо брали участь у дослідженні. Під час складання занять враховували індивідуальні особливості стану кожного пацієнта.

Формувальне дослідження тривало протягом 5 тижнів перебування даного контингенту хворих у стаціонарі. Усіх пацієнтів ми розподілили на 2 групи: контрольну (13 осіб) та основну (14 осіб). Хворі з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу, які входили до основної групи, займалися за запропонованою нами програмою фізичної реабілітації, до якої входили додаткові



заняття лікувальною фізичною культурою.

Результати дослідження оброблялися методом математичної статистики. Оцінка вірогідності різниці статистичних показників проводилася за t-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Результатами багатьох досліджень [2, 5, 6, 7, 11] доведено, що підвищення спастичності паралізованих м'язів призводить до зниження рівня оволодіння необхідними руховими навичками, а також до уповільнення процесу відновлення втрачених функцій. З вищевикладеного слідує, що головним завданням процесу фізичної реабілітації є зменшення рівня тонусу та спастичності м'язів, щоб пацієнт зміг виконувати рухові дії.

Рівень спастичності м'язів за шкалою Ашфорта на початку проведення дослідження у осіб контрольної та основної груп статистично не відрізнявся та був нижче нормальних значень. Варто зазначити, що хворих із спастичністю тестованих м'язів, яка оцінюється у 4-5 балів нами не виявлено. На нашу думку, це пояснюється тим, що ще не зникло явище спинального шоку, якому притаманна відсутність будь-яких фізіологічних або патологічних рефлексів. Адже за даними багатьох дослідників втрачені рухи у хворих відновлюються після зникнення ознак вищезгаданого патологічного явища.

Під час проведення констатувального дослідження нами виявлено, що рівень спастичності паретичних м'язів на правій і лівій сторонах тіла є однаковим.

Результати формувального дослідження представлено в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1 заняття за обома програмами фізичної реабілітації сприяли підвищенню спастичності досліджених м'язів у пацієнтів як контрольної так і основної групи. Однак варто зазначити, що середні значення, зареєстровані по завершенню дослідження, у осіб контрольної групи є вищими, ніж у хворих основної групи. Так, у хворих із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу, які займалися за звичайною програмою фізичної реабілітації, рівень спастичності чотириголового м'яза правого та лівого стегна й привідних м'язів правого та лівого стегна у два рази більше, ніж у осіб основної групи.

Таблиця 1

Динаміка змін тонусу м'язів у осіб 36-46 років із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу

Досліджувані м'язи		Середня величина, $\bar{x} \pm m$			
		контрольна група (n=13)		основна група (n=14)	
		на початку проведення дослідження	по завершенню дослідження	на початку проведення дослідження	по завершенню дослідження
Клубово-поперековий м'яз	Л	0,53±0,17	1,54±0,17	0,57±0,24	0,57±0,08♦
	П	0,54±0,17	1,54±0,17	0,57±0,24	0,57±0,08♦
Чотириголовий м'яз стегна	Л	0,54±0,17	1,62±0,17	0,57±0,16	0,71±0,16♦
	П	0,54±0,17	1,69±0,17	0,57±0,16	0,79±0,16♦
Двоголовий м'яз стегна	Л	0,54±0,17	1,69±0,17	0,5±0,24	0,93±0,16♦
	П	0,54±0,27	1,85±0,17	0,5±0,16	1,07±0,16♦
Литковий і	Л	0,54±0,17	2,00±0,17	0,71±0,16	1,21±0,16♦



камбалоподібний м'яз	П	0,54±0,17	2,08±0,17	0,71±0,16	1,21±0,16♦
Привідні м'язи стегна	Л	0,38±0,09	1,54±0,17	0,36±0,08	0,71±0,16♦
	П	0,38±0,09	1,62±0,17	0,36±0,08	0,81±0,16♦

Примітки: Л – ліва сторона; П – права сторона; ♦ - відмінності між показниками контрольної та основної груп статистично достовірні ($p < 0,05$)

Аналізуючи результати таблиці 1, доходимо висновку, що у хворих 36-46 років із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу, які входили до контрольної групи, зареєстровано однакові для лівої та правої кінцівок середні значення рівня спастички клубово-поперекового м'яза, а в осіб основної групи – клубово-поперекового, литкового та камбалоподібного м'язів стегна.

Про переваги запропонованих нами занять лікувальною фізичною культурою свідчить і те, що за всіма показниками між дослідженими контрольної та основної груп зареєстровано вірогідні відмінності (див. табл. 1).

Висновки. Отже, аналіз літературних джерел свідчить про те, що причинами хребетно-спинномозкової травми шийного відділу є дорожньо-транспортні пригоди, побутовий і виробничий травматизм. У результаті вищезгаданої травми у осіб спостерігається підвищення спастичності м'язів. Тому, з метою зменшення спастичності м'язів у даного контингенту хворих ми розробили заняття лікувальною фізичною культурою.

