

Министерство образования Республики Беларусь

Учреждение образования
«Гомельский государственный университет
имени Франциска Скорины»



**ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ
НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ
ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

В трех частях

Часть 2

Гомель
2015

Министерство образования Республики Беларусь

Учреждение образования
«Гомельский государственный университет
имени Франциска Скорины»

**ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ
НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ
ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

*Материалы
XI Международной
научно-практической конференции,
посвящённой 85-летию
УО «ГГУ имени Ф. Скорины»*

(Гомель, 8 – 9 октября 2015 года)

В трех частях

Часть 2

Гомель
ГГУ им. Ф. Скорины
2015

УДК 796.015.686(082)

В сборнике представлены материалы XI Международной научно-практической конференции посвящённой 85-летию УО «ГГУ имени Ф. Скорины», которые охватывают проблемы оздоровления и тренировочной деятельности в условиях неблагоприятных факторов окружающей среды.

Издание состоит из трех частей. Во второй части помещены материалы о влиянии средств, методов и форм оздоровительной физической культуры на людей разного возраста, в том числе, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Сборник рассчитан на специалистов в области физической культуры и спорта.

Редакционная коллегия:

*О. М. Демиденко (гл. редактор), Г. И. Нарскин (зам. гл. редактора),
А. С. Малиновский (отв. редактор), С. В. Севдалев (отв. секретарь),
В. А. Барков, В. Г. Никитушкин, О. А. Ковалева,
К. К. Бондаренко, А. И. Босенко, С. В. Шеренда,
М. В. Коняхин, А. Е. Бондаренко, Е. В. Осипенко*

ISBN 978-985-577-045-0 (Ч. 2)
ISBN 978-985-577-044-3

© УО «Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины», 2015

2 ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ, МЕТОДОВ И ФОРМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА, В ТОМ ЧИСЛЕ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

В.Г. Аношко, С.Г. Аношко, Ю.В. Старовойтова

УО «Минский государственный аграрный технический университет»

БИОИНФОРМАЦИОННЫЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ

Сегодня в нашей стране происходит формирование новой системы физического воспитания, построенной на представлениях о ценности физической культуры в гармоничном развитии личности, создании здорового образа жизни, сохранении здоровья. Физическая культура рассматривается как важнейшая часть государственной программы оздоровления населения, укрепления здоровья, формирования привычек здорового образа жизни. Разрабатываются многообразные концепции в создании новой системы физического воспитания и образования. [1]

По данным БГАТУ, на первом курсе количество студентов в специальной медицинской группе составляет 21 %, на 2 курсе -32 % и на 3 курсе - 35 % от общего числа студентов, обучающихся на указанных курсах. Такая тенденция характерна для многих вузов Белоруссии. Как видно линейная аппроксимация такой динамики позволяет спрогнозировать, что количество студентов СМО скоро может достигнуть 50 % от общего числа студентов. Это свидетельствует о возможной серьезной тенденции к деградации состояния здоровья студентов. Многие студенты СМО не в полном объеме готовы к выполнению нагрузок, предусмотренных стандартной учебной программой. Это связано с несоответствием нормативных тестов состоянию здоровья (не учитывается степень и многообразие заболеваний) и физической подготовленности значительного числа студентов. Положение усугубляется отсутствием у большинства студентов с ослабленным здоровьем необходимого интереса к физической культуре. Нередко такие студенты пассивны на учебно-тренировочных занятиях, они не в состоянии выполнять элементарные упражнения, избегают физических нагрузок, не проявляют настойчивости в достижении результатов, необходимых для оптимального функционирования всех систем организма. [2]

В связи с этим, по-прежнему остается важной задача актуализации и активизации их физической деятельности. Организация и методика учебного процесса таких студентов имеет свои особенности. Это приводит к необходимости совершенствовать учебный процесс физического воспитания, разрабатывать и внедрять новые подходы и технологии работы со студентами, отнесенными по состоянию здоровья, физическому развитию физической подготовленности к специальной медицинской группе. Индивидуализация физического воспитания студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, является одной из главных проблем учебного процесса в вузе.

Одним из перспективных направлений совершенствования систем физического воспитания студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, является разработка научных принципов мониторинга физического и двигательного развития на основе современных информационных технологий. Организация и проведение динамического контроля за состоянием физического здоровья и двигательного развития предполагает не только оптимизацию методов и средств физического воспитания, но, самое главное,

формированию у студентов потребности к здоровому образу жизни. Для адекватной многофакторной оценки состояния здоровья перспективным является применение системного подхода, что приводит к необходимости разработки «модели здоровья».[3] Применение рейтинга (многобалльной оценки) функционального состояния и физического развития студентов СМО представляется актуальным, так как требует дифференциации видов учебно-спортивной деятельности и их адекватной оценки.

Определение уровней состояния здоровья позволяет преподавателю дифференцированно подходить к обучению студентов с учетом их заболевания и функциональных возможностей. Модельный подход позволяет во многом спрогнозировать возможные тенденции изменения динамики состояния здоровья студентов СМО, что, в свою очередь, позволит разрабатывать адекватные оздоровительные технологии. Перспективным направлением решения этого вопроса является создание многоканальной системы информационных связей в прямом (от преподавателя или источника знаний - к студентам) и обратном направлении.[4]

Определение уровней состояния здоровья позволяет преподавателю дифференцированно подходить к обучению студентов с учетом их заболевания и функциональных возможностей. Таким образом, результаты применения биоинформационных технологий позволят разработать оздоровительные технологии на основе комплексного функционального обследования занимающихся и методики индивидуального подхода к обучению студентов СМО. Это выявит необходимость динамического перераспределения студентов СМО в адаптационные группы при обучении. [5]

Литература

1. Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и для каждого. - М.: ФиС, 1988. - 208 с.
2. Лубышева Л.И., Бальсевич В.К. Ценности физической культуры в здоровом стиле жизни // Матер. междунар. конф. «Современные исследования в области спортивной науки». СПб.: НИИФК, 1994
3. Тюнников Ю.С. Анализ инновационной деятельности общеобразовательного учреждения: сценарий, подход / Ю.С. Тюнников // Стандарты и мониторинг в образовании. - 2004. - № 5
4. Эндриус Д.К. Роль образовательных инноваций в пропаганде здорового образа жизни в двадцать первом столетии // Теор. и практ. физ. культ. 1993, №1
5. http://dissland.com/catalog/formirovanie_gotovnosti_studentov_k_samokontrolyu_v_modulno_reytingovom_obuchenii_na_primere_uchebno.html

¹Н.И. Антипин, канд. пед. наук, доц., ²Н.Т. Станский, доц.

¹УО «Полоцкий государственный университет»

²УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»

МЕТОДОЛОГИЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Методология и практическая деятельность по направлению к здоровому образу жизни основывается на нормативной базе представленной законами Республики Беларусь, Декретами и Указами Президента, постановлениями Совета Министров и Министерством здравоохранения, совместными постановлениями Министерства здравоохранения и заинтересованных органов государственного управления, приказами

Министерства здравоохранения, постановлениями главного санитарного врача, Государственными программами развития физической культуры, спорта и туризма.

Забота о ЗОЖ граждан отражены в Законе Республики Беларусь «О физической культуре и спорте», Государственной программе развития физической культуры и спорта. При этом в последнее время в организации и проведении профилактической работы доминирует принцип межведомственного интегрального подхода (органы государственной власти, органы местного самоуправления, медицинские организации, работодатели, общественные объединения).

Укомплектованность врачами - валеологами в Республике Беларусь составляет 88,9%, специалистами физической культуры и спорта – 91%.

Серьёзным шагом в отношении принятия конкретных мер для сохранения и укрепления здоровья населения стала разработанная Концепция реализации Государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь до 2020 года и Концепции реализации Государственной политики противодействия потреблению табака на 2011-2015 годы, а также планов основных мероприятий по их выполнению.

Результаты последних социологических исследований свидетельствуют о следующем: 81,9% респондентов считают здоровье наиболее важным в рейтинге жизненных ценностей. Главным виновником в потере здоровья большая часть респондентов признали самого человека. 69,5 % населения отмечают, что сегодня важно вести здоровый образ жизни.

К числу позитивных изменений можно отнести и увеличение доли администраций организаций, арендующих спортивные помещения и оплачивающих посещение бассейна, тренажёрных залов, бань. В этих организациях для работающих оборудованы «спортивные уголки», имеются теннисные столы, тренажёры.

Улучшение возможностей для занятий физической культурой и спортом, уровень физической активности населения является прогрессивно нарастающим. Абсолютное большинство населения принимают меры к сохранению своего здоровья: стараются больше двигаться – 55,5%, избегают вредных привычек – 48 %, следят за своим питанием – 45%, регулярно проходят медосмотр – 41,5%, принимают витамины – 31,5%, занимаются физической культурой и спортом – 29%, соблюдают режим дня – 25%, особо ничего не делают для заботы о своем здоровье – 6%.

Следует отметить, что по данным центральной прессы численность занимающихся физической культурой и спортом составляла в 2011г.-10,9% и возросла в 2015 г. до 29%. Можно предположить, что рост численности занимающихся происходит благодаря строительству и вводу в строй спортивных объектов мирового значения и местной спортивной инфраструктуры регионов.

В 2015 году по росту цен среди непродовольственных товаров занимают I место цены на лекарства – это новый толчок к здоровому образу жизни.

На первом месте в Республике Беларусь среди факторов разрушающих здоровье - стоит курение. На втором месте – ненормированное употребление алкоголя.

Продолжительность жизни у мужчин меньше на 12 лет, чем у женщин.

Сейчас крайне важно сохранение нормального психологического климата: дома, на работе, в быту, потому что сейчас психические расстройства выходят на третье место во всем мире. Деспотические условия способствуют хроническому стрессу – отсюда гипертония, гастрит и др.

Однако эти факты по заболеваемости указывают на то, что эта задача сегодня не решается в должной мере на этапах взросления молодых людей, в том числе в период получения высшего образования.[1]

Особенно настойчиво профилактикой этих явлений следует заниматься на этапе школьно-вузовского обучения.

По данным обобщенных нами медицинских обследований и литературных источников установлено, что имеющиеся заболевания в системе «Школа-вуз-предприятие» схожи и прогрессируют к хроническим формам.[2]

Основные причины: компьютеризация, мобильные телефоны, низкая двигательная активность.

К числу новых технологий относим разработку основ непрерывной профессионально-ориентированной физической подготовки кадров в системе «Школа-вуз-предприятие».

Мы исходим из того, что в результате внедрения в систему «Школа –вуз-предприятие» компьютеризации, которая существенно изменила содержание профессиографических требований к людям разных групп труда, функциональная нагрузка в большей мере приходится на центральную, нервную и сердечно-сосудистую системы, опорно-двигательный аппарат, а также зрительный анализатор. В связи с этим рекомендуем те виды физических упражнений, которые обеспечивают преимущественную профилактику утомления и перенос развиваемых способностей на профессионально важные качества.[3]

На основе разработанности критериев оценки успешности в профессиональной деятельности специалистов на производстве мы сделали вывод, что оптимизации учебных программ можно добиться в системе «Школа-вуз-предприятие» развивающими нагрузками в школе, совершенствующими – в вузе и поддерживающими – на предприятии как профилактическое средство, т.е. такие упражнения, которые, по мнению К.Д. Ушинского, позволяют «раздвинуть пределы физических, умственных и нравственных сил».

Таким образом, нами определены факторы и условия, способствующие приобщению студентов к физкультурно-оздоровительным занятиям и влияющие на их дееспособность. К ним отнесены:

-научная организация учебного процесса и физкультурно-оздоровительных групп;

-организация быта и занятий в общежитиях;

-тесное сотрудничество с врачами здравпункта, врачебный контроль и самоконтроль;

-на основе разработанности УМК и др. учебных изданий – создание устойчивой системы побудительных мотивов, поскольку мотив является психологическим механизмом формирования ответственности за здоровье.

Научное обоснование новой стратегии связано с усилением гуманитарно-воспитательной и оздоровительной направленности учебного процесса к здоровому образу жизни.

Проводимые кафедрой физической культуры и спорта исследования показали тесную взаимосвязь практических занятий с теоретическими, что помогает студентам определить свою роль в деле сохранения и укрепления личного здоровья, осознать, что здоровье зависит от собственных усилий и необходимостью создать стойкую мотивацию относительно ЗОЖ.

К 3-ему курсу обнаруживается озабоченность своим здоровьем: студенты говорят: «Нет здоровья – и твоя профессиональная подготовленность может остаться невостребованной». «ЗОЖ – составляющая успеха в профессиональной деятельности».

Качество физкультурно-оздоровительной работы всегда было существенным показателем при оценке деятельности учреждения образования. А также фактором, определяющим положение данного учреждения на рынке физкультурно-оздоровительных услуг.

В этой связи следует обозначить следующие научные пути формирования здоровья:

- охватить НИР детские сады, школы, предприятия, подсказать научные пути формирования здоровья;
- включить дисциплину «Физическая культура» студентов в рейтинговую систему контроля знаний и компетенций с оценкой разделов учебной программы по 10-бальной шкале ;
- выявить культуру ЗОЖ в учебных заведениях, включая УОРы;
- реализовывать программы занятий с активными формами передвижения в детских садах;
- разработать и внедрить технологии спортсооружений в сферу туризма.

Литература

1. Апрасюхина, Н.И. Изучение состояния здоровья студентов / Н.И. Апрасюхина // Региональные проблемы экологии: пути решения: тез.докл. III Междунар. эколог. симпоз.: в 3 т., Полоцк, 21-23 ноября 2007 г./ Полоцк. гос. ун-т.-Новополоцк, 2007.т. 3 - С. 86 – 91.
2. Антипин, Н.И. Преемственность в профессионально – прикладной физической подготовке современного специалиста в системе «лицей – вуз – предприятие» / Н.И. Антипин // Опыт и современные технологии в развитии оздоровительной физической культуры, спортивных игр и туризма : материалы междунар. науч. – практ. конф., Минск, 5 июня 2009 г.; Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск: БГУФК, 2009. – С. 34 – 38.
3. Антипин, Н.И. Новые здоровьесберегающие технологии и средства подготовки современного специалиста / Н.И. Антипин //Вестник Полоцк. гос. ун-та. Сер.Е. Педагогические науки. – 2008. - № 5.- С. 106 – 110.

В.Г. Беспутчик, доц., **В.А. Ярмолюк**, канд. пед. наук, доц.
УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»

ГИМНАСТИКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В ПРАКТИКЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Самая большая ценность человека – это здоровье. У представителей различных цивилизаций гимнастика веками служит для оздоровления, подготовки к трудовой и военной деятельности, занятий спортом и активного отдыха.

Основными социально-педагогическими аспектами оздоровительной гимнастики является:

- личная мотивация человека;
- стремление человека к здоровьесформированию и здоровьесбережению;
- личностно-общественный статус здоровья;
- развитие системы физического воспитания в республике Беларусь, обеспечивающей сохранение, укрепление, восстановление здоровья всех слоев населения.

Как утверждают исследователи, результаты процесса оздоровления до 92-94% зависят от правильного выбора и грамотного применения педагогических воздействий (И.А. Анохин, Е.Ю. Гапоненко, А.В. Менхин, Л.В. Попадьян и многие другие),наиболее значимые из них можно выделить следующие[1, 2]:

- выбор средств оздоровления в зависимости от функционального состояния организма человека;
- индивидуальное и смысловое отношение к выбранному виду гимнастики, система гимнастических упражнений;

- оптимальная величина психической нагрузки;
- комплексное и рациональное сочетание различных гимнастическо-оздоровительных воздействий;
- индивидуальный и дифференцированный подход к занимающимся;
- комфортность условий занятий.

Гимнастика для здоровья включает в себя следующие разновидности: общеразвивающая, общеукрепляющая, сохраняющая (общеразвивающие упражнения с предметами и без предметов, на тренажерных устройствах, приспособлениях); гигиеническая; профессионально-прикладная, производственная; фитнес, пилатес, корректирующая; лечебно-реабилитационная, терапевтическая; атлетическая; аэробика; изотон; шейпинг; акробатическая; ритмическая; батутная; танцевальная; гимнастика-гибкость (стретчинг); колланетик; дыхательная; аква-гимнастика (в воде); психомускульная; виброгимнастика; рекреационная; эстетическая; воздушная гимнастика (на полотнах); гимнастика на пилоне; тай-бо; ци-гун; ушу; йога; тай-чи; интимная гимнастика; игрогимнастика; гимнастические эстафеты, конкурсы и другие [3,4,5].

