

# Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології

Том 7 № 1 (2022)

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

DOI: 10.15391/prrht

**Key title:** Fizična rehabilitaciã ta rekreacijno-ozdorovči tehnologiji  
**Abbreviated key title:** Fiz. rehabil. rekreac.-ozdor. tehnol.

**Рік заснування:** 2016.

**Видавець:**

Харківська державна академія фізичної культури

**Періодичність:** 4 рази на рік

**Мови видання:** українська, англійська

**Головний редактор:**

**Юлія Калмикова**

кандидат наук з фізичного виховання і спорту  
(фізична реабілітація), доцент.  
Харківська державна академія фізичної культури  
(м. Харків, Україна)

**Адреса редакції:**

Харківська державна академія фізичної культури  
кімната 103  
вул. Переможна, 21  
м. Харків, 61202  
телефон: (057) 336-00-22

**Сайт журналу:**

[http://journals.uran.ua/frir\\_journal](http://journals.uran.ua/frir_journal)

**Physical rehabilitation and  
recreational health technologies**  
Vol. 7, No 1 (2022)

**Established:** 2016

**Founder:** Kharkiv State Academy of Physical Culture

**Frequency:** 4 times a year

**Editor-in-Chief**

**Yuliya Kalmykova**

Candidate of Sciences in Physical Education and  
Sports (Physical Rehabilitation), Associate Professor.  
Kharkiv State Academy of Physical Culture  
(Kharkiv, Ukraine)

**Editorial address:**

Kharkiv State Academy of Physical Culture  
room 103  
street Peremozhna, 21  
Kharkiv, 61202  
phone: (057) 336-00-22

**Journals website:**

[http://journals.uran.ua/frir\\_journal](http://journals.uran.ua/frir_journal)

Спеціалізоване видання з проблем фізичної реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії, рекреації, фізичного виховання, здорового способу життя, медико-біологічного забезпечення фізичної культури і спорту

**Галузь 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.

Specialized publication on the problems of physical rehabilitation, physical therapy, occupational therapy, recreation, physical education, healthy lifestyle, medical and biological support of physical culture and sports

**Area and issues**

The journal presents articles on current issues of human health, physical therapy / rehabilitation, physical recreation and medical and biological support of physical culture and sports. Trends in the definition of modern innovative areas of physical rehabilitation and recreation, health technologies, as well as medical and biological support of physical culture and sports are shown. The materials of the scientific journal are of theoretical and practical interest for doctoral students, graduate students, masters, physical rehabilitation specialists, sports doctors, teachers, coaches, athletes, as well as senior students.

**Журнал індексується:**

Bielefeld Academic Search Engine, Google Scholar, OpenAIRE, WorldCat, Index Copernicus, ROAD



**Головний редактор:**

**Юлія Калмикова**

кандидат наук з фізичного виховання і спорту (фізична реабілітація), доцент. Харківська державна академія фізичної культури (м. Харків, Україна)

**Редакційна колегія:**

**Олена Бісмак**

доктор наук з фізичного виховання і спорту (фізична реабілітація), доцент. Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ, Україна)

**Олександр Романчук**

доктор медичних наук, професор. Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського (м. Львів, Україна)

**Сергій Калмиков**

кандидат медичних наук (лікувальна фізична культура, фізична реабілітація, спортивна медицина), доцент. Харківська державна академія фізичної культури (м. Харків, Україна)

**Vladimir Perebeynos**

Doctor of Philosophy (Olympic and Professional Sport), Professor of RAE (Leiden, Netherlands)

**Світлана Турчина**

доктор медичних наук, старший науковий співробітник, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна (м. Харків, Україна)

**Mosab Amoudi**

PhD (Physical Therapy), Assistant professor Arab American University, Physical therapy Director (Palestine)

**Олександр Звіряк**

кандидат наук з фізичного виховання і спорту (фізична реабілітація), доцент. Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, Навчально-науковий інститут фізичної культури (м. Суми, Україна)

**Володимир Малахов**

доктор медичних наук, професор. Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків, Україна)

**Ірина Жарова**

доктор наук з фізичного виховання і спорту (фізична реабілітація), професор. Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ, Україна)

**Андрій Істомін**

доктор медичних наук, професор, Харківський національний медичний університет (м. Харків, Україна)

**Tetiana Dereka**

Doctor of Science (Pedagogy), Professor Faculty of Health-care. Alexander Dubcek University of Trencin (Trencin, Slovak Republic)

**Editor-in-Chief**

**Yuliya Kalmykova**

Candidate of Sciences in Physical Education and Sports (Physical Rehabilitation), Associate Professor. Kharkiv State Academy of Physical Culture (Kharkiv, Ukraine)

**Editorial board:**

**Olena Bismak**

Doctor of Science in Physical Education and Sports (physical rehabilitation), Associate Professor. National University of Physical Education and Sports of Ukraine (Kyiv, Ukraine)

**Olexander Romanchuk**

Doctor of Medical Science, Professor. Ivan Bobersky Lviv State University of Physical Culture (Lviv, Ukraine)

**Sergey Kalmykov**

Candidate of Medical Sciences (therapeutic physical culture, physical rehabilitation, sports medicine), Associate Professor. Kharkiv State Academy of Physical Culture (Kharkiv, Ukraine)

**Vladimir Perebeynos**

Doctor of Philosophy (Olympic and Professional Sport), Professor of RAE (Leiden, Netherlands)

**Svitlana Turchina**

Doctor of Medical Science, Senior Researcher. Kharkiv National University (Kharkiv, Ukraine)

**Mosab Amoudi**

PhD (Physical Therapy), Assistant Professor Arab American University, Physical Therapy Director (Palestine)

**Olexander Zvirika**

Candidate of Sciences in Physical Education and Sports (Physical Rehabilitation), Associate Professor. Sumy State Pedagogical University named after Makarenko, Educational and Scientific Institute of Physical Culture (Sumy, Ukraine)

**Volodymyr Malakhov**

Doctor of Medical Science, Professor. Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv, Ukraine)

**Iryna Zharova**

Doctor of Science (Physical Education), Associate Professor. National University of Physical Education and Sports of Ukraine (Kyiv, Ukraine)

**Andrii Istomin**

Doctor of Medical Science, Professor, Kharkiv National Medical University (Kharkiv, Ukraine)

**Tetiana Dereka**

Doctor of Science (Pedagogy), Professor Faculty of Health-care. Alexander Dubcek University of Trencin (Trencin, Slovak Republic)

## Зміст

**Бандуріна, К.**

Застосування засобів фізичної терапії при міопії у людей, які ведуть переважно малорухливий спосіб життя..... 3-6

**Лівак, П., Корженко, І., Ватаман, С.**

Хамам як частина фізичної реабілітації при постковідному синдромі..... 7-10

**Палієнко, О., Іваненко, О.**

Оздоровчо-профілактична спрямованість фізичного виховання студентської молоді..... 11-15

**Корженко, І., Лівак, П., Малова, Н.**

Дослідження найбільш розповсюджених помилок під час масажу..... 16-20

**Сивенко, О., Конопля, Л.**

Використання засобів фізичної терапії в реабілітації пацієнтів похилого віку з уламковим переломом лівого ліктьового виростка зі зміщенням (клінічний випадок)... 21-23

**Шуба, Л., Шуба, В., Шуба, В.**

Специфічні аспекти організації процесу самовиховання спортсменів паралімпійців. .... 24-29

**Волколуп, П., Долгополова, Н.**

Вплив гри в гольф на фізичний та психічний стан здоров'я людини..... 30-33

**Горопашна, С., Горошко, В.**

Сучасні підходи відновної терапії після інсульту..... 34-37

**Невелика, А., Сутула, О.**

Історія виникнення повітряної акробатики, як виду спорту..... 38-40

## Content

**Bandurina, K.**

The use of physical therapy for myopia in people who lead a predominantly sedentary lifestyle.....3-6

**Livak, P., Korzhenko, I. & Vataman, S.**

Hamam as a part of physical rehabilitation in postcovid syndrome.....7-10

**Paliienko, O. & Ivanenko, O.**

Health and preventive orientation of physical education of student youth.....11-15

**Korzhenko, I., Livak, P. & Malova, N.**

Research of the most common mistakes during massage..... 16-20

**Syvenko, O. & Konoplia, L.**

The use of physical therapy in the rehabilitation of elderly patients with a fragmentary fracture of the left ulnar condyle with displacement (clinical case).....21-23

**Shuba, L., Shuba, V. & Shuba V.**

Specific aspects of self-discipline organizational process for the Paralympic sportsmen.....24-29

**Volkolup, P. & Dolgopolova, N.**

The impact of golf on the physical and mental health of man.....30-33

**Horopashna, S. & Horoshko, V.**

Modern approaches to rehabilitation therapy after stroke.....34-37

**Nevelyka, A. & Sutula, O.**

History of aerial acrobatics as a sport.....38-40

Дослідження

# Застосування засобів фізичної терапії при міопії у людей, які ведуть переважно малорухливий спосіб життя

Катерина Бандуріна

КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» ЗОР, Запоріжжя, Україна

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.01

Надіслано: 11.01.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Бандуріна, К. (2022). Застосування засобів фізичної терапії при міопії у людей, які ведуть переважно малорухливий спосіб життя. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 3-6. doi: 10.15391/prrht.2022-7.01

## Citation:

Bandurina, K. (2022). The use of physical therapy for myopia in people who lead a predominantly sedentary lifestyle. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 3-6. doi: 10.15391/prrht.2022-7.01

Відповідальний автор

Катерина Бандуріна  
(Kateryna Bandurina)

КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» ЗОР,  
Запоріжжя, Україна.  
orcid.org/0000-0002-5684-7433  
e-mail: katyabandurina79@gmail.com



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом  
поширюється на умовах Creative Commons  
Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Анотація

Можливості лікувальної терапії короткозорості повністю ще не розкриті. І хоча за останні роки наукові дослідження з цієї проблеми значно розширилися, все одно на разі вирішення проблеми міопії поки не отримали достатньо повного і систематичного висвітлення. Мета: дослідити особливості та ефективність застосування засобів фізичної терапії при порушеннях зору. Матеріал і методи: оцінка стану короткозорості встановлюється за даними об'єктивного клінічного дослідження, а також вивченням рефракції. Заняття з фізичної терапії проводилися з працівниками офісу на робочому місці в обідню перерву. Кількість досліджуваних – вісім осіб молодого віку (від 32 до 44 років). Результати: Vis OD (праве око) склало  $0,48 \pm 0,06$  дптр, на вихідному –  $0,54 \pm 0,06$  дптр, що відповідає  $0,76$  t-критерію Стьюдента. Зазначений показник Vis OS (ліве око) склав  $0,45 \pm 0,05$  дптр (на початковому обстеженні) та  $0,51 \pm 0,05$  дптр (при кінцевому обстеженні), t-критерій Стьюдента склав  $0,88$ . Рівень значущості склав  $>0,05$ , що свідчить про недостовірність змін. Висновки: аналіз ефективності засобів фізичної терапії показав, що регулярні тренування м'язів очей та регулювання ступеню рефракції важливі для збереження зору, вповільненню чи зупиненню прогресування міопії, а також профілактики вікових змін ока та перевтоми очей при напруженій зоровій роботі.

**Ключові слова:** міопія, короткозорість, аналізатор, зір, оцінка, гострота зору, візіометрія, акомодация.

## Abstract

**Kateryna Bandurina. The use of physical therapy for myopia in people who lead a predominantly sedentary lifestyle.** The possibilities of treatment of myopia are not yet fully disclosed. And although in recent years research on this issue has expanded significantly, still in the case of solving the problem of myopia have not yet received sufficiently complete and systematic coverage. Objective: to investigate the features and effectiveness of physical therapy for visual impairment. Material and methods: assessment of myopia is established on the basis of objective clinical research, as well as the study of refraction. Physical therapy classes were held with office workers during the lunch break. Number of subjects – eight young people (from 32 to 44 years). Results: Vis OD (right eye) was  $0.48 \pm 0.06$  diopters, at baseline –  $0.54 \pm 0.06$  diopters, which corresponds to  $0.76$  Student's t-test. This Vis OS (left eye) was  $0.45 \pm 0.05$  diopters (at the initial examination) and  $0.51 \pm 0.05$  diopters (at the final examination), Student's t-test was  $0.88$ . The level of significance was  $>0.05$ , which indicates the inaccuracy of the changes. Conclusions: An analysis of the effectiveness of physical therapy has shown that regular training of eye muscles and regulation of refraction is important to preserve vision, slow or stop the progression of myopia, as well as prevent age-related eye changes and eye fatigue during intense visual work.

**Keywords:** myopia, analyzer, vision, evaluation, visual acuity, visometry, accommodation.

## Вступ

Органи чуття служать для сприйняття інформації про стан навколишнього середовища. До них відносяться й очі. Більша частина інформації про зовнішній світ (до 90%) здійснюється саме за допомогою зорового аналізатора [2, 4]. Порушення його функції викликає ряд

ускладнені у фізичному, а також навіть і психологічному стані. Людське око – це орган, що створений для сприйняття світла, форми, кольорів, розміру. Зорове сприйняття дозволяє і підтримувати пози, і інші складні координаційні процеси.

Людина завдяки зору розрізняє і предмети, і дрібні деталі предметів, правильно визначає їхнє місце розташування в просторі, сприймає кольори та їх відтінки. Зір дозволяє читати, писати, працювати, малювати, дивитися кінофільми та багато іншого.

У непатологічному оці чітко зображення предметів, що знаходяться на відстані, можливе при повному розслабленні акомодативного механізму.

У багатьох людей через збільшення поздовжньої вісі ока або перенапруження ціліарного (війчастого) м'язу промені від предметів фокусуються перед сітківкою. Це призводить до того, що зображення предмета розпливається. Дане порушення нормального заломлення (рефракції) променів називають короткозорістю.

Міопія – найбільш частий дефект зору. Прогресування міопії може призвести до серйозних змін в оці та значній втраті зору [2, 5, 6]. Ускладнена міопія – одна із головних причин інвалідизації внаслідок захворювань очей [4].

В Україні, як і у всьому світі, продовжується зберігатися тенденція до зростання офтальмологічних захворювань та, зокрема, інвалідності внаслідок патології органів зору.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я близько 285 мільйонів людей у світі страждають від тих чи інших порушень зору. При чому прогноз динаміки цих захворювань невтішний. Водночас, сліпоту внаслідок цих захворювань можна попередити завдяки ранній діагностиці та своєчасному лікуванню.

У розвинених країнах частота короткозорості складає 19-42%, а за деякими даними в багатьох промислово розвинених країнах – більш як 50%, досягаючи у деяких країнах сходу 70% [2, 3].

**Мета дослідження.** Дослідити особливості та ефективність застосування засобів фізичної терапії при порушеннях зору.

### **Матеріал і методи дослідження**

Оцінка стану короткозорості встановлюється за даними об'єктивного клінічного дослідження, а також вивченням рефракції. Знання природи захворювання важливо для створення ефективних та своєчасних методів терапії, а також профілактики прогресування хвороби.

Клінічні методи діагностики проводяться у межах загальноприйнятого медичного дослідження, яке включає в себе: збір анамнезу; огляд; оцінку; клінічні та спеціальні методи дослідження органу зору.

Найбільш частими скаргами хворих з короткозорістю є біль, наприклад, в очах або поширення її в інші області, сльозотеча, або поява відчуття «порошинки» в оці, світлобоязнь, порушення гостроти зору. Людина може помітити, що починає гірше бачити в далечінь, погано розрізняє, наприклад, букви на вивісках магазинів, намагається пересісти якомога ближче до телевізора. Також, при читанні людина може прагнути приближувати книгу до очей, сильно схиляє голову під час написання, або друкування на клавіатурі комп'ютера тощо, прижмурює очі при спробі розглянути предмети на відстані. Це можуть бути перші ознаки розвитку короткозорості. Короткозорість може бути небезпечною, оскільки сприяє напруженості в області лоба, шиї, щелепи, плечей, рук, верхньої та

нижньої частини спини.

При короткозорості порушується настрої, самопочуття, активність. Чимало авторів оцінювали фізичний стан людини з функціональними порушеннями зору. Було відмічено, що при короткозорості знижується фізичний розвиток, фізичні якості, активність та функціональні можливості організму. Змінюється сила м'язів, м'язова витривалість, порушення рівноваги та координації, активність нервової, дихальної і серцево-судинної систем та ін. [5]. З метою визначення вищезазначених порушень використовують клінічні, спеціальні дослідження, зокрема динамометрію, а також використовуються дихальні та координаційні проби, теплінг-тест.

В цілому оцінюється стан зорових функцій, вираженість больового синдрому, зір в далечину та зблизька, периферичний зір, колірний зір, участь у суспільному житті, психічне здоров'я у зв'язку зі зміною зору, очікувані зміни в стані зорових функцій, обмеження у звичній діяльності і ступінь залежності від навколишнього середовища.

Для дослідження гостроти зору (візіометрії) використовуються таблиці Головіна-Сівцева, таблиця Снеллена (частіше використовується в зарубіжних країнах), або кільця з розривами Ландольта, Tumbling E, графік/діаграма LogMAR (ETDRS) [1], що вміщують кілька рядків оптотипів (спеціально підібраних знаків), таблиці для визначення гостроти зору поблизу, а також сітка Амслера.

Оцінку та огляд проводить лікар-офтальмолог. Усі учасники дали свою поінформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження проводилося відповідно до Гельсінської декларації.

Наявність короткозорості лікар уточнює в першу чергу суб'єктивним методом, тобто перевіркою гостроти зору вдалину і зблизька, спочатку без коригуючого скла, а потім із ними. Дослідження проводиться на відстані до досліджуваного у 5 м (або 6 м).

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Заняття з фізичної терапії проводилися з працівниками офісу на робочому місці в обідню перерву. Кількість досліджуваних – вісім осіб молодого віку (від 32 до 44 років). Найбільше зорове навантаження дорослих людей, що ведуть переважно малорухливий спосіб життя, припадає на робочий час, тривалістю вісім годин на день (мінімум).

Тому скоригований план проведення терапії тривалістю пів року для зручності поділяється на два підперіоди (приблизно по 3 місяці).

Початковий період (вступний) – головною метою терапевтичних заходів є розробка програми з урахуванням оцінки як зорових функцій, так і рухових функцій, та їх фізичних та зорових можливостей. Терапевтичні заходи на початку даного підперіоду передбачали дотримання щадного режиму, поступово нарощуючи тривалість заняття (від 5 хвилин до 20 хвилин), через день, поєднуючи із невідконтрольним розслабленням м'язів очей тривалістю 1–2 хв. постійно протягом дня.

В подальшому притримувався щадно-тренуючий та основний рухові режими. Метою зазначено підперіоду є відновлення зорової функції, рухових, адаптаційних можливостей. В зазначеному періоді використовуються такі ж засоби, але зі збільшеним навантаженням, різноманіттям використовуваних вправ, збільшенням кількості вправ, за можливості – збільшення тривалості заняття (до 30–40 хв.).

Середня тривалість занять склала 30 хв. Оскільки цільова аудиторія – працюючі люди, які не мають

**Таблиця 1**  
**Зміни середніх показників офтальмологічного обстеження гостроти зору**

Показники	Початкове обстеження	Кінцеве обстеження	t-критерій Стьюдента	Рівень значущості Р
Гострота зору (праве око)	0,48±0,06 дптр	0,54±0,06 дптр	0,76	>0,05
Гострота зору (ліве око)	0,45±0,05 дптр	0,51±0,05 дптр	0,88	>0,05

можливості займатися в спортивному залі, заняття мали вигляд занять «на місці», переважно в сидячому положенні.

Приблизно заняття виглядало наступним чином:

5 хв. – загально-розігрівача розминка, яка включала в себе вправи для великої моторики, плечових суглобів, промене-зап'ясткових суглобів, м'язів шиї;

10 хв. – розминка для передньої, бокової та задньої поверхні шиї, при чому необхідно звернути увагу на те, що саме для шиї, в т. ч. з підключенням лопаток, гімнастика проводилась переважно в статичному режимі;

5 хв. – розтягування м'язів шиї;

3–5 хв. – гімнастика для очей – рухи в напрямку трьох вісей (вгору-вниз, вправо-вліво, діагональ-діагональ), спостереження за кінчиком носа, переведення погляду з предмету перед очима та вдалечінь, а також різноманітні комбінації рухів, твіст-рухи та застосуванням дихальної гімнастики;

3 хв. – розтягування м'язів ока – статичні вправи із попереднього пункту;

2–3 хв. – розслаблення, пальмінг, самомасаж.

За потреби план проведення заняття коригувався індивідуально, оскільки під час занять виникала необхідність або їх призупинення, або спрощення виконання вправ, або відміни деяких вправ, оскільки, наприклад, відмічалось запаморочення голови, головний біль, погане самопочуття, нудота.

На заключному періоді (останній місяць другого півперіоду) метою фізичної терапії була підтримка досягнутих результатів, відновлення фізичних можливостей та якостей, відновлення зорового апарату, соціально-побутової активності та якості життя, а також профілактика ускладнень. У даному періоді вправи виконувались у щадно-тренуючому та тренуючому режимі, виконувались всі вправи, але з опором на самостійне проведення вправ.

Завершальний етап програми фізичної терапії закінчився у зв'язку із закінченням термінів програми. На даному етапі проводились необхідні опитування, обстеження, підбиття підсумків.

Тривалість дослідження склала 6 місяців. Всі учасники пройшли початкове офтальмологічне обстеження щодо визначення гостроти зору та дослідження після втручання. Оскільки офтальмологічні дослідження проводились у різних клініках, то результати мали різне представлення (таблиці Головіна-Сівцева, Снеллена, Е (Ш), LogMAR), тому у роботі використані інтерпретовані критерії та результати для подальшого їх узагальнення (див. табл. 1).

Отже, що стосується гостроти зору, на початковому рівні середнє значення гостроти зору Vis OD (праве око) склало 0,48±0,06 дптр, на вихідному – 0,54±0,06 дптр, що відповідає 0,76 t-критерію Стьюдента. Зазначений показник Vis OS (ліве око) склав 0,45±0,05 дптр (на початковому обстеженні) та

0,51±0,05 дптр (при кінцевому обстеженні), t-критерій Стьюдента склав 0,88. При цьому рівень значущості склав >0,05, що свідчить про недостовірність змін. Вважаємо, що для дорослих людей за такий проміжок часу неможливо значно підвищити гостроту зору, але відмічається тенденція до покращення.

*Дискусія.* Дослідження, проведені останніми роками, показують, що етіологія короткозорості є складною, причому певну роль відіграють генетичні та екологічні фактори, спосіб життя. Дефекти рефракції знижують якість зору, тоді як прогресуюча короткозорість може призвести до часткової втрати зору навіть у молодих людей. Чимало авторів оцінювали фізичний стан людини з функціональними порушеннями зору. Було відмічено, що при короткозорості знижується фізичний розвиток, фізичні якості, активність та функціональні можливості організму. Змінюється сила м'язів, м'язова витривалість, порушення рівноваги та координації, активність нервової, дихальної і серцево-судинної систем. Тому, дуже важливо вжити відповідних заходів, спрямованих на запобігання прогресуванню короткозорості. В сучасних дослідженнях міопії все частіше звертається увага на методи корекції короткозорості за допомогою засобів фізичної терапії: зорової гімнастики, самомасажу певних акупунктурних точок на обличчі, вправ для м'язів обличчя, шиї, спини та верхніх кінцівок, дихальних вправ.

Не можна не погодитися, що проблеми міопії, як захворювання очей, досліджувалися, і напевне, будуть досліджуватися і надалі. Але, водночас, як показав аналіз літературних джерел із зазначеного питання, необхідно сказати, що, по-перше, наразі достеменно невідомі причини виникнення міопії, а по-друге, проблеми короткозорості та негативних наслідків цього захворювання мало вивчаються саме у дорослого населення.

### Висновки

Сьогодні короткозорість сприймається як хвороба, пов'язана з цивілізацією. Наразі не існує найбільш ефективного методу профілактики дефектів рефракції. Міопію зазвичай лікують за допомогою окулярів, контактних лінз або хірургічних процедур. Аналіз ефективності засобів фізичної терапії показав, що регулярні тренування м'язів очей та регулювання ступеню рефракції важливі для збереження зору, повільненню чи зупиненню прогресування міопії, а також профілактики вікових змін ока та перевтоми очей при напруженій зоровій роботі.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

### Список використаної літератури / References

1. Atowa, UC, Wajuihian, SO, & Hansraj, R. (2019). A review of paediatric vision screening protocols and guidelines. *Int J Ophthalmol*, 12(7), 1194-1201. doi: 10.18240/ijo.2019.07.22.

2. Foster, P.J. & Jiang, Y. (2014). Epidemiology of myopia, *Eye*, 28(2), 202–208. doi: 10.1038/eye.2013.280.
3. Han, J., Bae, S.H. & Suk H. J. (2017). Comparison of visual discomfort and visual fatigue between head-mounted display and smartphone. *Electronic Imaging*, 2017(14), 212–217. doi: 10.2352/ISSN.2470-1173.2017.14.HVEI-146.
4. Cooper, Jeffrey & Tkatchenko, Andrei V. (2018). A Review of Current Concepts of Etiology and Treatment of Myopia. *Eye Contact Lens*, 44(4), 231-247. doi: 10.1097/ICL.0000000000000499.
5. Low, W., Dirani, M. & Gazzard, G. (2010). Family history, near work, outdoor activity, and myopia in Singapore Chinese preschool children. *The British Journal of Ophthalmology*, 94(8), 1012–1016. doi: 10.1136/bjo.2009.173187.
6. Morgan, I.G., French, A.N. & Ashby, R.S., et al. (2018). The epidemics of myopia: aetiology and prevention. *Progress in Retinal and Eye Research*, 62, 134–149. doi: 10.1016/j.preteyeres.2017.09.004.