Результати формувального дослідження підтвердили ефективність застосування даних. Так, у осіб 36-46 років із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу обох груп зареєстровано зниження спастичності тону м'язів. Однак між середніми значеннями хворих контрольної та основної груп зареєстровано статистично достовірну різницю.

Перспективи подальших досліджень. Дослідити вплив занять лікувальною фізичною культурою на збереження амплітуди рухів у суглобах нижніх і верхніх кінцівок.

Список використаної літератури

- Бісмак О. (2015) Особливості організації діяльності реабілітаційних закладів в Україні. *Освітологічний дискус.* №4(12), 45-49.
- Богдановська Н.В. (2012) Сучасні технології в реабілітації хворих із спинномозковою травмою. *Вісник Запорізького національного університету.* №2(8), 117–124
- Дзяк Л.А., Сальков М.М., Зорін М.О., Тітов Г.І. (2015) Актуальні питання організації надання медичної допомоги, діагностики та лікування бойової хребетної та хребетно-спинномозкової травми. *Український нейрохірургічний журнал.* № 1, 56-62.
- Кобелев С.Ю. (2004) Особливості створення індивідуальної програми фізичної реабілітації для осіб з пошкодженням спинного мозку. *Теорія і практика фізичного виховання.* № 3, 258-263.
- Крук Б.Р. (2004) Визначення вихідного рівня показників рухової функції осіб з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання та спорт..* X. №15, 70-74.



- Крук Б., Рокошевська В., Білянський О., Герцик А. (2015) Особливості організації процесу фізичної реабілітації осіб із хребетно-спинномозковою травмою в умовах стаціонару. *Спортивна наука України*. №2(66), 17–21.
- Крук Б. (2011) Особливості процесу фізичної реабілітації осіб з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу хребта. *Бюлетень Української Асоціації фахівців фізичної реабілітації*. №5.
- Педаченко Є.Г., Іпатов А.В., Тарасенко О.М. (2012) Статистичний аналіз інвалідності при травмі хребта та спинного мозку. *Запорізький медичний журнал*. №6(75), 21–23.
- Симонова І.А. (2000) *Епідеміологія хребетно-спинномозкової травми і організація медичної допомоги постраждалим* (Автореф. дис... канд. мед. наук). СПб.
- Федорович О., Передерій А. (2017) Сучасний стан реабілітації осіб з травмами хребта та спинного мозку в Україні. *Спортивна наука України*. №3(79), 40-46.
- Roy R.R., Harkema S.J., Engerton V.R. (2012) Basic concepts of activity-based interventions for improved recovery of motor function after spinal cord injury. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 93(9), 1487-1497.

Відомості про авторів

Сулима Алла Станіславівна, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, старший викладач кафедри медико-біологічних основ фізичного виховання і фізичної реабілітації Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського
e-mail: allasulyma16.83@gmail.com
orcid.org/0000-0003-1858-0085

Насальський Михайло Дмитрович, військовослужбовець
e-mail: mihailnasalskij@gmail.com
Orcid.org/0000-0003-4533-1009

Здебський Олександр Олегович, студент 4 курсу Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського
e-mail: zdebskyi-sanya@mail.ru
Orcid.org/0000-0001-9706-9896



Актуальні питання фізичної терапії в умовах євроінтеграції України

Єршова А.О., Полковник-Маркова В.С.

Харківська державна академія фізичної культури
м. Харків, Україна

Мета: дослідження актуальних проблемних питань фізичної терапії в умовах євроінтеграції України. **Матеріал і методи:** проблемні питання фізичної терапії визначалися з використанням системного підходу, методів порівняльного аналізу наукових та практичних розробок з досліджуваної тематики, наукового спостереження тощо. **Результати:** розглянуто актуальні проблеми фізичної реабілітації в сучасних умовах, а також основні аспекти і напрями подальшого її розвитку. **Висновки:** доведено роль та значимість фізичної терапії та фізичної реабілітації в сучасних умовах, визначені шляхи наукового та практичного спрямувань фізичної терапії в умовах євроінтеграції України, які засновані на комплексному використанні сутнісно-термінологічного; організаційно-методичного; оздоровчого та лікувально-профілактичного аспектів.