Из выше представленных видов оздоровительной гимнастики большинство из них являются исторически признанными в разные годы, получившими свое развитие и совершенствование в настоящее время для удовлетворения разнообразных нужд и потребностей демографических групп населения.

Оздоровительная гимнастика, многофункциональна по направленности, объединяет в себе ряд сходных по определенным признакам функций: ученые, специалисты физического воспитания выделяют два функциональных направления. Первое направление – сохранение и преобразование биологической природы человека, включает следующие функции:

- адаптация человека к воздействию окружающей среды;
- общее физическое и функциональное развитие;
- восстановление утраченных функций организма;
- обеспечение активного отдыха;
- оптимизация двигательного режима;
- повышение уровня физической подготовленности;
- профилактика воздействий внешней среды (социальной, природной);
- сохранение потенциала для жизне- и трудоспособности, творчества.

Второе направление – социальное преобразование человека, которое включает следующие функции:

- удовлетворение нужд и потребностей в здоровьесбережении, здоровьесбережении, физическом развитии, физическом совершенствовании, отдыхе и других;
- самоактуализация, развитие творческих способностей, образование (приобретение новых знаний, умений, навыков), воспитание;
- развитие и поддержание коммуникативных способностей, социальных контактов, воспитание психологических, морально-нравственных, эстетических качеств и свойств личности;
- формирование здорового образа и активного стиля жизни.

Гимнастические упражнения как «лекарство» способны улучшать и сохранять функциональное состояние, снижать риск заболеваний, регулировать работу организма, обменные процессы, его тонус, работоспособность, психику, самочувствие, физическое развитие, физическую подготовленность и другое. Однако, эти упражнения могут быть «ядом» и приводить к негативным последствиям: травмировать психику, опорно-двигательный аппарат, ухудшать сон, аппетит, самочувствие, угнетать иммунную систему, перенапрягать сердечно-сосудистую, дыхательную системы,

дисгармонизировать все функции организма, в том числе снижать мотивацию и вызывать отрицательное отношение к занятиям.

Для эффективного использования средств гимнастики на занимающегося, специалист оздоровления должен знать:

- разнообразие гимнастических средств, их предназначение, воздействие на организм занимающихся;

- анатомо-физиологическое строение и механизмы функционирования организма занимающегося;

- представление о влиянии средств гимнастики на изменения в организме;

уметь:

- компетентно и комплексно использовать арсенал традиционных и нетрадиционных средств гимнастики, современных и оздоровительных технологий для решения целей и задач физического воспитания;

- грамотно, на научной основе построить учебно-тренировочный и воспитательный процесс по гимнастике.

Доступность, многообразие видов, упражнений гимнастики, решаемых задач послужило появлению в регионах Беларуси многочисленных и разнообразных физкультурно-оздоровительных, образовательных услуг для населения: проведение учебно-тренировочных, оздоровительных занятий по видам гимнастики (в кружках, секциях, клубах и других); проведение зрелищных гимнастических мероприятий «Дней здоровья», праздников, фестивалей здоровья; информационно-образовательные и консультационные услуги; прокат гимнастического оборудования и инвентаря; коррекция форм тела и другие. Из года в год значительно расширяется ассортимент услуг, появляются новые формы обслуживания, в том числе, внедряются сопутствующие, дополнительные услуги.

Условно можно выделить два фактора конкурентоспособности оздоровительных услуг средствами гимнастики. Первый фактор – позитивное отношение клиентов к услугам физкультурно-спортивных организаций определяют: степень индивидуализации гимнастических услуг (разнообразие ассортимента, возможность выбора программ, расписания учебных занятий); уровень организации и культура предоставляемых услуг (материально-техническая оснащенность спортивной базы); качество организации и проведения занятий; профессионализм специалистов; характеристика клиентов (пол, возраст, уровень физической подготовленности, социальный статус); привлекательность рекламы и эффективность работы информационно-сбытовой службы спортивной организации; имидж спортивной организации. Второй фактор – рыночная востребованность оздоровительно-гимнастических услуг организации определяют: ценовые характеристики (размер оплаты, система скидок, льгот); уровень организации и культура процесса предоставления услуг (материально-техническая оснащенность спортивной базы, занятий, характеристики избранного педагогического процесса, квалификация специалиста гимнастики, (опыт работы); продолжительность, график занятий; характеристика клиента (пол, возраст, уровень физической подготовленности, социальный статус); качество (результативность и надежность, эффективное обучение, удовлетворение нужд и потребностей клиента).

Исследования показывают, что наибольшей популярностью среди населения пользуются гимнастические виды и системы физических упражнений. Из 28-ми обследуемых объектов (клубов и физкультурно-оздоровительных центров) в 65% – представлены услуги с использованием различных видов гимнастики (танцевально-гимнастические направления, атлетическая гимнастика, разновидности аэробики, фитнес, пилатес и другие). В практике физического воспитания региона широко

используются традиционные и инновационные здоровьесберегающие и здоровьесформирующие гимнастические технологии.

Сегодня одной из важных проблем является подготовка специалистов оздоровительной гимнастики, разработка новых и модернизация традиционных программ, методов подготовки, переподготовки и повышения квалификации.

Заметно снижена роль агитационно-пропагандистской работы, разъяснение населению о целебных свойствах гимнастики, об эффективных формах, средствах, значимости их для формирования, поддержания здоровья, жизнеспособности, трудоспособности и другое. Недостаточно изучаются предпочтения, желания, вкусы, нужды, запросы населения по использованию средств гимнастики.

В связи с этим необходимо шире использовать среди детей, молодежи, взрослого населения гимнастические технологии с применением современного оборудования, инвентаря, тренажерной техники, музыкального сопровождения для здоровьесформирования и здоровьесбережения, повышения их двигательной активности, приобщения к здоровому образу жизни, физического совершенствования.

С учетом роста заболеваемости населения Беларуси требуется расширение сети специализированных оздоровительных гимнастических, в том числе, коррекционных центров для детей дошкольного возраста, учащихся, студентов, взрослого населения. Использовать в них эффективные оздоровительные технологии, отечественные и зарубежные достижения, передовой опыт в сфере оздоровительной физической культуры.

Таким образом, изучив исследуемую проблему значимости гимнастики, ее разновидности, функциональной направленности, гимнастических технологий, ее место и роль в современном социуме, можно сделать вывод, что гимнастика является социокультурным феноменом в области физической культуры, традиционным и инновационным по своей сути и подчиняющимся общей логике развития инноваций, направленных на здоровье формирование и здоровьесбережение населения.

Литература

1. Менхин Ю.В. Оздоровительная гимнастика : учеб.для ин-тов физ. культуры /Ю.В. Менхин, А.В. Менхин. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 382 с.
2. Менхин А.В. Рекреативно-оздоровительная гимнастика / А.В. Менхин. – М.: Физическая культура, 2007. – 160 с.
3. Селуянов В.Н. Технология оздоровительной физической культуры / В.Н. Селуянов. – М.: СпортАкадемПресс, 2001. – 172 с.
- 4.Смолевский В.М. Нетрадиционные виды гимнастики / В.М. Смолневский, В.К. Ивлиев. –М.: Просвещение, 1992. – 80 с.
5. Хоули Э.Т. Оздоровительный фитнес / Э.Т. Хоули, Б.Д. Френкс. – Киев.: Олимп. лит., 2000. – 367 с.

А.Е. Бондаренко, канд. пед. наук, доц., **Е.В. Курзова**, **М.С. Кравченко**
УО «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

СТРУКТУРА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКОЙ СТУДЕНТОК С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Загрязнение окружающей среды, появление новых искусственно синтезированных веществ, изменение характера и качества питания, все большее применение фармацевтических средств в лечении различных болезней – вот основные причины роста заболеваемости бронхиальной астмой [1]. Для того чтобы немного

облегчить свое состояние, больной может предпринять определенные меры. И наиболее подходящим вариантом в данном случае станет использование при бронхиальной астме дыхательной гимнастики.

Дыхательная гимнастика один из вспомогательных методов лечения заболевания, но в свою очередь весьма действенный. Дыхательные упражнения при астме способны не только облегчить протекание болезни в целом, но еще и являются хорошим и надежным способом профилактики развития возможных последующих осложнений [2].

Целью исследования явилось определение наиболее эффективных средств лечебной физкультуры, применяемых при бронхиальной астме у студентов.

Для решения поставленной задачи были использованы следующие методы: анализ научно-методической литературы, педагогическое наблюдение, тестирование функционального состояния дыхательной системы, констатирующий эксперимент, методы математической статистики.

Исследование проходило в 3 этапа. На первом этапе внимание уделялось разработке методологии исследования, изучалась научно-методическая литература по теме исследования. Второй этап предусматривал сбор фактологического материала по теме исследования. Третий этап исследования представлял собой анализ и обобщение собранного материала. В качестве результирующей оценки мы использовали динамику изменения исследуемых показателей. Делались необходимые выводы и заключения. Группа, в которой проводилось исследование, состояла из 15 человек.

С оздоровительной целью занятия в группах специального отделения проводились 2 раза в неделю, при дополнении их ежедневной дыхательной гимнастикой по утрам. Время одного занятия составляло – 60 – 65 минут. Из них на разминку отводилось 10 – 15 мин, основной части занятия – 30 – 35 мин, а заключительной части – 10 – 15 мин.

Первое учебное полугодие (15.09 -30.11.14 – 22 занятия)

Разминка, составляющая 10 – 15 минут, выполнялась в виде дыхательные упражнения при спокойной ходьбе.

В основной части в первый месяц проводились дыхательные упражнения в комплексе со звуковой гимнастикой. Количество упражнений зависело от самочувствия исследуемых и в среднем составляло 15-20 упражнений. Звуковые упражнения выполнялись на произнесение различных гласных и согласных звуков. На начальном этапе занятий мы произносили гласные «у», «и», «е», «о». Продолжительность произнесения звуков было в начале занятий от 4 до 7 секунд. Между дыхательными упражнениями с проговариванием звука делалась небольшая пауза в 20–30 секунд. Так же на начальном этапе проводились дыхательные упражнения в сочетании с упражнениями для верхних и нижних конечностей. При выполнении лечебных упражнений делались паузы для отдыха по 20–60 секунд в зависимости от самочувствия. Темп выполнения упражнений медленный или средний.

Для больных бронхиальной астмой большое значение имеет исходное положение, из которого выполняется физическое упражнение. Правильное, физиологически наиболее выгодное положение облегчает выполнение упражнения и обеспечивает наиболее полное воздействие его на организм. Исходное положение стоя применяют при занятиях ЛФК с больными, у которых отсутствуют приступы удушья, легочная и легочно-сердечная недостаточность, распространенные нагноительные процессы в легких. Так как у наших испытуемых была фаза ремиссии, мы использовали все исходные положения: лежа, сидя, стоя.

С декабря (8 занятий) нагрузка незначительно изменилась. Количество упражнений осталось тем же, в среднем составляло 15–20 упражнений с учетом звуковой гимнастики и специальных дыхательных упражнений. Постепенно начали

использоваться такие согласные как «ж», «з», «р», «с» и др. Произнесение этих звуков вызывает вибрацию голосовых связок, которая передается на трахею, бронхи, легкие, грудную клетку. Это хорошо помогает для расслабления спазмированных бронхов и бронхиол. При звуках п, т, к, ф развивается наибольшая сила воздушной струи; при звуках б, г, д, в, з – средняя; при звуках м, к, л, р – наименьшая. Продолжительность произнесения звуков осталась такой же, от 4 до 7 секунд.

При выполнении специальных упражнений с произношением шипящих и свистящих звуков выдох производился через рот. Произношение звуков было четким, громким и продолжительным. Упражнения выполнялись в медленном и среднем темпе, без рывков. Не допускалась задержка дыхания. Особое внимание обращалось на полный удлиненный выдох. Если во время полного выдоха возникал кашель, продолжительность выдоха несколько сокращали.

Втрое учебное полугодие(16.02 -16.05.15 – 26 занятий)

В подготовительной части использовались дыхательные упражнения при спокойной ходьбе: на 1 шаг – вдох, на 2 шага – выдох, на 2 шага – вдох, на 4 шага – выдох. А так же быстрая ходьба, дыхание: на 2 шага – вдох, на 4 шага – выдох. Так же использовались общеразвивающие упражнения (ОРУ) в комплексе с дыханием. ОРУ улучшают функцию всех органов и систем, оказывают благоприятное воздействие и на дыхательный аппарат. В зависимости от состояния органов и степени патологических изменений в них применяются упражнения малой и умеренной интенсивности. Следует помнить, что выполнение необычных физических упражнений может привести к нарушению ритма дыхания; выполнение же упражнений в быстром темпе может вызвать увеличение частоты дыхания и гипервентиляцию, что неблагоприятно сказывается на самочувствии больных.

В основной части занятия использовались дыхательные упражнения, направленные на удлинение выдоха, повышение тонуса дыхательных мышц, улучшение дренажной функции бронхов, укрепление вспомогательных дыхательных мышц в комплексе со звуковой гимнастикой. На занятиях применялся так же комплекс физических упражнений, который способствовал нормализации корковой динамики и нервной регуляции дыхательного акта. В комплекс упражнений входило: сгибание, разгибание туловища, наклоны, отведение и вращение конечностей, укрепление мышц брюшного пресса и т.п. При длительном течении заболевания развивается повышенное напряжение всех дыхательных мышц, в том числе и основной из них - диафрагмы. Поэтому на занятиях особое внимание в упражнениях отводилось тренировке диафрагмального дыхания и удлиненного выдоха.

В заключительной части обязательно выполнялись упражнения на расслабление: «облегченное положение», аутотренинг и т.п. При признаках переутомления временно прекращались занятия. При резком ухудшении состояния, подъеме температуры тела, частом и сильном кашле, общем недомогании занятия гимнастикой останавливались до полного исчезновения этих симптомов. После улучшения состояния занятия возобновлялись. Самоконтроль был систематическим и длительным. Самонаблюдение выполнялось в одни и те же часы: до начала занятий и после занятий.

Реабилитационные мероприятия при бронхиальной астме были направлены на поддержание ремиссии болезни, восстановление функциональной активности и адаптационных возможностей дыхательного аппарата и других органов и систем, обеспечивающих последующее нормальное развитие жизнеобеспечения организма [3]. Одним из важнейших критериев оценки правильности построения занятий и их эффективности является соответствие нагрузки физическому и функциональному состоянию занимающегося. Оценка эффективности экспериментальных занятий проводилась по показателям функционального состояния дыхательной системы, таких

как проба Штанге, проба Генчи, жизненная емкость легких (ЖЕЛ) и частота дыхания (ЧД) до и после нагрузки. Девушки исследуемой группы превысили уровень своего функционального состояния в конце эксперимента по всем показателям, это мы можем наблюдать в таблице.

Таблица - Показатели функционального состояния дыхательной системы студенток в начале и конце эксперимента

Показатели	Исследуемая группа на ноябрь 2014 г	Исследуемая группа на май 2015 г.	t- критерий	Достоверность
1	2	3	4	5
ЧД до нагрузки, кол-во раз в мин	19,6 ± 3,8	17,09 ± 3,17	1,7	P>0,05
ЧД после нагрузки, кол-во раз в мин	22,9 ± 3,3	18,72 ± 1,7	3,7	P<0,05
ЖЕЛ, мл	2509,1 ± 353,42	2845,5 ± 398,4	2,09	P>0,05
Проба Штанге, с	41,36 ± 11,2	57,8 ± 27,4	1,8	P>0,05
Проба Генчи, с	25,7 ± 5,98	33,6 ± 6,3	3,0	P<0,05

После пройденного эксперимента, частота дыхания до и после физической нагрузки у испытуемых в абсолютных показателях снизилась, причем после нагрузки изменения достоверны (P<0,05). На наш взгляд урежение дыхания объясняется наличием большого количества дыхательных упражнений и элементов звуковой гимнастики в комплексе лечебной дыхательной гимнастики, что способствует удлинению выдоха и урежению дыхания. В показателях ЖЕЛ также наблюдается увеличение, если в начале эксперимента среднее значение ЖЕЛ было 2509 мл, то в конце этот показатель составил 2845 мл (P<0,05). Пробы Генчи в среднем увеличились на 8 с (P<0,05) и Штанге на 16 с (P>0,05) соответственно. Это говорит о том, что занятия дыхательной гимнастикой, развивающие функцию внешнего дыхания, стимулируют тканевое дыхание и способствуют тем самым борьбе с проявлениями кислородного голодания тканей.