**Інформація про авторів:**

**Бандуріна Катерина Вікторівна**

канд. наук з фізичного виховання і спорту,  
доцент

КЗВО «Хортицька національна навчально-  
реабілітаційна академія» ЗОР, Запоріжжя,  
Україна.

orcid.org/0000-0002-5684-7433

e-mai: katyabandurina79@gmail.com

Огляд

# Хамам як частина фізичної реабілітації при постковідному синдромі

Петро Лівак, Ірина Корженко, Світлана Ватаман

Український гуманітарний інститут, Буча, Україна

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.02

Надіслано: 17.01.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Лівак, П., Корженко, І., Ватаман, С. (2022). Хамам як частина фізичної реабілітації при постковідному синдромі. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 7-10. doi: 10.15391/prrht.2022-7.02

## Citation:

Livak, P., Korzhenko, I. & Vataman, S. (2022). Hamam as a part of physical rehabilitation in postcovid syndrome. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 7-10. doi: 10.15391/prrht.2022-7.02

Відповідальний автор

Лівак Петро Євгенійович  
(Petro Livak)

кандидат юридичних наук, доцент,  
доцент кафедри теорії та методики  
фізичного виховання,  
Український гуманітарний інститут  
Буча, Україна.  
orcid.org/0000-0002-0136-2607  
e-mail: livak777@meta.ua



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом  
поширюється на умовах Creative Commons  
Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Анотація

У роботі було розглянуто прояви постковідного синдрому та їх вплив на організм людини. Було досліджено класифікацію постковідних станів та гіпотези щодо причин їх виникнення. У роботі досліджено історію виникнення, будову та корисні властивості хамаму для організму людини. Крім того, було зазначено різницю між сучасною та стародавньою турецькою лазнею. Визначено обладнання сучасних хамамів та перелік послуг, які вони пропонують сьогодні. Були розроблені практичні поради по використанню турецької лазні як засобу реабілітації при синдромі постковіду. Визначено групи людей, яким використання турецької лазні не рекомендовано.

**Ключові слова:** хамам, фізична реабілітація, постковідний синдром.

## Abstract

**Petro Livak, Irina Korzhenko & Svitlana Vataman. Hamam as a part of physical rehabilitation in postcovid syndrome.** The manifestations of postcovid syndrome and their impact on the human body were considered in the work. The classification of postcovid states and hypotheses about the causes of their occurrence were studied. The paper investigates the history of origin, structure and useful properties of the hammam for the human body. In addition, the difference between a modern and an ancient Turkish bath was noted. The equipment of modern hammams and the list of services they offer today are determined. Practical advice on the use of the Turkish bath as a means of rehabilitation in postcovid syndrome has been developed. Groups of people who are not recommended to use the Turkish bath have been identified.

**Keywords:** hammam, physical rehabilitation, postcovid syndrome.

## Вступ

Хамам – назва громадських лазень в Туреччині, Азербайджані, арабських країнах, Ірані, Афганістані, Середній Азії та інших країнах Сходу. Турецька лазня – це одна з найбільш популярних в світі СПА-процедур. Вона дозволяє не тільки розслабитися, відпочити, а й приносить велику користь для здоров'я. Про користь хамаму було відомо ще в давнину. В одному науковому трактаті тих часів говорилося, що він приносить 10 корисних речей людині: світлий ясний розум, бадьоре самопочуття, зовнішню свіжість, силу, міцне здоров'я, красу, чистоту тіла, молодість, приємний колір шкіри.

Оздоровлюючі властивості турецького хамаму високо цінують і сучасні лікарі. Дерматологи відзначають благотворний вплив його на шкіру, кардіологи та терапевти – на системи кровообігу і дихання, травматологи і ортопеди радять при хворобах опорно-рухового апарату, неврологи рекомендують для стимулювання роботи нервової системи [3].

COVID-19 (аббревіатура від англ. COronaVirus Disease 2019 – коронавірусна інфекція 2019 року) – потенційно важка гостра респіраторна інфекція, що викликається коронавірусів SARS-CoV-2. Являє собою небезпечне захворювання, яке може протікати як у формі гострої респіраторної вірусної інфекції легкого перебігу, так і у важкій формі.

Більшість людей, інфікованих вірусним збудником COVID-19, відчувають легкі і помірні симптоми респіраторного захворювання і видужують без необхідності спеціального лікування. Важка форма захворювання частіше розвивається у людей похилого віку та в осіб з

фоновими патологіями, зокрема, серцево-судинними, хронічними респіраторними, онкологічними захворюваннями і діабетом.

Постковідний синдром – наслідки коронавірусної інфекції, при якій до 20% людей, які перенесли захворювання, страждають від довгострокових симптомів, які тривають до 12 тижнів і в 2,3% випадків довше. Зважаючи на поширеність постковідного синдрому та різноманітність його симптомів, незамінним інструментом у лікуванні є саме хамам, який за допомогою своїх оздоровчих властивостей позитивно впливає на перебіг хвороби та сприяє швидшому одужанню. Цілющу силу хамаму відзначали найвідоміші медики всіх часів та народів світу. Відомий науковець Ібн Сіна вважав, що саме лазня є найбільш ефективним засобом оздоровлення і лікування. У знаменитій праці цього вченого «Канон лікарської науки» міститься безліч відомостей про використання хамаму при різних захворюваннях, що залишаються актуальними навіть у наш технологічно-розвинений час [3].

Багато сучасних лікарів у своїх наукових працях називають хамам допоміжним інструментом у лікуванні багатьох хвороб дихальної, серцево-судинної, нервової, травної, імунної та інших систем організму людини. Особливим чином дихальна система зазнає ураження при захворюванні на коронавірус, а тому потребує більшої уваги [2].

Легені – парний орган дихання. Ліва легеня розділена на верхню і нижню частки. Права – на верхню, середню і нижню. Кожна легеня покрита плеврою. Коли виникає запалення, в ній часто утворюються спайки: легеня «прилипає» до плеври. А плевра, у свою чергу, пов'язана з грудною клітиною. Від чого можуть з'являтися больові відчуття, може зменшуватися обсяг легені, що призводить до асиметрії. Надалі одна ключиця може опуститися вниз, а легені почнуть гірше функціонувати.

Масажист-хамамщик працює з частками легені, щоб запобігти або прибрати спайки. Щоб все було рухомим, і легеня могла розправитися. Кожна легеня складається з декількох сегментів. Найчастіше інфекції бувають в них локальні. І згодом ділянки, де було запалення, можуть повноцінно не розкритися. Процедури у хамамі допомагають зняти напругу, яка залишилася в легенях після інфекції. В результаті обсяг легень відновлюється, і вони починають нормально функціонувати [1].

**Мета роботи.** Дослідити хамам як складову частину фізичної реабілітації при постковідному синдромі.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Весною 2020 року по всьому світу почалися створення груп підтримки, організовані людьми, що перехворіли на коронавірусну інфекцію в легкій або середній по важкості формі та стикнулися з довгостроковими симптомами. Учасники цих груп підтримують один одного та обмінюються досвідом. У грудні 2020 року Національним інститутом охорони здоров'я та передового досвіду (NICE) Великобританії була запропонована наступна класифікація постковідних станів:

- гострий COVID-19 (симптоми, що спостерігаються протягом чотирьох тижнів);
- подовжений симптоматичний COVID-19 (симптоми, що спостерігаються від 4 до 12 тижнів);
- постковідний синдром (симптоми, що спостерігаються більше 12 тижнів, не пояснюються альтернативним діагнозом, мають здатність

змінюватись протягом певного часу, зникати і з'являтися знову, впливаючи на багато системних в організмі).

У доповненні до вищеописаних клінічних визначень також було запропоновано ввести термін «довгий COVID», що включає період симптоматики від чотирьох тижнів та довше.

Існує кілька гіпотез, які суперечать одна одній з приводу причин виникнення постковідного синдрому. З них слід виділити кілька основних:

1. Пряме пошкодження органів пацієнта і тканин під час затяжного перебігу хвороби, а також реанімаційних заходів (при важкому перебігу), загострення хронічних захворювань, таких як діабет, венозна недостатність, гіпертонія, астма та інших.
2. Вірус залишається в організмі (вірусна персистенція).
3. Вірус провокує аутоімунні реакції.
4. Інші порушення в організмі, як наслідок перенесеної вірусної інфекції.

До довгострокових постковідних симптомів відносять такі проблеми, що виникають хвилеподібно або на постійній основі:

- паралізуюча слабкість, задишка, неповний вдих, апное, тяжкість за грудиною;
- головні болі, міалгічні болі в м'язах, неврологічні і суглобові болі;
- втрата нюху, фантомсія (можливо, пов'язані з ураженням нюхового нерву), спотворення запаху та/або смаку;
- втрата волосся, випадання зубів, кістозні утворення в порожнині щелеп;
- судинні та васкуліні прояви на шкірі, інші шкірні реакції (великі кропив'янки, капілярні сітки);
- різкі зміни тиску і пульсу, аритмії, тахікардії (в тому числі ортостатична тахікардія), запаморочення;
- когнітивні порушення (втрата пам'яті, «туман в голові», дезорієнтація в просторі, тривога і панічні атаки);
- розлад шлунково-кишкового тракту, діарея, що виникає хвилеподібно і не залежить від дієти, або прийому ліків;
- тривала субфебрильна температура, або гіпотермія, або коливання температури;
- в рідкісних випадках синдром Гієна-Барре;
- інші численні специфічні симптоми.

Надзвичайно корисним інструментом у боротьбі з постковідним синдромом та його численними проявами у наш час стає саме лазня хамам завдяки багатьом його корисним властивостям.

Прийнято вважати, що хамам – це вдосконалений аналог римських терм. Останні будувалися на термальних джерелах, вода яких нагрівала підлогу і стіни приміщення, а також надходила в басейни. За генерацію пари в римській лазні відповідав котел під підлогою.

Вплив хамама дійсно нагадує терми – організм також прогрівається як за рахунок пари, так і за рахунок підігріву стін, лежаків, підлоги. Ще одна спільна риса парних – особливий клімат, що відрізняється підвищеною вологістю і високою температурою. За принципом побудови хамам і римські терми не відрізняються: в обох випадках передбачалися приміщення з різною температурою повітря (прохолодна кімната, тепла і гаряча). Однак, незважаючи на схожі характеристики, «планування» лазень було різним. Стародавній хамам був виконаний у формі руки: відвідувачам треба було обійти п'ять приміщень, розміщених по колу. Терми ж виглядали як коридор з кімнат, які слід було відвідати одну за одною.

Прадавній турецький хамам – це будівля з



безліччю кімнат (основні і підсобні). Величезне приміщення обігрівалося за допомогою великого казана з киплячою водою, розташованого під підлогою. Гаряче повітря надходило через спеціальні отвори в стіні на висоті 1,5 метра від підлоги. У центрі лазні (долоні) знаходилась парна з виходами в інші приміщення. Передбанник, в якому температура не перевищувала 35°C, символізував зап'ястя. У ньому відвідувачі розігрівалися і готувалися до подальшого ритуалу. У всіх кімнатах підтримувалась різна температура. Це робилося для того, щоб організм не піддавався високому навантаженню. Щадна температура повітря, а також поступове занурення в більш прогріту середу переноситься простіше і комфортніше. Саме тому відвідувачі переходили з однієї кімнати в іншу по колу.

Звичайно, у кожного приміщення була своя назва і призначення:

1. Джакекян. Кімната для переодягання.
2. Чебек. «Підготовча» кімната з кам'яним столом чебек-таши.
3. Харарет. Головна кімната круглої форми. Тут проводилися основні косметичні процедури.
4. Кейф. Кімната релаксації після процедур і чайних церемоній.

З прадавніх часів у турків збереглася легенда, що пройшовши всі п'ять приміщень, людина повністю очищає і тіло, і розум.

Хамам – це цілий напрямок східної культури. Світанок турецьких парних припав на XVI століття, а будували їх не тільки для обмивання. Хамам був місце, де городяни зустрічалися, щоб обговорити останні новини, а також відпочити в компанії друзів і родичів. При цьому чоловіки і жінки відвідували парну в різний час. До походу в лазню жінки готувалися заздалегідь: запаслися солодощами, фруктами і національними стравами, як то берек і долма. День в хамаме присвячувався не тільки водним процедурам і масажу, а й розвагам – пісням і танцям. Крім того, турецький хамам – це місце, в якому було прийнято відзначати знаменні події, наприклад, народження дитини, знайомство зі свахою та ін. Чоловіки використовували хамам для проведення ділових зустрічей, неквапливих розмов з друзями, і, звичайно ж, обмивання.

Згідно з різними джерелами, доходи, отримані від відвідувачів хамама, йшли на благодійність і облаштування міста. Сьогодні хамам це переплетіння традицій і нових технологій. Сучасні східні парні вже не будуються за принципом долоні. Досить поширеною вважається планування з трьох кімнат: приміщення для перевдягання, парної і кімнати для релаксу після процедур. При цьому нерідко можна зустріти лазню з басейном. Незважаючи на те, що з моменту появи перших хамамів пройшло не одне століття, багато особливостей турецьких лазень збереглися і донині. Більш того, тепер східні парні оснащуються додатковим обладнанням, яке допомагає зробити відвідування хамам корисніше і приємніше.

Принцип роботи сучасного хамаму:

1. Масажист-хамамщик зустрічає відвідувача, проводить його до роздягальні та дає спеціальний рушник (піштамаль), який слід пов'язати на пояс. Масажисти-хамамщики також одягнені як і клієнти у піштамаль.

2. Після того як відвідувач переодягнувся, хамамщик проводить його до парної. Під час знаходження у парній, яке триває приблизно 10-15хвилин, людина прогривається, розпарюється, потіє, а отже добре розкриваються пори на її тілі.

3. Після парної хамамщик супроводжує клієнта до хамаму, де знаходиться все попередньо приготовлене для процедур. Температура у хамамі приблизно 50° С

при вологості 100° С.

4. Клієнт знімає з себе піштамаль та дає хамамщику, який розстеляє його на прогрітій кам'яний стіл. Після цього відвідувач лягає на спину на стіл для процедур (рис. 1).



**Рис. 1. Стіл для процедур у хамамі**

5. Далі відвідувач лягає на спину, обличчям до гори. Поливається тіло теплою водою з мідної чаші. Потім майстер приступає до пілінгування, вдягнувши рукавичку Кіссе, попередньо змоченою водою (Кіссе може бути різного ступеня жорсткості) Пілінг – це видалення, відлущування ороговілої шкіри.

6. Майстер починає з обличчя, ніжно, повільно пілінгує шкіру опускаючись до ніг, не пропускаючи жодного сантиметру, приділяючи більше уваги більш грубим ділянкам – лікті, коліна та п'ятки. Процедура проводиться лежачи на спині, а потім на животі. Після пілінгу тіло клієнта знову обмивається водою з чаш. Також по бажанню клієнта якщо хтось бажає менш агресивний пілінг можна застосовувати пілінгування тіла меленою кавою, сіллю з оливковим маслом. Тіло посипається меленою кавою, рідше меленими травами (трави не дуже поширені, бо можуть викликати алергію). Хоч пілінг рукавичкою Кіссе вважається самим сильним. Проводити треба правильними прямолінійними рухами, ні в якому разі круговими. Процедура пілінгу триває 20 хвилин.

7. На наступному етапі процедури майстер хамамщик бере спеціальне відро, покладає туди 3-4 куски натурального брускового мила з оливковою олією та заливає їх гарячою водою. Мило слід розтовкти до утворення мильного розчину з частинками мильних шматочків.

8. Далі береться спеціальний бавовняний мішок, який за виглядом схожий на торбу, та покладається до відра з піною. Мішок не сильно віджимається, аби прибрати зайву воду та надувається у велику кулю.

9. Таким мішком-кулею масажист починає водити по тілу клієнта, тобто намилює його. Ніжна тепла піна огортає тіло. Після цього залишки піни вжимаються з мішка на відвідувача. Це повторюється декілька разів поки все тіло не буде накрите хмарою піни (рис. 2).

10. Хамамщик бере невеликий брусок мила до рук та починає робити легкий м'який пінний масаж: від голови, коли клієнт лежить на спині, з ніг – коли на животі. Завдяки мильній піні тримається на тілі пацієнта та не сповзає донизу. Пінний масаж розслабляє м'язи та розрівнює шкіру.



**Рис. 2. Пінний масаж у хамамі**

11. Після пінного масажу майстер знову омиває тіло клієнта водою, аби змити піну, та окутує його

рушником. Далі масажист проводить відвідувача до релакс-зони, де він може випити води та відпочити 10 хвилин.

12. На наступному, завершальному, етапі робиться масляний релакс-масаж усього тіла від 30 до 60 хвилин. Після нього відвідувачам пропонується чай. Розпивання чаю в ароматній кімнаті занурює в стан спокою, щастя та гармонії.

Як і багато століть тому для обробки парних використовуються, найчастіше, натуральний камінь. Зсередини приміщення може бути облицьоване плиткою або мозаїкою з мармуру, онікса або травертину. Фонтани, колони, лежаки, лавки – все це оформляється в особливому, добре пізнаваному стилі: розкіш хамаму нагадує царський палац, але при цьому вона не нав'язлива, а створює розслаблюючу атмосферу (рис. 3).



**Рис. 3.** Дизайн хамаму

Ароматерапія є одним з ритуалів очищення у хамамі. Приміщення хамаму обкурюють спеціальними пахощами, в які входять кедрова олія, масло сосни або інших рослин, що мають антисептичні та лікувальні властивості. Аби перебування в хамамі було максимально приємним, в приміщенні монтується аудіосистема. Шум води та красива мелодія чинять додатковий розслаблюючий вплив, що робить цю традиційну турецьку лазню ще більш корисною для здоров'я і гарного настрою. Хамам має мінімум протипоказань до відвідування. Його можна відвідувати навіть дітям (пінний масаж без пілінгу). З точки зору балансу температури і вологості хамам переноситься значно легше, ніж інші лазні.

Проте, слід зазначити, що вагітним, а також тим, хто страждає хворобами шкіри, онкологією, грибок, серцево-судинними захворюваннями, вірусними інфекціями і гострими запальними процесами краще утриматися від походу в східну парну. Регулярне

відвідування цієї лазні допомагає поліпшити самопочуття і фізичну реабілітацію при постковідному синдромі:

- Висока вологість добре позначається на стані шкіри: пори очищаються, нормалізується робота сальних залоз, призупиняються запальні процеси.
- Проходять роздратування, втома, депресія, покращується загальний емоційний стан людини.
- Клімат у хамамі добре впливає на метаболізм, обмінні процеси прискорюються, внаслідок чого зайва вага втрачається швидше.
- Добре впливає на нервову систему, розслаблюючи її. Зникають головний біль та порушення сну.
- Систематичні візити в хамам покращують кровообіг, сприяють усуненню застійних процесів.
- Очищається дихальна система, проходять запальні процеси в носоглотці, гортані, можна позбутися бронхіту.
- Відбувається профілактика хвороб опорно-рухової системи: сприятливий вплив на м'язи та суглоби
- Тепле вологе повітря знижує дискомфорт і больові відчуття, а також активізує здатність організму чинити опір хворобам.

### **Висновки**

У сучасній турецькій лазні – хамамі поєднуються багатотисячолітні традиції і новітні технології. Багато ритуалів, пов'язаних з відвідуванням хамаму, збереглися і сьогодні. Саме завдяки їм східні парні залишаються особливим місцем, в якому можна не тільки повністю розслабитися та приємно провести час, але й покращити своє здоров'я. Регулярне відвідування турецької лазні наразі може стати допоміжним медичним інструментом для лікування багатьох хвороб, включаючи і постковідний синдром. Специфічні властивості хамаму обумовлюють його незамінність у лікуванні більшості ускладнень, що виникають у людей після коронавірусу. Правильне застосування турецької лазні здатне позбавити або значно зменшити прояви постковідного синдрому і повернути людину до здорового та повноцінного життя.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

### **Список використаної літератури**

1. Дроботова, М.В. & Куценко, Н. А. (2014). Особенности инноваций в проектах отелей курортного типа. *Вісник Черкаського університету. Серія: Економічні науки*, (4), 88–93.
2. *Хамам. Что такое хамам?* (б. д.). Интерком. [https://www.intercom.in.ua/about/blog/articles/hamam\\_103/](https://www.intercom.in.ua/about/blog/articles/hamam_103/)
3. Шемтоуб, С. (2012). Особенности архитектурно-планированной исторических многофункциональных центров Ирана. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, (29), 174–181.

### **References**

1. Drobotova, M.V. & Kutsenko, N. A. (2014). Osobennosti innovatsiy v proekтах oteley kurortnogo tipa. *Vіsник Cherkaskogo unіversitetu. Seriya: Ekonomіchnі nauki*, (4), 88–93.
2. *Hamam. Chto takoe hamam?* (b. d.). Interkom. [https://www.intercom.in.ua/about/blog/articles/hamam\\_103/](https://www.intercom.in.ua/about/blog/articles/hamam_103/)
3. Shemtoub, S. (2012). Osobennosti arhitekturno-planirovannoy istoricheskikh mnogofunktsionalnykh tseŋtrov Irana. *Suchasni problemi arhitekturi ta mіstobuduvannya*, (29), 174–181.

### **Інформація про авторів:**

**Лівак Петро Євгенійович**  
кандидат юридичних наук, доцент,  
доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання,  
Український гуманітарний інститут, м. Буча,  
Україна.  
orcid.org/0000-0002-0136-2607  
e-mail: livak777@meta.ua

**Корженко Ірина Олександрівна**  
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання,  
Український гуманітарний інститут, м. Буча,  
Україна.  
<https://orcid.org/0000-0003-3182-3846>  
e-mail: i.korgenko@karazin.ua

**Ватаман Світлана Вікторівна**  
студентка спеціальності «Реабілітація та масаж», кафедра теорії та методики фізичного виховання, Український гуманітарний інститут, м. Буча, Україна.  
orcid.org/0000-0002-0376-3007  
e-mail: 0505340902sv@ukr.net

Огляд

# Оздоровчо-профілактична спрямованість фізичного виховання студентської молоді

Ольга Палієнко, Оксана Іваненко

Університет Григорія Сковороди в Переяславі, Переяслав, Україна

## Анотація

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати доцільність комплексної оцінки рухової підготовленості та рівня соматичного здоров'я як засобу індивідуалізації навчального процесу з фізичного виховання студентів. У статті висвітлені сучасні проблеми зміцнення і збереження здоров'я студентської молоді. Висвітлені пріоритетні напрямки оцінки соматичного здоров'я та фізичної підготовленості студентів, використання інноваційних методів фізичної культури з оздоровчою метою, так як недоліки в організації фізичного виховання у вишах не відповідають нормі, яка б забезпечувала оптимальний рівень здоров'я студентів. Проаналізована диференційована система оцінки рухової підготовленості та фізичного здоров'я молоді, що базується на врахуванні рівня їхнього здоров'я.

**Ключові слова:** фізичне виховання, валеологія, індивідуальне здоров'я, фізична підготовленість, соматичне здоров'я.

## Abstract

**Olga Palienko & Oksana Ivanenko Health and preventive orientation of physical education of student youth.** The purpose of the study is to theoretically substantiate the feasibility of a comprehensive assessment of motor fitness and somatic health as a means of individualization of the educational process of physical education of students. The article highlights the current problems of strengthening and maintaining the health of student youth. The priority areas of assessment of somatic health and physical fitness of students, the use of innovative methods of physical culture for health purposes, as shortcomings in the organization of physical education in universities do not meet the norm that would ensure optimal health of students. A differentiated system for assessing the physical fitness and physical health of young people, based on their level of health, is analyzed.

**Keywords:** physical education, valeology, individual health, physical fitness, somatic health.

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.03

Надіслано: 22.01.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Палієнко, О., Іваненко, О. (2022). Оздоровчо-профілактична спрямованість фізичного виховання студентської молоді. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 11-15. doi: 10.15391/prrht.2022-7.03

## Citation:

Palienko, O. & Ivanenko, O. (2022). Health and preventive orientation of physical education of student youth. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 11-15. doi: 10.15391/prrht.2022-7.03

Відповідальний автор

Палієнко Ольга Адольфівна,  
(Olga Palienko)

кандидат історичних наук, доцент  
кафедри медико-біологічних дисциплін  
і валеології, ДВНЗ «Університет  
Григорія Сковороди в Переяславі»,  
Переяслав, Україна  
orcid.org/0000-0002-1832-7154  
e-mail: olgapalienko03@gmail.com



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом  
поширюється на умовах Creative Commons  
Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Вступ

За останні десятиліття в Україні різко погіршилося здоров'я студентської молоді, внаслідок несприятливої екологічної ситуації, складних економічних і соціальних умов. Близько 80-90% юнаків та дівчат мають відхилення у стані здоров'я, понад 50% – незадовільну фізичну підготовленість. Лише у 11,2% студентів відсутні хронічні соматичні захворювання, не більше ніж 7,3% мають сприятливий морфологічний статус. До вищих навчальних закладів абітурієнти приходять із відхиленнями у фізичному розвитку, які усунути складно, а іноді й неможливо [10]. Останніми роками на тлі інтенсифікації навчального процесу у вищих навчальних закладах спостерігається тенденція до зниження обсягу рухової активності студентів, що негативно позначається на показниках їхнього фізичного стану [8]. Дефіцит рухової активності студентської молоді є соціальним, а не біологічним феноменом. Тому суттєва роль покладається на їхню фізичну активність, яка в кінцевому результаті спрямована на зміну стану організму, набуття нового рівня фізичних якостей та здібностей, яких не можна досягти ніяким іншим шляхом, окрім занять фізичними вправами та оздоровчими тренуваннями.