Ключові слова: євроінтеграція, фізична терапія, фізична реабілітація, Україна, тенденції розвитку

Вступ. За останнє десятиріччя тенденції розвитку медицини та фізичної терапії України характеризуються помірними успіхами становлення реабілітаційного напрямку, цільовим спрямуванням якого було й залишається поетапне, відновне комплексне лікування патологічних процесів, захворювань й ушкоджень організму людини. На сьогодні в Україні існують законодавчі і нормативні документи, що визначають вимоги до проведення занять з фізичного виховання, збереження і зміцнення здоров'я молоді. При цьому наголошується, що мета цих занять – це створення умов для забезпечення оптимальної рухової активності кожної людини протягом життя, сприяння благополуччю, покращенню стану здоров'я, профілактиці захворювань і фізичної реабілітації (Національна доктрина розвитку фізичної культури і спорту (Указ Президента України № 1148/2004 від 28.08.2004 р.).

Забезпечення євроінтеграційного напрямку для України пов'язано з впровадженням в лікувальну практику та практику фізичного виховання інноваційних технологій, оскільки змінюється характер медичної інформації, її обсяг.

Сучасні умови ставлять перед фахівцями з фізичної терапії завдання економічно обґрунтованого вибору методів фізичної реабілітації з максимальним клінічним ефектом. Слід зазначити, що сьогодні в Україні не в достатній кількості висвітлено та досліджено таке поняття як фізична реабілітація у якості цілісної, загальної теоретичної й практичної системи знань, вмінь та навичок. Необхідність застосування комплексного підходу обумовлює можливість розширення меж застосування сучасних методів дослідження та розгляд поняття «фізична реабілітація» через призму його комплексної систематизації, що потребує перш за все виявлення сучасних тенденцій та розкриття актуальних питань розвитку фізичної реабілітації в умовах євроінтеграції України [1; 2; 3].

Мета дослідження. Метою є аналіз та систематизація актуальних проблемних питань фізичної терапії в умовах євроінтеграції України



Матеріал і методи дослідження. Проблемні питання фізичної терапії визначалися з використанням системного підходу, методів порівняльного аналізу наукових та практичних розробок з досліджуваної тематики, наукового спостереження тощо.

Результати дослідження та їх обговорення. Фізична терапія, ерготерапія (Фізична реабілітація) покращує якість лікування, прискорює процес відновлення функцій органів та систем, повертає працездатність, допомагає хворому розвинути навички самообслуговування, у випадках інвалідності пристосуватися до максимально активного життя у нових умовах, що відбулися внаслідок хвороби чи травми, а також до більш повної інтеграції в усі сфери його діяльності.

Формування фізичної реабілітації як окремої галузі професійної підготовки фахівців почалося у вищих навчальних закладах фізкультурного профілю в Україні, Польщі, Росії, Білорусі, Литві в 90-х роках минулого сторіччя. Протягом цього періоду відкрито спеціальності і створено або реорганізовано (з кафедр лікувальної фізкультури) кафедри з підготовки фахівців з фізичної реабілітації у ВНЗ III–IV рівнів акредитації.

На наш погляд, проблема фізичної терапії в умовах євроінтеграції України передбачає аналіз таких аспектів:

- 1• сутнісно-термінологічного;
- 2• організаційно-методичного;
- 3• оздоровчого та лікувально-профілактичного.

Розглянемо їх детальніше.

1. Сутнісно-термінологічний аспект проблеми фізичної терапії в умовах євроінтеграції України.

Дослідження з термінологічних питань науковця зі Львівського державного університету фізичної культури А.М. Герцика допомогли розкрити вітчизняне тлумачення термінів «фізична реабілітація» і «фахівець з фізичної реабілітації», а також виявили подібність між національним трактуванням терміну «фізична реабілітація» та інтернаціональним трактуванням терміну «фізична терапія» (physical therapy). Було виявлено, що словосполучення «фізична реабілітація» не використовується в економічно розвинутих країнах як назва галузі чи спеціальності. Знайти визначення фізичної реабілітації взагалі не вдалося. Терміни «фізична терапія» і «фізіотерапія» в англійських літературних джерелах є синонімами, а у вітчизняній науково-методичній літературі термін «фізична терапія» не поширений [3, с. 342–346]. Для назви медичної галузі в англійських джерелах замість прийнятого в нашій державі терміну «фізіотерапія» використовують інші терміни, наприклад «фізіатрія». За визначенням сучасних медичних словників фізіатрія є розділом медицини, що займається профілактикою, діагностикою та лікуванням хвороби чи травми, а також реабілітацією наявних порушень або аномалій психосоматичного розвитку з використанням фізичних (світло, тепло, холод, вода, струм, терапевтичні вправи, механічні прилади) та інколи фармацевтичних засобів. Використовуються також такі назви, як фізіатрікс, фізична медицина, фізична медицина і реабілітація, фізична та реабілітаційна медицина [4].



Згідно Закону України № 2961-IV від 06.10.2005 «Про реабілітацію інвалідів в Україні» поняття «фізична реабілітація» розглядається як система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення [5].