На основании полученных данных после экспериментальных занятий произошло увеличение функциональных показателей дыхательной системы студенток специального отделения. Поэтому можно утверждать, что занятия дыхательной гимнастикой по предложенной структуре и содержанию позволяют укрепить мышцы, принимающие участие в акте дыхания, увеличить подвижность диафрагмы и грудной клетки, и увеличить возможности функциональных резервов. Следовательно, дыхательную гимнастику можно успешно и эффективно использовать в качестве базового компонента при проведении учебных занятий по физическому воспитанию в специальных отделениях у студентов с заболеванием бронхиальная астма.

Литература

1. Виноградова, Т.А. Клиническая пульмонология. Пособие для студентов лечебного, педиатрического факультетов, врачей–интернов, клинических ординаторов / под ред. Т.А. Виноградовой. – Гродно: ГрГМУ, 2011. – 192 с.
2. Гитун, Т.В. Лечение бронхиальной астмы. Новейшие медицинские методики / Т.В. Гитун. – М.: Рипол Классик, 2008. – 66 с.

3. Попов, С.Н. Физическая реабилитация: учебник для студентов высших учебных заведений / под общей ред. проф. С.Н. Попова. – 3-е изд., перераб. и допол. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 608 с.

А.Е. Бондаренко, канд. пед. наук, доц., **С.В. Чернов**, **О.В. Ливанская**
УО «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЙ ЛФК С МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Детский церебральный паралич – собирательный термин, объединяющий группу хронических не прогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде.

Причины развития ДЦП многообразны. Принято выделять: пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы, имеющие отношение к происхождению ДЦП. На практике чаще всего встречаются комбинации таких факторов, действующих на разных этапах развития. В основе клинической картины детского церебрального паралича лежат двигательные расстройства, формирующиеся по типу параличей и парезов, реже гиперкинезов, атаксии, а также различные нарушения речи и психики.

Лечебная физическая культура является важным средством реабилитации детей с церебральным параличом. Основными задачами ЛФК при детском церебральном параличе являются: развитие способности к произвольному торможению движений, снижение гипертонуса мышц, улучшение координации движений, увеличение амплитуды движений в суставах. Также в задачи ЛФК при ДЦП входит обучение детей бытовым навыкам, элементам трудовых процессов, самообслуживанию. Гиподинамия приводит к отставанию ребёнка в росте и увеличении массы тела. Лечебная физкультура при ДЦП влияет на больного оздоровительно и общеукрепляющее, происходит существенное улучшение кровообращения и всех обменных процессов, укрепляются малые группы мышц, восстанавливается двигательная координация [1].

Цель исследования - определить содержание занятий лечебной физической культурой с младшими школьниками при детской церебральном параличе.

Исследование проводилось с сентября 2014 по май 2015 года, на базе учреждения образования «Средняя школа №72 г. Гомеля». В нём приняли участие 5 школьников, учащихся в 1-2 классах с детским церебральным параличом (в исследовании приняли участие дети со спастической диплегией, среди обследованных детей было 2 мальчика и 3 девочки в возрасте от 7 до 9 лет). Все занимались лечебной физической культурой 2 раза в неделю.

Занятия по ЛФК проводились в урочной форме, что позволило детям чувствовать себя также как простые школьники, временное соотношение частей занятия составляло – 12/15/8 мин (34/42/24%) в 1 классе и 15/20/10мин (34/44/22%) во 2 классе соответственно.

В подготовительной части применяли ходьбу у гимнастической стенки, ходьбу с опорой на палки, гимнастические упражнения, а также массаж верхних конечностей с акцентом на кисти рук

Основная часть включала гимнастические упражнения для укрепления, растяжения и способности к расслаблению всех мышечных групп, а также

обязательным являлось использование упражнений игрового и соревновательного характера для повышения эмоциональной составляющей урока.

В заключительной части использовались упражнения на расслабление, а также малоинтенсивные подвижные игры для восстановления организма детей после выполненной работы.

В первой четверти основную часть составляли специальные упражнения. Во второй и третьей четверти увеличили долю соревновательных упражнений и подвижных игр. В четвертой четверти основная направленность занятий - специальные упражнения.

В течение всего педагогического эксперимента на каждом занятии регистрировалась частота сердечных сокращений до, во время и после выполнения нагрузки для оценки соответствия нагрузки функциональному состоянию организма занимающихся.

ЧСС перед занятием соответствовало статистической норме для детей данного возраста. Во время занятия ЧСС в основной части увеличивалась в среднем на 79,5% от исходного показателя. Через 5 минут после занятия только у трех испытуемых из пяти показатель частоты сердечных сокращений вернулся к исходному уровню. Это говорит об эмоциональной составляющей и о том, что игровая и соревновательная нагрузка были не свойственны организму учеников. В связи с этим, при проведении последующих занятий важными условиями являлись: регулярность, систематичность, непрерывность, строгая индивидуализация упражнений ЛФК в соответствии со стадией заболевания, его тяжестью, возрастом ребёнка, его психическим развитием, постепенное строгое дозирование, увеличение физических упражнений, обязательный контроль ЧСС и присутствие на уроке медицинского работника.

К концу эксперимента в процессе занятий у двух из пяти учащихся наблюдалось уменьшение ЧСС в основной части занятия, у всех восстановление к исходному уровню проходило в течение 5 минут по окончании занятия, что говорит об увеличении адаптационных возможностей организма детей.

Оценка эффективности занятий производилась за счет специально подобранных двигательных тестов. Эти тесты адаптированы под двигательные возможности исследуемых детей. Эффективность представленных тестов в том, что они проводятся в соревновательной форме, что стимулирует ребенка к достижению максимального результата.

Для оценки мелкой моторики рук использовалась компьютерная программа «Keyboard Statistics» и клавиатура для записи числа нажатий. Регистрировалось число нажатий для пальцев каждой руки. Для оценки мелкой моторики суммировалось количество нажатий каждого пальца руки. На рисунках 3 и 4 продемонстрирована сравнительная динамика мелкой моторики для каждой руки.

В сентябре 2014 г. сумма нажатий левой рукой была в диапазоне от 129 до 161 нажатия, правой – от 150 до 194 нажатий. В мае 2015 г. произошло увеличение во всех пяти случаях, левой – от 136 до 185 нажатий, правой – от 159 до 204 нажатий. После проведения заключительного тестирования можно говорить о приросте суммы баллов во всех пяти случаях, что говорит об эффективности применяемой методики (рисунки 1 и 2).

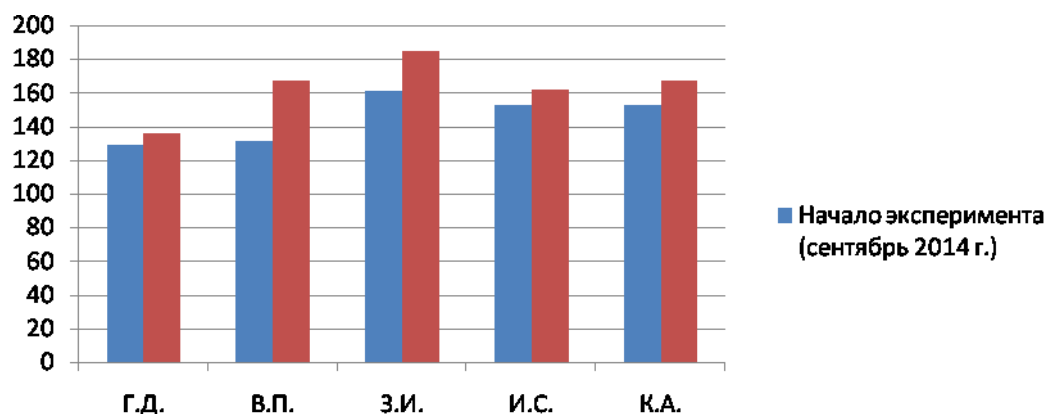


Рисунок 1 – сравнительная динамика показателей мелкой моторики левой руки (количество нажатий в минуту)

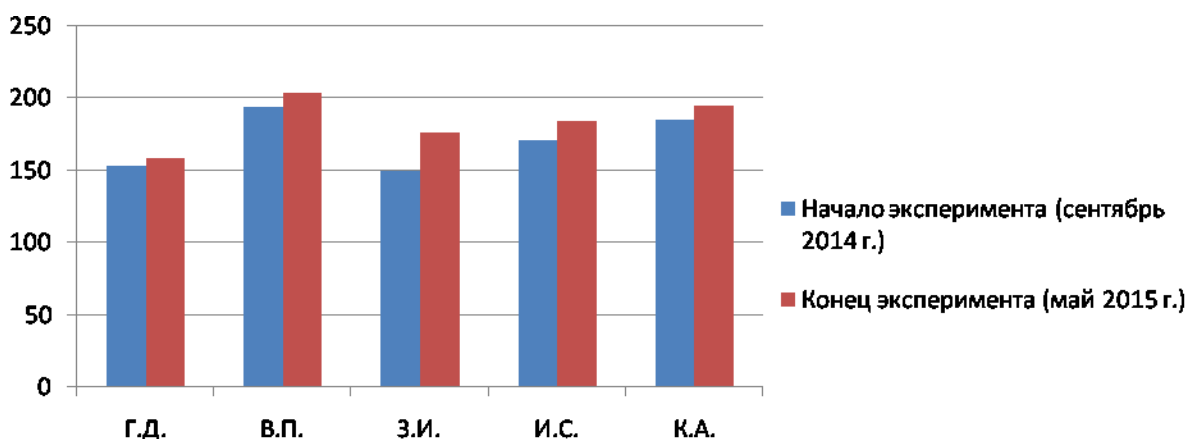


Рисунок 2 – сравнительная динамика показателей мелкой моторики правой руки (количество нажатий в минуту)

На наш взгляд, улучшению показателей способствовало систематическое использование элементов массажа кистей рук, упражнений с мелкими предметами и имитация различных бытовых движений. Также это может быть обусловлено тем, что дети в повседневной жизни осваивают навык пользования мобильными телефонами и персональными компьютерами.

Для определения двигательного развития и проверки применяемой методики в начале и конце эксперимента проводился контроль по общепринятым тестам:

- 1) скорость ходьбы - регистрировалось количество шагов на одном месте за 1 минуту;
- 2) количество приседаний (полуприседаний) - учитывалось количество приседаний за 1 минуту;
- 3) измерения длины шага - фиксировалось сантиметровой лентой и регистрировалось в таблице.

В таблице продемонстрированы результаты тестирования двигательных действий в начале и конце эксперимента. Исходя из полученных данных, прирост по количеству шагов в минуту составил 10,9%, по количеству приседаний (полуприседаний) – 15,2%, по длине шагов правой ногой – 8,4%, левой – 6,8%. Это обусловлено систематическим применением упражнений в ходьбе у гимнастической

стенке, ходьбе с опорой на палки, приседаний (полуприседаний), различных упражнений в исходном положении сидя, лежа или стоя у опоры и элементов ритмической гимнастики.

Таблица – сравнительный анализ количества двигательных действий в начале и конце эксперимента

	Количество шагов на месте в минуту		Количество приседаний (полуприседаний) в минуту		Длина шага (см)			
	Сентябрь 2014 г.	Май 2015 г.	Сентябрь 2014 г.	Май 2015 г.	Правая		Левая	
					Сен	Май	Сен	Май
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Г.Д.	12	14	11	14	22	24	18	19
2 В.П.	14	16	14	16	25	26	19	20
3 К.А.	13	15	14	15	25	27	22	23
4 З.И.	26	29	21	23	27	30	26	27
5 И.С.	14	15	11	13	20	22	20	23
Прирост		10,9%		15,2%		8,4%		6,8%

Подводя итоги, стоит отметить общую тенденцию к улучшению результатов по каждому показателю. У каждого ребенка отмечается положительная динамика по показателям моторики рук, количества шагов, приседаний и длины шага. Эффективность представленной программы в том, что занятия проводятся в виде урока в игровой и соревновательной форме, что усиливает эмоциональность проводимых занятий, повышает уровень физических возможностей и усиливает интерес к занятиям физическими упражнениями.

Литература

1 Гросс, Н.А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Н.А. Гросс - М.: Медицина, 2005. - 235 с.

А.А. Брановицкая, О.В. Зайцева, Г.М. Цыркунова

УО «Белорусский государственный университет культуры и искусств»

СПОСОБЫ МОТИВИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

В настоящее время возросло понимание физической культуры как общественной и индивидуальной ценности, что позволяет сформировать новые тенденции в развитии общественного мнения и личностных мотиваций к освоению ценностей физической культуры всеми и каждым.

Актуальность исследования обусловлена тем, что физическая культура студентов представляет собой неразрывную составную часть высшего гуманитарного образования. Она выступает качественной и результирующей мерой комплексного воздействия различных форм, средств и методов на личность будущего специалиста в процессе формирования его профессиональной компетенции. Материализованным результатом этого процесса является уровень индивидуальной физической культуры каждого студента, его духовность, уровень развития профессионально значимых способностей.

Цель: выявить способы мотивирования студентов для занятия физической культурой на базе вузов.

Для достижения поставленной цели были выявлены, определены задачи:

-изучить литературу по проблеме исследования.

-выявить способы мотивирования студентов для занятия физической культуры.

Для решения задач использовался метод анализа и синтеза литературы по проблеме исследования.

Мотивация – процесс формирования и обоснования намерения что-либо сделать или не сделать. Сформированное обоснование своего поступка, действия – мотив. Это внутреннее состояние личности, которое определяет и направляет ее действия в каждый момент времени [1].

Анализ проведенного исследования на основе анкетирования и педагогических наблюдений позволили сделать следующие обобщения:

1) Студенты не отрицают значения физической культуры в формировании здорового образа жизни, но в то же время наблюдается спад интереса к занятиям, связанным активной двигательной деятельностью.

2) Довольно большое количество студентов (около 25%) вообще не видит смысла в занятиях СПС из-за отсутствия выбора видов спорта. В связи с этим многие студенты занимаются самостоятельно тем видом спорта, которым им кажется более предпочтительным.

3) Наиболее выраженным фактором, снижающим активность студентов в физкультурно-оздоровительной деятельности, является отсутствие свободного времени и нежелание заниматься.

4) Основные причины невнимания к собственному здоровью обучающиеся видят в "нехватке времени", "нехватке средств", "отсутствии силы воли", "неумение организовать режим дня [3].

Физкультурная деятельность студентов вузов имеет следующую классификацию побуждающих мотивов:

- внутренние мотивы, связанные с удовлетворением процессом деятельности (эмоциональность, новизна, динамичность, любимые упражнения и т.д.);
- внешние положительные мотивы, основанные на результатах деятельности (приобретение знаний, умений, навыков, активный отдых и т.д.);
- мотивы, связанные с перспективой (укрепление здоровья, развитие физических качеств, коррекция фигуры и т.д.);
- внешние отрицательные мотивы (страх перед насмешками из-за неумения выполнять какое-либо движение, получить низкую отметку и т.д.).

Однако наиболее важным мотивом для решения основных задач физического воспитания является укрепление здоровья, важны также подкрепляющие его мотивы: обеспечить потребность в движении; приобрести дополнительные знания, умения и навыки; улучшить работоспособность и двигательные качества; расширить свои физические возможности с целью улучшения качества жизни.

На формирование оптимального мотивационного комплекса к занятиям физической культурой влияют: следование в обучении принципу сознательности, использование проблемных задач, психологический комфорт, демократический стиль общения, ситуация выбора, учет предпочтения занятий физическими упражнениями с игровой направленностью, повышение личностной значимости учебно-физкультурной деятельности, соревновательная деятельность [2].

Из этого следует, что нужно разнообразить занятия по физической культуре посредством включения в программу высших учебных заведений игрового и соревновательного методов, нетрадиционных видов физической культуры, которые позволят в процессе физической деятельности каждому

студенту реализовать собственные потребности в движении. Вместе с тем, большое значение имеет донесение до студентов взаимосвязи занятий физической культурой с главными объектами заботы о физическом состоянии, приоритетными ценностями здорового образа жизни. Это все в целом поможет сформировать у студенческой молодежи потребность заниматься физкультурной деятельностью на протяжении всей последующей жизни, осознать, что это необходимо в их дальнейшей профессиональной деятельности.