Відомо, що процес навчання сам по собі пов'язаний з гіподинамією,

при якому енергетичні витрати організму менші за фізіологічну норму. Також за останні роки відбулося скорочення обсягу навчальних годин з дисципліни «Фізичне виховання» у вищих навчальних закладах. Це призвело до зниження ролі фізичної культури у формуванні особистості майбутніх фахівців, зменшення рухової активності студентів, погіршення стану їхнього здоров'я [3]. Як наслідок, у ВНЗ України в 2,5 рази збільшилася кількість спеціальних медичних груп. За даними різних авторів, до 90% учнів і студентів мають відхилення в стані здоров'я, 30-50% – незадовільну фізичну підготовленість [16].

За даними Литвинова Г., тестування соматичного здоров'я студентів 1-2 курсів показало, що лише 10% мають високий і вище середнього рівень, середній – 30% і нижче середнього – 60% обстежених. Ще більш сумні показники отримані при порівнянні біологічного та паспортного віку: він співпадає лише в 2,4% дівчат, тоді як у хлопців – взагалі не має співпадіння. Середній біологічний вік дівчат дорівнює 33,2 р., хлопців – 39,3 р. Вихід із цього положення автори вбачають у подальшій гуманізації фізичного виховання та впровадженні рекреаційно-фізкультурної освіти [15].

Національна система вищої освіти в Україні передбачає її гуманізацію та демократизацію, спрямовану на формування фахової еліти, здатної плідно працювати в нових соціально-економічних умовах. У цьому аспекті фізичному вихованню належить чільне місце як гуманітарній дисципліні, обов'язковій для студентів усіх вищих навчальних закладів України. Особливий статус навчальної дисципліни «Фізичне виховання» обумовлено тим, що її програма передбачає безпосереднє залучення кожного студента до занять фізичною культурою і спортом – цих найбільш дійових сучасних засобів зміцнення здоров'я та підвищення працездатності майбутніх фахівців.

Оздоровча спрямованість фізичної культури і спорту, закріплена у державно-правових та законодавчо-нормативних документах освітньої галузі, вимагає впровадження у фізичне виховання студентської молоді новітніх технологій індивідуалізації навчання, які базуються на врахуванні рівня здоров'я кожного студента, як найбільшої гуманістичної цінності [14].

Науковці та практики висловлюють обґрунтоване занепокоєння з приводу невтішного стану здоров'я сучасної студентської молоді, невирішеності багатьох питань, пов'язаних із покращанням викладання фізичного виховання як навчальної дисципліни, покликаної формувати у студентів потребу до здорового способу життя.

Існуюча система фізичного виховання у вищих навчальних закладах України орієнтована передусім на виконання студентом Державних тестів і нормативів з оцінки фізичної підготовленості населення України, які є визначальними при оцінюванні успішності з дисципліни «Фізичне виховання» для студентів. При цьому емпірично вважається, що успішне виконання залікових нормативів із фізичної підготовленості не залежить від рівня індивідуального здоров'я студентів. Разом із тим, численні дослідження останніх років свідчать про неоднорідність студентів за рівнем їх фізичного здоров'я, яке репрезентоване у широкому діапазоні від «низького» до «середнього» і «вище середнього» [6]. Різноманітність функціональних відхилень у стані здоров'я, різний вихідний рівень рухової підготовленості студентів, потребує, на наш погляд, диференційного підходу до застосування нормативних вимог щодо оцінювання результатів виконання рухових тестів, пов'язуючи їх з індивідуальним рівнем соматичного

здоров'я студента. Цілком логічно, що розвиток і вдосконалення рухових якостей не повинні вважатися найважливішим результатом фізичного виховання студентів. Оцінювання ефективності навчального процесу з фізичного виховання, при якому беруться до уваги не тільки рухові (фізичні) якості студентів, але й враховується рівень їх фізичного здоров'я, може бути одним із напрямків його подальшої індивідуалізації та гуманізації.

У зв'язку із цим, наукове обґрунтування та впровадження нової комплексної системи оцінювання успішності студентів із навчальної дисципліни «Фізичне виховання» за об'єктивними показниками рухової підготовленості та рівня соматичного здоров'я, є актуальною проблемою сучасної вищої школи, вирішення якої сприятиме подальшому вдосконаленню навчального процесу фізичного виховання студентської молоді.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати доцільність комплексної оцінки рухової підготовленості та рівня соматичного здоров'я як засобу індивідуалізації навчального процесу з фізичного виховання студентів.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Стратегічна важливість сфери фізичного виховання студентської молоді обумовлена її тісним зв'язком із розвитком та зміцненням стану здоров'я і фізичного стану майбутніх фахівців [7].

Фізичне виховання входить до блоку десяти гуманітарних дисциплін, обов'язкових для вищих навчальних закладів України. Це єдина навчальна дисципліна, викладання якої передбачає: розуміння пріоритету здоров'я серед усіх людських цінностей; формування в студентів шанобливого ставлення до власного здоров'я; оволодіння методами фізичного та психічного самовдосконалення; вміння оцінювати стан власного здоров'я та здійснювати його корекцію у необхідному напрямку.

Валеологічна спрямованість фізичного виховання надає цьому навчальному предмету особливий статус як такого, що вирішує найважливішу соціально-біологічну функцію – підготовку фізично здорової, гармонійно розвиненої молоді до повноцінного творчого життя та ефективної професійної діяльності [9]. Здоров'я нації було, є й залишається найвищою цінністю держави, передумовою стійкого і впевненого розвитку її економіки і культури [4].

Основними причинами погіршення стану здоров'я населення взагалі, і студентської молоді, зокрема, є: знецінення соціального престижу здоров'я, фізичної культури і спорту; відставання від сучасних вимог усіх ланок підготовки та перепідготовки фізкультурних кадрів; недооцінка у навчальних закладах соціальної, оздоровчої та виховної ролі фізичної культури і спорту та залишковий принцип її фінансування. Приймаючи до уваги, що основними показниками, які характеризують стан фізичного виховання у вищих навчальних закладах, є рівень здоров'я та рухової підготовленості студентів.

Більшість існуючих дефініцій здоров'я так чи інакше пов'язані з характеристикою функціонального стану людини, який визначає рівень адаптаційних можливостей організму щодо зовнішніх умов його життєдіяльності. Саме адаптація, як універсальний закон існування живих істот, дозволяє людині виконувати біологічні та соціальні функції у реальних умовах життя.

Отже, в узагальненому сенсі під здоров'ям розуміється здатність організму ефективно адапту-

ватися до оточуючого середовища, що сприяє успішній реалізації біологічних і соціальних функцій людини [2, с. 2-3].

У педагогічній науці знайшло широке застосування поняття здоров'я як стану фізичного, психічного та соціального благополуччя особистості, сукупність яких створює умови для успішної реалізації соціальних і біологічних функцій людини [11].

Такий підхід до розуміння здоров'я відповідає потребам педагогіки фізичного виховання студентської молоді. Адже об'єктом фізичного виховання є людина, сутність якої пов'язана з її біологічною та соціальною природою.

Виходячи із двоєдиної природи людини й розуміння здоров'я як прояву трьох взаємопов'язаних складових компонентів: фізичного, психічного та соціального, у категорії здоров'я відповідно розрізняють фізичні (соматичні), психічні та соціальні аспекти його сутності.

Рівень фізичного здоров'я визначає фон, на тлі якого розгортається взаємодія захисних сил організму з несприятливими зовнішніми та внутрішніми факторами. Чим вищий рівень фізичного здоров'я, тим більше опір організму цим факторам [2, с. 4-8].

Здатність жити і зберігати здоров'я залежить не від наявності хвороби чи патологічних процесів в організмі, а від ступеню його опору несприятливим впливам.

Значимо, що сучасний науковий погляд на характеристику фізичного здоров'я не зводиться до визначення лише показників морфо-функціонального стану організму чи його енергетичного потенціалу.

Провідним у характеристиці здоров'я є оптимальна взаємодія неенергетичного та енергетичного компонентів, які обумовлюють якісні параметри життєдіяльності організму.

Предметом нашого наукового інтересу є саме фізичне здоров'я, тобто стан тіла людини як фізичного об'єкту, що зазнає суспільного, природного та техногенного впливу.

Ідея про можливість вимірювання здоров'я за показниками діяльності функціональних систем організму виникла в науковому середовищі на початку 70-х років минулого сторіччя. Тоді знаменитий хірург-кардіолог М.М. Амосов у блискучих публічних виступах закликав фахівців використовувати об'єктивні методи оцінки стану здоров'я за показниками резервних можливостей організму. Він запропонував поняття «резерви здоров'я», які визначають у кількісних показниках рівень фізичного здоров'я людини [1].

У доступній нам літературі за матеріалами наукових конференцій та публікацій у фахових виданнях, здоров'я студентів є предметом широкого наукового обговорення. На думку багатьох дослідників, сучасний стан здоров'я студентської молоді має стійку тенденцію до погіршення, про що свідчить збільшення кількості студентів спеціальної медичної групи, яка сягає у різних ВНЗ від 15 до 25%. Разом із тим, в останні роки увагу фахівців привертає проблема визначення стану здоров'я всього загалу студентів, які займаються фізичним вихованням у ВНЗ. Показово у цьому аспекті є дослідження самооцінки студентами стану здоров'я: хорошим його вважають лише 44,2% респондентів, 18,5% оцінюють здоров'я як задовільне, а майже кожний 20-ий стверджує, що в нього воно погане [9]. Ці тривожна статистика підштовхує вчених до пошуку більш ефективних методів оцінки стану здоров'я молоді та індивідуалізації у підходах до їх корекції.

Серед найбільш розповсюджених та інформативних прийомів кількісної оцінки індивідуального

здоров'я в наш час застосовуються: методика визначення адаптаційного потенціалу системи кровообігу Р.М. Баєвського, методика оцінки витривалості як прояву аеробних можливостей організму К. Купера, методика оцінки резервів енергопотенціалу організму Г.Л. Апанасенка [9].

Для оцінки здоров'я дослідниця Т.Ю. Круцевич [13], на підставі фундаментальних досліджень, запропонувала використовувати п'ять інформативних критеріїв, які дозволяють отримати об'єктивну характеристику рівня фізичного здоров'я: рівень фізичного розвитку, ступінь його гармонійності, відповідність біологічного віку календарному; рівень функціонування основних систем організму; рівень фізичної підготовленості; ступінь опору організму несприятливим впливам; наявність чи відсутність хронічних захворювань.

Дослідниця Дубогай О. [5] зазначала, що стан здоров'я студентів у більшості досліджень визначається тільки за рівнем захворюваності, що не дозволяє охарактеризувати індивідуальне здоров'я як прояв комфортності внутрішнього стану організму та рівня біологічної й соціальної активності людини.

Такий методичний підхід, на нашу думку, не є коректним, бо в цьому випадку робиться спроба визначити здоров'я через альтернативне поняття (здоров'я – хвороба). Ми вважаємо, що зростання кількості студентів, які за станом здоров'я віднесені до спеціального медичних груп, свідчить про погіршення здоров'я популяції загалом, і не може характеризувати стан індивідуального здоров'я студента. Адже тільки сукупна характеристика рівня здоров'я студентів, які займаються фізичним вихованням, може відобразити справжню характеристику стану здоров'я студентської молоді.

Узагальнюючи викладене, певний науковий інтерес має аналіз ситуації з використанням методів оцінки стану здоров'я у практиці фізичного виховання студентів вищих навчальних закладів України.

На нашу думку, існуючий стан справ у підході до розподілу студентів для занять фізичним вихованням несе в собі потенційну небезпеку, пов'язану з можливістю виникнення гострого фізичного перенапруження у студентів із низьким рівнем здоров'я, особливо під час складання контрольних нормативів.

Звідси стає необхідним обов'язкове врахування індивідуального стану здоров'я при заняттях фізичними вправами, а також при проведенні поточного чи підсумкового тестування рухової підготовленості студентів, і це нагальна потреба часу.

Різноманітність функціональних відхилень у стані здоров'я, різний вихідний рівень рухової підготовленості студентів вимагає, на наш погляд, диференційного підходу як до застосування засобів фізичного виховання, так і до нормативних вимог щодо оцінки результатів виконання рухових тестів, пов'язуючи їх з індивідуальним рівнем соматичного здоров'я студентів.

Використання науково обґрунтованої системи оцінки ступеню рухової підготовленості студентів на підставі об'єктивної кількісної характеристики стану їх соматичного здоров'я дозволить індивідуалізувати процес фізичного виховання та підвищити його ефективність. Слід зазначити, що лише в поодиноких дисертаційних дослідженнях висвітлюється зв'язок між динамікою показників рухової підготовленості та станом здоров'я студентів під впливом занять фізичним вихованням. Усе це вказує на необхідність проведення наукових досліджень саме в напрямку визначення впливу занять фізичним вихованням на стан здоров'я студентів.

## Висновки

Отже, оздоровча спрямованість фізичного виховання студентів вимагає диференційованої системи оцінки рухової підготовленості, яка базується на врахуванні рівня здоров'я. Тому необхідна розробка контрольних нормативів фізичної підготовленості студентів, показники яких диференціювалися б у залежності від індивідуального стану (рівня) соматичного здоров'я. Це дозволить у значній мірі гуманізувати

процес фізичного виховання студентів, підвищити його оздоровчу ефективність.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

## Список використаної літератури

1. Амосов, Н.М. (1997). *Раздумья о здоровье*. Физкультура и спорт. Киев.
2. Апанасенко, Г.Л. (2001). Валеология: первые шаги и ближайшие перспективы. *Теория и практика физ. культуры*, 6, 2-8.
3. Боднар, І.Р. (2019). *Фізичне виховання студентів з низьким рівнем підготовленості : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту*. Луцьк. 19 с.
4. Драйчук, А., Галайдюк, М., Романенко, В. (2011). Соціально-психологічні аспекти життя молоді України і питання покращення стану фізичного виховання. *Матеріали міжн. наук.-практ. конф. «Фізична культура, спорт та здоров'я нації»*. Київ-Вінниця, 208-212.
5. Дубогай, О., Цьось, А., Євтушок, М. (2012). *Методика фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*. Луцьк.
6. Єднак, В. (2012). Система оцінки рівня фізичного стану юнаків-студентів основного відділення вузу. *Вісник Технологічного університету Поділля*, 5(48), 102-104.
7. Жаліло, Л. (2009). Проблеми валеологічної освіти в Україні. *Вісник Української Академії Державного Управління при Президентові України*, 3, 253-256.
8. Захаріна, Є.А. (2008). *Формування мотивації до рухової активності у процесі фізичного виховання студентів вищих навчальних закладів : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту*. Київ. 18 с.
9. Зеленюк, О.В. (2014). Комплексна оцінка оздоровчого впливу занять з фізичного виховання студентів як засіб індивідуалізації навчального процесу. *Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту*, Вип. 8: Т. 3, 131-135.
10. Земцова, В. (2016). Основні тенденції в динаміці стану здоров'я населення України: необхідність нової стратегії. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*, 12-15.
11. Кривецький, С.Й. (2002). Підвищення показників фізичного здоров'я в процесі фізичного виховання студентів, які проживали на територіях радіаційного забруднення. *Автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту*. Рівне. 18 с.
12. Круцевич, Т.Ю. (2008). *Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студентів вищих навч. закладів фіз. виховання і спорту: Методика фізичного виховання різних груп населення*. Київ. Т2.
13. Круцевич, Т.Ю. (2012). *Теорія і методика фізичного виховання. Методики фізичного виховання різних груп населення: Підручник*, під. заг. ред. Т.Ю. Круцевич. Олімпійська література. Київ, Т.2.
14. Круцевич, Т.Ю.; Пангелова, Н.Є. (2016). Сучасні тенденції щодо організації фізичного виховання у вищих навчальних закладах. *Спортивний вісник Придніпров'я*, 3, 109-114.
15. Літвінов, Г., Косячук, Н. (2012). До питання застосування етапного контролю фізичної реабілітації студентів початкових курсів вищого навчального закладу з слабкою фізичною підготовленістю. *Вісник Технологічного університету Поділля*, 5, ч.3 (48), 228-229.
16. Нестерова, Т., Павлюк, А. (2014). Структура мотивації до занять з фізичного виховання і спорту студентів вищих навчальних закладів. *Фізична культура і спорт у сучасному суспільстві: досвід, проблеми, рішення*. Київ, 51-52.

## References

1. Amosov, N.M. (1997). *Razdumya o zdorove*. Fizkultura i sport. Kiev.
2. Apanasenko, G.L. (2001). Valeologiya: pervyie shagi i blizhayshie perspektivy. *Teoriya i praktika fiz. kulturyi*, 6, 2-8.
3. Bodnar, I.R. (2019). *Fizychnye vykhovannia studentiv z nyzkym rivnem pidhotovlenosti : avtoref. dys. ... kand. nauk z fiz. vykh. i sportu*. Lutsk. 19 s.
4. Draichuk, A., Halaidiuk, M. & Romanenko, V. (2011). Sotsialno-psykholohichni aspekty zhyttia molodi Ukrainy i pytannia pokrashchennia stanu fizychnoho vykhovannia. *Materialy mizhn. nauk.-prakt. konf. «Fizychna kultura, sport ta zdorov'ia natsii»*. Kyiv-Vinnytsia, 208-212.
5. Dubohai, O., Tsos, A. & Yevtushok, M. (2012). *Metodyka fizychnoho vykhovannia studentiv spetsialnoi medychnoi hrupy: navchalnyi posibnyk dlia studentiv vyshchyykh navchalnykh zakladiv*. Lutsk.
6. Yednak, V. (2012). Systema otsinky rivnia fizychnoho stanu yunakiv-studentiv osnovnoho viddilennia vuzu. *Visnyk Tekhnolohichnoho universytetu Podillia*, 5(48), 102-104.
7. Zhalilo, L. (2009). Problemy valeolohichnoi osvity v Ukraini. *Visnyk Ukrainsoi Akademii Derzhavnoho Upravlinnia pry Prezydentovi Ukrainy*, 3, 253-256.
8. Zakharina, Ye.A. (2008). *Formuvannia motyvatsii do rukhovoi aktyvnosti u protsesi fizychnoho vykhovannia studentiv vyshchyykh navchalnykh zakladiv : avtoref. dys. ... kand. nauk z fiz. vykh. i sportu*. Kyiv. 18 s.
9. Zeleniuk, O.V. (2014). Kompleksna otsinka ozdorovchoho vplyvu zaniat z fizychnoho vykhovannia studentiv yak zasib indivydualizatsii navchalnoho protsesu. *Moloda sportyvna nauka Ukrainy: Zb. nauk. prats z haluzi fizychnoi kultury ta sportu*, Vyp. 8: Т. 3, 131-135.
10. Zemtsova, V. (2016). Osnovni tendentsii v dynamitsi stanu zdorov'ia naselennia Ukrainy: neobkhdnist novoi stratehii. *Teoriia i metodyka fizychnoho vykhovannia i sportu*, 12-15.

11. Kryvytskyi, S.Y. (2002). *Pidvyshchennia pokaznykiv fizychnoho zdorov'ia v protsesi fizychnoho vykhovannia studentiv, yaki prozhyvaly na terytoriakh radiatsiynoho zabrudnennia. Avtoref. dys. ... kand. nauk z fiz. vykhovannia i sportu.* Rivne. 18 s.
12. Krutsevych, T.Yu. (2008). *Teoriia i metodyka fizychnoho vykhovannia: pidruchnyk dlia studentiv vyshchych navch. zakladiv fiz.. vykhovannia i sportu: Metodyka fizychnoho vykhovannia riznykh hrup naselennia.* Kyiv. T2.
13. Krutsevych, T.Yu. (2012). *Teoriia i metodyka fizychnoho vykhovannia. Metodyky fizychnoho vykhovannia riznykh hrup naselennia: Pidruchnyk, pid. zah. red. T.Yu. Krutsevych.* Olimpiiska literatura. Kyiv, T.2.
14. Krutsevych, T. Yu. & Panhelova, N. Ye. (2016). Suchasni tendentsii shchodo orhanizatsii fizychnoho vykhovannia u vyshchych navchalnykh zakladakh. *Sportyvnyi visnyk Prydniprovia*, 3, 109-114.
15. Litvinov, H. & Kosiachuk, N. (2012). Do pytannia zastosuvannia etapnoho kontroliu fizychnoi rehabilitatsii studentiv pochatkovykh kursiv vyshchoho navchalnoho zakladu z slabkoiu fizychnoiu pidhotovlenistiu. *Visnyk Tekhnolohichnoho universytetu Podillia*, 5, ch.3 (48), 228-229.
16. Nesterova, T. & Pavliuk, A. (2014). Struktura motyvatsii do zaniat z fizychnoho vykhovannia i sportu studentiv vyshchych navchalnykh zakladiv. *Fizychna kultura i sport u suchasnomu suspilstvi: dosvid, problemy, rishennia.* Kyiv, 51-52.

**Інформація про авторів:**

**Палієнко Ольга Адольфівна,**  
кандидат історичних наук, доцент кафедри  
медико-біологічних дисциплін і валеології, ДВНЗ  
«Університет Григорія Сковороди в Переяславі»,  
Переяслав, Україна  
orcid.org/0000-0002-1832-7154  
e-mai: olgapalienko03@gmail.com

**Іваненко Оксана Григорівна,**  
магістрант факультету фізичної культури, спорту і  
здоров'я, ДВНЗ «Університет Григорія Сковороди  
в Переяславі», Переяслав, Україна  
e-mai: ivanenkokookana77@gmail.com

Огляд

# Дослідження найбільш розповсюджених помилок під час масажу

Ірина Корженко, Петро Лівак, Нінель Малова

Український гуманітарний інститут, Буча, Україна

## Анотація

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.04

Надіслано: 29.01.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Корженко, І., Лівак, П., Малова, Н. (2022). Дослідження найбільш розповсюджених помилок під час масажу. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 16-20. doi: 10.15391/prrht.2022-7.04

## Citation:

Korzhenko, I., Livak, P. & Malova, N. (2022). Research of the most common mistakes during massage. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 16-20. doi: 10.15391/prrht.2022-7.04

Відповідальний автор

Корженко Ірина Олександрівна  
(Irina Korzhenko)

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання, Український гуманітарний інститут, м. Буча, Україна.  
<https://orcid.org/0000-0003-3182-3846>  
e-mail: i.korzhenko@karazin.ua



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом поширюється на умовах Creative Commons Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

У статті акцентовано увагу на проблемі, що особливо загострилася у сучасному суспільстві в останні десятиліття – нестачі рухової активності та, як наслідку – виникненні гострої потреби у наданні якісних послуг фахівцями з масажу, що є потужним засобом впливу на всі системи організму людини. Зазначено, що лікувальний масаж є ефективним методом фізичної і психоемоційної релаксації, профілактики і лікування різних захворювань, а також косметичною процедурою. Так як масажні прийоми чинять потужний вплив на весь організм, необхідно точно знати, які прийоми, в якому випадку слід застосовувати. Помилки в роботі масажиста можуть стати причиною серйозних порушень в роботі організму, тому, оволодіваючи професією масажиста, необхідно враховувати всі протипоказання та можливі проблеми. Ретельний аналіз науково-методичної і спеціальної літератури, присвяченої темі масажу, свідчить про те, що дана проблема потребує більш глибокого та комплексного осмислення. Якісне теоретичне обґрунтування та класифікація помилок могли б застерегти фахівців від відомих на даний час помилок в роботі, а їх клієнтів – від некваліфікованих масажних послуг. Результати дослідження можуть бути використані в освітньому процесі при навчанні фахівців з масажу з метою підвищення їх кваліфікації, попередивши допущення небажаних помилок.

**Ключові слова:** масаж, спеціалісти, кваліфіковані послуги, клієнти.

## Abstract

**Irina Korzhenko, Petro Livak & Ninel Malova. Research of the most common mistakes during massage.** The article focuses on the problem that has become especially acute in modern society in recent decades - lack of physical activity and, as a consequence - the urgent need for quality services by massage therapists, which is a powerful tool for all human systems. It is noted that therapeutic massage is an effective method of physical and psycho-emotional relaxation, prevention and treatment of various diseases, as well as a cosmetic procedure. Since massage techniques have a powerful effect on the whole body, you need to know exactly what techniques, in which case it should be used. Mistakes in the work of a masseur can cause serious disorders in the body, so mastering the profession of masseur, you must take into account all the contraindications and possible problems. A careful analysis of scientific and methodological and special literature on the topic of massage shows that this problem requires a deeper and more comprehensive understanding. Qualitative theoretical substantiation and classification of errors could warn specialists against currently known errors in work, and their clients - from unqualified massage services. The results of the study can be used in the educational process in the training of massage therapists in order to improve their skills, preventing unwanted mistakes.

**Keywords:** massage, specialists, qualified services, clients.

## Вступ

За останні десятиліття у зв'язку з технологічним і економічним прогресом, машини, верстати і роботи замінили ручну працю людей. З'явилася безліч професій, що не вимагають докладання фізичних зусиль з боку працівника, особливо пов'язаних з роботою за комп'ютером. Крім того, значно спростилося побут – пральні, посудомийні машини та інша техніка спрощує повсякденне життя. У результаті цього спостерігається зменшення рухової активності як на робочому місці, так і в побуті. У той же час, на підприємствах для співробітників не передбачено часу для релаксації, зміни виду діяльності та фізкультурної розминки. Тож, у сучасному суспільстві



все більшого поширення набуває проблема нестачі руху. Глобально, у свою чергу, негативно позначається на стані практично всіх систем організму людей у сучасному світі. Так як для відновлення здоров'я медикаментозного лікування недостатньо, виникла потреба у фахівцях в області масажу і реабілітації. У результаті з'явилося багато масажистів, далеко не всі з яких володіють техніками масажу настільки, щоб надати кваліфіковану допомогу у відновленні здоров'я. Таким чином, існує потреба у підвищенні кваліфікації масажистів, які володіють різними техніками. Вивчення найбільш поширених помилок допоможе початківцям їх уникнути і, таким чином, значно підняти рівень своєї кваліфікації. У результаті додаткової підготовки люди, які потребують послуг фахівців з масажу, можуть розраховувати на більш якісну допомогу. Дослідження переліку помилок, які допускають масажисти є актуальним для всіх фахівців, а особливо для тих, хто знаходиться на початку свого професійного розвитку.