За даними українсько-латинсько-англійського медичного словника, фізична реабілітація – це «комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених функцій організму й працездатності хворих та інвалідів» [6].

Т.Ю. Круцевич, визначає поняття «фізична реабілітація», як «комплекс заходів, скерований на відновлення втраченої або послабленої функції після захворювання або травми» [7].

А.Г. Шевцов вважає, що фахівці з фізичної реабілітації повинні готуватись як «педагоги у сфері відновлення чи переробки рухової діяльності і неповносправних осіб» [8].

В.Г. Савченко та В.В. Клапчук у своїй роботі вказують, що фізична реабілітація здійснюється не лише в рамках медичної реабілітації [9]. Це твердження підтримують автори інших наукових праць, які не схильні протиставляти фізичну реабілітацію і медикаментозно-фармакологічне лікування та вважають, що робота фахівців з фізичної реабілітації повинна плануватися в партнерстві з лікарями і тільки така спільна діяльність дозволить значно покращити рівень здоров'я нації [10].

В. Клапчук, Г. Тумілович досліджують актуальні питання і сучасні тенденції розвитку фізичної реабілітації України [11]. Автори зазначають, що з кожним роком фізична реабілітація набуває значного поширення у всіх галузях, чому сприяє заснована у 2007 році Українська Асоціація фахівців фізичної реабілітації, адже визначила новий етап розвитку фізичної реабілітації в Україні. Організація Асоціації – це спроба заохочувати та запроваджувати високі стандарти реабілітаційної діяльності, освіти та практики, створення єдиного загальноукраїнського інформаційного середовища, партнерства та співпраці з владою, національними та міжнародними організаціями [1].

Отже на думку багатьох вчених, фізична реабілітація посідає одне з основних місць у комплексі реабілітаційних заходів, заснована на широкому використанні засобів фізичної культури й спрямована на лікування травм і захворювань, профілактику ускладнень, відновлення психологічної сфери хворого, відновлення побутових і трудових навичок. Значна кількість наукових поглядів сконцентрована саме навколо обговорення та визначення засобів фізичної реабілітації та особливостей й механізмів їх застосування. Автори багатьох наукових праць стверджують, що майбутня перспектива даних досліджень забезпечить підвищення якості та ефективності комплексного процесу реабілітації населення нашої країни [11; 12].

2. Організаційно-методичний аспект проблеми фізичної терапії в умовах євроінтеграції України.

Проблема професійної підготовки фахівців із фізичної реабілітації знайшла



відображення у багатьох дослідженнях. Зокрема, розроблено понятійний апарат підготовки фахівців із фізичної реабілітації (О. Вацеба, Г. Верич, Т. Круцевич, В. Мухін, В. Мурза, С. Попов, Є. Приступа), висвітлено загальні питання професійної підготовки майбутніх фахівців із фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах (Н. Белікова, А. Герцик, Т. Д'яченко, В. Кукса, О. Міхеєнко, Л. Сущенко); конкретизовано окремі аспекти медичної та соціальної реабілітації [13-18].

Обговорення проблем професійної підготовки фахівців із фізичної реабілітації відбуваються на щорічних конференціях. Наприклад:

У Тернопільському державному медичному університеті імені І.Горбачевського 19-20 жовтня 2017 року відбулася Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання медичної та фізичної реабілітації». Професор Харківської медичної академії післядипломної освіти Л.Васильєва-Лінецька детально зупинилася на використанні компетентнісного підходу у підготовці фахівців фізичної і реабілітаційної медицини. З доповіддю «Перспективи розвитку медичної реабілітації» виступив професор Донецького національного медичного університету імені М.Горького В. Сокрут.

17-18 травня 2018 р. на базах кафедр медицини та фізичної терапії й туризму факультету природознавства, здоров'я людини і туризму Херсонського державного університету відбулась Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Рекреація, фізична терапія, туризм: досвід, проблеми, перспективи». Детально обговорені шляхи підвищення якості підготовки фахівців у сфері фізичної терапії, ерготерапії. Рекреаційні ресурси та історико-культурний потенціал: стан, проблеми та особливості використання.

Багато питань професійної підготовки фахівців із фізичної реабілітації висвітлено у доповідях на конференціях, тезах та статтях. Так, Н. О. Белікова досліджує питання організації практичної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації [19].

Т.М. Бугеря використовує нові методи при формуванні готовності фахівців з фізичної реабілітації до професійної діяльності на основі міжпредметних зв'язків [20].

А.С. Вовканич та С.І. Городинський акцентують увагу власних досліджень на багатогранності процесу практичної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації [21; 22].

Низка авторів досліджують проблеми та практичні аспекти підготовки бакалаврів фізичної реабілітації в різних країнах [23;24;25] (табл. 1).