Литература

1. Барановская, Д.И. Роль физкультурных занятий в формировании мотивации к занятиям физической культурой студенческой молодежи / Д.И. Барановская, В.И. Врублевская // Актуальные проблемы оздоровительной физической культуры и спорта для всех на современном этапе: матер. VIII Междун. науч. сессии по итогам НИР за 2004 г. - Минск: БГУФК, 2005. - С. 13-16.

2. Ильин, А.А. Формы и способы мотивации студентов к занятиям физической культурой/А.А. Ильин, К.А. Марченко, Л.В. Капилевич, К.В. Давлетьярова // Вест. Томского государственного университета. Психология и педагогика. -2012.- С. 143-144.

3. Репозиторий Полесского государственного университета[Электронный ресурс].-Режим доступа:<http://rep.polessu.by/bitstream/112/7586/1/83.pdf>- Дата доступа: 02.06.2014.

К.А. Бугаевский, канд. мед. наук, доц.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ, СПЕЦИАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ И МАССАЖА У ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ ТАЗОВОГО ДНА

Несостоятельность мышц тазового дна (НМТД) и пролапс гениталий (ПГ) являются актуальными клиническими проблемами современной гинекологии и реабилитологии. Частота НМТД в настоящее время, по данным ряда отечественных и зарубежных исследователей, наблюдается до 38,9% женщин [2,8]. При проведении профилактических осмотров, число женщин с опущением стенок влагалища I-II степени, в возрасте старше 45 лет, достигает 26% [2,8,10]. Дисфункция тазовых органов (ДТО): мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, возникающая после родов, оказывает значительное влияние на их функцию, сексуальную жизнь, вызывая различные осложнения, приводя женщину к физическим, моральным страданиям, снижая качество её жизни [1,2,4].

Реабилитация тазового дна – это комплекс специальных мероприятий, направленных на укрепление мышц таза и передней брюшной стенки [1,2,5,8]. Среди многообразия причин, приводящих к несостоятельности мышц тазового дна можно отнести патологическое течение родов, которое зачастую сопровождается повышением внутрибрюшного давления во время потуг и самого процесса изгнания плода [2,4,5,9].

Пролапс гениталий – это патологический процесс, при котором наблюдается опущение или выпадение внутренних женских половых органов (влагалища, матки, придатков) [1,2,8,10]. Это заболевание развивается, как правило, постепенно. Зачастую женщина не обращает внимание на первые признаки ослабления связок и мышц, или стесняется обращаться к гинекологу со своими подозрениями. Из-за пролапса половых органов могут возникать вторичные заболевания, нарушается кровообращение во всех органах, занимающих тазовое пространство. Женщина не может вести нормальную

половую и социальную жизнь [1,2,5]. Проблема опущения половых органов возникает тогда, когда мышцы тазового дна утратили способность к сокращению настолько, что отдельные органы или их части не попадают в проекцию поддерживающего аппарата малого таза. Смещаться может как целый орган, так и влагалище или какая-либо из его стенок [2,4,8]. Опущение органов малого таза – это частая проблема для женщин всех возрастов

Перед специалистами по гинекологии, физической реабилитации и восстановительному лечению ставятся задачи по сохранению работоспособности пациенток, их социальной реабилитации и полноценной адаптации в обществе. Поэтому возникает потребность в применении комплекса новых методов и средств в профилактике и реабилитации пациенток с генитальным пролапсом и несостоятельностью/дисфункцией мышц тазового дна [2,4,5]. Исходя из всего выше изложенного возникает вопрос актуальности проведения исследований по созданию новых комплексов физической реабилитации при несостоятельности и/или дисфункции мышц тазового дна и пролапсе гениталий I-II степени. Этих серьёзных патологических изменений можно избежать, если заниматься проблемой на ранней стадии ее развития, применяя консервативное лечебно-профилактическое лечение в виде комплекса методов и средств физической реабилитации.

К консервативным методам лечения относят лечебную физическую культуру, специальные упражнения для укрепления мышц тазового дна и передней брюшной стенки, гинекологический массаж, миофасциальную трансвагинальную терапию, занятия на фитболе, вумбилдинг [1-10]. Использование данного комплекса упражнений, в особенности в начальных фазах развития несостоятельности (дисфункции) тазового дна и при пролапсе гениталий I-II степени может быть альтернативой, по нашему мнению, при проведении реабилитационных мероприятий.

К средствам реабилитации при несостоятельности мышц тазового дна, исправления их дисфункции и, соответственно, их укрепления у гинекологических пациенток, применяют специальные комплексы ЛФК и лечебной гимнастики по методике Д. Н. Атабекова и К. Н. Прибылова, Ф. А. Юнусова (1985), комплекс упражнений в изотоническом и изометрическом режиме по методике Епифанова В. А. (1989), комплекс специальных упражнений для мышц живота и тазового дна, по методике Васильевой В. Е. [2,5,7]. Упражнения для мышц тазового дна позволяют замедлить прогрессирование патологических изменений тазового дна и пролапса гениталий [2,5,7]. Они особенно эффективны у молодых пациенток с минимальной степенью пролапса. Для достижения заметных положительных результатов эти упражнения необходимо выполнять достаточно длительное время, минимум 6 месяцев, соблюдая режим и технику их выполнения. Помимо этого, необходимо избегать подъема тяжестей [2,5,7].

В процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, по нашему мнению необходимым является проведение сеансов гинекологического массажа. Гинекологический массаж, это один из наиболее естественных безоперационных способов лечения женских гинекологических заболеваний. Он является физиологическим методом воздействия, оказывает исключительно сильное действие не только на пораженный орган, но и на организм больной женщины в целом. Продолжительность каждого сеанса гинекологического массажа обычно колеблется от 3 до 10 мин, хотя возможно продлить его до 15 и даже 20 минут [6]. Гинекологический массаж действует на маточную мускулатуру не только прямо, но и опосредованно. Во время массажа матки осуществляется одновременно и брюшной массаж, вследствие чего укрепляется поперечнополосатая мускулатура брюшной стенки, тонизируется кишечная мускулатура и усиливается перистальтика кишечника, что рефлекторно вызывает тоническое сокращение маточной мускулатуры и кишечника. Под влиянием

массажа происходит укрепление связочно-мышечного аппарата матки, мышц тазового дна. В начальной стадии опущения матки и влагалища применение гинекологического массажа обязательно, в этом случае он является не только средством, направленным на ликвидацию патологии, но профилактикой и лечением [6].

В англоязычной доступной литературе и других источниках информации термин «гинекологический массаж» не употребляется. Вместо него, в профессиональной медицинской литературе применяют такой термин, как «миофасциальная трансвагинальная терапия» [9,10]. Это терапевтическая процедура, осуществляемая трансвагинально, с активным воздействием рук массажиста или мануального терапевта, с активным, дозированным по силе и времени воздействием на мышечные и фасциальные структуры тазового дна и промежности [9,10]. Изучению данного метода и его практическому применению за рубежом посвящено достаточно большое количество работ (Davidson K., Jacoby S. & Brown M. S., 2000); Gomme C., Sheridan M. & Bewley S., 2004; Eogan M., Daly L. & O'Herlihy C., 2006).

Упражнения Кегеля облегчают симптомы невыраженного пролапса, являются профилактикой пролапса гениталий, укрепляют связки и мышцы тазового дна, способствуют облегчению некоторых симптомов невыраженного опущения половых органов. Суть упражнений Кегеля – в напряжении мышц тазового дна. Выполняя упражнения, необходимо следить, чтобы напрягались лишь мышцы тазового дна. Живот, ноги, ягодицы не должны напрягаться – они должны быть в расслабленном состоянии [9]. Упражнения Кегеля состоят из трех этапов: медленные сжатия, быстрые сокращения, выталкивания. Выполняя специально разработанные упражнения, хорошо укрепляются брюшные мышцы, связочный аппарат и мускулатура тазового дна [9].

Упражнения на фитболе, при данной патологии, проводятся ежедневно, обычно в утреннее время. На курс восстановительного лечения предлагается, обычно, от 25 до 30 занятий. Продолжительность занятия – от 30 до 45 минут [1,2,4,5]. При недостаточности и дисфункции тазового дна, а также при начальных стадиях генитального пролапса пациентка, сидя на фитболе, в процессе выполнения упражнений тренирует мышцы своего тазового дна, которые принимают активное участие в родовой деятельности, мочеиспускании и дефекации, а лежа на спине, укрепляя спинные и брюшные мышцы [9].

Также в комплекс методов физической реабилитации при опущении стенок влагалища можно отнести упражнения вумбилдинга. ВУМ – это аббревиатура трёх слов – «влагалищно-управляемые мышцы» [3]. Метод основан на тренировке всей совокупности вагинальных мышц, которая включает в себя комплекс упражнений со специальными тренажерами В. Л. Муранивского. Метод описан и систематизирован украинским специалистом по реабилитации Муранивским В.Л. (г. Харьков).

Таким образом, регулярное, от 9 до 12 месяцев, выполнение данного реабилитационного комплекса, и дальнейшее его выполнение пациентками (не реже 3-4 раз в неделю) поможет им укрепить мышцы тазового дна, передней брюшной стенки, улучшить качество жизни, в т.ч. и интимной. Данный комплекс методов физической реабилитации может быть предложен к практическому применению на амбулаторно-поликлиническом и санаторно-курортном этапах реабилитации у пациенток репродуктивного возраста с проявлениями опущения стенок влагалища.

Литература

1. Бландин Кале-Жермен, Женский таз. Анатомия и упражнения. – Одесса: Издательство «Гаятри». – 2012. – С. 94–145.
2. Восстановительная реабилитация поврежденных мышц тазового дна в родах у женщин групп риска пролапса гениталий. / В.А. Митюков, М.А. Шемякова, Е.Д. Миревич [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. ДУ Институт

невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України – 2009. – Т. 10. – № 2. – С. 178–180.

3. Муранивский В.Л. Развитие интимных мышц. М.: Фатима. – 1994. – 112 с.

4. Илюгина Л.Б. Комплексная физическая реабилитация больных с генитальным пролапсом при реконструктивных оперативных вмешательствах в условиях стационара Текст.: автореф. дис. канд. мед. наук / Л.Б. Илюгина. Москва. – 2006. – 29 с.

5. Физическая реабилитация женщин при опущениях органов малого таза (генитальном пролапсе) / Л.А. Акимова, С.Н. Попов // Теория и практика физической культуры. -2008. - № 2. – С. 77–79.

6. Шнейдерман М.Г. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. – М.: РИТМ. – 2011. – 89 с.

7. Юнусов Ф.А. Лечебная физкультура в комплексном лечении недержания мочи при напряжении у женщин //Автореф: канд. мед.наук. 14.00.01.— М.: – 1985. – 22 с.

8. Neumann P, Gill V. Pelvic floor and abdominal muscle interaction: EMG activity and intra-abdominal pressure. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.2002; 13:125.

9. Perry JD, Hullet LT. The role of home trainers in Kegel's Exercise Program for the treatment of incontinence. Wound Management. 1990; 30: 51.

10. Rhonda K. Kotarinos. Pelvic floor physical therapy for management of myofascial pelvic pain syndrome in women. JUrol 2013; 5: 126-128.

М.А. Бурнос, Г.И. Дулькина, Н.Г. Тростинецкая
УО «Белорусский государственный экономический университет»

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ СМО

По данным Всемирной организации здравоохранения заболевания органов дыхания находится на первом месте в структуре заболеваемости, опередив даже сердечнососудистые. Высок удельный вес как хронических (хронический бронхит, бронхиальная астма), так и острых (острый бронхит, пневмония) заболеваний. Причинами нарушения нормального функционирования дыхательной системы являются неблагоприятные природные факторы, эпидемии, плохая экология, неправильное и неполноценное питание, стрессовые ситуации, гиподинамия. В результате снижается активность иммунной системы, которая обеспечивает антибактериальную и антивирусную защиту организма.

Под влиянием внешних и внутренних факторов изменился характер течения воспалительных заболеваний, возросло число лиц с повышенной бронхиальной реактивностью. Заболевания органов дыхания стали носить затяжной характер, периодически обостряющиеся, они не поддаются полному излечению и полному восстановлению функциональных возможностей дыхательной системы.

Среди студенческой молодёжи наиболее распространёнными являются острые респираторные заболевания, вирусные инфекции, а также такие заболевания, как хронические бронхиты, пневмонии, которые являются следствием острых, плохо леченных респираторных заболеваний, обострению которых способствуют ещё и неблагоприятные климатические условия Белоруссии – высокая влажность воздуха при низких температурах.

Число студентов БГЭУ, которые занимаются в группах СМО, имеющих заболевания дыхательной системы с каждым годом растёт. По данным медицинского осмотра 2014/2015 учебного года оно увеличилось на 3,28% по сравнению с 2013г. и составило 8,71%.

Целью нашего исследования была оценка функциональных показателей дыхательной системы у студентов СМО в процессе занятий физической культурой в течение учебного года. Функциональное состояние оценивалось по следующим показателям: жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ), жизненный индекс (ЖИ), задержка дыхания на вдохе (проба Штанге). Полученные данные сравнивались со средневозрастными показателями.

Жизненная ёмкость лёгких составляет в среднем у женщин 3,0-3,5л. 86,2% студенток первокурсниц на сентябрь 2014г. имели показатели ниже среднего. Однако абсолютные значения ЖЕЛ мало показательны из-за индивидуальных колебаний. При оценке состояния обследуемых мы использовали «должные» величины ЖЕЛ, которые рассчитывались по формулам Болдуина, Курнана и Ричардса. В норме данный показатель имели 42,6% студенток. У 57,4% отмечены низкие показатели, что свидетельствовало о недостаточном развитии функций внешнего дыхания.

Средневозрастной показатель жизненного индекса равен для женщин 55-60мл/кг. У 1,4% студенток он соответствовал норме, 2,1% - выше нормы, 91,2% - ниже средневозрастного (48мл/кг). Анализируя полученные данные мы пришли к выводу, что причиной такого низкого результата является то, что 35,3% обследуемых первокурсниц имели завышенную массу тела (ожирение 1 ст.-14,8%, ожирение 2 ст.-1,4%, ожирение 3ст.-0,4%, средняя упитанность-18,7%).

Проба Штанге даёт нам представление о способности организма противостоять недостатку кислорода. В среднем данный показатель у здоровых людей равен 40-50сек. 66,2% обследуемых получили оценки «4» и «5», что соответствовало норме и выше нормы. Количество первокурсниц, получивших «0», «2», «3» балла составило 33,8%. Низкий показатель имели студентки с заболеваниями дыхательной и сердечнососудистой систем.

Одной из причин таких результатов диагностики видим в низкой двигательной активности студентов. Недостаточность мышечных движений снижает силу дыхательных мышц и функциональное состояния дыхательного аппарата.

Таблица 1 – Морфофункциональные показатели студенток 1 курса СМО в 2014/2015у.г.

Показатели		Сентябрь 2014 (%)	Май 2015 (%)	Различия (%)
ЖЕЛ должное	Норма	37,8	34,1	3,7
	Ниже нормы	62,2	65,8	3,6
	Выше нормы	2,1	4,6	2,5
ЖИ	Норма	1,7	6,4	4,7
	Ниже нормы	96,2	89,0	7,2
Проба Штанге	«0»	1,8	3,5	1,7
	«2»	1,1	0,4	0,7
	«3»	3,1	8,1	5,0
	«4»	30,4	20,8	9,6
	«5»	55,8	67,1	11,3

Для решения данной проблемы, с целью достижения оздоровительного и мотивационного эффекта в учебный процесс групп СМО нами были введены мини комплексы нетрадиционных средств физической культуры: оздоровительная аэробика, степ-аэробика, оздоровительная система Пилатеса, стретчинг, аквааэробика. Мы использовали специальные упражнения в сочетании с дыхательной и релаксационной гимнастикой. Большую роль отводили занятиям на свежем воздухе (дозированная ходьба, бег, катание на лыжах), что способствовало закаливанию организма и как следствие его оздоровлению.

Всё это создавало благоприятные условия для тренировки органов дыхания, что в свою очередь улучшило общее состояние организма занимающихся.

Это подтвердили результаты диагностики, проведённой в мае 2015г. (таблица 1.)

Полученный прирост результатов свидетельствует об эффективности средств физической культуры, предложенных нами при организации занятий со студентами СМО, имеющими заболевания дыхательной системы.