Питанням масажу присвячена значна кількість праць як у вітчизняній, так і в світовій науці. Так, наприклад, Васичкін В.І. у своїй книзі описує основні принципи, види, методику та послідовність проведення класичного масажу [1]. Професор Погосян М.М. акцентує увагу на лікувальному масажі, а саме масажі при переломах кісток, пошкодженні хребта та захворюваннях суглобів, описує методику масажу при ожирінні і порушенні обміну речовин [2]. Лікувальний масаж ґрунтовно дослідив заслужений лікар РРФСР Кунічев Л.А. Він робить акцент на різних видах апаратного масажу, точковому рефлекторному, а також поєднанні масажу з рухами [3]. Лужковська Ю., розглядаючи лікувальний масаж, робить акцент на масажі внутрішніх органів, а саме товстого і тонкого кишечника, нирок, жовчного міхура. У своїй книзі вона описує особливості масажу при таких порушеннях, як захворювання судин, легенів, шлунка тощо [4]. У навчальному посібнику автор Фокін В.М. характеризує вплив масажу на організм та його гігієнічні основи. У його роботі розкрито основні визначення і поняття, що стосуються цієї теми, а також прийоми масажу і його класифікація. У своїй книзі Фокін В.М. описує лікувальний масаж під час лікування захворювань як опорно-рухового апарату, так і внутрішніх органів [5]. Фадеева А. приділяє увагу масажу з використанням баночок і самомасажу [6]. Крім опису методичних прийомів, автори наукової літератури розглядають теоретичні основи масажу: його витoki, вплив на органи і функціональні системи організму, функції скелетних м'язів, розглядають основи спортивного масажу, показання та протипоказання в контексті значних фізичних навантажень, а також про можливості застосування розтирань і мазей, гігієнічні основи масажу, організацію лікувального процесу. Однак, у науковій та навчально-методичній літературі приділяється недостатньо уваги розгляду помилок, які масажисти допускають у процесі своєї роботи. Виходячи з вищезазначеного, можна зробити висновок про те, що питання розгляду найбільш розповсюджених помилок під час масажу є досить актуальним та потребує більш детального вивчення.

**Метою** даного дослідження є аналіз основних помилок, що допускаються масажистами в особистій практиці надання масажних послуг.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

За визначенням Кунічева Л.А., масаж – лікувальний метод, який є науково обґрунтованим, випробуваним багаторічною практикою, найбільш адекватним і фізіологічним для організму [3]. На сьогодні масаж широко поширений не тільки в медичній практиці як лікувальний засіб, але і в інших сферах людської діяльності, наприклад, у спорті застосовують спортивний масаж, а в трудовій та побутовій сферах – гігієнічний. Засновником сучасного класичного масажу визнаний І.З. Забудовський.

У зв'язку з тим, що організм людини дуже складна система і робота всіх органів взаємопов'язана, при вивченні технік масажу необхідно точно розуміти той вплив, який різні

масажні прийоми чинять на нього. Вплив масажу на організм, і в першу чергу, на нервову систему, дуже різноманітний. Так, збудження нервової системи може знижуватися або підвищуватися в залежності від методики впливу. Масаж чинить сприятливий вплив на м'язову, серцево-судинну систему, функції суглобів, на зв'язки і сухожилля, лімфоток, газообмін, обмін поживних речовин і мінералів в організмі [3]. Масаж на організм впливає трьома шляхами: механічним, гуморальним і нервово-рефлекторним. Механічний вплив на тканини сприяє посиленню шкірного дихання і прискоренню обмінних процесів, пересуванню всіх рідин, усуненню набряків, розтягуванню, зміщенню тканин тощо [2]. Гуморальний вплив. При механічній дії на шкіру і м'язи, гормони, що знаходяться в них, активізуються і через кров впливають на всі органи і системи організму. Так само під час масажу в організмі утворюються біологічно активні речовини, які беруть участь в розширенні судин і стимулюють м'язову діяльність [2]. Нервово-рефлекторний вплив здійснюється за допомогою передачі імпульсів від тактильних рецепторів в центральну нервову систему. Цей механізм регулює функціональний стан ЦНС у відповідному напрямку – або збуджуючи її, або заспокоюючи [2].

Масажні прийоми, впливаючи на тканини тіла, збуджують механорецептори, що розташовані по всьому тілу і призначені для перетворення енергії механічних подразнень в сигнали, що несуть інформацію в центральну нервову систему. Кількість імпульсів в ЦНС залежить від сили і швидкості, яку здійснюють деформації шкіри або м'язової тканини під час масажу. Закладені в глибоких тканинах механорецептори, відчуваючи тиск на м'язи та органи, сигналізують центральній нервовій системі про стан м'язового тонусу, кровонаповнення капілярів, тиск крові в м'язових судинах [3]. Так як всі масажні прийоми діють на підставі рефлексів, центральна нервова система у відповідь на роздратування механорецепторів формує відповідні реакції. Таким чином, в організмі виробляється цілий комплекс пристосувальних реакцій, заснованих на рефлексас, спровокованих дією на тканини масажними прийомами [3].

Перераховані механізми під час проведення масажних прийомів спрацьовують одночасно і, таким чином, масаж може впливати як на весь організм в цілому, так і на окремі його органи або системи [2]. Окрім знань про будову опорно-рухового апарату (скелета та м'язових тканин) при вивченні техніки масажу необхідно добре знати напрямок венозних кровотоків, які кровоносні судини постачають ті чи інші м'язи та суглоби артеріальною кров'ю, через які судини відбувається відтік венозної крові, їх розташування. Масажисту слід детально ознайомитися з розташуванням мережі лімфатичних шляхів і тими напрямками, за якими повинен проводитися масаж, тому що всі масажні рухи проводяться по ходу лімфатичних шляхів в напрямку до найближчих лімфатичних вузлів [2].

Під впливом таких масажних прийомів як розминка і вижимання прискорюється потік венозної крові і лімфи, що полегшує роботу серцевого м'яза і покращує кровообіг у всьому організмі [2]. На базі теоретичних знань анатомії та фізіології людини, впливу масажних прийомів на організм масажист повинен освоїти різні масажні техніки, вміти проводити первинну діагностику за допомогою пальпації, для чого необхідно розвивати чуйність дотику. Успіх лікування за допомогою масажу часто залежить від довірчих відносин між масажистом та пацієнтом. Встановленню довірливого контакту сприятиме тиша в кабінеті, за бажанням клієнта може звучати заспокійлива музика. Можна вести бесіду, враховуючи при цьому стан пацієнта, намагаючись не викликати у нього негативних емоцій, не втомлювати і прислухатися до всіх відповідних реакцій на маніпуляції [1]. Руки масажиста – це його робочий інструмент, яким він торкається до тіла пацієнта, тому необхідно ретельно стежити за їх станом. Руки повинні бути чистими, нігті – ко-

ротко підстриженими і підпиляними. Перед роботою фахівець зобов'язаний зняти з рук всі наявні прикраси, щоб не травмувати шкіру пацієнта.

Робочий одяг повинен бути легким і вільним з короткими рукавами, взуття вільне, на низькому підборі. Від масажиста не повинно відчуватись різких запахів [2]. Піклуючись про відновлення здоров'я клієнта, масажист повинен пам'ятати і про своє здоров'я, так як його професійна діяльність пов'язана зі значними фізичними навантаженнями. Необхідно приділяти увагу профілактиці патологічних змін у хребті, верхніх і нижніх кінцівок. Задля досягнення цієї мети слід обирати найбільш зручну робочу позу, працювати обома руками, залучаючи до роботи тільки ті м'язи, які виконують даний масажний прийом [1]. Масажист повинен так планувати свою роботу, щоб найбільш тривалі і важкі сеанси масажу були проведені на початку робочого дня [2]. Протягом дня необхідно часто змінювати робочу позу. Слід робити перерву кожні 45-50 хвилин роботи, під час якої виконувати фізичні вправи для релаксації і поліпшення кровообігу [1].

Усі перераховані вище вимоги і рекомендації є не тільки важливою, але й необхідною умовою успішної роботи, вони мають величезне значення як для самого масажиста, так і для його клієнтів. Фахівцеві необхідно отримати достовірну інформацію про фізичний і психічний стан хворого перш ніж приступити безпосередньо до масажу. Цій меті служать відомості, одержані під час загального і спеціального оглядів. Під час загального огляду слід звертати увагу на конституцію пацієнта, будову його тіла, загальний стан, під час спеціального – на зміну шкірного покриву і стан опорно-рухового апарату. Рекомендується користуватись при цьому простими і оперативними засобами: наглядом, опитуванням, пальпацією. Основні показники (стан пульсу до і після масажу, тонус м'язів, що виконують основне навантаження, маса тіла тощо) слід вносити до спеціальної картки [7].

Необхідно звернути увагу на колір шкіри, можливі пошкодження шкірних покривів, кровоносні судини; оцінити стан м'язів і лімфатичних вузлів. Важливо також визначити стан нервової системи за допомогою пальпації по ходу нервових стовбурів і виявити болючі точки в місцях виходу нервів. Після такої діагностики, спираючись на встановлені лікарем діагноз і свідчення, необхідно вибрати відповідні прийоми і методику їх виконання з урахуванням особливостей основного і супутнього захворювань [2]. Також перед масажем важливо встановити можливі протипоказання. Вони бувають: абсолютні, тимчасові і місцеві. До абсолютних належать: злоякісні пухлини і хвороби крові, гангрена, цинга, тромбоз судин, ангіоневрози, аневризми, психічні захворювання, активна форма туберкульозу, венеричні захворювання, гострий і хронічний остеомієліт, недостатність кровообігу та легенева і серцева недостатність 3-го ступеня, СНІД [2]. За таких захворювань масаж категорично протипоказаний.

Тимчасово масаж не рекомендується проводити при таких порушеннях: гнійні процеси будь-якої локалізації і різні захворювання шкіри, підвищена температура, гострі гарячкові стани, запалення лімфатичних судин і вузлів, гострі запальні процеси, різні кровотечі, гіпер- і гіпотонічні кризи мозкових судин, нудота, блювота, біль в животі, алкогольне сп'яніння. Масаж протипоказаний на тих областях тіла, де є алергічні висипання, розширені вени, трофічні зміни шкіри, виступаючі над шкірою родимки і бородавки, псоріаз, екзема, нейродерміт, ліпоми, гемангіоми й інші доброякісні пухлини. Масаж грудних залоз протипоказаний при будь-якому їх захворюванні. При каменях у жовчному міхурі і сечовивідних шляхах,

ендометріозі, кісті яєчників, міомі матки, фіброми, аденомі передміхурової залози можна масажувати поперекову область і живіт. На животі масаж протипоказаний при грижах, вагітності, а після абортів дозволяється через 2 місяці [2]. Усі ці протипоказання грамотний фахівець зобов'язаний враховувати у своїй роботі, так як головний принцип масажиста, як і лікаря: «не нашкодь».

Різні джерела, описуючи масажні прийоми, дають різну інформацію з приводу їх назв, кількості та класифікації. Але багато авторів все ж пропонують зберегти вже сформовані методики, застерігаючи від необґрунтованого прагнення деяких фахівців змінити техніку маніпуляцій, ускладнюючи існуючі. Тому в ході навчання масажу недоцільно вивчати і використовувати різні прийоми, які мають однакову цільову спрямованість, а також варто відмовитися від застосування прийомів, які є малоефективними і не сприяють вирішенню поставленого завдання [2].

Основні прийоми класичного масажу класифікуються за їх впливом на різні структури організму, а також на центральну і периферичну нервову систему. Спробуємо охарактеризувати найбільш розповсюджену класифікацію прийомів за їх впливом:

1. на шкіру і підшкірну жирову клітковину впливають такі прийоми: погладження, вижимання, розтирання, ударні прийоми;

2. прийоми, що впливають на м'язи: вичавлювання, розминка, ударні прийоми, прийоми руху;

3. на периферичні відділи нервової системи впливають розтирання і вібрація [2].

Класифікація прийомів за їх фізіологічною дією на нервову систему:

1. заспокійливі прийоми: погладження, прийоми що струшують, вібрація;

2. тонізуючі прийоми: вижимання, ударні прийоми.

Такі прийоми, як розминка і розтирання можуть чинити і тонізуючий, і заспокійливий вплив на нервову систему в залежності від характеру їх виконання. Узагальнюючи вищенаведене, можна сформулювати основні прийоми класичного масажу. До них належать:

- погладження;
- вижимання;
- розминка;
- розтирання;
- струшуючі прийоми;
- ударні прийоми;
- вібрація.

Всі перераховані вище та інші фактори теорії масажу (види, прийоми, фізіологічний вплив тощо) описані у багатьох авторитетних джерелах та є необхідною базою для кожного масажиста. Однак більшість фахівців, пройшовши школу масажу, вивчивши теорію, техніку і прийоми масажу, маючи достатньо практики, все ж допускають помилки на початку своєї професійної діяльності. З метою запобігання грубих помилок у молодих фахівців, розглянемо найпоширеніші з них. Першою в списку помилок зазначимо відсутність первинного опитування клієнта. Замало просто запитати: «На що Ви скаржитесь?». Важливо дізнатися, чи є у потенційного клієнта протипоказання до будь-якого виду масажу, з'ясувати його поточні або недавно пережиті захворювання, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, хронічні та супутні захворювання, по можливості зібрати весь анамнез. Не маючи такої інформації, можна неправильно підібрати методику масажу, а отже, не тільки не надати допомоги пацієнтові, але й нашкодити йому.

Відсутність попереднього огляду позбавляє фахівця важливої інформації: чи має місце сколіоз

і який (від цього буде залежати методика впливу на м'язи з тієї чи іншої сторони від хребта); симетричність і положення лопаток, плечей, колінних чашечок; стан шкіри і білків очей – такі спостереження можуть дати об'єктивну інформацію про пацієнта, яка не тільки дозволить підібрати правильний комплекс методів, але і захистить самого масажиста від зараження шкірними або іншими захворюваннями. Деякі фахівці з метою економії часу або з бажання справити враження «сильного майстра» застосовують поглиблений масаж на непідготовлені м'язи. У результаті, м'язи не розслабляються, а, навпаки, спазмуються і масаж не приносить бажаного результату. Надмірний вплив на м'язи, без урахування індивідуальних особливостей пацієнта, може призвести до больового шоку. Необхідно постійно тримати контакт з клієнтом, прислухаючись до його відчуттів. Ні в якому разі не варто нехтувати такими прийомами як погладження і розтирання. Погладження має на меті не просто розтирання масла, але підготовку шкіри і прилеглих тканин до подальшого масажу. Розтирання розігріває шкірні покриви і цей прийом необхідно проводити до тих пір, поки на шкірі не з'явиться легка гіперемія. Тут також є свої особливості: надто слабкий тиск, велика відстань між руками, маленька амплітуда руху – всі ці дефекти у виконанні прийому не дозволять досягти бажаного результату. Часто масажисти пропускають такі прийоми як вібрація і биття, що робить масаж не закінченим і значно знижує його ефективність.

Деякі масажисти у своїй роботі не враховують напрямок крово- і лімфотоку. Причиною цього є необізнаність в анатомії і фізіології людини, а результатом можуть стати значні порушення в роботі організму пацієнта. Напрямок рухів, особливо глибоких, має бути по ходу лімфотоку і від центру до периферії. Багато масажистів у своїй практиці нехтують пасивними рухами, але вони мають важливе значення, адже розслаблюють зв'язки і суглоби. Рекомендуються виконувати їх в кінці масажу. Неправильна кількість масла сильно знижує результативність масажу. Якщо взяти занадто багато – то не буде хорошого зчеплення рук з тілом і майстер не зможе захопити м'яз. Якщо ж масла буде недостатньо, то масажні прийоми будуть викликати роздратування шкірних покривів. Підбирати кількість масла слід індивідуально, залежно від стану і характеристик поверхні шкіри. Виконуючи прийоми розминання, неправильним буде захоплювати лише шкіру і шар підшкірної жирової клітковини. Необхідно зачіпати м'яз. Якщо ж клієнт надто великий, а руки масажиста маленькі і не можуть зачепити м'яз, варто комбінувати рухи і працювати в основному основами долонь. У той же час, глибина впливу не повинна бути поверхневою, так як в такому випадку результативність буде мінімальною.

Такий додатковий прийом як «прокатування валика» є дуже ефективним і часто застосовується в класичному та інших видах масажу. Однак у його виконанні нерідко зустрічаються похибки, такі як: відсутність плавності в русі – у результаті валик вислизає із захоплення; різкий відрив складки в кінці руху – рух слід

довести до кінця вижиманням складки; надто велике захоплення – в цьому випадку формується подвійна складка, яку незручно вести і прийом втрачає свою ефективність. Часто початківці масажисти використовують прийоми мануальної терапії, не будучи підкованими в цьому питанні, що може принести шкоду здоров'ю пацієнта. Професіонал відрізняється тим, що робить тільки те, що вміє робити добре. Важливий також розподіл часу між прийомами масажу. Надто короткий проміжок часу, відведений на якийсь конкретний прийом, зводить нанівець роботу масажиста; надто довгий – не дасть майстру приділити достатньо часу іншим прийомам, що також значно знижить ефективність масажу, або ж надто затягне процедуру.

Негативний вплив на клієнта може чинити гучна музика в масажному кабінеті. Пацієнт не може розслабитися і отримати максимальну користь від процедури. Не коректним буде обіцяти певний результат за конкретний час, так як організм у кожної людини по-різному реагує на одні і ті ж маніпуляції і може знадобитися додатковий час або додаткові процедури. Кількість сеансів підбирається індивідуально, відповідно до захворювання та з урахуванням реакції організму. Масажисту не варто всю відповідальність за результат брати на себе, необхідно розділити її із самим пацієнтом, даючи йому рекомендації з приводу фізичних вправ, правильного харчування, питного режиму та інших принципів здорового способу життя. Тільки спільна робота майстра і клієнта принесе бажаний, довгостроковий результат.

## Висновки

Таким чином, на сьогодні суспільство має особливу потребу в кваліфікованих фахівцях у сфері масажу. Саме за допомогою масажу людина може відновити втрачені сили, при чому не тільки у фізичній, але і в психоемоційній сфері, повернути рухливість суглобів, привести в тонус або розслабити потрібні групи м'язів. Лікувальний масаж також є ефективним методом лікування і профілактики різних захворювань, широко використовується в якості косметичних процедур.

Через те, що масажні прийоми чинять потужний вплив на весь організм, необхідно точно знати, які прийоми, в якому випадку слід застосовувати. Помилки в роботі масажиста можуть стати причиною серйозних порушень в роботі організму, тому, оволодіваючи професією масажиста, необхідно враховувати всі протипоказання та можливість виникнення певних проблем. Результати дослідження можуть бути використані в освітньому процесі при навчанні фахівців з масажу з метою підвищення їх кваліфікації, попередивши допущення небажаних помилок у професійній діяльності.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

## Список використаної літератури

1. Васичкин, В. И. (2018). *Большая иллюстрированная энциклопедия массажа*. Издательство АСТ.
2. Погосян, М. М. (2002). *Лечебный массаж: учебн. для студ. высш. уч. зав., обуч. по спец. «Физическая культура для лиц, с отклонениями в состоянии здоровья» (адаптивная физическая культура)*. Советский спорт.
3. Куничев, Л. А. (1979). *Лечебный массаж (справочник для средних медицинских работников)*. Медицина.
4. Лужковская, Ю. (2012). *Лечебный массаж внутренних органов*. Питер.
5. Фокин, В. Н. (2004). *Полный курс массажа: учебн. пос. (2-ге вид.)*. ФАИР ПРЕСС.
6. Фадеева, А. (2010). *Остеохондроз. Как победить боль*. Питер.
7. Бирюков, А. А. (2004). *Лечебный массаж: учебн. для студ. высш. уч. зав. Академия*.

**References**

1. Vasichkin, V. I. (2018). *Bolshaya illyustrirovannaya entsiklopediya massazha*. Izdatelstvo AST.
2. Pogosyan, M. M. (2002). *Lechebnyiy massazh: uchebn. dlya stud. vyssh. uch. zav., obuch. po spets. «fizicheskaya kultura dlya lits, s otkloneniymi v sostoyanii zdorov'ya» (adaptivnaya fizicheskaya kultura)*. Sovetskiy sport.
3. Kunichev, L. A. (1979). *Lechebnyiy massazh (spravochnik dlya srednih meditsinskih rabotnikov)*. Meditsina.
4. Luzhkovskaya, Yu. (2012). *Lechebnyiy massazh vnutrennih organov*. Piter.
5. Fokin, V. N. (2004). *Polnyiy kurs massazha: uchebn. pos. (2-ge vid.)*. FAIR PRESS.
6. Fadeeva, A. (2010). *Osteohondroz. Kak pobedit' bol*. Piter.
7. Biryukov, A. A. (2004). *Lechebnyiy massazh: uchebn. dlya stud. vyssh. uch. zav. Akademiya*.

**Інформація про авторів:**

**Корженко Ірина Олександрівна**  
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання, Український гуманітарний інститут, м. Буча, Україна.  
<https://orcid.org/0000-0003-3182-3846>  
e-mail: i.korzenko@karazin.ua

**Лівак Петро Євгенійович**  
кандидат юридичних наук, доцент, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання, Український гуманітарний інститут, м. Буча, Україна.  
[orcid.org/0000-0002-0136-2607](https://orcid.org/0000-0002-0136-2607)  
e-mail: livak777@meta.ua

**Малова Нінель Валеріївна**  
студентка спеціальності «Реабілітація та масаж», кафедра теорії та методики фізичного виховання, Український гуманітарний інститут, м. Буча, Україна.  
[orcid.org/0000-0003-0156-2908](https://orcid.org/0000-0003-0156-2908)  
e-mail: malova@meta.ua

Дослідження

# Використання засобів фізичної терапії в реабілітації пацієнтів похилого віку з уламковим переломом лівого ліктьового виростка зі зміщенням (клінічний випадок)

Олена Сивенко, Ліна Конопля

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

## Анотація

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.05

Надіслано: 29.01.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Сивенко, О., Конопля, Л. (2022). Використання засобів фізичної терапії в реабілітації пацієнтів похилого віку з уламковим переломом лівого ліктьового виростка зі зміщенням (клінічний випадок). *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 21-23. doi: 10.15391/prrht.2022-7.05

## Citation:

Syvenko, O. & Konoplia, L. (2022). The use of physical therapy in the rehabilitation of elderly patients with a fragmentary fracture of the left ulnar condyle with displacement (clinical case). *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 21-23. doi: 10.15391/prrht.2022-7.05

Відповідальний автор  
**Сивенко Олена Леонідівна**  
(Olena Syvenko)  
асистент кафедри спортивної,  
фізичної та реабілітаційної медицини,  
фізичної терапії та ерготерапії  
Харківський національний медичний  
університет, Харків, Україна  
e-mai: doctorhelensyvenko@gmail.com



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом  
поширюється на умовах Creative Commons  
Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Збільшення частоти переломів кісток у людей похилого віку пов'язане зі змінами якісного та кількісного складу кісткової тканини [6]. В результаті пошкоджень опорно-рухового апарату у хворих часто розвиваються важкі функціональні порушення, що приводять до інвалідності у зв'язку зі зменшення амплітуди рухів в суглобах, сили та тону м'язів, втрати можливості повноцінного самообслуговування в побуті, що, зрештою, призводить до обмеження працездатності та зниження якості життя пацієнтів [5]. Мета дослідження: оцінка результатів практичного застосування програми фізичної реабілітації, що базується на поєднанні методів та засобів фізичної реабілітації, завдяки чому скорочується термін та покращується якість відновлення хворих після перелому кісток ліктьового суглобу. Матеріал і методи: представлено клінічний випадок із застосування реабілітаційного комплексу у пацієнта похилого віку з уламковим переломом лівого ліктьового виростка зі зміщенням. Результати: через 5 тижнів від початку реабілітаційного впливу у пацієнта з переломом лівого ліктьового виростка зі зміщенням було досягнуто повне відновлення обсягу рухів у ліктьовому суглобі без використання медикаментозних засобів. Висновки: пацієнту похилого віку з уламковим переломом лівого ліктьового виростка зі зміщенням був підібраний правильний план індивідуальної програми реабілітації для відновлення рухливості ліктьового суглоба.

**Ключові слова:** перелом ліктьового відростка ліктьової кістки, комплаєнс, фізична реабілітація, масаж, ЛФК.

## Abstract

**Olena Syvenko & Lina Konoplia. The use of physical therapy in the rehabilitation of elderly patients with a fragmentary fracture of the left ulnar condyle with displacement (clinical case).** The increase in the frequency of bone fractures in the elderly is associated with changes in the qualitative and quantitative composition of bone tissue. As a result of musculoskeletal disorders, patients often develop severe functional disorders that lead to disability: reduced range of motion in the joints, strength and muscle tone, loss of ability to full self-care in everyday life, which ultimately leads to disability and reducing the quality of life of patients. The purpose of the study: to evaluate the results of the practical application of the physical rehabilitation program, based on a combination of methods and means of physical rehabilitation, which reduces the time and improves the quality of recovery of patients after fractures of the elbow. Material and methods: a clinical case of the application of the rehabilitation complex in an elderly patient with a fragmentary fracture of the left ulnar condyle with displacement is presented. Results: 5 weeks after the start of rehabilitation treatment in a patient with a fracture of the left ulnar condyle with displacement, complete recovery of range of motion in the elbow joint was achieved without the use of drugs. Conclusions: An elderly patient with a fragmentary fracture of the left ulnar condyle with a displacement was selected the correct plan of an individual rehabilitation program to restore mobility of the elbow joint.