Таблиця 1

Основні наукові та практичні праці з питань проблема професійної підготовки фахівців із фізичної реабілітації

Автор	Назва наукової праці	Назва видання
Н. О. Белікова	Організація практичної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації	Освітологічний дискурс. 2014. № 2. С. 13-22.
Т.М. Бугеря	Формування готовності фахівців з фізичної реабілітації до професійної діяльності на основі міжпредметних зв'язків	Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2011. № 1. С. 17-20.



А. С. Вовканич	Особливості підготовки фахівців з фізичної реабілітації	Науковий потенціал вищої школи: збірник наукових праць VI міжвузівської наук.практ. конф. Миколаїв, 2010. С. 18-19.
Городинський С.І.	Багатогранність процесу практичної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації	Молодий вчений. 2015. № 1 (16). С. 196-199.
А.М. Герцик	Фахівець з фізичної реабілітації, чи фізичний терапевт: національне та міжнародне тлумачення назв професій	Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2010, № 10. С. 21-24.
Гребняк Н.П., Агарков В.И.	Здоровье населения Украины в глобальном измерении	Медичні перспективи. 2012. № 1 (том XVII). С. 128-134.
Т.В.Д'яченко	Стан вивчення проблеми підготовки фахівців-реабілітологів в освітньому просторі України	Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2007. № 10. С. 38-41.
С.Ю. Кобелев	Перспектива розвитку фізичної терапії у системі охорони здоров'я України	Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2011. № 5. С. 39-42.
Крупа В.В	Визначення сутності та змісту формування професійної компетентності майбутніх фахівців фізичної реабілітації	Педагогічні науки. Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. 2014. № 4(73). С. 176-187.
Міхеєнко О.І., Котелевський В.І.	. Модель професійної підготовки майбутніх фахівців зі здоров'я людини до застосування здоров'язміцнювальних технологій	Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2014. № 9. С. 41-46.
Ороховський В.И., Бурцева Л.О.	Проблеми навчально-професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації	Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2009. № 5. С. 195-198.
Л.Г. Шахлина	Физическая реабилитация. Современные аспекты	Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2012. № 9. С. 98-103.

Джерело: систематизовано авторами

3. Оздоровчий та лікувально-профілактичний аспект проблеми фізичної терапії в умовах євроінтеграції України.

У Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» чітко зазначено зокрема такі види реабілітації:

- фізкультурно-спортивна реабілітація — система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою та спортом функціональних можливостей її організму для покращання фізичного і психологічного стану;

- фізична реабілітація — система заходів, спрямованих на вироблення та застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації,



що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні та компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення. Цілком очевидно, що вищенаведені види реабілітації знаходяться у компетенції саме фахівця фізичної реабілітації [5].



Рис. 1. Схема засобів фізичної реабілітації

Методи та засоби фізичної реабілітації активно досліджують вчені. Так, питання розвитку методів та засобів фізичної реабілітації представлені на конференціях:

1 Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання медичної та фізичної реабілітації» (м. Тернопіль);

2 Актуальні питання медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів (м. Дніпро) [26];

3 Актуальні питання застосування мануальної терапії в клініці внутрішніх хвороб (м. Дніпро) [27].

Застосування методів фізичної реабілітації хворих похилого віку з остеоартрозом колінних суглобів на санаторно-курортному етапі реабілітації розвинені у праці І. Р. Мисула [28]. Лікувальна фізкультура в комплексному лікуванні окорухових порушень у нейрохірургічних та неврологічних хворих представлена у методичних рекомендаціях АМН України, МОЗ України [29]. Технології реабілітації пацієнтів з пошкодженням спинного мозку представлені у практичному посібнику М. Б. Цикунова [30]. Окремі питання, пов'язані з реабілітацією у спорті досліджують В. А. Шаповалова, М. В. Степашко, Л. В. Сухостат [31;32]. Складання кінезореабілітаційних програм на етапах реабілітації спортсменів досліджують Сентябрьов Н.Н., Іванов І.Н. [33].

У реабілітації хворих широко використовуються проблемно-орієнтований і пациенто - центрований підходи. Цілі і результати лікування, орієнтовані на вимоги міжнародної класифікації функціонування.