А.В. Бутько, А.В. Грушник

УО «Белорусский государственный университет культуры и искусств»

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ СМГ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Здоровье и физическая работоспособность тесно связаны с образом жизни человека. Физическая нагрузка и правильный образ жизни являются эффективным способом преодоления различных отклонений в состоянии здоровья, которых в последнее время становится все больше. В целях сохранения и укрепления здоровья студентов специальной медицинской группы (СМГ) необходимо применять научно обоснованные средства и методы физического воспитания, планировать физические нагрузки в соответствии с их возможностями, обеспечивать единство врачебно-педагогического контроля и самоконтроля студентов за своим состоянием [1].

Количество студентов специальной медицинской группы в последние годы увеличилось до 50% от общего количества студентов. За время обучения в вузе здоровье студентов не улучшается. Зарегистрированы заболевания сердечно - сосудистой системы, опорно – двигательного аппарата, органов дыхания, пищеварения. Это обуславливает решение задач повышения уровня здоровья и физической работоспособности студентов СМГ, содействия устранению нарушений, связанных с заболеваниями, воспитания потребности в организации и ведении здорового образа жизни посредством осознания его необходимости [2].

Независимо от способа комплектования СМГ, в работе со студентами данных групп необходимо опираться на следующие принципы:

1. оздоровительная лечебно-профилактическая направленность использования средств физической культуры;
2. дифференцированный подход к использованию средств физической культуры в зависимости от состояния здоровья студентов;
3. Профессионально-прикладная физическая подготовка как завершающий этап лечебно-профилактической работы.

Особые требования предъявляются к учебному материалу программы для студентов СМГ. Теоретический и практический разделы программы должны отражать оздоровительную и профилактическую направленность, разрабатываться с учетом показаний и противопоказаний. Основной формой организации учебного процесса по физическому воспитанию студентов СМГ являются учебные занятия, в процессе которых решаются задачи реабилитационного характера, а также задачи повышения уровня физической и умственной работоспособности. В процессе занятий проводятся беседы и консультации, на которых обсуждаются вопросы влияния физических упражнений на организм при различных отклонениях в здоровье, профилактики заболеваний и травматизма, гигиены, врачебного контроля и самоконтроля, а также проблемы здорового образа жизни. Особое внимание уделяется физкультурно-оздоровительной работе в процессе реализации практического раздела программы.

Важным моментом на занятиях физической культурой со студентами СМГ является педагогический контроль и индивидуальный самоконтроль студентов за своим состоянием здоровья. Педагогический контроль позволяет вносить своевременные коррективы в методику занятий в процессе обучения, самоконтроль студентов – своевременно оценить субъективные и объективные показатели состояния своего организма.

Для получения объективных показателей физического состояния студентов СМГ используются различные тесты. Такие студенты очень отличаются по своим физическим и функциональным возможностям. Одни студенты с диагнозом какого-либо хронического заболевания, находящиеся в стадии глубокой ремиссии, имеют хорошие функциональные и физические показатели, другие – имеют значительные отклонения в состоянии здоровья и слабые функциональные и физические показатели, но, будучи допущенными к выполнению учебной и производственной деятельности, такие студенты обязаны не только посещать занятия по физическому воспитанию для освоения теоретического и учебно-методического материала программы, но и должны повышать свои функциональные и физические возможности.

Так как в настоящее время в вуз приходит молодежь с очень плохой физической подготовкой, то необходимо строго придерживаться классических принципов постепенности и рассеивания физической нагрузки. Особенно это касается студентов, имеющих различные отклонения в состоянии здоровья.

Физические качества у студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, следует начинать развивать и совершенствовать, постепенно увеличивая объем и лишь при хорошей адаптационной реакции организма на предлагаемые нагрузки, а также постепенно увеличивая интенсивность. При этом надо учитывать противопоказания. Но это не значит, что нужно исключить какие-то нагрузки, напротив, необходимо очень осторожно, постепенно, может быть, начиная с микродоз и с подводящих упражнений, но обязательно приучать организм к разносторонним нагрузкам и разносторонней деятельности. Необходимо подготавливать организм, а не ограждать его от жизненных трудностей, и наша основная задача – воспитать студента так, чтобы его организм был готов к любым физическим и эмоциональным нагрузкам.

Обучение двигательным навыкам должно идти параллельно с развитием различных физических качеств, потому что развитие физических качеств так же, как и формирование двигательных навыков, во многом зависят от образования условно-рефлекторных связей в центральной нервной системе. У студентов СМГ эти качества должны развиваться в строгом порядке и с учетом противопоказаний так же, как и обучение двигательным навыкам. Так, у студентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в начале, необходимо развивать такие качества, как ловкость, гибкость, а уже позже – быстроту и затем силу. А студентам, например, имеющим диагноз миопия высокой степени, силу и быстроту необходимо развивать чрезвычайно осторожно и еще более постепенно, а развивая гибкость надо учитывать, что им противопоказаны некоторые виды упражнений, например, резкие наклоны вперед с опусканием головы вниз. Поэтому к этим упражнениям студентов нужно подводить очень постепенно, начиная с подводящих упражнений. Например, наклон туловища вперед, корпус параллельно полу, смотреть вперед – постепенно увеличивая угол наклона.

Естественно, трудно представить, что можно развить отдельно силу и гибкость. Одно упражнение может развивать сразу несколько физических качеств, в том числе и такие смешанные качества, как скоростная выносливость, силовая выносливость, скоростно-силовая выносливость и т.д. Развитие физических качеств – это, по существу, процесс управления физическим развитием человека, направленный на

всестороннее совершенствование организма и повышения общей работоспособности, с использованием разнообразных двигательных умений и навыков [3].

Развитие физических качеств осуществляется разными методами, но для студентов СМГ приемлемы фронтальный, интервальный, игровой и круговой методы с четким дозированием и контролем отдыха между нагрузками.

Параллельно с развитием физических качеств, повышающих физическое и функциональное состояние организма, студентам необходимо прививать навык к ежедневному выполнению физических упражнений, направленных на устранение остаточных явлений после перенесенных заболеваний и при необходимости на формирование компенсаторных функций. Обучать этим упражнениям и выполнять их целесообразно, уделив для них 10-15 минут в конце основной части учебного занятия, с последующим заданием этих упражнений домой для ежедневного выполнения [4].

Также на занятиях со студентами СМГ рекомендуется использовать дыхательные упражнения, которые способствуют эмоциональному равновесию и оздоровлению всего организма, повышают умственную активность.

Выполнение дыхательной гимнастики имеет две основные цели:

- оказать направленное воздействие на дыхательный аппарат;
- увеличить его функциональные резервы и через воздействие на дыхательную систему вызвать изменения в различных органах и функциональных системах.

Подлинную заинтересованность преподавателя в успехах своих студентов они быстро улавливают, а это, в свою очередь, обеспечивает необходимый для плодотворной работы контакт между педагогом и студентом. Много здесь значат такт и доброжелательность преподавателя. Важные в любом педагогическом процессе, в освоении каждой педагогической дисциплины, эти качества приобретают особое значение в процессе физического воспитания и, особенно, на занятиях со студентами СМГ, которые более, чем кто-либо нуждаются в моральной поддержке и руководстве.

Главное требование к учебным занятиям, помимо соответствия методическим правилам: занятия должны быть интересными. Процесс физического воспитания обеспечивает наибольший успех, если вызывает заинтересованность занимающихся. Однако в физическом воспитании студентов СМГ это условие имеет первостепенное значение, так как организм молодых людей, перенесших заболевание, ограничен в свободе своей жизнедеятельности, причем, чаще всего, осознание ограниченности своих возможностей создает дополнительные “барьеры”, мешающие занятиям физическими упражнениями. Интересное, эмоционально насыщенное занятие с посильными заданиями дает намного больше для решения воспитательных, оздоровительных и образовательных задач, чем правильно организованное, но скучное занятие.

Учебные занятия позволяют преподавателю значительно повысить результативность процесса физического воспитания в СМГ, если эти занятия в своих отдельных элементах связаны с самостоятельным выполнением студентами домашних заданий.

Вывод. Особое внимание следует уделять проблеме формирования у студентов с отклонениями в здоровье мотивации на здоровый образ жизни. Преподавание практического материала по физическому воспитанию для студентов СМГ должно быть направлено на развитие всех основных физических качеств с учетом противопоказаний для различных групп заболеваний с целью физического совершенствования и оздоровления организма студентов, а также подготовки к будущей профессиональной деятельности.

Литература

1. Глазько, Т. А. Физическое воспитание учащейся молодежи / Т. А. Глазько. – Минск: Вышэйшая школа, 1995. – 128 с.
2. Тимошенко, В. В. Физическое воспитание студентов и учащихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья / В. В. Тимошенко. – Минск: Веды, 2000. – 196 с.
3. Тулинова, Н. А. Развитие физических качеств студентов специального учебного отделения / Н. А. Тулинова // Физическое воспитание и спорт в высших учебных заведениях: сб. ст. / под ред. проф. С. С. Ермакова. – Харьков-Белгород-Красноярск, 2009. – С. 152-155.
4. Якимец, И. В. Приобщение студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, к самостоятельным занятиям физическими упражнениями / И. В. Якимец, Н. И. Волкова // Здоровье студенческой молодежи: организация физической культуры, спорта и туризма на современном этапе: сб. науч. ст. / отв. ред. А. Р. Борисевич. – Минск: БГПУ, 2011. – С. 248-251.

Ю.Н. Вихляев, д-р пед. наук, проф., **А.Е. Ардашева**
Национальный технический университет Украины «КПИ»

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ДЕФОРМИРОВАННОЙ ПОЛОЙ СТОПЫ У ДЕТЕЙ

Современные дети, живущие в урбанизированных городах, вынуждены ходить по асфальту, камням, тротуарной плитке в обуви, рессорные свойства которой далеки от нормативных. Все это вызывает различные морфофункциональные расстройства стопы, среди которых чаще всего встречаются: опущение продольного и поперечного сводов – плоскостопие, искривление оси пятки наружу или вовнутрь, то есть варусная или вальгусная деформации стопы, косолапие – деформация, при которой стопа поворачивается в середину, т.е. находится в положении супинации и в положении подошвенного сгибания и приведения; и другие деформации стопы, которым присущи комбинации из вышеперечисленных расстройств [1, 2, 3, 4].

Наименее изученной является полая стопа – вид деформации стопы, физическая реабилитация которой вызывает много вопросов. Для полой стопы характерно увеличение выгнутости продольного свода и при выраженных формах деформации ее средняя часть не касается опоры, а при нагрузке опирается на пяточный бугор и на головки плюсневых костей [4, 5, 6]. За счет этого уменьшается площадь опоры, что приводит к увеличению нагрузки на опорные части стопы и, как следствие, переутомление и деформация костно-мышечных структур, в результате чего ухудшается функция равновесия и устойчивости, а походка становится болезненной и ассиметричной. В запущенных случаях деформация является стойкой; ретрагированные мягкие ткани подошвы, подошвенный апоневроз и даже кожа фиксируют патологическую установку стопы. В незапущенных случаях, если нажать на головку первой плюсневой кости снизу, вогнутость свода исчезает и стопа выглядит нормальной. Такое же выравнивание сводов происходит от давления тяжести тела при опоре на стопу. Если стопу поднять, деформация появляется вновь.

У маленьких детей деформация настолько слабо выражена, что при осмотре часто не распознается. Существует типичный признак полой стопы, который появляется у детей: при попытке ребенка разогнуть стопу и установить ее в положение тыльного сгибания пальцы приобретают когтеобразную форму. На ранних стадиях деформации отпечаток подошвы имеет нормальный вид, а иногда он напоминает даже отпечаток плоской стопы. Позже на отпечатке проявляются расширения поверхности

опоры под головкой первой, плюсневой кости и сужение опорной поверхности внешнего края стопы в среднем отделе. Затем увеличение кривизны свода стопы приводит к тому, что внешний ее край в средней части отпечатка исчезает. Когда же переразогнутые пальцы приобретают когтеобразную форму, а стопа фиксируется в подошвенном сгибании, отпечатки пальцев исчезают, соответственно уменьшается площадь отпечатка пятки.

Юношеская полая стопа развивается постепенно, заметно прогрессирует в период наибольшего роста, в возрасте от 8 до 15 лет[5]. Изменения морфофункционального состояния стопы приводят к нарушениям состояния всего опорно-двигательного аппарата. Появляются различные деформации позвоночника, коленных суставов, укорочения одной нижней конечности, что значительно нарушает осанку и отрицательно сказывается на физическом развитии ребенка.

Для коррекции вышеуказанных расстройств рекомендуются различные реабилитационные методики, фитнес программы и технические средства. Однако, что касается полой стопы, которая является существенным расстройством, методика ее реабилитации практически не разработана и требует дальнейшего изучения и дополнительных исследований.

Целью нашей работы является обоснование и разработка комплексной методики физической реабилитации детей с функциональным расстройством «полая стопа» на начальных этапах ее развития.

В исследовании приняли участие 58 детей 8-14 лет по возрастной градации в соответствии с методиками обследования. Были сформированы две группы: основная и контрольная в количестве 30 и 28 человек соответственно. Обследование было проведено вместе с врачом-ортопедом в специализированном центре ортопедической помощи с использованием анализа чернильных отпечатков стоп, рентгенографических снимков, а также визуального осмотра с измерением вальгусной и варусной деформации пяток в градусах, величины укорочения нижних конечностей в мм, вида и степени деформации позвоночника, коленных суставов и пальцев стопы, регистрации случаев судорог и болей. У всех детей была диагностирована полая стопа на начальной стадии развития или имели место косвенные признаки полой стопы (боль, судороги в мышцах). Большинство из детей также имели признаки плоскостопия – уплощения сводов стопы.

Исследование проводилось на протяжении 6 месяцев. В контрольной группе в течение этого периода дети выполняли упражнения с использованием общепринятых комплексов для формирования правильной стопы и профилактики плоскостопия.

В основной группе для коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата выполнялась авторская методика реабилитации, которая включала:

- 1). выполнение специально разработанного комплекса корригирующих упражнений для реабилитации полой стопы с учетом особенностей этого расстройства (2 курса по 18 занятий с перерывом на 2 месяца между занятиями);

- 2). ношение специальных ортопедических индивидуальных стелек, изготовленных из вспененного полиэтилена с повышенной эластичностью, упругостью и совершенствованием выкладок под полую стопу (использовались в течение всего курса реабилитации);

- 3). массаж стоп и икроножных мышц (2 курса по 10 сеансов в течение 6 месяцев), а также ежедневный самомассаж стоп (в тот период, когда не выполнялись сеансы массажа специалистом);

- 4). электростимуляционное воздействие на костно-мышечные структуры стопы и голени в динамике. Испытуемые выполняли физическое упражнение в положении сидя на стуле- по очереди правой и левой ногой (подошвенной поверхностью стопы), осуществляли круговые вращения вперед-назад по полу

специального тренажера-катка, на рабочую поверхность которого, был одет увлажненный электрод, выполненный из мягкого пористого материала. Рабочая поверхность катка, по которой передвигалась подошвенная часть стопы, одновременно вращая сам каток, была выполнена в виде конуса и с полом не соприкасалась. Второй электрод фиксировали резиновым бинтом на поверхности голени. Электростимуляционное воздействие во время сокращения мышечных структур голени и стопы производили с помощью источника импульсов электрического тока – «Миоритм». Всего за 6-месячный период было проведено 2 курса по 12 сеансов по 20 мин (через день) [2].

После проведения реабилитационных воздействий у детей основной группы отмечены значительные изменения морфофункционального состояния костно-мышечных структур стопы, голени, голеностопного и коленного суставов, позвоночника почти во всех его звеньях. Отмечено улучшение состояния продольных сводов стопы. По данным рентгенографии из 30 детей с первой и второй степенью плоскостопия после реабилитационного периода остался 1 ребенок со второй степенью плоскостопия, 10 детей (левая стопа) и 13 детей (правая нога) – с 1 степенью, у 17 детей деформация левой ноги, а у 14 деформация правой ноги пришли в норму.