**Keywords:** fracture of the ulnar process of the ulna, physical rehabilitation, massage, compliance.

## **Вступ**

Перелом ліктьового відростка ліктьової кістки становлять близько 1,5% від усіх переломів кісток та виникає переважно внаслідок безпосередньої дії прямої механічної сили [1, 6]. Результати лікування травм ліктьового суглоба в багатьох випадках, на жаль, залишаються незадовільними [6]. Нерідко, незважаючи на тривале лікування, повне відновлення функції кінцівки виявляється неможливим, в тому числі у зв'язку з низьким комплаєнсом, тобто прихильністю та готовністю пацієнта до лікування та реабілітації.

Задача комплексної реабілітації травмованих після внутрішньосуглобових переломів ліктьового суглоба має на меті повне відновлення порушених функцій організму, обсягу рухових навичок хворого та його працездатності [1]. У загальному комплексі лікувальних засобів, спрямованих на нормалізацію функції ліктьового суглоба, відновний реабілітаційний вплив займає особливе місце, від якого часто залежить сприятливий прогноз лікування хворого в цілому. Незалежно від вибору метода лікування внутрішньосуглобових переломів ліктьового суглоба засоби фізичної реабілітації – лікувальна фізична культура, лікувальний масаж є провідними при вирішенні цих завдань [3, 4].

**Мета дослідження:** оцінка результатів практичного застосування програми фізичної реабілітації, що базується на поєднанні методів та засобів фізичної реабілітації, завдяки чому скорочується термін та покращується якість відновлення хворих після перелому кісток ліктьового суглобу.

## **Матеріал і методи дослідження**

До вашої уваги представлено клінічний випадок, особливістю якого є перший практичний досвід студентки 4 курсу медичного факультету нашого університету із застосування реабілітаційного комплексу у пацієнта похилого віку з уламковим переломом лівого ліктьового відростка зі зміщенням.

З анамнезу життя та хвороби пацієнта відомо: 82 роки, харків'янин, має вищу економічну освіту, веде здоровий спосіб життя, шкідливі звички заперечує, алергічних реакцій не відмічає. У віці 65 років переніс перший інфаркт, у 72 – другий. Робоча рука – ліва.

Перебіг захворювання: госпіталізований взимку, травма внаслідок падіння на слизькій дорозі. Скарги на біль у області лівого ліктьового суглоба, порушення функції лівої верхньої кінцівки. В області травми спостерігався набряк, деформація та болючість при пальпації. Спроби рухів у ліктьовому суглобі – різко обмежені через болючість. Оцінка за аналоговою шкалою болю ВАШ – 5 балів. На рентгенограмі візуалізовано уламковий перелом лівого ліктьового відростка зі зміщенням. Дані лабораторних досліджень у межах вікової норми. Пацієнту було проведено оперативне лікування: відкрита репозиція методом металлоостеосинтезу за Вебером, перебіг післяопераційного періоду – без ускладнень з плановою медикаментозною підтримкою: антибіотикотерапія, судинна і протизапальна терапія, антикоагулянти та іммобілізація гіпсовою пов'язкою. Рекомендоване спостереження у травматолога в поліклініці за місцем проживання, іммобілізація лівої верхньої кінцівки до 4 тижнів.

Пацієнт надав поінформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження проводилося відповідно до Гельсінської декларації.

## **Результати дослідження та їх обговорення**

Як відомо, важливим фактором відновлення

після переломів ліктьового суглоба є своєчасна і добре організована реабілітація травматологічних хворих з обов'язковим використанням лікувального масажу та ЛФК як основних засобів фізичної реабілітації [4]. Реабілітаційний вплив розпочався під час абсолютної іммобілізації, на основі загальнорозвиваючих і дихальних вправ використовувались спеціальні вправи для вільних від іммобілізації суглобів пальців і плечового суглоба, ідеомоторні рухи в ліктьовому суглобі. Комплекс лікувальних вправ включав ізометричну напругу м'язів, спочатку впродовж 2-3 секунд, а в кінці тижня – 5-7 секунд, тривалість його – 10-15 хвилин, надалі доводили його до 20-30 хвилин. Вправи з динамометром почали проводити пацієнту з десятого дня післяопераційного періоду, по 5-7-10 разів в три підходи. Протягом дня проводилося лікування положенням: пошкодженій кінцівці надавали, по можливості, відведене і підвищене положення, що сприяло зменшенню набряку, болю і попередженню тугорухомості в плечовому суглобі.

Після зняття іммобілізаційної пов'язки, через 4 тижні після травми, проводився лікувальний масаж лівої верхньої кінцівки. Головними завданнями масажу були: усунути гіпотрофію м'язів верхньої кінцівки, відновити рухомість ліктьового суглобу [2, 5]. Для найбільшого ефекту спочатку проводили масаж ділянки вище місця, де була іммобілізація, а потім – на ушкодженій ділянці, де виконували усі масажні прийоми: погладження, вижимання, поверхневе розтирання, розминання м'язів та їх сухожилля, 1 раз на день впродовж 15-20 хвилин. Поступово, впродовж тижня, тривалість збільшувалась до 30 хвилин. Загалом курс склав 21 день.

Курс лікувальної фізичної терапії складався із спеціальних вправ з дотриманням наступних умов: вправи виконували з полегшених вихідних положень (опора руки на поверхні столу, занурення її у воду, слизька поверхня); використовували тільки такі активні рухи, амплітуда яких обмежувалася безболісним розтягуванням м'язів; виключили вправи, що викликали неприємні відчуття в суглобі. Вправи проводилися на горизонтальній поверхні, сидячи за столом, виконували ковзаючі рухи передпліччям по полірованій поверхні столу, згинання і розгинання в ліктьовому суглобі з підтримкою здоровою рукою; похитування в ліктьовому суглобі з вихідного положення сидячи попере стільця з опорою плеча на спинку стільця; активні рухи в плечовому і променевоzap'ястковому суглобі, суглобах пальців рук. Також застосовували вправи, які збільшують рухливість в ліктьовому суглобі. Вправи виконували з вихідного положення – сидячи за столом з опорою на передпліччя, сидячи на стільці, стоячи з нахилом тулуба вперед і виконують рухи в згинанні і розгинанні в ліктьовому суглобі, вправи без предметів і з предметами, за допомогою здорової руки [1, 3, 4, 5]. Поступово включали ротаційні рухи передпліччям, вправи з невеликим обтяженням, з опорою. Тривалість занять фізичними вправами становила від 20 до 40 хвилин.

Багато уваги приділяли проведенню вправ з динамометром, які почали проводити пацієнту, як зазначили раніше, з десятого дня іммобілізаційного періоду, по 5-7-10 стискань в три підходи, потім збільшили до 15-20 натискань та в 4 підходи. Загальна тривалість вправ з динамометром склала 10-15 хвилин.

Через 5 тижнів від початку реабілітаційного впливу у пацієнта з переломом лівого ліктьового відростка зі зміщенням було досягнуто повне відновлення обсягу рухів у ліктьовому суглобі без використання медикаментозних засобів.

## **Висновки**

У наведеному клінічному випадку ми бачимо, що пацієнту похилого віку з уламковим переломом лівого ліктьового виростка зі зміщенням був підібраний правильний план індивідуальної програми реабілітації для відновлення рухливості ліктьового суглоба. Слід відзначити велику роль комплаєнсу, тобто готовності даного пацієнта виконувати рекомендації лікаря, його сумлінність і схильність до лікування та реабілітації. Однак існують хворі, в яких навіть після довготривалого реабілітаційного періоду не досягається відновлення рухливості в ліктьовому суглобі і функцій м'язового апарату кінцівки. Такі пацієнти, насамперед, відмовляються з тих чи інших причин виконувати в повному обсязі програму реабілітації, що може стати причиною неможливості відновлення в повному обсязі

функцій ушкодженої кінцівки та значного погіршення якості життя в цілому, а в більш віддалених перспективах може призвести до інвалідності.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з розробкою загальнодоступного алгоритму реабілітаційних програм із використанням поєданого впливу фізичних вправ, масажу як моделі дієвої реабілітаційної допомоги при травмах опорно-рухового апарату з підвищенням комплаєнсу, тобто прихильності та готовності пацієнта до реабілітації.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

## **Список використаної літератури**

1. Без'язична, О.В. (2015). *Комплексна фізична реабілітація після внутрішньосуглобових переломів ліктьового суглоба: метод. рекомендації*. Харків.
2. Єфіменко, П.Б. (2013). *Техніка та методика масажу: навчальний посібник для студ. ВНЗ фіз. вих. і спорту*, Харків.
3. Мухін, В.М. (2009). *Фізична реабілітація. Підручник*, Київ.
4. Мятига, О.М. (2013). *Матеріали для читання лекцій. Фізична реабілітація в травматології та ортопедії*, Харків.
5. Пархотик, І.І. (2007). *Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей*, Киев.
6. Голка, Г.Г. (2014). *Травматология та ортопедія*, Вінниця.

## **References**

1. Bez'iazychna, O.V. (2015). *Kompleksna fizychna reabilitatsiia pislia vnutrishnosuhlobovykh perelomiv liktovoho suhloba: metod. rekomendatsii*. Kharkiv.
2. Yefimenko, P.B. (2013). *Tekhnika ta metodyka masazhu: navchalnyi posibnyk dlia stud. VNZ fiz. vykh. i sportu*, Kharkiv.
3. Mukhin, V.M. (2009). *Fizychna reabilitatsiia. Pidruchnyk*, Kyiv.
4. Miatyha, O.M. (2013). *Materialy dlia chytannia lektsii. Fizychna reabilitatsiia v travmatologii ta ortopedii*, Kharkiv.
5. Parhotik, I.I. (2007). *Fizicheskaya reabilitatsiya pri travmah verhnih konechnostey*, Kiev.
6. Holka, H.H. (2014). *Travmatologhiia ta ortopediia*, Vinnytsia.

## **Інформація про авторів:**

**Сивенко Олена Леонідівна**  
асистент кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини, фізичної терапії та ерготерапії  
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
e-mai: doctorhelensyvenko@gmail.com

**Конопля Ліна Андріївна**  
здобувачка вищої освіти І медичного факультету, 4 курсу  
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
e-mai: konopialina1@gmail.com

Дослідження

# Специфічні аспекти організації процесу самовиховання спортсменів паролімпійців

Людмила Шуба<sup>1</sup>, Вікторія Шуба<sup>2</sup>, Віктор Шуба<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Національний університет «Запорізька політехніка», Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup>Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту, Дніпро, Україна

<sup>3</sup>Університет імені Альфреда Нобеля, Дніпро, Україна

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.06

Надіслано: 04.02.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Шуба, Л., Шуба, В., Шуба, В. (2022). Специфічні аспекти організації процесу самовиховання спортсменів паролімпійців. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 24-29. doi: 10.15391/prrht.2022-7.06

## Citation:

Shuba, L., Shuba, V. & Shuba V. (2022). Specific aspects of self-discipline organizational process for the Paralympic sportsmen. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 24-29. doi: 10.15391/prrht.2022-7.06

✉ Відповідальний автор

**Шуба Людмила Вікторівна**  
(Lyudmila Shuba)

доцент, кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри управління фізичною  
культурою та спортом  
Національний університет «Запорізька  
політехніка», Запоріжжя, Україна.  
orcid.org/0000-0002-8037-4218  
e-mail: mila.shuba@gmail.com



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом  
поширюється на умовах Creative Commons  
Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Анотація

Розкрито суть організації процесу самовиховання спортсменів-паролімпійців. Визначена необхідність урахування індивідуально-особистісних особливостей спортсменів-паролімпійців у організації процесу самовиховання. Обґрунтовано й експериментально перевірено педагогічні умови (урахування специфіки життєдіяльності спортсменів-паролімпійців; створення виховуючого середовища, яке сприяє організації процесу самовиховання спортсменів-паролімпійців), які сприяють адекватній організації процесу самовиховання спортсменів-паролімпійців; засвоєнню отриманих знань про свої особливості особистості; освоєнню особливостей поведінкових реакцій у різних екстремальних ситуаціях життєдіяльності; розвитку всіх сфер особистості; реалізації своїх можливостей у спортивній і соціальній діяльності. Результатами експериментальної роботи доведено, що обрані педагогічні умови ефективно сприяють організації процесу самовиховання у спортсменів-паролімпійців.

**Ключові слова:** педагогічні умови, спортсмени-паролімпійці, самовиховання, програма самовиховання.

## Abstract

**Lyudmila Shuba, Victoria Shuba & Victor Shuba. Specific aspects of self-discipline organizational process for the Paralympic sportsmen.** There was revealed the essence of self-discipline organizational process for the Paralympic sportsmen. The necessity of taking into account the individual differences of the Paralympic sportsmen in the self-discipline organizational process was determined. Were given proofs and experimentally checked the structure of pedagogical conditions which help to organize self-discipline process for the Paralympic sportsmen; mastering of given knowledge about individual characteristics; learning of individual behavior in different experimental situations; the development in all spheres; realization of abilities in sport and life. The results of the experimental work prove that chosen pedagogical conditions help to organize self-discipline process for the Paralympic sportsmen.

**Keywords:** pedagogical conditions, the Paralympic sportsmen, program, self-discipline process.

## Вступ

Прогресивні країни керуються загальною стратегічною метою – досягнення повної участі людей з особливими потребами в суспільному житті та своєчасне включення всіх питань, пов'язаних з життєдіяльністю громадян з особливими потребами до всіх напрямків державної політики, сповідають керівні принципи заборони дискримінації, забезпечення рівності можливостей, поваги до відмінностей та визнання фізичної неспроможності як частини людського розмаїття, гідності та автономності особи, в тому числі й свободи здійснювати власний вибір [4, 6].

Складовою адаптивної фізичної культури є адаптивний спорт [2, 5, 8]. Згідно з Цільовою комплексною програмою «Фізичне виховання – здоров'я нації» основним напрямком розвитку спорту серед людей з особливими



потребами є: створення цілісної програми підготовки у спорті вищих досягнень, що сприяла б розвитку видів спорту, в яких спортсмени з особливими потребами можуть досягти високих результатів на вітчизняних та міжнародних змаганнях; збереження та вдосконалення системи підготовки спортивних резервів, поліпшення функціонування спеціальних дитячо-юнацьких реабілітаційно-спортивних шкіл для дітей з особливими потребами.

Якщо фізичне виховання створює початкову базу для різнобічного розвитку фізичних здібностей і рухових навичок, передумови для формування рухової бази, то адаптивний спорт сприяє повному розкриттю цих можливостей і дозволяє відчувати почуття радості, повноти життя і володіння своїм тілом, подолання певних труднощів [2, 5, 7].

Адаптивний спорт сприяє інтеграції людей з обмеженими можливостями у суспільне життя. Він дозволяє розширити соціальні контакти. У спорті люди з обмеженими можливостями отримують можливість самореалізації та самовдосконалення. Крім цих психологічних елементів участь у спортивному русі сприяє активізації усіх систем організму, моторної корекції та формування ряду необхідних рухових компенсацій. І це, в свою чергу, істотний фактор фізичної та соціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями [4, 6, 9].

Спорт людей з особливими потребами існує і розвивається. Сьогодні число спортсменів з особливими потребами в Україні, які беруть участь у міжнародних змаганнях, збільшилося майже втричі [4, 6, 8]. Передбачається, що спортивні заняття повинні носити оздоровчий або функціональний характер. При цьому навантаження не перевищують меж, допустимих для адаптаційних можливостей організму [2, 7, 9].

Паралімпійська програма вимагає від спортсмена регулярної системи тренування, участі у всіх великих міжнародних змаганнях, а головне – рівня спортивної майстерності не нижче I-II дорослих розрядів. По суті, паралімпійські ігри являють собою олімпійські ігри, але для людей з обмеженими можливостями, тобто вимагають використання всіх резервних можливостей організму в період як змагань, так і тренувань. На даному етапі розвитку паралімпійського руху спортсмени отримують спортивні звання, аж до найвищих. Тобто, спортивну діяльність паралімпійців розглядають на рівні спортивної діяльності «здорових» спортсменів, яка у свою чергу ставить ціллю отримання перемоги у змаганнях. Паралімпійський спорт дає потужний стимул для мобілізації резервних можливостей організму. Так, людина, яка має тяжкий недуг чи тяжку травму, знаходячись у нерухомому стані, бачать життєрадісні обличчя спортсменів паралімпійців, починає рухатися [1, 4, 8, 9].

Багаторічний досвід закордонних і вітчизняних спеціалістів (B.I. Воронова, Ie. Prystupa, Iu. Briskin, M. Roztorhuy, A. Perederii, K. Yazicioglu, F. Yavuz, A.S. Goktere, та інших) відмічають, що найбільш дієвим засобом реабілітації людей з вадами опорно-рухового апарату є зайняття фізичними вправами [2, 6, 9].

Ефективність підготовки спортсмена визначається на змаганнях, але навіть найдосконала підготовка не гарантує перемоги. Саме непередбачуваність результатів і робить спортивні змагання завжди цікавими та видовищними, тому пошук нових методів підготовки, тактики і стратегії змагальної поведінки, творчих знахідок і невдач – це доля усіх учасників тренувального процесу. Тому обрана тема є своєчасною та актуальною.

**Мета даного дослідження** – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити шляхи

підвищення ефективності діяльності у організації процесу самовиховання спортсменів паралімпійців.

### **Матеріал і методи дослідження**

В основу дослідження покладена концепція, згідно якої одним з основних чинників є урахування психологічних та анатомо-фізіологічних особливостей спортсменів-паралімпійців та використання нових педагогічних технологій, які впливають на активність у процесі самовиховання; здатність до самоактуалізації, самоорганізації та саморегуляції власного розвитку.

Дослідження проводився протягом восьми років на базі обласної організації спортсменів-інвалідів «Інваспорт» і Національної паралімпійської бази «Україна». У ньому брали участь 92 особи. Було створено одну експериментальну і одну контрольну групи. В експериментальній групі було 46 спортсменів-паралімпійців, які займаються гральними видами спорту (футбол, баскетбол, волейбол). У контрольній групі було 46 осіб, які не мають відхилень і є членами спортивних гральних команд. Спостереження здійснювалося за трьома командами одночасно.

Усі учасники дали свою поінформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження проводилося відповідно до Гельсінської декларації.

Успіх організації процесу самовиховання у багатьох випадках визначається тими умовами, в яких він будується. Створення найсприятливіших умов для реалізації позитивних і ресурсних можливостей стає рушійною силою розвитку особистості, тобто необхідною умовою для самовиховання і всебічного розвитку. Якщо успішне виникнення, розвиток і удосконалення стають можливими, то будь-яке явище, процес, об'єкт, обставина стають умовою розвитку чи організації.

Умови можуть бути класифіковані як зовнішні, так і внутрішні, як об'єктивні, так і суб'єктивні. Якщо об'єктивні зовнішні умови опосередковуються, переломлюючись у свідомості індивідів і груп, їхнім досвідом, інтересами, настановами, то умова перетворюється на внутрішній чинник. Об'єктивні умови створюють можливість для перетворення знань у переконання, а через них – у позитивну творчу діяльність і активність у всіх сферах життя. Умови можуть бути довгостроковими та терміновими, гнучкими і негнучкими, позитивними та негативними. Умови, які мають суттєві характеристики, як об'єктивні та зовнішні, відображають соціальні умови; умови, що мають об'єктивно-суб'єктивні прояви, належать до соціально-педагогічних або соціально-психологічних умов; умови, що характеризуються суб'єктивними та внутрішніми обставинами, відбивають психологічні або психолого-педагогічні умови [1, 2, 4, 7].

На основі теоретичного аналізу особливостей організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців, узагальнення психолого-педагогічного досвіду та проведеного наукового дослідження відмічаємо, що ефективність організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців гральних видів спорту може бути забезпечена реалізацією таких педагогічних умов:

1. Врахування специфіки життєдіяльності спортсменів-паралімпійців.

2. Створення виховуючого середовища, що сприяє організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців.

Реалізація першої педагогічної умови – врахування специфіки життєдіяльності спортсменів-паралімпійців – пов'язана із аналізом поняття «життєдіяльність спортсменів-паралімпійців»

вітчизняними та зарубіжними вченими, а також визначенням його впливу на молоду особистість, у контексті нашого дослідження – спортсменів-паралімпійців гральних видів спорту.

Реалізація другої педагогічної умови – створення виховуючого середовища, що сприяє організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців – пов'язана із аналізом поняття «виховуюче середовище», а також визначенням його виховного впливу на особистість спортсмена-паралімпійця.

Враховуючи вище сказане нами була розроблена і запропонована програма організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців. Основна мета якої сприяти психологічній адаптації спортсмена у навчально-тренувальній діяльності та суспільстві, вміти розкрити свої можливості під час змагань різного рівня.

Програма по організації процесу самовиховання із урахуванням педагогічних умов для спортсменів-паралімпійців була розрахована на 9 місяців і складалася із трьох етапів. Зустрічі проходили у той же час, у тому ж місці. Це створювало середу, яка необхідна для формування довірливих відносин. Кожному учаснику надавалося приблизно однаковий час і можливість участі у груповому процесі.

Педагогічна програма складається із 9 занять. Оптимальний час проведення занять 45 хвилин на добу, тривалість 9 діб. Впровадження педагогічної програми відбувалося під час навчально-тренувальних зборів. Спортивна діяльність має свої особливості, графік тренування та відпочинку, особливості спортивного середовища. У нашій роботі був обраний оптимальний графік проведення диференційованої педагогічної програми організації процесу самовиховання із урахуванням педагогічних умов, з урахуванням особливостей спортивного графіку та функціонування організму та психіки спортсменів-паралімпійців, які мають ураження опорно-рухового апарату. За результатами наукової роботи було встановлено, що заняття пролонговані у часі дають більш стійкий результат, ніж заняття, які тривали протягом двох діб.

З методичної точки зору, кожне заняття мало три частини. Ця схема проведення занять відповідає побудованню тренувального заняття спортсменів-паралімпійців у спортивній діяльності.

На першому занятті запроваджуються правила роботи у групі, які у подальшому сприятливо впливають на корекційну роботу та взаємодовіру між членами групи. Всі вправи чітко регламентувалися часом.

Кожний етап програми по організації процесу самовиховання із урахуванням педагогічних умов мав свою динаміку. Це залежало від цілі та завдань кожного етапу.

На I етапі перше заняття присвячене знайомству, організаційним питанням і проясненням очікувань. На 2-8 заняттях проходила динамічна та активна робота по самопізнанню.

На II етап перше заняття присвячено аналізу щоденника самозвіту і його реструктуризації. На 2-4 занятті – спортсмени-паралімпійці переборювали життєві критичні ситуації. На 5 занятті застосовувалася вправа «Дерево ресурсів». На 6-8 занятті – спортсмени-паралімпійці переборювали життєві критичні ситуації. На 9 занятті – підведення підсумків.

На III етапі спортсмени-паралімпійці працювали більш самостійно і робота була направлена на створення оптимальних психолого-педагогічних умов організації процесу самовиховання у життєдіяльності. Ця робота проводилася на 1-8 занятті. Була направлена на роботу із кожним спортсменом, і відбувалася в умовах групової роботи. На 9 день III етапу програ-

ми підводилися підсумки проведення усієї програми по організації процесу самовиховання із урахування педагогічних умов для спортсменів-паралімпійців.

Також у своїй педагогічній програмі ми використовували комплекс, який включає у себе чотири основних блоки: діагностичний, установочний, корекційний, блок оцінки ефективності корекційних впливів. Ця програма відноситься до інтерактивного та ігрового навчання із активним включенням у роботу спортсменів-паралімпійців.

Для перевірки ефективності розробленої програми ми використовували наступні методи дослідження.

1. Діагностична бесіда. Перед бесідою, із спортсменами-паралімпійцями, проводилася ретельна підготовка: визначалася форма проведення, ціль, завдання, складався план, чітко продумувалися основні питання. Враховувалися особистісні особливості спортсменів-паралімпійців (імпульсивність, мовчазність, замкнутість, запальність і т.д.); фізичний стан (особливості функціонування) і психічний стан (роздратованість, нервозність, веселість); ставлення до дослідника (недовірливість, симпатія, антипатія, довіра); передбачуване ставлення до теми майбутньої розмови [1, 3].

2. Опитувальник Г. Айзенка. Опитувальник Г. Айзенка – це особистісний опитувальник. Призначений для діагностики нейротизму, екстраверсії-інтроверсії та психотизму. Розроблений Г. Айзенком, він є реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості [2, 3].

Анкета для вивчення саморозвитку та здібності до самоорганізації.

Мета анкети: виявити здібності до саморозвитку.