Висновки. Аналіз сучасної науково-методичної літератури дозволив



виділити актуальні проблеми фізичної реабілітації в умовах євроінтеграції України дозволив виділити три основні аспекти цієї проблеми: сутнісно-термінологічний, організаційно-методичний; оздоровчий та лікувально-профілактичний. Саме такий поділ аспектів проблем дозволяє визначити основні частини реабілітаційних систем, спрямованих на оздоровлення молоді. Перспектива подальших досліджень полягає у розробці інтегративних реабілітаційних систем, що одночасно застосовували б сумісний вплив на психологічну сферу, на функціональний стан хворого та інші чинники розвитку його захворювань. З урахуванням проаналізованих вище аспектів фізичної реабілітації (сутнісно-термінологічного, організаційно-методичного; оздоровчого та лікувально-профілактичного), з нашої точки зору, ця тема має наукове теоретичне обґрунтування, забезпечує підвищення ефективності реабілітаційних методик і має широку перспективу розвитку у фізичній реабілітації всіх верств населення.

Список використаної літератури

- Українська асоціація фізичної терапії. Загальні питання фізичної реабілітації. Що таке ерготерапія? Взято з: <http://www.physrehab.org.ua/forum/topic/83.html>.
- Ерготерапія (Occupational Therapy) – нова професія в сфері реабілітації для України. Взято з: http://www.uaua.info/mamforum_arch/theme/516316.html.
- Герцик А.М. (2003) Трактатування ключових термінів в освітньо-професійній галузі фізичної реабілітації *Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту*. Вип. 7: в 3 т. Т. 1. 342–346.
- Physiatry – definition of physiatry in the Medical dictionary – by the Free Online Medical Dictionary, Thesaurus and Encyclopedia. Взято з : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/physiatry>.
- Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Взято з: <http://www.physrehab.org.ua/>
- Григор'єв А.Й., Балан М.М., Рацул А.Б. (2008) *Енциклопедія фізичної реабілітації*. Кіровоград: Імекс-ЛТД. 712 с.
- Круцевич Т.Ю. (Ред.) (2003) Теория и методика физического воспитания. К.: Олимпийская литература, 2003. 423 с.
- Шевцов А.Г. (2009) Освітні основи реабілітології. К.: „МП Леся”. 483 с.
- Савченко В.Г., Клапчук В.В. (2003) Фізична реабілітація: питання підготовки фахівців у вищих навчальних закладах освіти та їх правового статусу в Україні. *Спортивний вісник Придніпров'я*. № 3–4. 87–90.
- Кобелев С.Ю.(2009) Історія розвитку Української Асоціації фахівців фізичної реабілітації *Бюлетень Української асоціації фахівців фізичної реабілітації*. 2009. №1. 3-5.
- Клапчук В. Тумілович Г. (2013) Історичні аспекти і сучасні тенденції розвитку фізичної реабілітації України *Актуальні проблеми валеології та реабілітації*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Сімферополь. 48–51.
- Мухін В.М. (2009) *Фізична реабілітація*. К. : Олімпійська література.
- Зенченков І.П. (2005) Філософсько-педагогічна взаємодія духовного і фізичного в процесі формування майбутнього педагога-реабілітолога *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту* Харків-Донецьк: ХДАДМ №. 10. 21–23.
- Кукса В. О. (2002) Професійна підготовка фахівців з фізичної реабілітації у вищих



- навчальних закладах (Дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04) Київ.
- Левченко В.А., Вакалюк І.П., Бондаренко В.М., Мудрак М.В. *Бондар Ю.М. (2007) Актуальні питання фізичної реабілітації*. Івано-Франківськ, 2007.
- Клапчук В.В., Магльований А.В.(Ред.) (2006) *Фізична реабілітація та спортивна медицина: Профільні кафедри і курси вищ. мед. та фізкультурних закладів освіти України*. Львів : Ліга-Прес.
- Абрамов В.В., Смирнова О.Л. (Ред.) (2014) *Фізична реабілітація, спортивна медицина : нац. підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів IV рівня акредитації*. Дніпропетровськ : Журфонд.
- Матеріали світової конференції фізичної терапії. Основні положення. Опис фізичної терапії (2011). *Бюлетень Української асоціації фізичної реабілітації*. Львів.
- Белікова Н.О. (2014) *Організація практичної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Освітологічний дискурс*. № 2. 13-22.
- Бугеря Т.М. (2011) *Формування готовності фахівців з фізичної реабілітації до професійної діяльності на основі міжпредметних зв'язків. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. № 1. 17-20.
- Вовканич А.С. (2010) *Особливості підготовки фахівців з фізичної реабілітації Науковий потенціал вищої школи: збірник наукових праць VI міжвузівської науково-практичної конференції*. Миколаїв. 18-19.
- Городинський С.І. (2015) *Багатогранність процесу практичної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Молодий вчений*. № 1 (16). 96-199.
- Герцик А.М. (2006) *Організаційно-методичні аспекти підготовки бакалаврів фізичної реабілітації в Канаді* (Автореф. дис... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.03). Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. Київ.
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2011) *American Journal of Occupational Therapy*. № 56. 609-639.
- Moruno Miralles P., Talavera Valverde M. A. (2014) *Occupational Therapy: An historical perspective. 90 years after its establishment*. TOG (A Coruna): APGTO.
- Науменко Л.Ю., Чемирисов В.В. (Ред.) (2015) *Актуальні питання медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів : зб. наук.-практ. праць / МОЗ України, ДЗ "Дніпропетр. мед. акад. МОЗ України"; Дніпропетровськ: Вип. 3*
- Актуальные вопросы применения мануальной терапии в клинике внутренних болезней : материалы XII-ой науч.-практ. конф.(2007). Днепропетр. мед. ин-т традиц. и народ. медицины, Днепропетр. регион. о-во мануальных терапевтов Украины. Днепропетровск.
- Мисула І. Р. (Уклад.) (2014) *Застосування методів фізичної реабілітації хворих похилого віку з остеоартрозом колінних суглобів на санаторно-курортному етапі реабілітації*. Київ.
- Лікувальна фізкультура в комплексному лікуванні окорухових порушень у нейрохірургічних та неврологічних хворих* (2007): метод. рек. АМН України, МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації і пат.-ліценз. роботи. Київ.
- Цикунов М.Б. [и др.]. (2010) *Технологии реабилитации пациентов с повреждением спинного мозга*. ОАО "Реабилитаци. центр для инвалидов "Преодоление". Москва: ОАО "Московские учебники и Картолиитография".
- Шаповалова В. А. [та ін.]. (2008) *Спортивна медицина і фізична реабілітація : навч. посіб. для студ. вищ. мед. закладів освіти IV рівня акредитації*. Київ : Медицина.
- Степашко М.В., Сухостат Л.В. (2010) *Масаж і лікувальна фізкультура в медицині : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів I-III рівнів акредитації*. Київ : Медицина.