Степень деформации голеностопных суставов уменьшилась у 19 детей, а у 10 пришла в норму (из 30 детей с вальгусной и варусной деформацией пятки). Уменьшилось количество детей с молоткообразными, веерообразными пальцами и с отклонением первого пальца стопы, улучшилось состояние коленей (исправлены Х-образные деформации) и позвоночника (вдвое сократились случаи сколиоза у детей). До применения корригирующих воздействий лишь у 2 из 30 детей опытной группы отсутствовало укорочение свободной нижней конечности, тогда как после завершения шестимесячного периода реабилитации уже у 16 из 30 детей исчезло укорочение. У 13 из 23 детей произошло уменьшение величины укорочения нижней конечности и у 14 из 18 детей зафиксировано уменьшение деформации полутаза. Наметилась тенденция к увеличению площади опоры среднего отдела стопы у детей, у которых были показатели уменьшенной площади опоры. И самое главное – у

большинства детей исчезли боли в мышцах ног (у 22 из 25), судороги в икроножных мышцах голени (у 16 из 16 детей), судороги в пальцах ног (у 7 из 8 детей), что свидетельствует о значительном улучшении функционального состояния опорно-двигательного аппарата.

В это же время у детей контрольной группы нарушения и деформации костно-мышечных структур стопы, голени, голеностопного и коленного суставов, позвоночника не были устранены, а даже зафиксированы негативные изменения – увеличилось количество детей, которые стали чувствовать болевые ощущения в ногах, судороги в голених и пальцах ног. Увеличилось количество случаев появления молоткообразных пальцев, ухудшилось состояние позвоночника некоторых детей. У большинства детей контрольной группы уменьшилась площадь опоры стопы, что говорит о тенденции к формированию расстройств полой стопы.

Сравнение результатов обследования показало заметное улучшение морфофункционального состояния опорно-двигательного аппарата детей основной группы, тогда как у детей контрольной группы наметилась стойкая тенденция к его ухудшению, что свидетельствует об эффективности предложенной комплексной авторской методики реабилитации нарушений и деформаций опорно-двигательного аппарата и, в частности, такого морфофункционального расстройства как полая стопа.

1. Проведенное исследование позволяет охарактеризовать полую стопу, как вид морфофункционального расстройства, физическая реабилитация которого является наименее изученной и вызывает много противоречий.

2. Разработанная нами комплексная методика физической реабилитации лиц с нарушениями и деформациями опорно-двигательного аппарата и, в частности с таким функциональным расстройством как плоская стопа, привела к позитивным изменениям морфофункционального состояния костно-мышечных структур стопы, голени, голеностопного и коленного суставов, позвоночника у детей основной группы.

3. Отсутствие специальных реабилитационных мероприятий на начальных стадиях плоской стопы приводит к усугублению этого расстройства и увеличению количества детей с болью в мышцах ног, судорогами в икроножных мышцах и пальцах.

Литература

1. Бычук И.А. Анализ биомеханических характеристик стопы детей старшего дошкольного возраста / И.А. Бычук, А.И. Алешина, А.И. Бычук // Вестник Черниговского государственного педагогического университета имени Т.Г. Шевченка. Педагогические науки. Физическое воспитание и спорт. 2010. – вып. 81. – с.129-132.

2. Вихляев Ю. М. Корекція функціонального стану студентів технічними засобами: [Монографія]. / Ю. М. Вихляев– К. НТУУ «КПІ»ВПК Політехніка, 2006. – С.122-130, 135-150.

3. Мартиросов Э.Г. Методы исследования в спортивной антропологии /Э.Г. Мартиросов. – М.: Физкультура и спорт , 1982. – С. 100-103.

4. Огурцова Татьяна. Метод обследования опорно-двигательного аппарата человека по отпечаткам стоп в динамике и синтез бионических стелек. / Татьяна Огурцова. Рига: 2006 – с. 48.

5. Попов С.Н. Исследование функционального состояния опорно-двигательного аппарата / С.Н. Попов // Практические занятия по врачебному контролю. – М.: Физкультура и спорт, 1976. – с. 18-19.

6. Яременко Д.А. Диагностика и классификация статических деформаций стоп / Д.А Яременко // Ортопедическая травматология, - 1985. №11. – с. 56-59.

С.Л. Володкович, канд. пед. наук, **Е.Н. Ярчак**

УО «Гомельский государственный технический университет имени П.О. Сухого»

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТНЕС–ПРОГРАММ В ПРАКТИКЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

На современном этапе успехи высшей школы в области физического воспитания зависят от уровня активности и сознательности студентов, их отношения к физической культуре как к учебной дисциплине, к своему здоровью.

В нашем анкетировании приняли участие 80 студентов (девушек и юношей) очного отделения, 1 - 2 курсов Гомельского государственного технического университета им. П.О. Сухого.

Согласно полученным данным, хорошим свое здоровье считают 17,5%, 67,5% оценивают его как удовлетворительное, 12,5% - как плохое (слабое), 2,5% затруднились ответить.

Также участникам анкетирования было предложено оценить изменения в состоянии здоровья за последние 1-2 года. 47,5% студентов предпочли вариант ответа "состояние здоровья заметно ухудшилось", 45% предпочли вариант "значительных изменений в состоянии здоровья не произошло". 7,5% - выбрали ответ "состояние здоровья заметно улучшилось".

Основные причины невнимания к собственному здоровью обучающиеся видят в "нехватке времени", "нехватке средств", единичные ответы - "лень", "отсутствие силы воли", "неумение организовать режим дня".

При выявлении причин, снижающих интерес и активность на занятиях по физической культуре 23,7% опрошенных выделили несоответствие предлагаемых нагрузок физическим возможностям. Среди личностных причин 35% опрошенных называют низкий уровень собственной физической подготовленности. Одной из основных причин организационного характера называется отсутствие занятий по интересам – 41,3%.

Таким образом, следует отметить, что реальный объем двигательной активности студентов не обеспечивает полноценного развития и укрепления здоровья. В связи с тем, что учебная нагрузка студента высока, у большинства из них отмечается дефицит движений в режиме дня. Малоподвижное положение отражается на функционировании многих систем организма студента, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной, что ведёт к снижению работоспособности всего организма и особенно мозговой деятельности: снижается внимание, ослабляется память, нарушается координация движений, увеличивается время мыслительных операций [1,5,7].

Традиционные средства и методы физического воспитания не всегда оказываются достаточными для совершенствования функциональных возможностей организма и оздоровления занимающихся. Это сказывается на потере интереса студентов к занятиям физической культурой, а также на понижении уровня физической подготовленности и состоянии здоровья.

Основными недостатками системы физического воспитания, снижающих интерес к занятиям является консервативность и авторитарность уроков, низкая моторная плотность, однородность используемых физических упражнений, отсутствие необходимого тренировочного эффекта, а также положительных эмоций и музыкального сопровождения[2,5,7].

Поэтому все более актуальной становится проблема поиска идей обновления, модернизации занятий по физической культуре в вузе. Одним из путей решения этой проблемы на наш взгляд и, по мнению специалистов [3,6,7,8], является внедрение фитнес-программ в систему физического воспитания вуза. Фитнес-программы обладают комплексным развитием и оказывают положительное влияние на организм занимающихся, соответствуют современному образу, темпу и качеству жизни общества, что, по нашему предположению, должно способствовать повышению интереса к занятиям физической культурой, улучшению состояния здоровья и повышению уровня физической подготовленности студентов, приобщению их к здоровому образу жизни.

К очевидным плюсам занятий данной направленности можно отнести широкий выбор разнообразных направлений которые можно условно разделить на три группы.

В первую входят виды, включающие танцевальные движения: ритмическая гимнастика, женская гимнастика, аэробика и другие, которые содержат в названии конкретный танцевальный стиль (джаз-гимнастика, диско-гимнастика, модерн-гимнастика). При этом аэробика разделяется на аэробику спортивную и оздоровительную, оздоровительная же аэробика подразделяется на виды по признаку различной степени интенсивности: 1 – супераэробика (аэробика высокой интенсивности продолжительностью до 1,5 часа); 2 – аэробика высокой интенсивности (аэробика с активным использованием бега и прыжков); 3 – аэробика низкой интенсивности (прыжки и бег исключаются, а преимущество отдается упражнениям в ходьбе и пружинистым движениям в полуприседах). Отдельно стоит степ-аэробика, слайд-аэробика, аквааэробика, резист-А-бол-аэробика (Фит-бол). К танцевальной аэробике относятся фанк-аэробика (Funk-Aerobic), сити-джэм (City-Jam), хип-хоп (Hip-Hop), латин-аэробика (Latin-Aerobic), афро-аэробика (Afro-Aerobic), кардио-фанк (Cardie-

Funk), самба-аэробика (Samba-Aerobic) и др. Во вторую группу входят виды, предназначенные для целенаправленного развития форм тела или преимущественного развития определенных функций организма: атлетическая гимнастика, калланетика, шейпинг, стретчинг. В третью группу объединяются виды гимнастики, образовавшиеся на основе восточных философских систем, важнейшей частью которых всегда было совершенствование тела посредством специальных гимнастических упражнений: йога, тайцзицзюань, цигун и т.д. [4,9].

Практический опыт работы показывает, что даже в рамках обязательного физкультурного образования интерес сохраняется только к занятиям, удовлетворяющим конкретные потребности занимающихся. В связи с этим на протяжении нескольких лет в УО «ГГТУ им. П.О. Сухого» на занятиях по физической культуре мы успешно применяем различные виды фитнес-программ.

Как показали наши исследования реализация фитнес-программ в рамках учебной дисциплины «Физическая культура» вызывает наибольший интерес, чем занятия, проходящие по традиционной программе. Ведение занятий с использованием фитнес-программ вносит разнообразие в учебный процесс, а это, в свою очередь, способствует формированию положительной мотивации, снятию психического напряжения, повышению работоспособности, улучшению функциональной и физической подготовленности организма занимающихся, укреплению здоровья. Перспективность работы в этом направлении открывает возможности преподавателям для совершенствования методики организации урочной формы занятий в которых реализуются принципы оздоровительной направленности физического воспитания студентов.

Литература

1. Григорьев В.И. Фитнес-культура студентов: теория и практика: учеб. пособие / В.И. Григорьев, Д.Н. Давиденко, С.В. Малинина. СПб.: Изд-во СПб. ГУ-ЭФ, 2010. – 228 с.
2. Зациорский В.М. Атлас физических упражнений для красоты и здоровья / В.М. Зациорский, В.Л. Уткин, В.И. Бондин. - Ростовна-Дону: Ростовский университет, 1990. -111с.
3. Зинченко В.Б. Фитнес-технологии в физическом воспитании : учеб. пособие / В. Б. Зинченко, Ю. О. Усачов. К.: НАУ, 2011. – 152 с.
4. Крючек Е.С. Аэробика, содержание и методика проведения оздоровительных занятий / Е.С. Крючек. - С-Петербург, 1999. - 258с.
5. Переверзева И.В. Психолого-педагогическое сопровождение профессионального развития преподавателей по физическому воспитанию в вузе / И.В. Переверзева. Ульяновск: Ул. ГТУ, 2011. – 225 с.
6. Попова Е. Как выбрать гимнастику // Гимнастический мир Санкт-Петербурга. 2000. № 2. С. 21—22.
7. Сайкина Е.Г. Семантические аспекты отдельных понятий в области фитнеса / Е.Г. Сайкина, Г.Н. Пономарев // Теория и практика физической культуры: науч. – теор. журнал. 2011. – 08. – С. 6-10.
8. Сайкина Е.Г. Стратегическая роль фитнеса в модернизации физкультурного образования школьника: Монография. – Санкт-Петербург: Из-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2012 – 297с.
9. Сиднева Л.В. Учебное пособие по базовой аэробике / Л.В. Сиднева, Е.П. Алексеева. - М.:1997. - 48с.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Здоровье населения – национальная ценность. Находится выше политических, экономических, религиозных и других приоритетов. Является движущей силой социально-экономического прогресса, условием общественного развития. Его социальные функции заключаются в том, чтобы позволять людям продуктивно работать, вести активный образ жизни. За состояние здоровья отвечает сам человек, государство, общество [1].

Здоровый образ жизни предполагает оптимальную двигательную активность человека. Основу здорового образа жизни составляют следующие теоретические положения:

- гигиеническое представление о здоровье;
- концепция здорового образа жизни как системы комплексных мер;
- представление о формировании здорового образа жизни как конечной цели воспитания человека [2].

Культура здоровья – одна из составных частей общей культуры. Она направлена на предупреждение заболеваний, формирование здорового образа жизни, который в основном определяет здоровье общества и обеспечивает ему полноценное существование, раскрытие интеллектуальных, физических и материальных возможностей.

Высвобождение свободного времени за счет компьютеризации и научной организации труда позволяет потратить его на участие в социальных мероприятиях, обеспечивающих здоровый образ жизни. Одновременно с этим наблюдается ситуация, когда на людей обрушиваются многочисленные неблагоприятные факторы внешней среды, сложные жизненные проблемы, огромный поток информации, - все это зачастую протекает на фоне далеко не блестящих биосоциальных условий жизни, уровня эмоционального напряжения при сниженной двигательной активности человека.

В настоящее время постепенно исчезают все виды работ, связанных с приложением физической силы и требующих выносливости. С каждым годом все больше увеличивается число лиц, труд которых связан с «кнопочным» управлением (в том числе компьютерным) различными механизмами. Недостаток мышечных напряжений в труде, в быту и при передвижениях следует корректировать специальными оздоровительными мероприятиями, а физические упражнения – прекрасное средство для этой коррекции. Физическое воспитание лиц всех возрастных периодов должно восполнить тот дефицит в мышечных напряжениях, который создается в новых условиях, и содействовать развитию и нормальному функционированию всех органов и систем человека.

Значение мышечных нагрузок для организма особенно возрастает при гиподинамии (снижение мышечных усилий) и при гипокинезии (снижение двигательной активности). Недостаточная двигательная активность сопровождается атрофией и дегенерацией скелетных мышц. Мышечные волокна становятся тоньше, вес мышц уменьшается, снижается мышечная сила, тонус мышц и т. д.

В результате гипокинезии/гиподинамии наблюдаются существенные изменения в виде нарушения координации движений. Расстройство двигательных функций проявляется в виде увеличения амплитуды колебаний центра тяжести, слаженности движений при ходьбе, что объясняется нарушением координации в деятельности нервной системой. Во время мышечной работы экономичность вегетативных функций

снижается, вследствие чего при мышечных нагрузках увеличивается как кислородный запрос, так и кислородный долг.

Для организма двигательная активность – это физиологическая потребность. Каждое проявление двигательной активности индуцирует образование метаболитов, которые необходимы для нормального функционирования организма. Без достаточного объема движений организм не может накапливать энергию, необходимую для нормальной жизнедеятельности и противостояния стрессу, не может воспользоваться в своей жизни тем, что заложено в него природой, не может быть здоровым и счастливым.

Для компенсации недостаточной подвижности используются оздоровительные физические упражнения. Занятие физической культурой способствует улучшению координации деятельности нервных центров, более точной ориентации человека в пространстве, улучшает процессы мышления, памяти, концентрации внимания, повышает функциональные резервы многих органов и систем организма. Так, регулярные занятия физическими упражнениями повышают жизненную емкость легких, минутный объем дыхания, глубину дыхания; увеличивается коэффициент полезного действия – снижается кислородный запрос и кислородный долг; усиливается деятельность желез внутренней секреции.

Помимо влияния на отдельные двигательные и вегетативные функции различия в режиме мышечной деятельности могут отражаться и на общей резистентности организма при воздействии на него различных неблагоприятных факторов внешней среды (стрессовые ситуации, гипоксия, инфекция, радиация, низкие и высокие температуры окружающей среды).

Мышечная работа в весьма большом диапазоне нагрузок оказывает на организм только положительный эффект.

У лиц, систематически занимающихся физическими упражнениями на протяжении многих лет, повышенная резистентность к неблагоприятным воздействиям может (при вынужденных перерывах в тренировке) сохраняться в той или иной мере на протяжении нескольких месяцев.

Повышая устойчивость организма к действию ряда неблагоприятных факторов внешней среды, мышечная деятельность способствует снижению заболеваемости.

Большое значение имеет утренняя гигиеническая гимнастика. Она важна: для быстрого повышения работоспособности человека после сна; для укрепления здоровья и закаливания организма; для регулярной физической тренировки в целях совершенствования мышечного аппарата, сердечнососудистой, дыхательной и других систем организма, развития выносливости, быстроты, силы, координации при двигательной деятельности.

Важное значение имеют физические упражнения, проводимые в течение рабочего дня и после его окончания. Это, в частности, обусловлено включением механизма активного отдыха, способствующего быстрому восстановлению нарушенных в результате развития утомления различных функций организма, связанных с производственным или иным трудом. Эти упражнения также эффективное средство снятия нервно-психического напряжения.