Самоорганізацію, як суттєве поняття, ми будемо розглядати як упорядкованість взаємодії окремих елементів особистості, що перебувають у функціональній залежності [1-3]. Ми вважаємо, що здатність до самоорганізації можна описати через три основні блоки:

1) реалізації самопізнання шляхом послідовного відділення зовнішніх, малоістотних, атрибутів характеристики особистості, в результаті чого уявлення про себе стає більш цілісним, а інтеграція глибинних структур «Я» – більш повно, в рамках, розширює кордони «Я»;

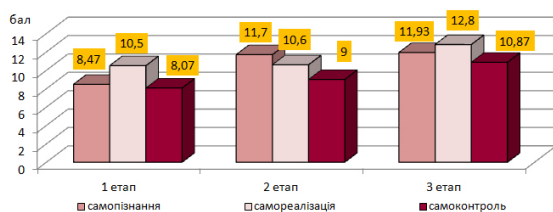
2) створення умов для самодосягнення / самореалізації шляхом відкритості новому досвіду при досягненні цілей самореалізації та поетапному подоланні внутрішніх чинників, які перешкоджають / обмежують розвиток фізичних можливостей;

3) здійснення самоконтролю за допомогою механізму інтеріоризації – формування внутрішніх структур організації людської психіки за допомогою засвоєння зовнішньої соціальної діяльності, привласнення життєвого досвіду [1-3].

### **Результати дослідження та їх обговорення**

За результатами дослідження були отримані результати за трьома показниками – самопізнання, самореалізація та самоконтроль (рис. 1).

Самопізнання на першому етапі дослідження були отримані низькі результати за цією шкалою. Вони показують, що досліджувані ще не звикли аналізувати свої почуття і досвід. Безумовно, вони хотіли б пізнати себе якнайкраще, але далеко не завжди: а) вони можуть знаходити для цього достатньо вільного часу; б) у них достатньо мотивації для створення необхідних для цього зусиль.



**Рис. 1.** Динаміка прояву самоорганізації спортсменів-паралімпійців на різних етапах дослідження

Крім того, виділення спеціального часу для самопізнання припускає наявність розвинених навичок планування своєї діяльності, що є невід'ємною і фундаментальною частиною самоорганізації. Як показує аналіз результатів проведеного дослідження, навички планування у респондентів знаходяться ще на досить низькому рівні. Це з одного боку ускладнює систематичне вивчення та пізнання своїх особливостей і меж своїх можливостей, а з іншого боку є тим ключем, завдяки якому робота по створенню педагогічних умов для самоорганізації може бути успішною, що наприкінці неодмінно позначиться на результатах спортивної діяльності.

Виходячи з цього, самопізнання стало тією вихідною ключовою точкою самоорганізації, яка постійно перебувала у фокусі нашої пильної уваги протягом всього першого етапу реалізації нашої програми по організації процесу самовиховання.

Тому можна вважати цілком закономірним зростання на другому етапі показників самопізнання на 38,1%, що свідчить про: поліпшення навичок планування; усвідомлення прихованих можливостей при роботі з раніше недоступними ресурсами особистості; появи та розширенні початкових навичок систематичної самоорганізації.

На третьому етапі ми бачимо подальший незначний ріст показників самопізнання ще на 1,9%, що з нашої точки зору обумовлено більш глибоким опрацюванням чи поступовим усвідомленням потенціалу прихованих можливостей в умовах успішного застосування власних ресурсів у нових спеціально змодельованих ситуаціях, а також придбання навичок систематичності ведення щоденника саморозвитку.

На останньому етапі загальний підсумок, відмічаємо, що збільшення показників самопізнання на 40,85% стало наслідком спеціально організованих експериментальних умов, у яких знайшла своє повне відображення методологія індивідуального підходу до особистості та втілені у життя педагогічні принципи, які сприяють максимальному розкриттю прихованих можливостей при роботі з раніше недоступними ресурсами особистості.

Самодосягнення або самореалізація. Високі результати по даному показнику на першому етапі вказують на те, що паралімпійці вважають себе в достатній або в повній мірі реалізували ті свої можливості, які для них доступні.

Невелике збільшення показників самореалізації (на 0,95%) на другому етапі не є значущим і, швидше за все, тільки відображає той факт, що всі зусилля паралімпійців направлені або сконцентровані у суміжних із самореалізацією галузях діяльності.

Однак, у результаті нашого дослідження ми виявили істотне збільшення показників самодосягнення (самореалізації) на третьому етапі нашого експерименту (на 20,8%). На початку нашого дослідження ми не припускали, що реалізація нашої програми надасть такий стрибок у результатах, на які вона не була спрямована.

Відкриття себе для набуття нового досвіду, в основі якого лежить віра в себе в умовах позитивного підкріплення з боку групи та розвитку механізмів групової динаміки, коли штучно створювані перешкоди у процесі виконання вправ програми починають не гальмувати (зупиняти), а стимулювати власну активність, тоді особистість отримує могутній поштовх для розкриття власного потенціалу. У цьому випадку цілі самопізнання розчиняються у більш узагальнених цілях самореалізації.

Слід визнати, що загальне збільшення показників само досягнення / самореалізації на 21,9% у нашому експерименті було досягнуто виключно завдяки організації таких умов, при яких опора на приховані і раніше недоступні ресурси створювала нові можливості інтеграції цілісності особистості, а також поетапне подолання внутрішніх чинників, які перешкоджають або обмежують розвиток фізичних можливостей.

Самоконтроль. Один із найнижчих показників на 1 етапі вказує на те, що випробовувані далеко не завжди можуть контролювати свою поведінку у важливій для професійно значущих цілей діяльності. Природно, для кожної дорослої людини контроль над власною поведінкою у апоріє є нормою і не вважається чимось недосяжним. Проте, слід визнати в деяких сферах життєдіяльності таких, як виховання, політика, судочинство, трейдинг і т.д., емоційний контроль є не стільки особистісною характеристикою, скільки набуває статусу професійної значущої риси, без якої неможливе досягнення успішності у даній професійній діяльності. До таких професій належить і сфера спортивної діяльності.

Придбання навичок самоконтролю нерозривно пов'язане із розвитком самопізнання з одного боку і отриманням адекватного зворотного зв'язку з іншого боку. Кожного разу, набуваючи нового досвіду контролю над поведінкою в різних експериментально-змодельованих ситуаціях і рефлексуючи свою поведінку, особистість набуває і велику свободу дії в розкритті потенціалу своїх внутрішніх можливостей. Отримання ж адекватного зворотного зв'язку з боку значущих інших у безпечних ігрових ситуаціях закріплює позитивний досвід.

Результати дослідження показують загальне поетапне збільшення показника самоконтролю на 34,7%, планомірне зростання, розширення самосвідомості, що дозволяє використовувати із найбільшою ефективністю наявні ресурси особистості.

Проаналізувавши типи темпераменту відмічаємо, що темперамент – важлива умова, з якою треба рахуватися при індивідуальному підході до виховання і навчання, до формування характеру, до всебічного розвитку розумових, фізичних здібностей та морально-вольових якостей.

За результатами дослідження у спортсменів-паралімпійців переважає екстравертність. Тому, що середній рівень (39%) і високий рівень (47,8%) складають 86, 8% (40 осіб), тобто більша частина досліджуваних. Так, екстраверт, порівняно з інтровертом, важче виробляє умовні рефлексії, має більшу терпимість до болю, але меншу толерантність до сенсорної депривації, внаслідок чого не переносить монотонності, частіше відволікається під час роботи і т. п.

Аналізуючи дані відмічаємо, що у паралімпійців переважає високий рівень нейротизму 67,3% (31 особа). Середній рівень нейротизму складає 19,5% (9 осіб), низький рівень – 6,6% (3 особи), дуже високий рівень – 6,6% (3 особи). Нейротизм – поняття, синонімічне тривожності, – проявляється як емоційна нестійкість, напруженість, емоційна збудливість,

депресивність. У 73,9% (34 особи) за результатами дослідження проявлялися такі показники, як емоційна нестійкість, напруженість, емоційна збудливість.

Показники екстраверсії-інтроверсії та нестабільності-стабільності взаємозалежні і біполярні. Кожен із них представляє собою континуум між двома полюсами вкрай вираженої особистісної властивості. Поєднання цих двох різною мірою виражених властивостей і створює неповторну своєрідність особистості. Характеристики більшості піддослідних розташовуються між полюсами, частіше десь близько до центру. Відстань показника від центру свідчить про ступінь відхилення від середнього з відповідною виразністю особистісних властивостей.

За результатами дослідження у паралімпійців переважають особи з перевагою темпераменту сангвінічного типу – 67,3% (31 особа). Особливості даної групи досліджуваних це те, що у них не було ні одного спортсмена з переважанням холеричного типу темпераменту. Тобто імпульсивних, емоційно нестійких, агресивних, нестриманих, нездатних до самоконтролю та нестриманих у збірних командах спортсменів-паралімпійців немає. Переважають спортсмени з високою психічною активністю, працездатні, які мають стрімкі і жваві рухи, різноманітну міміку, швидку мову. Ці спортсмени прагнуть частішої зміни вражень, легко та швидко відгукується на навколишні події, товариські. Мають переважно позитивні емоції (швидко виникають і швидко змінюються). Легко переживають невдачі. При несприятливих умовах і негативних виховних впливах може вилитися у відсутність зосередження, невиправдану послішність, поверховість. У 26,1% (12 осіб) переважає флегматичний тип темпераменту. Цей тип темпераменту характеризується низьким рівнем психічної активності, повільністю, невизначеною мімікою. Він нелегко перемикається з одного виду діяльності на інший і важко пристосовується до нових обставин. У флегматика переважає спокійний рівень настроїв. Почуття і настрої звичайно відрізняються сталістю. У разі невдалих виховних впливів у нього може розвинутися млявість, бідність емоцій, схильність до виконання одноманітних дій. У 6,6% (3 особи) переважає меланхолічний тип темпераменту. Такі особи характеризуються низьким рівнем психічної активності, сповільненістю рухів, стриманістю міміки й мови, швидко стомлюваністю. Його відрізняють висока емоційна чутливість до подій, які з ним трапилися, що, зазвичай, супроводжується підвищеною тривожністю, глибина і стійкість емоцій при слабкому їх зовнішньому прояві, стійкому переважають негативні емоції. При недолюк відповідних виховних впливів у меланхоліка може розвинути підвищена емоційна вразливість, замкнутість, відчуженість, боязнь нових ситуацій, людей і різного роду випробувань.

Для позитивного настрою під час тренувально-змагальної діяльності у гральних видів спорту дуже важливими є міжособистісні відношення у команді. Завдяки використанню соціометрії у нашому дослідженні ми змогли «вилкувати» відносини між членами команд.

Отримані результати свідчать про ефективність нашого дослідження.

**Дискусія.** У зв'язку із зростанням інвалідності у більшості країн світу, пов'язаних із ускладненням виробничих процесів, погіршенням екологічної обстановки, широким поширенням військових конфліктів, виникає величезна потреба у розвитку адаптивної фізичної культури, тобто фізичної культури, адаптованої до особливостей людей з порушеннями у розвитку та обмеженими фізичними можливостями.

Провідні вітчизняні вчених значну увагу

приділяють проблемі організації процесу самовиховання різних верств населення. Але недостатньо уваги приділено цьому питанню у спортсменів-паралімпійців з ураженням опорно-рухового апарату [2, 4-6]. Це надає можливість у пошуку і впровадженні новітніх досліджень, знань та інноваційних технологій у цю дослідницьку галузь. Організація процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців визначено як процес цілеспрямованої, свідомої, систематичної, планомірної, на початку за сторонньою допомогою, а потім самостійної, особистісно бажаної і важливої роботи особистості над собою з метою підвищення спортивної майстерності, вдосконалення морально-вольових якостей, регуляції психоемоційного стану, самовдосконалення і самореалізації у спортивній діяльності та соціальному просторі [1, 7-9]. Що підтвердило наше дослідження.

У нашому експерименті ми показали, що засвоєння зовнішньої соціальної діяльності та привласнення життєвого досвіду в умовах обмежених фізичних можливостей має свої особливості. Накладаючись на специфіку спортивної діяльності спортсменів-паралімпійців, з одного боку підсвідомо бажано розширити свої фізичні можливості до максимальних меж, прагнучи дотягнутися до результатів спортсменів без обмежень. З іншого боку неможливість досягнення бажаних результатів позначається на психосоматичному стані спортсменів, змушуючи їх тіла реагувати підвищеною тривожністю чи напруженістю на кожну стресову ситуацію.

На підставі викладеного вище ми сформулювали принципи, які визначають вимоги до організації навчально-тренувального процесу спортсменів-паралімпійців:

1) принцип ергономічності – навчання та виховання повинно бути комфортним, не викликати перевантажень, не шкодити здоров'ю;

2) принцип забезпечення індивідуальної траєкторії розвитку спортсмена – облік ресурсів, у даному випадку, маємо на увазі виявлення їх індивідуальної структури, прогнозування відповідних їм можливостей (можливих змін в інтелектуальному та особистісному розвитку кожного спортсмена) та організацію навчально-тренувальної діяльності кожного спортсмена-паралімпійця таким чином, щоб забезпечити максимальну реалізацію його можливостей та прогнозованих досягнень;

3) принцип позитивного зворотного зв'язку – критеріями оцінки у цьому випадку виступають не досягнення певних результатів, а зміни, які відбулися у суб'єктному досвіді. Досягнення спортсмена оцінюються не в результаті порівняння з нормами, які були нав'язані із зовні, або іншими спортсменами, а з самим собою «колишнім», і з прогнозованими саме для нього результатами.

Таким чином, такий підхід цілком акцентує увагу на процесі навчання та виховання кожного спортсмена-паралімпійця, має на увазі створення умов для найбільш ефективного використання та найбільш повного розвитку індивідуальних ресурсів кожного спортсмена у комфортних умовах, що сприятиме розвитку його індивідуальності в цілому.

## **Висновки**

На основі аналізу педагогічної, спортивної та психологічної наукової літератури за метою дослідження було визначено стан питання щодо висвітлення проблеми організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців.

Обґрунтовано організацію процесу самовихо-

вання спортсменів-паралімпійців в умовах спортивної діяльності як реалізацію послідовних етапів: включення спортсменів-паралімпійців у процес самопізнання; навчання реалізації процесу самовиховання; етапи самоорганізації і самоконтролю самим спортсменом-паралімпійцем свого спортивного і соціального само-вдосконалення.

Розроблено, теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено педагогічні умови організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців: врахування специфіки життєдіяльності спортсменів-паралімпійців; створення виховуючого середовища, що сприяє організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців. Що реалізуються за допомогою відповідних методів і форм виховної та самовиховної роботи спортсменів-паралімпійців.

Отримані дані свідчать про якість розробленої

програми та підтверджують її ефективність. Але проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів визначеної проблеми. Подальшого наукового пошуку потребують такі питання, як підготовка тренерського складу спортивних параолімпійських команд з різних видів спорту до впровадження педагогічних умов, урахування особливостей організації процесу самовиховання спортсменів-паралімпійців різних видів спорту під час навчально-тренувального процесу і виступу на змаганнях різного рівня.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

### Список використаної літератури

1. Бех, И.Д. (2015). *Избранные научные труды. Воспитание личности* (Т. 1-2). Черновцы.
2. Воронова, В.І. (2017). *Психологія спорту*. Київ.
3. Сергієнко, Л.П. (2008). *Практикум з психології спорту*. Харків.
4. Шуба, В.В. (2016). *Психолого-педагогічні аспекти роботи з людьми з обмеженими фізичними можливостями*. Дніпропетровськ.
5. Laferrier, J.Z., Teodorski, E. & Cooper, R.A. (2015). Investigation of the impact of sports, exercise, and recreation participation on psychosocial outcomes in a population of veterans with disabilities: a cross-sectional study. *Am J Phys Med Rehabil*, 94, 1026-1034
6. Prystupa, Іе., Briskin, Іи., Roztorhuy, M. & Perederii, A. (2019). Influence of sessions according to author's program of sports and rehabilitation preparation in adaptive sport on life quality of persons with locomotorium disorders. *Theory and Methods of Physical education and sports*, 1, 57-64. DOI:10.32652/tmfvs.2019.1.57-64.
7. Shapiro, D.R. & Malone, L.A. (2016). Quality of life and psychological affect related to sport participation in children and youth athletes with physical disabilities: a parent and athlete perspective. *Disabil Health J*, 9, 385-391.
8. Shuba, L.V. (2020). Adaptive sport for people with disabilities. *Проблеми та перспективи розвитку фізичного виховання, спорту і здоров'я людини: матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф.* Полтава. Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, A.S., et al. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disabil Health J.*, 5, 249-253.

### References

1. Bekh, Y.D. (2015). *Yzbrannyye nauchnyye trudy. Vospytanye lychnosty* (Т. 1-2). Chernovtsy.
2. Voronova, V.I. (2017). *Psykhologhiia sportu*. Kyiv.
3. Serhiienko, L.P. (2008). *Praktykum z psykhologhiy sportu*. Kharkiv.
4. Shuba, V.V. (2016). *Psykhologo-pedahohichni aspekty roboty z liudmy z obmezhenymy fizychnymy mozhlyvostyamy*. Dnipropetrovsk.
5. Laferrier, J.Z., Teodorski, E. & Cooper, R.A. (2015). Investigation of the impact of sports, exercise, and recreation participation on psychosocial outcomes in a population of veterans with disabilities: a cross-sectional study. *Am J Phys Med Rehabil*, 94, 1026-1034
6. Prystupa, Іе., Briskin, Іи., Roztorhuy, M. & Perederii, A. (2019). Influence of sessions according to author's program of sports and rehabilitation preparation in adaptive sport on life quality of persons with locomotorium disorders. *Theory and Methods of Physical education and sports*, 1, 57-64. DOI:10.32652/tmfvs.2019.1.57-64.
7. Shapiro, D.R. & Malone, L.A. (2016). Quality of life and psychological affect related to sport participation in children and youth athletes with physical disabilities: a parent and athlete perspective. *Disabil Health J*, 9, 385-391.
8. Shuba, L.V. (2020). Adaptive sport for people with disabilities. *Problemy ta perspektyvy rozvytku fizychnoho vykhovannia, sportu i zdorov'ia liudyny: materialy V Vseukr. nauk.-prakt. konf.* Poltava.
9. Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, A.S., et al. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disabil Health J.*, 5, 249-253.

### Інформація про авторів:

**Шуба Людмила Вікторівна**  
доцент, кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри управління фізичною  
культурою та спортом  
Національний університет «Запорізька  
політехніка», Запоріжжя, Україна.  
orcid.org/0000-0002-8037-4218  
e-mail: mila.shuba@gmail.com

**Шуба Вікторія Вікторівна**  
кандидат педагогічних наук, доцент  
кафедри педагогіки і психології  
Придніпровська державна академія  
фізичної культури і спорту, Дніпро,  
Україна.  
orcid.org/0000-0001-5042-3106  
e-mail: shubaV14@meta.ua

**Шуба Віктор Олександрович**  
доцент, професор кафедри  
інноваційних технологій в педагогіці,  
психології та соціальної роботи  
Університет імені Альфреда Нобеля,  
Дніпро, Україна.  
orcid.org/0000-0002-1060-505X  
e-mail: viktik1955@gmail.com

Огляд

# Вплив гри в гольф на фізичний та психічний стан здоров'я людини

Петро Волколуп, Наталія Долгополова

Харківська державна академія фізичної культури, Харків, Україна

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.07

Надіслано: 14.02.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Волколуп, П., Долгополова, Н. (2022). Вплив гри в гольф на фізичний та психічний стан здоров'я людини. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 30-33. doi: 10.15391/prrht.2022-7.07

## Citation:

Volkolup, P. & Dolgoplova, N. (2022). The impact of golf on the physical and mental health of man. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 30-33. doi: 10.15391/prrht.2022-7.07

Відповідальний автор

Долгополова Наталія  
Володимирівна  
(Nataliia Dolgoplova)

к. техн. наук.

Харківська державна академія  
фізичної культури  
Харків, Україна.

orcid.org/0000-0002-4326-2284

e-mail: natasha.dlgplva@gmail.com



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом  
поширюється на умовах Creative Commons  
Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Анотація

В роботі представлені результати узагальнення літературних даних щодо існуючих досліджень, проведених з метою визначення впливу гри в гольф на фізичний та психічний стан здоров'я людини. Гра в гольф може стати альтернативою для людей, які не займаються регулярно активними фізичними вправами, водночас стимулюючи рекомендовану кількість фізичної активності, яка сприяє здоровому способу життя.

**Ключові слова:** фізична активність, користь для здоров'я, координація, гольф, серцево-судинна система.

## Abstract

**Petro Volkolup & Nataliia Dolgoplova. The impact of golf on the physical and mental health of man.** The paper presents the results of summarizing the literature data on existing research conducted to determine the impact of golf on physical and mental health. Golf can be an alternative for people who do not exercise regularly, while encouraging the recommended amount of physical activity that promotes a healthy lifestyle.

**Keywords:** physical activity, health benefits, coordination, golf, cardiovascular system.

## Вступ

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я людини як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб та фізичних дефектів» [17, 18]. Здоров'я людини обумовлюється насамперед низкою індивідуальних факторів, а також фізичною активністю, соціальним та економічним середовищем, в якому вони знаходяться.

За даними дослідження [8] фізична бездіяльність становить 1 з 10 найрозповсюджених причин смерті в усьому світі. ВООЗ називає фізичну бездіяльність як четверту причину смертності в усьому світі [11], і її назвали «найбільшим викликом здоров'я людини в XXI столітті».

У гольф грають близько 55 мільйонів людей, що становить приблизно 1/127 населення молодих і літніх людей у 206 країнах світу [15]. Цілоком обґрунтовано можна вважати, що заняття гольфом є такою формою фізичної активності, яка позитивно впливає на довголіття, серцево-судинну, метаболічну та кістково-м'язову системи, а також на психічне здоров'я.

Україна також входить до числа країн, де гольф стає популярним та розглядається як спосіб фізичної активності [2], особливо серед гравців аматорів. Це підтверджується створенням полів для гри в гольф, відкриттям нових гольф-клубів та збільшенням кількості членів Всеукраїнської федерації гольфу.

Тому набуває **актуальності** питання щодо популяризації гольфу, як регулярної фізичної активності, яка продовжує тривалість життя і позитивно впливає на фізичне та психічне здоров'я людей.

**Мета дослідження:** узагальнити літературні дані щодо існуючих теоретично-практичних досліджень впливу гри в гольф на фізичний та психічний стан здоров'я людини та можливості їх покращення.

**Завдання дослідження:** проаналізувати науково-методичну літературу щодо вивчення питань, пов'язаних з впливом гольфу на фізичний та психічний стан здоров'я.

### Матеріал і методи дослідження

Застосовувався теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел та Інтернет-ресурсів.

### Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз літературних джерел показав, що фізична активність є одним з найважливіших факторів підтримки фізичного та психічного стану людини. Це впливає майже на всі аспекти нашого життя, починаючи від профілактики захворювань і закінчуючи кращим фізичним функціонуванням, меншою тривожністю та покращенням сну [3]. Серцево-судинні захворювання є найбільшою причиною смерті в більшості країн, а фізична активність є одним із найкращих способів знизити їх ризик.

Серед сучасних видів активності зараз багато людей звертають увагу на гру в гольф. Хоча гольф порівняно з іншими видами спорту не розглядається як «тренування» в традиційному розумінні, тому що там менше бігу або стрибків, але гра в гольф впливає на здоров'я тих, хто грає в нього регулярно. Незважаючи на помірну інтенсивність рухової діяльності, гра в гольф потребує великих витрат енергії, що є гарним способом підтримки та поліпшення кардіо-респіраторного здоров'я.

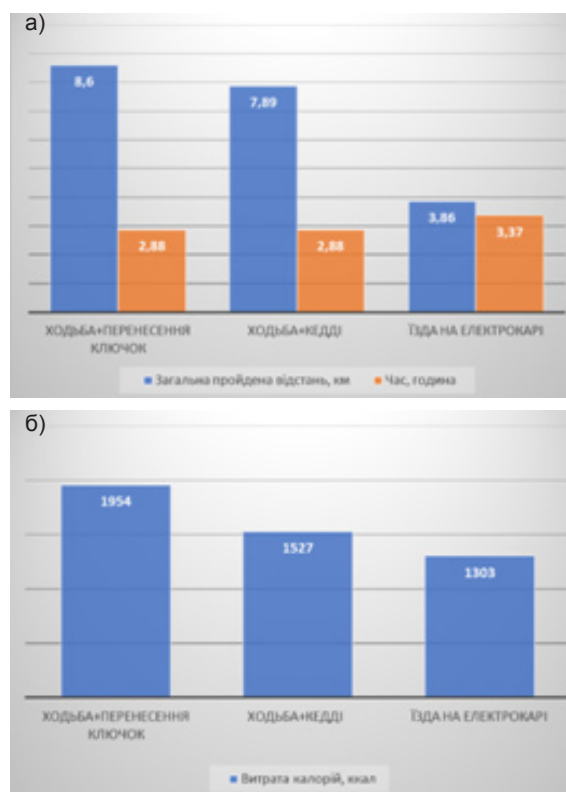
Гра в гольф впливає на ряд факторів, які визначають здоров'я. У наукових роботах [12-4] та оглядах літературних джерел [5, 16] описано позитивний вплив гольфу на фізичний стан людини та його психічне здоров'я. Дослідження [4, 6] наголошують на те, що гра в гольф є корисною формою фізичної активності, яка добре впливає на серцево-судинну систему та сприяє довголіттю [12-4], а також підтримує психічне здоров'я в гарному стані [16].

Гравці в гольф проходять пішохідні дистанції 7-10 км, які об'єднують 18 лунок. При цьому, несучи ключки на плечах або штовхаючи сумку з ключками на візку, гравець витрачає від 500 до 2000 ккал. За даними роботи [10], гравці в гольф проходять приблизно від 6,5 до 13 кілометрів. В порівнянні з іншими видами спорту, виходить, що гравці в гольф витрачають більше енергії, ніж інші спортсмени під час, наприклад, традиційного тренування в тренажерному залі.