Сентябрев Н.Н., Иванов И.Н. (2015) Составления кинезореабилитационных программ на этапах реабилитации больных и инвалидов. *Медицина и здравоохранение*. № 1-1. 1-9.

Відомості про авторів

Єршова А.О., студентка, Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків, Україна

Полковник-Маркова Вікторія Сергіївна, старший викладач кафедри фізичної реабілітації і рекреації. Харківська державна академія фізичної культури

E-mail: vikmarkova@ukr.net

ORCID.ORG/ 0000-0002-5062-5186



ДО УВАГИ АВТОРІВ

Надсилаючи статтю до редакції, необхідно дотримуватися певних вимог.

Структура статті

При підготовці статей просимо Вас обов'язково дотримуватися наступних вимог:

Текст обсягом 8 і більше сторінок (для оглядових мінімум 15) формату А4 в редакторі WORD 2003-07, у форматі *.doc.

Шрифт – Times New Roman 14, нормальний, без переносів, абзаци – 1,25, вирівнювання за шириною, текст таблиць – Times New Roman 14. Поля сторінки: справа, зліва, зверху та знизу 20 мм, орієнтація сторінки – книжкова, міжрядковий інтервал – 1,5 (в таблицях – 1).

Стаття обов'язково повинна бути написана чітко, логічно, грамотно, з додержанням наукового мовного стилю. У разі комп'ютерного перекладу українську мову, необхідно перевірити текст для запобігання можливим неточностям.

СТРУКТУРА СТАТТІ:

Прізвища, ініціали авторів із зазначенням учених ступенів і вчених звань.

Місце роботи або навчання (назва установи чи організації, її місцезнаходження). Назва країни (для іноземних авторів).

Назва статті (напівжирним шрифтом).

Анотація. 600–800 знаків (12-14 рядків). **Структура анотації: Мета:..., Матеріал і методи:..., Результати:..., Висновки:...** У тексті анотації використовують нескладні речення. Тут не повинно бути абревіатур, скорочень, загальних фраз, не треба переносити речення з тексту статті, не повинна повторюватися назва статті. В анотації не повинно бути матеріалу, що відсутній у самій статті. Речення бажано починати словами: розглянуто, встановлено, відображено, проаналізовано, проведено, доведено і т.і.

Ключові слова: (5-8 слів). Відображають основний зміст статті, галузь науки, тему, мету; **не повинні повторювати слова із назви статті.** Наводяться в називному іменнику.

Анотація, прізвища та ініціали авторів, назва статті, ключові слова – українською.

Вступ. Постановка проблеми у загальному вигляді. Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми та на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття. (Необхідно розкрити важливість проблеми, що досліджується, провести аналіз публікацій, що стосуються питань вирішення саме даної проблеми, показати, що зроблено, дослідниками в плані її вирішення, а що ні, підкреслити необхідність проведення Ваших досліджень).

Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами.