К настоящему времени с целью эффективной борьбы с гиподинамией разработаны и апробированы авторские методики физического воспитания: система Купера, система Амосова, система Иванова, система Лидьярда, система Моргауза, скрытая изометрическая гимнастика по Томпсону и т. д. Основные их достоинства – доступность, простота реализации, объяснимая и понятная эффективность. Данные методики предназначены для широкого использования.

Среди многочисленных форм занятий оздоровительной физической культурой особое значение имеют ритмическая гимнастика, йога, шейпинг, плавание,

велосипедные прогулки, спортивные игры, ходьба на лыжах, бег, ходьба, катание на коньках и др.

Выбор того или иного способа, методики, системы соотносится с реальной обстановкой, возможностями, запросами – это дело индивидуального вкуса и интереса.

Совершенно очевидно, что сама по себе физическая активность не дает оздоровительно эффекта, если ею пользоваться неправильно. Физическая нагрузка должна носить оптимальный характер для каждого человека. Необходимо соблюдать ряд принципов, которые гарантируют положительный оздоровительный эффект. Главные из них: систематичность, индивидуализация и регулярность физических тренировок. Эффект оздоровительной тренировки зависит от следующих факторов:

- частоты занятий (периодичности);
- продолжительности (объема);
- направленности воздействия;
- мощности нагрузки;
- последовательности выполнения упражнений;
- длительности тренировки [3].

В заключение, следует отметить, что освоение методов здорового жизнеобеспечения, приобщения к физической культуре как правильному отношению к своему организму и условию достижения гармонии духа и тела не поздно начинать в любом возрасте. Для здоровой жизни человеку, как считал академик Н. М. Амосов, предлагается гораздо больше возможностей, чем ограничений.

Литература

1. Пилипцевич, Н.Н. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Н.Н. Пилипцевич [и др.] ; под ред. Пилипцевича. – Минск: Новое издание, 2015, - С. 12.
2. Мархоцкий, Я. Л. Валеология : учеб. пособие / Я.Л. Мархоцкий. – 2-е изд. – Минск : Выш. шк.,2010. – С. 5-11.
3. Фурманов, А. Г., Юспа, М. Б. Оздоровительная физическая культура: учеб. для студентов вузов / А. Г. Фурманов, М. Б. Юспа. – Мн.: Тесей, 2003, - С. 333.

¹Т.А. Глазко, канд. пед. наук, доц., ²А.Б. Глазко, канд. пед. наук, доц.

¹ВУО «Минский государственный лингвистический университет»

²УО «Белорусский государственный университет физической культуры»

ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ В СИСТЕМЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Пути построения учебного процесса по физическому воспитанию студентов специальных медицинских групп с учетом их здоровья, соблюдения правил здорового образа жизни, функциональной, физической подготовленности с учетом особенностей будущей профессиональной деятельности в настоящее время не утратило свою актуальность.

Подготовка здоровых и грамотных педагогов, формирование у них компетенций, необходимых для будущей профессиональной деятельности, является одной из главных задач процесса обучения студентов в учреждении образования. Необходимость решения данной задачи и ее масштабность обуславливает создание, апробацию и внедрение наиболее эффективных методов и средств, формирующих здоровьесберегающую среду не только в период обучения студентов, но и в последующей жизни и профессиональной деятельности.

Масштабность процесса формирования здоровьесберегающей среды обуславливает этапность проведения следующих мероприятий: изучение двигательной активности студентов в период их обучения в школе; анализ нозологических форм; определение уровня функциональной и физической подготовленности; анализ показателей, характеризующих здоровый образ жизни, изучение особенностей педагогической деятельности и факторов риска для здоровья в ней.

Реализация данных мероприятий должна осуществляться, как минимум, с помощью методов педагогического контроля, анкетирования, социологического опроса.

В исследовании, организованном в сентябре-октябре 2014 года, приняло участие 267 студенток первого курса, занимающихся в специальных медицинских группах (СМГ).

Социологический опрос обучающихся показал, что только 38,0% из них регулярно посещали занятия по физической культуре в школе, 22,5% – посещали их от случая к случаю и 39,5% – были освобождены от них или не посещали, т.е. практически в процессе школьного физического воспитания не участвовало 62,0% старшеклассниц.

Анализ диагнозов студентов показал, что большинство из них имеют заболевания опорно-двигательного аппарата – 40% от общего количества занимающихся. 20,5% студенток имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, 16,1 % – органа зрения, Следующими в ранге нозологий идут болезни мочеполовой (6,6%), дыхательной (5,4%) систем и желудочно-кишечного тракта(5,4%). Заболевания эндокринной и нервной систем составляют 2,2 и 1,6% соответственно от общего количества нозологических форм.

Уровень функциональной и физической подготовленности студентов определялся с помощью функциональных проб (Генчи, Штанге, Мартине-Кушелевского, частоты сердечных сокращений – ЧСС и частоты дыхания – ЧД в покое) и контрольных упражнений, оценивающих развитие физических качеств, имеющих приоритетное значение в занятиях с данным контингентом занимающихся (общей и силовой выносливости, гибкости). Для оценки уровня развития общей выносливости был взят 6-минутный бег, который в зависимости от диагноза и самочувствия студенток мог выполняться в сочетании с ходьбой. Уровень силовой выносливости определялся контрольными упражнениями, выполняемыми в индивидуальном темпе до появления первых признаков усталости. Количество подниманий верхней части туловища из положения лежа на спине, согнув ноги, руки за голову, характеризовало уровень силовой выносливости мышц брюшного пресса. Результат поочередного поднимания разноименных руки и ноги в положении лежа на животе, руки вперед, характеризовал силовую выносливость мышц спины. Количество сгибаний-разгибаний рук в упоре стоя на коленях оценивало уровень силовой выносливости мышц рук, а результат в приседаниях (стопы на ширине плеч, присед до прямого угла между бедром и голенью) – уровень силовой выносливости мышц ног.

Анализ показателей, характеризующих функциональную подготовленность сердечно-сосудистой и дыхательной систем студенток, выявил низкую экономичность их работы, неадекватную реакцию ССС на дозированную нагрузку и растянутый период восстановления ЧСС после нее. Уровень физической подготовленности также низок, что вполне объяснимо результатами социологического опроса первокурсниц и показателями функционального состояния их ССС и ДС(таблица).

Таблица – Оценка уровня физического состояния студенток СМГ (n=267)

Показатель	БАЛЛ				
	5	4	3	2	1
Функциональная подготовленность					
Частота дыхания, кол-во/мин	10-16 – 74,5% 17-26 – 25,5%				
Проба Генчи, с	≥30	20-29	15-19	10-14	≤ 9
	50,9%	40,5%	8,1%	0,5%	–
Проба Штанге, с	≥40	30-39	20-29	≤19	–
	65,5%	24,0%	8,0%	0,5%	–
ЧСС в покое, уд/мин	55-60	61-65	66-75	76-85	≥86
	2,4%	13,1%	16,7%	53,0%	14,9
Проба Мартине-Кушелевского, %	5-25	26-50	51-75	76-100	>101
	6,5%	24,3%	34,3%	27,8%	7,1%
Восстановление, мин	1-я	2-я	3-я	4-я	>4
	29,1%	25,1%	16,0%	29,7%	–
Физическая подготовленность					
Силовая выносливость мышц пресса, кол-во раз	55	45	40	36	≤35
	52,7%	25,1%	8,3%	2,9%	10,7%
Силовая выносливость мышц спины, кол-во раз	65	55	45	40	≤39
	53,2%	7,5%	6,0%	2,3%	7,5%
Силовая выносливость мышц рук, кол-во раз	35	30	20	15	≤14
	73,8%	11,3%	11,9%	2,3%	3,4%
Силовая выносливость мышц ног, кол-во раз	40	35	30	25	≤24
	82,2%	6,28%	3,4%	2,2%	3,4%
Гибкость, см	25	15	10	5	0
	4,3%	19,5%	17,3%	26%	32,6%
6-минутный бег, м	1100	1000	900	800	700
	20,5%	20,5%	24,11%	17,7%	17,0%
Физическое развитие					
Рост/вес, см ² /кг	25,7%	13,1%	1,19%	2,4%	57,4%

Актуальность вопросов здорового образа жизни(ЗОЖ) студентов вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на их организм в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков различного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

В связи с этим было проведено анкетирование. Анкета включала 25 вопросов, которые характеризовали базовые составляющие ЗОЖ.

Результаты опроса показали, что большинство студенток (86,2%) считают необходимым придерживаться принципов ЗОЖ, 3,4% из них данная проблема не волнует. 66,2% респонденток оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, 25,0% – как хорошее и лишь 4,4% – как плохое. Для того чтобы сохранить здоровье, студентки выбрали несколько вариантов: 30,1% сделали акцент на соблюдении санитарно-гигиенических норм, 23,7% – отказе от вредных привычек, 17,3% на первое место поставили занятия физическими упражнениями, 16,2% – полноценное питание, 10,4% – рациональный режим дня, и лишь 2,3% студенток не выбрали ничего из предложенных вариантов, считая что у них и так все нормально со здоровьем.

Лишь 1,4% девушек ни разу не пробовали алкоголь, 5,7% – пробовали 1 раз, 88,6% – употребляют алкогольные напитки изредка, 2,9% – часто и 1,4% – постоянно. 89,4% опрошенных ни разу не употребляли наркотики или токсические вещества и

10,6% – пробовали их однократно. Большинство студенток не курит или употребляли табак один раз (50,7% и 29,9% соответственно), 13,4% курят редко и 6,0% – постоянно.

Наиболее важными темами о ЗОЖ студентки считают коррекцию массы тела (18,6%), управление эмоциями (15,6%), рациональное питание (15,2%), двигательную активность и межличностные отношения (по 14,7%).

Студенткам было предложено отметить наиболее важные условия для сохранения здоровья. Первые три места по значимости для здоровья занимают выполнение правил ЗОЖ (17,4%), хорошие экологические условия (16,6%), наследственность (15,3%), а также рациональная (без перегрузок) и регулярная двигательная активность и достаточные материальные средства для хорошего питания, занятий спортом и др. (по 13,7%). Несколько в меньшей степени студентками отмечены знания о том, как заботиться о своем здоровье (10,4%), возможность консультаций и лечения у хорошего врача (7,5%), отсутствие физических и умственных перегрузок (5,4%).

Целью системы профессиональной направленности физического воспитания является формирование всесторонне развитой личности, основным направлением деятельности которой является развитие психофизических способностей, отвечающих специфическим требованиям профессии, овладение профессионально важными двигательными умениями, навыками и устойчивой работоспособностью при выполнении профессиональных функций, профилактика профессиональных заболеваний.

В практической работе по физическому воспитанию студентов педагогических специальностей главным в процессе их подготовки к профессиональной деятельности является:

- формирование знаний о режиме двигательной активности, закаливании, гигиене питания и одежды, профилактике профессиональных заболеваний, самомассаже, применении физических упражнений, ознакомление с популярными оздоровительными методиками и др.;

- обучение видам спорта (элементам видов спорта) и физическим упражнениям, направленным на развитие специфичных для профессии групп мышц, органов и систем организма;

- повышение устойчивости организма к простудным заболеваниям, в частности, заболеваниям дыхательного аппарата; укрепление сердечно-сосудистой, дыхательной систем и опорно-двигательного аппарата;

- развитие речи, формирование организаторских и конструктивных умений и навыков, столь необходимых педагогу любой специальности.

Педагогический труд требует хорошего здоровья, физической и психической подготовленности, уравновешенности нервных процессов, чтобы выдерживать действие сильных раздражителей, уметь концентрировать внимание, быть активным, сохраняя на протяжении всего рабочего дня высокий общий и эмоциональный тонус, способность быстро восстанавливать силы.

По мнению специалистов, существует ряд факторов, провоцирующих возникновение определенных заболеваний у педагогов:

- 1)интенсивная речевая нагрузка формирует патологию голосообразующего аппарата, что в сочетании с гиподинамией у большинства педагогов приводит к неблагоприятным изменениям в дыхательной и сердечно-сосудистой системах.

- 2) нервно-психическое напряжение, встречающееся в работе педагога, трансформируется в так называемые болезни стресса: гипертоническую и ишемическую болезни, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, невроты, психастении и пр.;

- 3) напряжение органов зрения приводит к быстрому утомлению глаз, снижению остроты зрения, органов слуха – к заболеванию данного органа;

4) малая двигательная нагрузка на фоне неправильной позы при сидении за столом способствует большому напряжению мышц-сгибателей туловища, что обусловлено поддержанием вынужденной рабочей позы, сопровождающимся отрицательными застойными явлениями в области таза и нижних конечностей. Это может привести к воспалительным заболеваниям мочеполовой системы, варикозному расширению вен, остеохондрозу и т.д.;

5) длительное пребывание в вертикальном положении приводит к развитию хронической недостаточности вен нижних конечностей, а у худых людей – к опущению внутренних органов

6) высокая концентрация бактерий и микробов в учебных помещениях повышает заболеваемость респираторными вирусными инфекциями и гриппом в период эпидемий.

Некоторые заболевания имеют тенденцию к распространению еще в студенческие годы. Анализ диагнозов студентов показал, что большинство из них имеет заболевания, характерные для профессии педагога, и в связи с этим профессионально непригодны. Преподаватели физического воспитания в данном случае должны не столько профилактировать профессиональные заболевания, сколько работать в направлении физической реабилитации студентов, формируя, сохраняя и укрепляя их здоровье всеми возможными средствами, образуя обучающихся в вопросах физической культуры и здорового образа жизни, формируя мотивацию. Только в случае такого этапного формирования здоровьесберегающей среды в процессе обучения студентов будут решены его главные задачи.

В.А. Горовой, В.А. Черенко, канд. пед. наук, **С.М. Блоцкий**, канд. пед. наук
УО «Мозырский государственный педагогический университет имени И.П. Шамякина»

ДИСКОТЕКА КАК ФОРМА ФИЗКУЛЬТУРНО-РЕКРЕАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ И СТУДЕНТОВ

В современных социально-экономических условиях наиболее доступным и перспективным направлением в повышении двигательной активности людей, является физическая рекреация. Все формы использования физических упражнений, направленные на эмоционально-активный отдых, развлечение, получение удовлетворения от двигательной деятельности, восстановление психических и физических сил входят в содержание физкультурно-рекреационной деятельности.

В качестве компонента двигательной активности (ДА) и формы физкультурно-рекреационной деятельности в школах, учреждениях среднего (УСО) и высшего образования (УВО) не следует забывать и столь популярные у молодежи дискотеки (танцы). Под ними понимается любая форма деятельности, связанная с проведением развлекательных мероприятий, вечеров (включая различные виды шоу, выступления профессиональных коллективов, артистов) если в рамках данного мероприятия организуются танцы в сопровождении ансамбля или под фонограмму [1]. Высокий эмоциональный эффект дискотек сопряжен и с хорошим функциональным эффектом. Во время танцев организм испытывает определенные нагрузки, что сказывается на работе систем жизнедеятельности организма и, в частности, на частоту сердечных сокращений (пульсовой режим 120–140 уд/мин) [2], который в свою очередь является важным интегральным показателем функционального состояния организма.

Также дискотека выступает и как одна из популярнейших форм самодеятельного творчества. В этом качестве дискотека обладает рядом несомненных достоинств: она ставит перед самодеятельным творческим коллективом целый комплекс разнообразных

творческих задач, стимулирует проявление организаторских способностей, открывает широкое поле для технического творчества, изобретательства, развивает познавательную активность, художественное чутье, музыкальность, режиссерскую интуицию, артистизм, навыки общения и др.[3, с.3]. Участие в творческом коллективе дискотеки требует известного универсализма и способствует его расширению. Это делает ее одним из средств формирования гармонически развитой личности.

Дискотека обладает специфическими характеристиками, выделяющими её из остальных форм организации социально-культурной деятельности:

1. Организация на основе музыкальных интересов и предпочтений.
2. Развлекательная направленность.
3. Рекреативный характер деятельности.
4. Удовлетворение духовных потребностей (в общении, прослушивании музыки и т.д.).
5. Возрастная характеристика.
6. Частота и обязательность посещения не регламентируется.
7. Организована частным образом.

Важно отметить, что дискотека – это не только танцы, но и тщательно продуманная программа, включающая в себя комплекс танцев, развлечений, имеющая определенную цель и смысловую нагрузку.