В роботі [13] проведені дослідження різних показників при грі в гольф (рис. 1). Можна звернути увагу на те, що при самостійному перенесенні ключок, відстань, яку проходить гравець самостійно є набагато більшою, ніж при використанні електрокара (рис. 1а), відповідно витрата калорій є більшою при ходьбі з самостійним перенесенням ключок (рис. 1б).

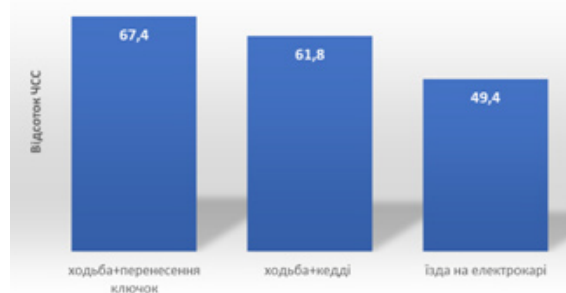
Як відмітили Murray, A. D., Daines, L., Archibald, D. & ін., а також Smith, M. F. [10, 14], що при використанні електрокара для пересування по полю ці показники скорочуються вдвічі, але це взагалі набагато краще, ніж пасивний відпочинок без рухової активності. З рис. 1б видно, що при грі в гольф витрачається багато калорій, що є корисним для здоров'я.

Одним із поширених методів вимірювання інтенсивності діяльності спортсменів є аналіз частоти серцевих скорочень. Було виявлено, що ходьба по полю для гольфу підвищує частоту серцевих скорочень приблизно до 52-78% від максимальної для людини (або приблизно 95-137 ударів на хвилину). Точне збільшення частоти серцевих скорочень залежить від таких факторів, як фізична форма людини, важкість сумки з ключками та рельєф поля для гольфу [13, 14]. Хоча ці значення не такі високі, як в деяких інших видах спорту, їх достатньо вважати «помірно інтенсивними» і вони вносять вклад в сумарну щотижневу рухову активність, яка рекомендована ВООЗ.



**Рис. 1.** Порівняльні характеристики показників гри в гольф в залежності від виду пересування по полю

Середня частота серцевих скорочень при проходженні раунду гравцями в гольф була досліджена в роботі [13]. Для розрахунку максимальної частоти серцевих скорочень (МЧСС) автори використовували формулу Джексона (виведено в 2007 р.)  $MCHS = 206,9 - (0,67 * \text{вік})$ . Потім вимірювали ЧСС при різних видах пересування по полю гравцями в гольф та розраховували значення у відсотках відносно МЧСС. На рис. 2 представлені отримані дані з яких видно, що вищий показник частоти серцевих скорочень (ЧСС) досягається в стані ходьби (67,4%, 120 ударів на хвилину), наступний показник – ЧСС при пересуванні пішки та допомогою кедді (61,8%, 100 ударів в хвилину), самий невисокий показник ЧСС при пересуванні на електрокарі (49,4%, 88 ударів в хвилину).



**Рис. 2.** Показник частоти серцевих скорочень у відсотках.

Дослідження доводять, що гравці в гольф, як правило, мають кращі показники серцево-судинної системи, включаючи нижчий рівень ліпідів у крові, кращий показник інсуліну та глюкози, нижчий відсоток жиру в організмі та покращення аеробної працездатності порівняно із загальною масою людей

[10]. Ці показники важливі для зниження ризику серцево-судинних захворювань, інсульту або діабету II типу. Варто відзначити, що люди похилого віку, які грають у гольф, мають кращий стан легень, у порівнянні з тими, хто не займається спортом.

Аналіз досліджень науковців показав, що регулярні заняття гольфом покращують координацію, баланс, м'язову силу, а також витривалість у літніх людей. В роботі [6] було проведено тести на баланс для літніх гравців в гольф, які показали результати утримання рівноваги приблизно так само, як і середньостатистичні студенти молодшого віку. Цей показник вміння утримувати баланс є корисним, оскільки це покращує координацію та здоров'я м'язів та кісток, що знижує ризик падіння і травмування літніх людей. Крім того, доведено, що гра в гольф дуже корисна для жінок, оскільки цей вид спорту сприяє збільшенню щільності кісткової тканини, що зменшує ризик остеопорозу [10].

В дослідженні [6] шведські вчені відстежували рівень смертності протягом багатьох років декілька тисяч людей. Було виявлено, що серед тих людей, які регулярно грали в гольф, рівень смертності протягом цього часу був на 40% нижчий, ніж в середньому серед всього населення. Це відповідає зростанню тривалості життя приблизно на 5 років. Важливо зазначити, що це було кореляційне дослідження, тобто достовірно не можна дізнатися, що гольф був єдиною причиною такого результату. В будь-якому разі ці дані підтверджують користь фізичної активності для серцево-судинної системи людини.

Варто підкреслити, що гольф позитивно впливає на психічний стан здоров'я людини та допомагає знизити тривожність та депресію. За оцінками експертів, у жінок майже вдвічі частіше, ніж у чоловіків, діагностується депресія. Австралійка Крістіан Хіш досліджувала вплив фізичних вправ на жіночу депресію [7]. Результати її дослідження, показали, що жінки, які в середньому 150 хвилин займалися помірними фізичними вправами (гольф, теніс, заняття аеробікою, плавання або танці) або 200 хвилин ходьби щотижня, «були більш енергійними, більше спілкувалися, відчували себе краще емоційно і не були настільки обмежені своєю депресією, протягом трьох років спостережень».

Якщо стрес стає хронічним станом, він негативно впливає на здоров'я людини, а саме, порушує роботу імунної, травної, серцево-судинної, репродуктивної систем та сон. Постійне емоційне навантаження, яке створює стрес для організму, може сприяти серйозним проблемам зі здоров'ям, таким як серцеві захворювання, високий кров'яний тиск, діабет та

психічні захворювання. Особливості впливу фізичних вправ на організм і вимоги до їх використання в оздоровчому тренуванні розглянуто в роботі [1]. Фізичні вправи на свіжому повітрі є кращими, ніж фізичні вправи в приміщенні, особливо це стосується до зниження стресу. Наприклад, під час гри в гольф, від гравця вимагається медитативний характер зосередженості, що допомагає зменшити стрес.

Деякі дослідження зв'язують дефіцит вітаміну D з випадками депресії та інших проблем із психічним здоров'ям та звернули увагу на переваги впливу сонячного світла під час гри в гольф [19]. Навіть похмурий день на полі для гольфу забезпечує необхідний рівень вітаміну D.

## **Висновки**

Гольф – це вид спорту, яким можуть займатися люди різного віку, статі, походження та здібностей. Це вид фізичної активності, який дає можливість навантажувати всі м'язи тіла та є альтернативою для тих, хто не любить тренування в закритих приміщеннях.

Відстані, які долають гравці в гольф та час перебування на свіжому повітрі запобігають передчасним дегенеративним серцево-судинним захворюванням та укріплюють серцево-судинну систему, а також активізуються м'язовий і ліпідний обмін.

Відмічено позитивний вплив гри в гольф на здоров'я літніх людей, тому що при грі в гольф координаційні навички, які зменшуються з віком, тренуються і зберігаються довше, а також укріплюються м'язи та кістки. Регулярна гра в гольф покращує координацію, баланс, м'язову силу, а також витривалість у літніх людей.

Дослідження показують, що, як і в інших видах спорту, гольф позитивно впливає на психіку спортсмена. При правильному ставленні гольф знімає стрес і допомагає відновити психічний та емоційний стан гравця, чому сприяє атмосфера навколишнього середовища (доглянуті зелені поля для гольфу, акваторії, тощо).

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

## **Список використаної літератури**

1. Лябах, Н.В., Непша, О.В. (2017). Особливості впливу фізичних вправ на організм в оздоровчому тренуванні. *Сучасна наука: тенденції та перспективи: матеріали регіональної internet-конф. молодих учених (15-19 травня 2017 р.)*. Мелітополь. 2017, 387-390.
2. Степанова, І.В., Федоренко, Є.О. (2016). *Організаційно-методичні засади рекреаційно-оздоровчої рухової активності різних груп населення: навч. посібник [для студ. вищ. навч. закладів]*. Дніпро.
3. American College of Sports Medicine. (2013). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Lippincott Williams & Wilkins.
4. Broman, G., Johnsson, L & Kaijser, L. (2004). Golf: a high intensity interval activity for elderly men. *Aging Clin Exp Res*, 16, 375-381.
5. Cabri, J, Sousa, JP, Kots, M, et al. (2009). Golf-related injuries: a systematic review. *Eur J Sport Sci*, 9, 53-66.
6. Farahmand, B., Broman, G., De Faire, U., Vågerö, D., & Ahlbom, A. (2009). Golf: a game of life and death-reduced mortality in Swedish golf players. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 19(3), 419-424.
7. Heesch, Kristiann & Burton, Nicola & Brown, Wendy. (2011). Concurrent and prospective associations between physical activity, walking and mental health in older women. *Journal of epidemiology and community health*, 65, 807-813.
8. Lim, SS, Vos, T, Flaxman, AD, et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2224-2260.
10. Murray, A. D., Daines, L., Archibald, D., Hawkes, R. A., Schiphorst, C., Kelly, P., ... & Mutrie, N. (2016). The relationships



- between golf and health: a scoping review. *Br J Sports Med*, bjsports-2016.
11. Organisation, WH. (2010). Global recommendations on physical activity for health. World Health Organisation.
  12. Parkkari, J, Natri, A, Kannus, P, et al. (2000). A controlled trial of the health benefits of regular walking on a golf course. *Am J Med* 2000,109, 102-108.
  13. Sell, T. C., Abt, J. P. & Lephart, S, M. (2008). *Physical activity-related benefits of walking during golf. Science and Gold V: Proceedings of the World Scientific Congress of Golf 2008*, 128-132.
  14. Smith, M. F. (2010). The role of physiology in the development of golf performance. *Sports Medicine*, 40(8), 635-655.
  15. The Royal and Ancient. Golf Around the World. Online. 2015;1
  16. Walker Research Group. World golf foundation and golf 20/20 commission report on golf's health benefits. Walker Research Group, 2011.
  17. World Health Organisation. (1946). Preamble to the constitution of the World Health Organisation as adopted by the International Health Conference. World Health Organisation, 1946.
  18. World Health Organisation. (2011) Health impact assessment – the determinants of health. World Health Organisation, 2011.
  19. Ziegenfuss, T.N., Habowski, S.M., Lemieux, R. et al.(2015). Effects of a dietary supplement on golf drive distance and functional indices of golf performance. *J Int Soc Sports Nutr*, 12, 4. <https://doi.org/10.1186/s12970-014-0065-4>

## References

1. Liabakh, N.V. & Nepsha, O.V. (2017). Osoblyvosti vplyvu fizychnykh vprav na orhanizm v ozdorovchomu trenuvanni. *Suchasna nauka: tendentsii ta perspektyvy: materialy rehionalnoi internet-konf. molodykh uchenykh (15-19 travnia 2017 r.)*. Melitopol. 2017, 387-390.
2. Stepanova, I.V., Fedorenko, Ye.O. (2016). *Orhanizatsiino-metodychni zasady rekreatsiino-ozdorovchoi rukhovoї aktyvnosti riznykh hrup naseleennia: navch. posibnyk [dlia stud. vyshch. navch. zakladiv]*. Dnipro.
3. American College of Sports Medicine (2013). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Lippincott Williams & Wilkins.
4. Broman, G, Johnsson, L & Kaijser, L. (2004). Golf: a high intensity interval activity for elderly men. *Aging Clin Exp Res*,16, 375-381.
5. Cabri, J, Sousa, JP, Kots, M, et al. (2009). Golf-related injuries: a systematic review. *Eur J Sport Sci*,9:, 53-66.
6. Farahmand, B., Broman, G., De Faire, U., Vågerö, D., & Ahlbom, A. (2009). Golf: a game of life and death-reduced mortality in Swedish golf players. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 19(3), 419-424.
7. Heesch, Kristiann & Burton, Nicola & Brown, Wendy. (2011). Concurrent and prospective associations between physical activity, walking and mental health in older women. *Journal of epidemiology and community health*, 65. 807-813.
8. Lim, SS, Vos, T, Flaxman, AD, et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*,380, 2224-2260.
10. Murray, A. D., Daines, L., Archibald, D., Hawkes, R. A., Schiphorst, C., Kelly, P., ... & Mutrie, N. (2016). The relationships between golf and health: a scoping review. *Br J Sports Med*, bjsports-2016.
11. Organisation, WH. (2010). Global recommendations on physical activity for health. World Health Organisation.
12. Parkkari, J, Natri, A, Kannus, P, et al. (2000). A controlled trial of the health benefits of regular walking on a golf course. *Am J Med* 2000,109, 102-108.
13. Sell, T. C., Abt, J. P. & Lephart, S, M. (2008). *Physical activity-related benefits of walking during golf. Science and Gold V: Proceedings of the World Scientific Congress of Golf 2008*, 128-132.
14. Smith, M. F. (2010). The role of physiology in the development of golf performance. *Sports Medicine*, 40(8), 635-655.
15. The Royal and Ancient. Golf Around the World. Online. 2015;1
16. Walker Research Group. World golf foundation and golf 20/20 commission report on golf's health benefits. Walker Research Group, 2011.
17. World Health Organisation. (1946). Preamble to the constitution of the World Health Organisation as adopted by the International Health Conference. World Health Organisation, 1946.
18. World Health Organisation. (2011) Health impact assessment – the determinants of health. World Health Organisation, 2011.
19. Ziegenfuss, T.N., Habowski, S.M., Lemieux, R. et al.(2015). Effects of a dietary supplement on golf drive distance and functional indices of golf performance. *J Int Soc Sports Nutr*, 12, 4. <https://doi.org/10.1186/s12970-014-0065-4>

## Інформація про авторів:

**Долгополова Наталія  
Володимирівна**  
к. техн. наук.  
Харківська державна академія  
фізичної культури  
Харків, Україна.  
[orcid.org/0000-0002-4326-2284](https://orcid.org/0000-0002-4326-2284)  
e-mail: [natasha.dlgplva@gmail.com](mailto:natasha.dlgplva@gmail.com)

**Волколуп Петро Михайлович**  
Студент  
Харківська державна академія  
фізичної культури  
Харків Україна  
e-mail: [petrvolk@gmail.com](mailto:petrvolk@gmail.com)

Огляд

# Сучасні підходи відновної терапії після інсульту

Сніжана Горопашна, Вікторія Горошко

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», Полтава, Україна

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.08

Надіслано: 19.02.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Горопашна, С., Горошко, В. (2022). Сучасні підходи відновної терапії після інсульту. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 34-37. doi: 10.15391/prrht.2022-7.08

## Citation:

Horopashna, S. & Horoshko, V. (2022). Modern approaches to rehabilitation therapy after stroke. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 34-37. doi: 10.15391/prrht.2022-7.08

Відповідальний автор

**Вікторія Горошко**  
**Viktorii Horoshko**

к. мед. н.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», факультет фізичної культури та спорту, кафедра фізичної терапії і ерготерапії, Полтава, Україна  
orcid.org/0000-0002-5244-5648  
e-mai: talgardat@gmail.com



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом поширюється на умовах Creative Commons Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Анотація

Інсульт є другою причиною смертності та інвалідності у світі. Щорічно реєструється близько 6,5 мільйонів смертей, поступаючись лише ішемічній хворобі серця. Україна є однією з перших в Європі за рівнем цереброваскулярної захворюваності та смертності: щорічно реєструється близько 100-110 тис. інсультів (96 978 за даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2017 році). За статистикою, 30-40% хворих на інсульт помирають протягом перших 30 днів, до 50% – протягом 1 року, 20-40% – потребують сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності), і лише 10% продовжують повноцінне життя. Кожен наступний інсульт погіршує якість життя і ускладнює перебіг супутніх захворювань. Мета дослідження: дослідити проблему інсульту, сформуванати поетапний план реабілітації хворих після інсульту, описати максимально повне відновлення та запобігання ускладнень.

**Ключові слова:** інсульт, ішемічний, геморагічний, реабілітація, лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапія.

## Abstract

**Snizhana Horopashna & Viktorii Horoshko. Modern approaches to rehabilitation therapy after stroke.** Stroke is the second leading cause of death and disability in the world. About 6.5 million deaths are reported each year, second only to coronary heart disease. Ukraine is one of the first in Europe in terms of cerebrovascular morbidity and mortality: about 100-110 thousand strokes are registered annually (96,978 according to the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine in 2017). According to statistics, 30-40% of stroke patients die within the first 30 days, up to 50% – within 1 year, 20-40% – need outside help (12.5% of primary disability), and only 10% continue a full life. Each subsequent stroke impairs the quality of life and complicates the course of comorbidities. The purpose of the study: to investigate the problem of stroke, to form a step-by-step plan for rehabilitation of patients after stroke, to describe the most complete recovery and prevention of complications.

**Keywords:** stroke, ischemic, hemorrhagic, rehabilitation, physical therapy, massage, physiotherapy.

## Вступ

Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу. Розрізняють ішемічний інсульт (інфаркт головного мозку, розм'якшення мозку), що є наслідком закупорки кровоносної судини тромбів або емболів, і геморагічний (кровотеча). При ураженні нервові клітини її компоненти позбавляються поживних речовин, здавлюються крововиливом, гинуть або їх функція сильно порушується. Причинами цього страшного захворювання зазвичай є підвищений тиск, атеросклероз судин головного мозку, психічні та фізичні навантаження, інфекції, отруєння [1].

Інсульт починається бурхливо. Захворювання характеризується загальною тяжкістю стану хворого, порушенням свідомості, порушенням роботи серця, дихання, розладом мови та паралічами. Залежно від локалізації, площі та ступеня ураження, рухові розлади можуть виникати в одній або кількох кінцівках. Вони виникають на протилежному вогнищу боці внаслідок перетину пірамідних шляхів на кордоні мозкового і спинного мозку. Найпоширенішою є геміплегія, яка спочатку сповільнюється і швид-

ко переходить у класичний спастичний параліч, із згинальними контрактурами рук і розгинальних суглобів – ніг. Виникає поза Верніке-Манна: паралізована рука приведена до тулуба, пронована і зігнута в ліктьовому, променево-зап'ястковому суглобах, пальці зігнуті в кулак. Лікування інсульту проводиться комплексно. У гострій фазі вживаються невідкладні заходи для підтримки життєдіяльності хворого. Після цього за допомогою засобів усувають причину інсульту, борються з ускладненнями захворювання, сприяють одужанню хворого. Застосовують медикаментозні, ортопедичні та нейрохірургічні методи, дієти та психотерапії, фізична реабілітація [2].

**Мета дослідження.** Дослідити проблему інсульту, сформувати поетапний план реабілітації хворих після інсульту, описати максимально повне відновлення та запобігання ускладнень.

### **Матеріал і методи дослідження**

Аналіз науково-методичної літератури, синтез отриманих знань, метод порівняння, дедукції, узагальнення та абстракції.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Реабілітація хворих на інсульт проводиться в три етапи: I – раннє відновлення (до 3 місяців), II – пізнє відновлення (до 1 року), III стадія – залишкові рухові порушення. Із них перший етап проводиться в стаціонарі під час реабілітаційного періоду, а другий і третій етапи – після виписки. Тривалість цих фаз, як і період відновлення, залежить від клінічного перебігу захворювання та ступеня рухових порушень. Розрізняють п'ять ступенів рухових порушень: 1 – легкий парез, 2 – помірний парез, 3 – парез, 4 – глибокий парез, 5 – плегія або параліч. Під час реабілітації в стаціонарі призначають ЛФК, лікувальний масаж і фізіотерапію. Лікувальну фізичну культуру призначають у постільному (розширеному постільному) режимі, який поділяється на А (2а) і Б (2б). Протипоказана вона у суворо постільному режимі, при серйозних порушеннях серцевої діяльності і дихання, коматозному стані. Однак з першої доби, коли м'язовий тонус уражених кінцівок не знижується і не стає спастичним, лікування застосовують у місцях, де дуже важливо боротися з утворюваними контрактурами ніг і рук. Паралізовані кінцівки надають положення, протилежне положенню Верніке-Манна. Поміщають уражену кінцівку в положення лежачи на спині та на здоровий бік, змінюючи положення розгинача кінцівки на положення згинача і навпаки кожні 1,5-2 години. Лікування положенням перериваються під час їжі, сну, масажу та лікувальної практики. Припиняють, коли біль і м'язові спазми посилюються. Це положення виконується наступним чином: у положенні лежачи паралізовану руку витягують в лікті, відводять від тулуба під кутом 90° в горизонтальній площині, а між нею і грудьми кладуть валик для запобігання приведення кисті до тулуба. Далі плече повертають назовні, передпліччя — долонею догори, пальці випрямляють і розводять. Для збереження цього положення накладають лонгету від пальців до ліктя і на передпліччя кладуть мішечок з піском. Паралізовану ногу згинають під кутом 15-20° у колінному суглобі, куди підкладають валик. Стопу встановлюють під кутом 90° й упирають у вертикальний щит або кладуть в опірний ящик. На зовнішній бік стегна кладуть довгий мішечок з піском або ногу вміщують у протиротаційну шину. У положенні хворого на здоровому боці руку згинають у плечовому і ліктьовому суглобах і укладають на подушку, а ногу згинають у

кульшовому, колінному і над'яtkово-гомільковому суглобах і укладають на іншу подушку [3].

Разом із лікуванням положенням на 3-4-й день хвороби у розширеному постільному режимі 2а розпочинають заняття ЛФК. Використовують лікувальну гімнастику, самостійні заняття у вигляді дихальних вправ 5-6 разів на день, потім – пасивні рухи руками, особливо кистями, які виконують із допомогою здорової руки. Комплекс лікувальної гімнастики включає прості активні і пасивні вправи для здорових і пасивно уражених кінцівок, а також дихальні вправи і вправи на розслаблення, паузу і відпочинок. Виконують вправу в повільному темпі, плавно з максимально можливим діапазоном, при цьому кожен суглоб строго ізольований, і повторяють спочатку 3-4 рази, потім 6-10 разів [3].

Приблизно на третьому тижні хвороби призначають подовжений постільний режим. Комплекс лікувальної гімнастики включає вправи на здорові частини тіла, пасивні рухи паралізованих кінцівок, вправи на розслаблення, дихальні вправи, паузи відпочинку. Починають у вихідному положенні на спині. Заняття починається з вправи на здорові кінцівки, чергуючи їх з пасивними вправами для паралізованих. Під час сеансу хворому допомагають перейти в положення сидячи з паралізованою кінцівкою, інакше він може впасти. Спочатку пацієнт сідає на ліжко і повинен забезпечити опору для спини. Пізніше, коли він починає самостійно сидіти на ліжко, він може сидіти на ліжку з опущеними ногами [4].

Напівпостільний режим призначають в кінці першого місяця і на початку другого. У комплексі використовуються пасивні, активно-пасивні, активні вправи. Реабілітологи повинні відзначити найменше поліпшення рухових здібностей пацієнтів, що стимулює і підвищує їх психоемоційний стан, дає надію на повне одужання та уникнення інвалідності. У спеціальній вправі, яка готує пацієнта вставати і ходити, використовують положення лежачи, щоб по черзі згинати ноги в коліні, одночасно притискаючи підшви до поверхні ліжка. З кожним днем час сидіння збільшується, і пацієнт може переміститися в крісло. Після того, як хворий звикає сидіти, його навчають вставати. У положенні стоячи пацієнта вчать рівномірно розподіляти вагу тіла на ноги. Після того навчають стояти на одній нозі, спочатку на здоровій, а потім — на ураженій, допускаючи згинання у коліні. У подальшому виконують вправи у ходьбі на місці [4].

На всіх етапах навчання ходьби для запобігання розтягнення сумки плечового суглоба хвору руку укладають у спеціальну підтримуючу пов'язку-косинку, у якій передпліччя знаходиться у положенні супінації, кисть і пальці випрямлені. Звисаючу стопу підтягують за носок еластичною тягою, що фіксується під коліном, або одягають ортопедичний черевик. При таких коригованих положеннях кінцівок розпочинають навчати власне ходьби. Спочатку це робиться з допомогою реабілітолога, який підтримує хворого спереду і ззаду за пасок. Потім він ходить у спеціальній колясці, згодом – з милицею, чотирьох- або трьохопорним ціпком, а пізніше – одноопорним. При цьому увагу хворого постійно звертають на збереження правильного рисунка ходьби. Вільний режим триває 2-5 тижні. Застосовують ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику, самостійні заняття, лікувальну ходьбу. Лікувальну гімнастику доповнюють вправами з опором, предметами, еластичними тягами. Вправи для тулуба і кінцівок виконують із вихідних положень лежачи, сидячи і стоячи [4].

Для паретичної кисті застосовують вправи з одночасним включенням здорової, або з її допомогою.

Отже, з вихідної позиції сидячи на стільці кладуть уражену руку на стіл, відводять великий палець вбік, розводять пальці окремо, випрямляють пальці, постукують по поверхні столу, розгинають нігтьові фаланги. Також є активні вправи для рук і пальців, зокрема застібання гудзиків різного калібру, зав'язування та розшнування шнурків, зняття та надягання кілець на пірамідки, складання кубиків, пластилінові вправи, пружинні мікроеспандери, ролики. Застосовують ходьбу по слідовій доріжці з невеликими брусочками, для подолання яких хворому слід піднімати хвору ногу. Його навчають ходити по спеціальних східцях із двома поручнями. Рух починають здоровою ногою, приставляючи до неї хвору. Пацієнт здоровою рукою тримається за поручень, а уражена знаходиться у пов'язці-косинці у коригованому положенні [5].