Мета дослідження. Завдання дослідження. Метою повинно бути вирішення проблеми, або отримання знань щодо проблеми, яка сформульована в назві. Мета дослідження орієнтує на його кінцевий результат, завдання формують питання, на які повинна бути отримана відповідь для реалізації мети дослідження. Для формулювання мети бажано використовувати слова: встановити, виявити, розробити, довести та т.і.

Матеріал і методи дослідження. Треба вказати кількість, вік, спортивну кваліфікацію досліджуваних, умови, тривалість та послідовність проведення експерименту. Потрібно не просто назвати методи, що Ви використовували у своїх дослідженнях, потрібно **коротко** обґрунтувати їх вибір, пояснити чому взяті саме ці методи.

Результати дослідження та їх обговорення. Виклад основного матеріалу дослідження з **повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.** Результати досліджень з обов'язковою статистичною обробкою даних необхідно представляти у вигляді таблиць, графіків, різних діаграм. Дані, які представляються в таблицях, повинні бути суттєвими, повними, порівнянними, достовірними. Заголовок таблиці, назва графіка або діаграми повинні відповідати їх змісту. Переказувати словами дані приведені в таблицях і графіках неприпустимо. Отримані результати дослідження мають бути обов'язково проаналізовані.

Висновки з даного дослідження. Висновки містять коротке формулювання результатів дослідження, осмислення та узагальнення теми. Повинні бути лаконічними, конкретними, обґрунтованими, відповідати меті дослідження та витікати з основного змісту роботи.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку.

Список використаної літератури (8-10, для оглядових – 20 і більше) повинен налічувати достатню кількість **сучасних** (за останні 5 років) джерел за проблемою дослідження, до якого необхідно включати наукові статті з українських та **зарубіжних фахових наукових журналів.** Відомості про них повинні відповідати вимогам **Гарвардського стандарту або APA.**



Наприкінці статті обов'язково вкажіть для кожного автора українською, російською та англійською мовами: **ORCID** (цифровий ідентифікатор автора); **e-mail**; прізвище, ім'я та по батькові (повністю), місце роботи (офіційну назву та поштову адресу установи чи організації).

Вкажіть поштову адресу з індексом (для розсилки авторського примірника), **контактний телефон**.

Формули, таблиці, ілюстрації, посилання на них та на використані літературні джерела необхідно надавати і оформлювати відповідно до вимог державних стандартів. Формули повинні бути набраними в редакторі формул MS Equation.

Рисунки та графіки повинні бути виконані в форматі jpeg, якісно, з можливістю їх редагування. Для всіх об'єктів повинно бути встановлено розміщення «в тексті». Через те, що друкована версія журналу виходить у чорнобілому кольорі, кольори на рисунках та графіках не повинні нести смислового навантаження.

До публікації приймаються матеріали, що раніше не видавалися. Не приймаються до друку раніше опубліковані чи надіслані в інші видання статті. Подаючи текст, автор погоджується з тим, що авторські права на неї переходять до видавця, за умови, що стаття приймається до публікації.

Статті, надані до цього журналу і прийняті до друку, не можуть бути подані для публікації в інших наукових журналах.

Статті рецензуються членами редакційної колегиї видання та/або сторонніми незалежними експертами, виходячи з принципу об'єктивності й з позицій вищих міжнародних академічних стандартів якості.

У процесі редагування статті, редакція зберігає за собою право скорочувати статтю, змінювати стиль, лексику, але не зміст роботи.

Якщо стаття не відповідає вимогам та тематиці журналу або науковий рівень статті недостатній, а також статті, оформлені без дотримання наведених правил, редакційна рада не приймає її до публікації, та не реєструють. Не схвалені до друку статті не повертаються.

Редакція, за погодженням з автором, може скорочувати й редагувати матеріал.

У випадках виявлення плагіату відповідальність несуть автори наданих матеріалів. Посилання при цитуванні є обов'язковим.

Журнал практикує політику негайного відкритого доступу до опублікованого змісту, підтримуючи принципи вільного поширення наукової інформації та глобального обміну знаннями задля загального суспільного прогресу.

Статті просимо надсилати у встановлений термін в електронному вигляді за адресою:

E-mail: kaf.physical.therapy@gmail.com. Тема листа та ім'я файлу статті:

Прізвище автора_Стаття.

При оформленні статті просимо обов'язково дотримуватися даних вимог.



НАУКОВЕ ВИДАННЯ

Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології, 2019. - №2. – 48 с.

Сайт журналу http://journals.uran.ua/frir_journal

http://journals.uran.ua/fizichna_reabilitaciya

Оригінал-макет підготовлений: Калмикова Ю.С.

Рисунки в оригінал-макеті: Калмикова Ю.С.

Менеджер сайтів: Калмикова Ю.С.