Лікувальний масаж після інсульту проводять наприкінці першого тижня. На ранній стадії захворювання, коли напруга м'язів ураженої кінцівки не дуже висока, застосовують тільки масаж і розтирання. Спочатку за тією ж технікою масажують однойменну здорову кінцівку, потім – пацієнта. Масаж починається зі стоп, де рефлекторні м'язи збуджені менше, ніж верхні кінцівки. Надалі, у міру розвитку спастичності, зовнішній вигляд масажу контрактури змінюється. М'язи, в яких тонус підвищений, масажують м'якими, ніжними прийомами погладжування і розтирання у повільному темпі. Розтягнуті, атрофічні, ослаблені м'язи масажують тими самими прийомами, але інтенсивніше. Спочатку масаж триває 5-10 хв, а у подальшому – 15-20 хв. Курс масажу – 25-30 процедур, повторюється через 10-12 днів [5].

Фізіотерапію призначають при ішемічному інсульті наприкінці першого тижня, геморагічному – через два тижні після початку захворювання під нормотензивними препаратами без явної декомпенсації серцево-судинної та дихальної систем. Проводять медикаментозний електрофорез (прозерин, дибазол та ін.) уражених кінцівок і шиї, а паралізованих кінцівок і суглобів – динамічну та оксигенотерапію. Надалі використовують дарсонвалізацію, УВЧ, електростимуляцію для ослаблення м'язів, магнітотерапію [1-5].

Період реабілітації після виписки. До попередніх методів фізичної реабілітації додалися механотерапія та трудотерапія. Лікувальна фізкультура використовується по-різному як на пізньому одужанні, так і на фазі залишкової дискінезії. Це залежить від ступеня дискінезії, перебігу та тяжкості захворювання, що спричинило інсульт, його результату та віку пацієнта. При I ступенях (схильність до паралічів) і II ступеня (помірний параліч) рухової дисфункції кінцевою реабілітацією є відновлення професійних навичок і працездатності організму. Виконуються ці завдання під час ранкової гігієни та лікувальної гімнастики, лікувальної ходьби, ходьби та використання гідрокінетичної терапії, рухливих та спортивних ігор, екскурсій, катання на лижах, плавання, екскурсій. При III ступені (параліч) рухової дисфункції основною метою реабілітації є набуття сімейних навичок, тоді як при IV ступенях (глибокий параліч) і V ступенях (параліч або параліч) – самообслуговування. Використовують ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику, самостійні заняття по декілька разів на день, ходьбу або самостійні пересування за допомогою підручних засобів.

Лікувальний масаж застосовують періодично курсами по 25-30 процедур для нормалізації діяльності ЦНС; розслаблення м'язів і стимуляції скорочувальної здатності ослаблених, вирівнювання загального тону м'язів в уражених кінцівках, поліпшення в них кровотоку лімфообігу, трофічних процесів; сприяння ліквідації

залишкових рухових порушень і підтримання загальної фізичної працездатності. Використовують класичний, сегментарно-рефлекторний, точковий, вібраційний і підводний душ-масаж, самомасаж.

Фізіотерапію проводять 2-3 рази на рік. Застосовують: медикаментозний електрофорез, динамічна терапія, ультрависокочастотна та мікрохвильова терапія, двокамерні водяні ванни, нанесення парафіноцерецину на уражені суглоби у вигляді рукавичок, шарпеток або манжет терапія, електростимуляція ослаблених м'язів. Механотерапія використовується для зняття контрактур і відновлення рухливості в суглобах, зміцнення м'язів паралізованих кінцівок. Використовують маятникові та блокові пристрої, а також переміщення подібних пристроїв у воді. Головне правило при застосуванні механотерапії – фізичні вправи не повинні викликати або посилювати біль у пацієнта.

Трудова терапія – відновна та професійна – використовується для збільшення амплітуди рухів у суглобах; зменшення скутості м'язів, підвищення сили, витривалості та пластичності, а також покращення координації рухів; відновлення професійних і домашніх навичок; максимальної незалежності від сторонньої допомоги. Для відновлення та підтримки загальної функції кисті, передпліччя та верхньої кінцівки рекомендується ручне шиття, в'язання, вишивка, складання конструкторів, обробка дрібних деталей, проста та легка обробка дерева та металу. Щоб тренувати нижню частину тіла, ми надаємо такі роботи, як ножна швейна машина, гончарна машина, накачування ножним насосом тощо. Постінсультні хворі з порушенням рухової функції I-II ступеня мають хороший прогноз, функціональні порушення швидко відновлюються протягом 4-6-12 місяців і можуть приступати до роботи за зручних умов. Після перенесеного захворювання III ступеня без мовленнєвих розладів можливе їх перенавчання і виконання нескладної роботи на виробництві. Пацієнтам із порушенням рухових функцій IV і V ступенів повернення до роботи є проблематичним.

**Дискусія.** Фізична активність та відповідні фізичні вправи дозволяють усунути патологічні рефлекси, покращити психологічний та емоційний стан хворого, покращити функції серцево-судинної та дихальної систем, фізичну активність та шлунково-кишковий тракт, запобігти застійній пневмонії, контрактурам, пролежням, атрофії м'язів уражених кінцівок і суглобів, їх скутості; стимулюють появу довільних рухів; готуються до позитивного повороту на здорову сторону. Лікувальний масаж після інсульту проводять для седативної дії на центральну нервову систему, зниження збудливості рухових клітин у передньому розі спинного мозку, зниження рефлекторного напруження і спастичного розслаблення м'язів, ослаблення скоротливості м'язів; покращення циркуляції крові та лімфи та запобігання порушення живлення. Завдання фізіотерапевтичної програми: покращити кровообіг і харчування головного мозку, активізувати розсмоктування крововиливів, зменшити збудливість шийних симпатичних нервів; запобігання трофічних розладів, контрактур кінцівок, появи патологічних синкінезій; сприяння відновленню активних рухів у паретичних кінцівках.

## **Висновки**

Аналіз та узагальнення науково-методичної літератури показує, що важливою проблемою в Україні є збільшення кількості хворих на інсульт. Це захворювання виділяється серед інших. Зважаючи на це, постає проблема пошуку та розробки

ефективних методик реабілітації. На основі аналізу спеціалізованої літератури розроблено та апробовано комплекс програм фізичної реабілітації, що включає лікувальну фізкультуру, фізіотерапію, масаж, механотерапію та працотерапію. Застосування комплексної програми фізичної реабілітації хворих з інсультом під час госпіталізації сприяє покращенню фізичної підготовленості та нормалізації життєво важливих показників. За допомогою нетрадиційних методів фізичної реабілітації досягли покращення психологічного та емоційного стану пацієнта, створили поштовх до заняття лікувально-спортивною культурою. Раннє і поетапне відновлення після інсульту є дуже важливим комплексом заходів для запобігання ризику серйозних ускладнень і має на меті організувати належ-

не харчування, руховий режим і відпочинок, лікування в санаторії та медикаментозну профілактику. Однак самих реабілітаційних заходів буде недостатньо, якщо хворий буде нехтувати рекомендаціями та порадами лікаря. При складанні реабілітаційного плану важлива правильна оцінка ступеня ураження для досягнення найбільш якісного лікування та швидкого повернення до активного способу життя.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

#### **Список використаної літератури / References**

1. Bennett, A. & Majersik, J. (2016). *Memantine for enhanced stroke recovery* [ClinicalTrials.gov identifier NCT02144584]. ClinicalTrials.gov. a service of the US National Institutes of Health. <https://clinicaltrials.gov>.
2. Olsson, B., Lautner, R., Andreasson, U., Ohrfelt, A., Portelius, E., Bjerke, M. et al. (2016). CSF and blood biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*, 15(7), 673-84. doi: 10.1016/S1474-4422(16)00070-3.
3. Reitz, C. (2016). Toward precision medicine in Alzheimer's disease. *Ann. Transl. Med.*, 4(6), 107. doi: 10.21037/atm.2016.03.05.
4. Suda, S., Muraga, K., Kanamaru, T., Okubo, S., Abe, A., Aoki, J., Suzuki, K., Sakamoto, Y., Shimoyama, T., Nito, C., Kimura, K. (2016). Low free triiodothyronine predicts poor functional outcome after acute ischemic stroke. *J Neurol Sci*, 368, 89-93.
5. Jiang, J & Jiang, H. (2015). Efficacy and adverse effects of memantine treatment for Alzheimer's disease from randomized. *Neurol Sci*, 36(9), 1633-41. doi: 10.1007/s10072-015-2221-2.

#### **Інформація про авторів:**

##### **Вікторія Горошко**

к. мед. н.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», факультет фізичної культури та спорту, кафедра фізичної терапії і ерготерапії, Полтава, Україна  
orcid.org/0000-0002-5244-5648  
e-mai: talgardat@gmail.com

##### **Горопашна Сніжана Анатоліївна**

студентка Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», факультет фізичної культури та спорту, кафедра фізичної терапії і ерготерапії  
orcid.org/0000-0001-7130-3947  
e-mai: goropashna543@gmail.com

Огляд

# Історія виникнення повітряної акробатики, як виду спорту

Анастасія Невелика<sup>1</sup>, Ольга Сутула<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

<sup>2</sup>Харківська державна академія фізичної культури, Харків, Україна

DOI: 10.15391/prrht.2022-7.09

Надіслано: 25.02.2022

Опубліковано: 30.03.2022

## Цитування

Невелика, А., Сутула, О. (2022). Історія виникнення повітряної акробатики, як виду спорту. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(1), 38-40. doi: 10.15391/prrht.2022-7.09

## Citation:

Nevelyka, A. & Sutula, O. (2022). History of aerial acrobatics as a sport. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 7(1), 38-40. doi: 10.15391/prrht.2022-7.09

✉ Відповідальний автор

Невелика Анастасія  
Василівна  
(Anastasia Nevelyka)

к. фіз. вих., викладач кафедри  
фізичної реабілітації та здоров'я,  
Національного фармацевтичного  
університету, Харків, Україна.  
orcid.org/0000-0001-6459-8564\_  
e-mai: anastasiaevelika89@gmail.com



Авторське право: © 2022 за авторами.  
Ця стаття є статтею з відкритим доступом  
поширюється на умовах Creative Commons  
Ліцензія Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Анотація

Мета: проаналізувати історію виникнення повітряної акробатики. Матеріали і методи: теоретичний аналіз та узагальнення матеріалів наукової, методичної літератури, інтернет-ресурсних та інших джерел. Результати: Проведені нами дослідження показали, що перші згадки про повітряну. Повітряна акробатика з'явилась у французькій цирковій школі в 1959 році. В 1995 році Ізабель Водель вперше продемонструвала виступ на полотні. Висновки: результати досліджень свідчать про те, що повітряна акробатика є одним з найпізнішим видом повітряного мистецтва. Популярність получила тільки у 90-х роках XX століття завдяки Цирку дю Солей.

**Ключові слова:** спорт, повітряна акробатика, повітряне полотно, кільце, трапеція.

## Abstract

**Anastasia Nevelyka & Olga Sutula. History of aerial acrobatics as a sport.** Objective: to analyze the history of aerial acrobatics. Materials and methods: Theoretical analysis and generalization of materials of scientific, methodical literature, Internet resources and other sources. Results: our research showed that the first mention of air. Aerial acrobatics appeared in the French circus school in 1959. In 1995, Isabel Vodel first performed on canvas. Conclusions: research shows that aerial acrobatics is one of the latest aerial arts. It gained popularity only in the 90s of the twentieth century thanks to the Cirque du Soleil.

**Keyword:** sports, aerial acrobatics, air silks, ring, trapeze.

## Вступ

Сучасний етап розвитку спорту та фітнес-індустрії спонукає до виникненню нових видів та напрямків у спорті, які б включали в себе покращення фізичної форми, укріплення здоров'я, покращення емоційного стану та включали в себе частку танцювального мистецтва та акробатичних трюків. Одним з таких напрямків стала повітряна акробатика на полотні, кільці та ін.

На сьогоднішній день в Україні велику популярність набирає повітряна акробатика на полотнах, кільці, трапеції та ін. Повітряна акробатика включає в себе вивчення танцювальних зв'язок та гімнастичних елементів на полотні (кільці, трапеції та ін.), також аеробні та анаеробні вправи, які надають можливість покращити м'язовий тонус організму, удосконалити загальний стан здоров'я та покращує емоційний стан виконавців. Таким чином, повітряна акробатика на полотні являє собою цікаве спортивне видовище, яке має свою історію розвитку, що і обумовило актуальність нашого дослідження.

**Мета даного дослідження.** Проаналізувати історію виникнення повітряної акробатики.

## Матеріал і методи дослідження

Теоретичний аналіз та узагальнення матеріалів наукової, методичної літератури, інтернет-ресурсних та інших джерел.

## Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз сучасної літератури показав, що на сьогоднішній день особливу популярність серед школярів та молоді набув такий напрямок як повітряна акробатика (повітряне полотно, кільці, трапеція та ін.). Цей напрямок набуває великої популярності, хоча вважається достатньо новим видом спорту.

Повітряна акробатика получила свою популярність у 90-х роках ХХ століття завдяки Цирку дю Солей, який почав додавати до своєї концепції повітряне мистецтво. Однак, перші згадки повітряної гімнастики були у 1644 році у Китаї. Так, на думку вчених прототипом повітряної гімнастики на полотнах стала гімнастика на ремнях [4, 6, 11].

Протягом 17-18 століть на цирковій арені виступали танцюристи на канаті, що з часом переросло у повітряну трапецію. Вважається, що засновником літаючої трапеції є Жюль Леотар. Так, у 1859 році французький гімнаст Жюль Леотар (1838-70) представив у паризькому Цирку Наполеона (нині Cirque d'Hiver) виступ під назвою La Course aux Trapezes, в якому він стрибав з однієї трапеції на іншу [13].

Аналізуючи літературу видно, що наступні згадування про повітряну акробатику відбулися у 1959 році. В цей рік, згідно книжки «Просто цирк» Стівена Сантоса («Simply Circus» by Steven Santos), повітряна акробатика з'явилась у французькій цирковій школі. На думку Стівена Сантоса, повітряна акробатика є одним з найпізнішим видом повітряного мистецтва [12, 13].

Великий вклад у розвиток повітряної акробатики на полотні в ніс Андрє Сімардом (André Simard, 1987), артист та постановник номерів, який співпрацював з Cirque du Soleil і постійно знаходився у пошуку нових форм розвитку циркового мистецтва [4].

У 1992 році є згадування про Фред Деб з Drapés Aériens, як ще одного засновника повітряної акробатики. Наступним згадуванням про повітряну акробатику з'явилось у 1995 році, коли студентка Ізабель Водель, вперше продемонструвала номер на полотнах «The World Festival of the Circus of Tomorrow». А у 1998 році Ізабель Водель та Ізабель Шасс представили виступ на повітряних полотнах під назвою Quidam в рамках шоу Cirque du Soleil. У середині 90-х років під впливом виступу Ізабель Водель та її наставника Жерар Фасолі (Gérard Fasoli), повітряною акробатикою зацікавились команди британських та французьких акробатів. Починаючи з 1996 року у Франції заняття повітряною акробатикою (полотно, кільце, трапеція, гамак, петлі та ін.) стали проводити в усіх циркових навчальних закладах [2, 3].

У 2002 році Acrobat Productions було організовано хореографію BBC TV Aerial Silks Ident, яка була популярним телевізійним шоу протягом понад 5 років. Починаючи з 2000 років повітряна акробатика набирає велику популярність.

До повітряної гімнастики відносяться вправи, що виконуються на пристроях або апаратах, підвішених до куполу цирку; гімнастика на трапеції, гімнастика на корд де волані, гімнастика на вертикальному канаті, гімнастика на турніках, гімнастика на рамці, гімнастика на бамбуку, повітряний полотно, кільце [5].

Повітряні полотна – це різновид повітряної гімнастики, учасники якого виконують трюки на підв'язаних до стелі тканинних полотнах. Повітряні полотна представляють собою два довгих полотна, які тягнуться або слабо тягнуться (залежить від рівня підготовки гімнаста), тканини шириною 1-1,5 метра.

Повітряна акробатика на полотні включає в себе три основні категорії трюків: підйом, обмотка, обрив. Підйоми використовуються для виконання трюків на

висоті. Існує кілька основних видів підйомів: базовий підйом, французький підйом, російський підйом. Обмотки це статичні пози, коли гімнаст обмотує полотно навколо свого тіла або однієї з його частин, надаючи своєму тілу певну позу (наприклад: вис, розгойдування, шпагати та інше).

Обрив це падіння з висоти після попередньої обмотки тіла таким чином, щоб в польоті частина полотна розкрутилася та зупинилась, але частина полотна залишається обмотане навколо тіла акробата. Обрив може бути простим та зі кручення тіла. Обриви є найбільш складними та в той же час, найбільш видовищними трюками [3].

*Дискусія.* Аналіз спеціальної літератури показав, що в Україні дуже мало робіт присвячених історії виникнення повітряної акробатики. В праці Гур'євої О.Н. «Витоки виникнення основних жанрів циркового мистецтва» розкриваються основні поняття акробатики, циркового мистецтва, розкривають усі види циркового жанру, в тому числі і повітряної акробатики [1].

Історію виникнення повітряної акробатики на полотнах, кільці та методик виконання вправ на цих знаряддях розглядали у своїх роботах З.Б. Гуревич «О жанрах советского цирка» (1984), а також зарубіжні дослідники Richard Gunde в роботі «Culture and Customs of China», Steven Santos в книзі «Simply Circus. Introduction to Rigging Lyras and Trapeze Bars» (2013) та Pony Poison в роботі «Simply circus. Aerial silk» (2013) [1, 11, 12].

В роботах Ганна Олейник (2017), Ігуна Картали (2018) розглядали розвиток фізичних якостей засобами повітряної акробатики. В працях Цимбалюк О.К. розглянуто вплив занять пілонним спортом та повітряною акробатикою на загальний фізичний стан. Також цим автором розглянуто удосконалення фізичного виховання учнів молодшого та старшого шкільного віку засобами повітряної акробатики та пілонного спорту [7].

Зарубіжні дослідники в своїх роботах розглядають вплив навчання циркового мистецтва (повітряна акробатика, кільце, трапеція та ін.) у фізкультурі на фізичну грамотність дітей (Kriellaars DJ, Cairney J, Bortoleto MA, Kiez TK, Dudley D, Aubertin P) [8].

В роботі Agans JP, Davis JL, Vazou S, Jarus T. (2019) розглядається самовизначення молоді через циркове мистецтво [6].

Також розглядаються питання про вплив циркового мистецтва на здоров'я молоді (Maglio J, McKinstry C.; Loiselle F, Rochette A, Tétreault S, Lafortune M, Bastien J.) [9, 10].

Однак, проаналізувавши літературу, можна зробити висновок, що історичних відомостей про виникнення повітряної акробатики дуже мало.

## Висновки

Проведений аналіз літератури показав, що повітряна акробатика получила свою популярність у 90-х роках ХХ століття завдяки Цирку дю Солей, хоча перші згадки про неї з'явилися у 1644 році у Китаї. Стрімкий ріст популярності почався у 2000 рока. Зараза, повітряна акробатика на полотнах стала одним із альтернативним танцювальним і спортивним заняттям для дітей та молоді.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

**Список використаної літератури**

1. Гур'єва, О. Н. (2009). *Витоки виникнення основних жанрів циркового мистецтва*. Маріуполь. ISBN 978-966-2001-22-8
2. Драч, Т. Л. (2022). *Огляд літератури присвячений питанню удосконалення фізичного виховання школярів засобами повітряної акробатики та пілонного спорту*. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*, 4(149), 50-52. doi: 10.31392/NPU-nc.series15.2022.4(149).12
3. Драч, Т. Л. (2021). Підготовка сучасного артисту цирку засобами повітряної акробатики та пілонного спорту. *Молодий вчений*, 12(100), С. 108-111. doi: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-12-100-23>
4. Драч Т.Л., Цимбалюк О.К. (2021). Вплив занять пілонним спортом та повітряної акробатики на загальний фізичний стан виконавців. *Молодий вчений*, 7 (95), 6-8. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-7-95-2>
5. Драч Т.Л., Цимбалюк О.К. (2021). Удосконалення фізичного виховання учнів молодшого шкільного віку засобами занять повітряною акробатикою на полотнах. *Молодий вчений*, 11(99), 112-115. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-11-99-25> УДК 373.3.016:796.417
6. Agans JP, Davis JL, Vazou S & Jarus T. (2019). Self-determination through circus art: the study of youth development in the context of new activities. *J Youth Dev.*, 14(3), 110-129.
7. Cameron, Kate L.; Spittle, Alicia; Sellick, Kath & Toovey, Rachel (2022). Circus activities as a health intervention for children, youths, and adolescents: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis: January*, 20(1), 277-283. doi: 10.11124/JBIES-20-00400
8. Kriellaars, Dean J., Cairney, John, Bortoleto, Marco A.C., Kiez, Tia K.M., Dudley, Dean, and Aubertin, Patrice (2019). The impact of circus arts instruction in physical education on the physical literacy of children in grades 4 and 5. *Journal of Teaching in Physical Education*, 38(2), 162-170. <https://doi.org/10.1123/jtpe.2018-0269>
9. Loïselle, F, Rochette, A, Tétreault, S, Lafortune, M & Bastien, J. (2019). A social circus program (Cirque du Soleil), that promotes the social participation of young people living with physical disabilities in the transition to adulthood: a qualitative pilot study. *Devl Neurorehabil.*, 22 (4), 250-259.
10. Maglio, J & McKinstry, C (2008). Occupational therapy and the circus: potential partners in promoting the health and well-being of today's youth. *Aust Occup Ther J.*, 55(4), 287-290.
11. Pony Poison. *Simply circus. Aerial silk*. URL: <http://www.simplycircus.com.au/face-painting--balloons.html>
12. Steven, Santos (2013). *Simply Circus. Introduction to Rigging Lyras and Trapeze Bars*. *Simply Circus, Inc.*
13. [http://www.circopedia.org/Short\\_history\\_of\\_the\\_circus](http://www.circopedia.org/Short_history_of_the_circus)

**References**

1. Hur'ieva, O. N. (2009). *Vytoky vynyknennia osnovnykh zhanriv tsyrkovoho mystetstva*. Mariupol. ISBN 978-966-2001-22-8
2. Drach, T. L. (2022). *Ohliad literatury prysviacheniy pytanniu udoskonalennia fizychnoho vykhovannia shkoliariv zasobamy povitrianoi akrobatyky ta pilonnoho sportu*. *Naukovyi chasopys NPU imeni M. P. Drahomanova*, 4(149), 50-52. doi: 10.31392/NPU-nc.series15.2022.4(149).12
3. Drach, T. L. (2021). *Pidhotovka suchasnoho artystu tsyrku zasobamy povitrianoi akrobatyky ta pilonnoho sportu*. *Molodyi vchenyi*, 12(100), 108-111. doi: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-12-100-23>
4. Drach T.L., Tsymbaliuk O.K. (2021). *Vplyv zaniat pilonnym sportom ta povitrianoi akrobatyky na zahalnyi fizychnyi stan vykonavtsiv*, *Molodyi vchenyi*, 7(95), 6-8. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-7-95-2>
5. Drach T.L., Tsymbaliuk O.K. (2021). *Udoskonalennia fizychnoho vykhovannia uchniv molodshoho shkilnoho viku zasobamy zaniat povitrianoi akrobatykoiu na polotnakh*, *Molodyi vchenyi*, 11(99), 112-115. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-11-99-25> UDK 373.3.016:796.417
6. Agans JP, Davis JL, Vazou S & Jarus T. (2019). Self-determination through circus art: the study of youth development in the context of new activities. *J Youth Dev.*, 14(3), 110-129.
7. Cameron, Kate L.; Spittle, Alicia; Sellick, Kath & Toovey, Rachel (2022). Circus activities as a health intervention for children, youths, and adolescents: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis: January*, 20(1), 277-283. doi: 10.11124/JBIES-20-00400
8. Kriellaars, Dean J., Cairney, John, Bortoleto, Marco A.C., Kiez, Tia K.M., Dudley, Dean, and Aubertin, Patrice (2019). The impact of circus arts instruction in physical education on the physical literacy of children in grades 4 and 5. *Journal of Teaching in Physical Education*, 38(2), 162-170. <https://doi.org/10.1123/jtpe.2018-0269>
9. Loïselle, F, Rochette, A, Tétreault, S, Lafortune, M & Bastien, J. (2019). A social circus program (Cirque du Soleil), that promotes the social participation of young people living with physical disabilities in the transition to adulthood: a qualitative pilot study. *Devl Neurorehabil.*, 22 (4), 250-259.
10. Maglio, J & McKinstry, C (2008). Occupational therapy and the circus: potential partners in promoting the health and well-being of today's youth. *Aust Occup Ther J.*, 55(4), 287-290.
11. Pony Poison. *Simply circus. Aerial silk*. URL: <http://www.simplycircus.com.au/face-painting--balloons.html>
12. Steven, Santos (2013). *Simply Circus. Introduction to Rigging Lyras and Trapeze Bars*. *Simply Circus, Inc.*
13. [http://www.circopedia.org/Short\\_history\\_of\\_the\\_circus](http://www.circopedia.org/Short_history_of_the_circus)

**Інформація про авторів:**

**Невелика Анастасія Василівна**  
к. фіз. вих., викладач кафедри фізичної реабілітації та здоров'я, Національного фармацевтичного університету, Харків, Україна.  
orcid.org/0000-0001-6459-8564  
e-mai: [anastasiavevelika89@gmail.com](mailto:anastasiavevelika89@gmail.com)

**Сутула Ольга Василівна**  
викладач кафедри спортивних та рухливих ігор Харківська державна академія фізичної культури, Харків, Україна.  
orcid.org/0000-0001-6927-3987H  
e-mai: [olgasutula@ukr.net](mailto:olgasutula@ukr.net)