Программа дискотеки подчинена определенной теме или посвящена какому-нибудь событию. В программе всегда следует предусматривать игры и развлечения – компонент, который позволяет создавать непринужденную атмосферу, хорошее настроение, способствует общению участников дискотеки.

Важная роль при организации и проведении игр на дискотеке отводится ведущему. Именно он выбирает удачный момент для проведения той или иной игры. Так, после быстрого ритмичного танца следует предложить малоподвижную игру или аттракцион, а после медленного танца – подвижную игру.

Таким образом, программу дискотеки следует тщательно готовить. Успех ее во многом зависит от ведущего и самих участников.

Дискотеку в школе условно можно разделить на три типа – для детей младшего школьного возраста (с 1-го по 4-й класс), для младших (с 5-го по 8-й класс) и для старших подростков (с 9-го по 11-й класс).

Потребность в ДА у детей младшего школьного возраста очень велика. Музыкально-ритмические движения помогают школьнику творчески реализовать эту потребность, поскольку способствуют развитию не только чувства ритма, но и слуховой памяти, внимания, образного мышления, воображения ребёнка и коммуникативных качеств личности: эмпатии, умению общаться со сверстниками, взаимодействовать в коллективе и т.д. Наиболее эффективной представляется собственная музыкально-ритмическая деятельность детей, где каждый ребёнок становится на время актёром, творчески осмысляющим происходящее.

Для успешного решения поставленных целей и задач в работе используют следующие методы:

1. Метод показа. Взрослые выполняют движения вместе с детьми, чтобы увлечь их и усилить эмоционально-двигательную рефлексию на музыку. Также метод показа осуществляют сами дети: например, демонстрируют примерные движения в медленном парном танце.
2. Словесный метод. Тесно связан с движением, жестом, музыкальной интонацией и служит соединительным звеном между движением и музыкой. Словесные объяснения, реплики должны быть краткими, точными, образными и конкретными.

3. Импровизационный метод. При его использовании предварительного прослушивания музыки не нужно. Дети должны сами находить необходимые движения под непосредственным её воздействием. Данный метод помогает детям раскрепоститься, обрести внутреннюю и внешнюю свободу и уверенность.

4. Игровой метод занимает ведущее место в деятельности школьника. Суть игрового метода в том, что педагог подбирает для детей такие игры, которые отвечают их возрасту, подготовленности, а также соответствуют задачам и содержанию дискотеки, регулируют физическую и двигательную нагрузку, помогают осуществлять смену деятельности.

Важно отметить, что посредством организации и проведения дискотек в школе у детей развиваются коммуникативные навыки, происходит адаптация ребёнка в социальной среде, раскрытие творческого потенциала, повышение уровня музыкально-двигательной активности.

Кроме того, музыка обладает эмоциональным воздействием, пробуждает в человеке добрые чувства, делает его выше, чище, лучше, так как в подавляющем большинстве она предполагает возвышенные эмоции.

В.А. Сухомлинский писал: «Если в раннем детстве донести до сердца красоту музыкального произведения, если в звуках ребенок почувствует многогранные оттенки человеческих чувств, он поднимется на такую ступеньку культуры, которая не может быть достигнута никакими другими средствами. Чувство красоты музыкальной мелодии открывает перед ребенком собственную красоту – маленький человек осознает свое достоинство» [4].

Приобретая опыт участия в дискотеках с младшего школьного возраста, дети в старшем возрасте умеют самоорганизовываться, проявлять творческие способности через двигательную и игровую импровизацию и демонстрируют культуру общения со сверстниками в коллективной деятельности.

Дискотека для младших подростков должна быть более «попсовая»: много хитов русских исполнителей, песни всех времен и народов (самба, ламбада и макарена). Для старшеклассников более интересна западная музыка, танцевальные хиты. Более ритмичные песни лучше включать в середине вечера. Медленные танцы стоит ставить ближе к финалу (то есть быстрый блок короче и более энергичный). Последний быстрый блок можно сделать очень коротким, одна-две песни. Последняя композиция – медленная баллада.

Проведенное нами исследование со студентами шести УВО Республики Беларусь (n = 957) позволило определить формы занятий физкультурно-рекреационной деятельностью, представляющие наибольший интерес среди студентов. По результатам исследования выявлено, что 20,6% девушек и 10,8% юношей к числу приоритетных форм относят дискотеки (танцы). Еще 49,9% девушек и 32,9% юношей хотели бы использовать в качестве компонента ДА дискотеки, организованные УВО. Кроме того, 81,2% профессорско-преподавательского состава (n=154) работающих на кафедрах физического воспитания и факультетах физкультурного профиля считают, что дискотеки, организованные УВО можно использовать в качестве компонента ДА.

Дискотека, как любой вид ДА, является физической нагрузкой для организма. Физические нагрузки представляют собой наиболее типичные, хотя и сопряженные с определенными затратами, состояния, к которым приходится адаптироваться сердечнососудистой системе. Доказано, что ритмичные движения под музыку – хороший, а главное, приятный вариант оздоровления [2,5,6,7 и др.]. ДА во время дискотек способствует развитию дыхательной системы организма человека, помогает избавиться от регулярных простудных заболеваний, бронхитов и облегчает течение болезни у людей, страдающих астматическими приступами.

Один из самых видимых и быстро проявляющихся эффектов – исправление осанки, что особенно актуально в школьном возрасте. Влияние танца на мышцы общеукрепляющее: благодаря улучшению кровообращения мышцы становятся менее дряблыми и приобретают упругость. Кроме того, улучшается координация движений и укрепляется вестибулярный аппарат, активизируется работа внутренних органов.

Также регулярное посещение дискотек положительно влияет и на психику. Физические нагрузки такого рода способствуют выработке эндорфинов – гормонов, улучшающих настроение. Улучшается выносливость, работоспособность, общий физический и психический тонус.

Существует хорошая африканская поговорка «Если Вы умеете говорить – Вы умеете петь, если Вы умеете ходить – Вы умеете танцевать». Танцуйте на здоровье!

Литература

1. Рекомендации о порядке организации и проведения дискотек и других молодежных культурно-досуговых мероприятий в Республике Беларусь // Пазашкольные выхаванне. – 2003. – № 5. – С. 14–15.
2. Физическая культура студента: учеб. / М.Я. Виленский [и др.]; под ред. В.И. Ильинича. – М.: Гардарики, 2001. – 448 с.
3. Организация и работа диско клуба: методические рекомендации по организации работы диско клуба. - М : ВНМЦ НТ и КПП, 1984, С. 3- 4.
4. Сухомлинский, В.А. Сердце отдаю детям / В.А. Сухомлинский. – Киев: Радянська школа, 1974. – 288 с.
5. Остапенко, Г.А. Экспериментальное обоснование влияния занятий современными танцами на уровень физического здоровья детей 10-11 лет / Г.А. Остапенко // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2007. - №6. – С.216-218.
6. Фокина, Е. М. Проблема здоровья школьников и роль спортивных танцев в сохранении и укреплении здоровья детей в условиях образовательного пространства / Е. М. Фокина // Молодой ученый. — 2013. — №8. — С. 508-511.
7. Горовой, В.А. Оптимизация двигательной активности студентов средствами физической рекреации : монография / В.А. Горовой. – Мозырь: УО МГПУ им. И.П. Шамякина, 2015.– 171 с.

Г.М. Гусева, В.О. Фадеев, М.С. Челнокова

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, м. Київ

ШЛЯХИ ПОЛПШЕННЯ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Аналіз ситуації з психічним здоров'ям населення України, що склався за сучасних умов у нашій країні, вимагає від кожної людини серйозного переосмислення проблеми щодо його збереження і зміцнення. Численні дослідження свідчать про те, що для України характерне прогресуюче погіршення психічного здоров'я населення, особливо дитячого. У світі і в Україні найпоширеніші сьогодні захворювання – психічні і неврологічні. На частку психологічних розладів припадає 15% глобального економічного тягаря хвороб в усіх країнах світу(за оцінками експертів ВООЗ).

Встановлено, що максимальний тягар психічних розладів лягає на плечі людей молодого віку, тобто найбільш продуктивної групи населення.[1, с.4]. За даними ВООЗ, у 38% населення країн Євросоюзу в певний момент їхнього життя реєструється один

або декілька психічних розладів, які зумовлюють 19% загального економічного тягаря усіх захворювань.

Як свідчать статистичні показники, в Україні також мають місце проблеми, пов'язані з порушенням психічного здоров'я населення. Протягом 1990-2000 років показник захворюваності населення психічними розладами збільшився на 5% і становив у 2000 році 1202549 осіб, що дорівнював 2% від загальної кількості населення України. Поширення психічних розладів у дітей значно перевищував цей показник у дорослих (відповідно 291,6 і 244,9 на 100 тис. населення) [1,с.24].

Аналіз показників захворюваності на розлади психіки і поведінки в Україні у подальшому демонструє зменшення цих показників на 6,7%. Так, на початок 2002 року цей показник в середньому в Україні становив 248,2 на 100 тис. населення, у 2006 році він знизився до 230,9, а у 2007 і 2008 роках відзначилося його підвищення до 242,3 і 249,2 на 100 тис. населення відповідно. З 2009 року показник захворюваності на розлади психіки і поведінки знову набув тенденції до зниження: у 2009 році - 232,4; у 2010 році – 234,6; у 2011 році - 232,2; у 2012 році - 227,5 на 100 тис. населення [5,с.7].

У 12 регіонах України з 2012 року середній показник захворюваності на розлади психіки та поведінки було перевищено. Так, найвищий показник зафіксований у Житомирській області – 391,6 на 100 тис. населення, що на 72,1% перевищував середній показник в Україні, у Київській області – 381,9 перевищення на 37,7%. В той час, як цей показник у місті Києві був нижче середнього в Україні – 138,8 (на 39% менше), у Чернівецькій області – 147,0 (менше на 35,4%), і місті Севастополі – 149,0 (менше на 34,5%), у Миколаївській області – 159,15 (менше на 30%) [5,с.6].

У структурі показників захворюваності як і в минулі роки, серед усіх розладів психіки та поведінки у 2012 році в Україні переважала неспсихотична група розладів (72,2% або 164,3 на 100 тис. населення). При середньому показнику в Україні 164,3 на 100 тис. населення, коливання цього показника у регіонах відбулося у межах від 96,2 у Чернівецькій до 302,7 на 100 тис. населення у Житомирській областях. На другому місці серед показників захворюваності – показники розладів психіки та поведінки психотичного характеру – 43,7 на 100 тис. населення. Показники розумової відсталості 2012 року становили 19,5 випадків на 100 тис. населення. В цілому за 2008 – 2012 роки виявлено поступове зростання на 0,3% показників поширеності розладів психіки та поведінки всіх груп психічної патології без значних щорічних коливань [4,с.169].

На кінець 2012 року початок 2013 року в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебувало 1160648 осіб з різними формами розладів психіки та поведінки, що виявляє поступове підвищення цих показників. Протягом останнього десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення госпіталізованої захворюваності дорослих на 4,7% (з 560,3 до 586,6 на 100 тис. населення), а також поступове зростання поширеності захворювань на психічні та поведінкові розлади, які були визнані інвалідами внаслідок цих захворювань.

Середній в Україні показник поширеності розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру складає у 2013 - 2014 роках 1275,1 на 100 тис. населення, найбільш високий показник в регіонах 2013 року реєструвався в Черкаській (1619,25), Донецькій (1546,0), Луганській (1519,1), Харківській (1510,3) областях. Майже вдвічі меншими ці показники були у Вінницькій (866,1), Миколаївській (892,4) областях, м. Києві (952,5), Полтавській області (988,3) [4,с.173]. Але щодо 2014 року, у зв'язку з різко загостреним станом внутрішньополітичних, соціальних, економічних та інших факторів психічне здоров'я громадян України викликає серйозне занепокоєння.

На жаль Україна переживає тяжкі часи. Кількість психосоматичних захворювань зросла майже в двічі. Переважна частина населення країни перебуває у стані хронічного психічного дискомфорту. Причинами такої тенденції є соціально-політична нестабільність суспільства, втрата старих орієнтирів та відсутність нових, орієнтація

населення на релігійно-містичні, окультні та паранаукові знання, зростання кількості технологічних та природних катастроф, інформаційні перевантаження і негативний вплив заходів масової інформації, політичні та економічні катаклізми, стреси, невіра у майбутнє, воєнні дії в країні.

Особливе занепокоєння викликає стан психічного здоров'я дітей і підлітків в Україні. Показники психічних розладів дітей і підлітків у 2000 році склали 291,6 на 100 тис. населення. За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, на протязі 1998-2007 років показники захворюваності на розлади поведінки і психіки дітей зменшилися на 15,5%. Між тим, як визначають фахівці, захворюваність знизилась в першу чергу за рахунок кількості дітей з психічними розладами, батьки яких уникають офіційного нагляду у психіатрів. Тому офіційні статистичні дані відносно стану психічного здоров'я дитячого населення України є «вершиною айсберга».

За результатами обстеження ДУ «Інституту охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України» рівень психічних порушень у молоді старших класів мав тенденцію до зростання. Психічні неспсихотичні розлади реєструвалися у третини підлітків, що у 2,5 рази було більше (2009 рік - 37,4%, ніж у 1997 році - 14,4%). Крім того, у підлітків сільської і міської місцевості у 2009 році встановлено високу питому вагу психічних (37,4% і 44,3% відповідно) і до нозологічних (26,9% і 25,6% відповідно) розладів невротичного характеру. У структурі психічних неспсихотичних розладів міської місцевості переважають невротичні розлади (42,4%), емоційно-лабільні розлади органічного генезу (17,8%), розлади поведінки (26,1%). У підлітків сільської місцевості домінують емоційно-лабільні розлади органічного генезу (38,4%), невротичні розлади (23,2%), розлади поведінки (23,6%). Незалежно від місця проживання у підлітків відзначилося зростання невротичних розладів із тривалим та хронічним типом перебігу, збільшилась кількість маскованих форм депресивних невротичних розладів із різними проявами девіантної поведінки. У 80% підлітків із невротичними розладами спостерігалася девіантна поведінка, що призводить до правопорушень та покарань у вигляді позбавлення волі [1,с.26]. На кінець 2014 року було понад 8,2 тисячі неповнолітніх засуджених та осіб узятих під варту (дані Державної пенітенціарної служби України).

На міжнародній конференції «Сучасні проблеми охорони психічного здоров'я населення України, присвяченій 20-річчю Незалежності України» (вересень 2011 року) було зазначено, що в Україні близько 3% дітей є споживачами послуг психіатричної служби. Кожна 5-та дитина народжується з проявами ознак нервово-психічних порушень. Що стосується даних комітету експертів ВООЗ, «розлади психічного здоров'я, які порушують процеси соціального становлення особистості, зустрічаються практично у кожній двадцятій дитини». Це узагальнені дані світової статистики. Крім того, більшість психічних розладів маніфестує у дитячому і підлітковому віці, але вперше діагностуються значно пізніше. Рання діагностика і допомога в більшості випадків визначає прогноз течії психічного захворювання і їх соціальних наслідків.

На жаль, існуюча система охорони здоров'я дітей і підлітків не може зупинити процес зростання цих показників. Проблеми істотно загострюються в умовах оточуючого середовища, а також впливу високого темпу та ритму життя. Інтенсифікації педагогічних технологій та інформаційного перевантаження висувають організму школярів високі вимоги, що потребує свідомого залучення потенціалу кожного учня, ефективної його адаптації до навчальної діяльності. Тому проблема формування здоров'я школярів стає важливою складовою майже всіх сучасних педагогічних технологій. Багаточисленні реформи системи освіти в школах України призвели до того, що навантаження на дітей зросло у декілька разів і це дуже сказалося на стані їх здоров'я. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України (2006 рік),

у школярів, в порівнянні з дітьми молодшого віку, в 1,5 рази збільшилася захворюваність нервової системи.

Згідно даних Г.М. Даниленка (2007 рік), загальна патологічна ураженість школярів становила 2167,1% і мала істотно вищий рівень серед дівчат ніж у хлопців (відповідно 2435,0% і 1883,3%). Серед захворювань найбільшу поширеність у школярів, незалежно від статі, мали психічні розлади 390,3. На підставі кореляційного аналізу встановлена пряма асоціація збільшення терміну перебування школярів у навчальному закладі із виявленням у школярів психічних порушень та розладів поведінки. Стан здоров'я і динаміка розумової діяльності школярів залежить не тільки від характеру організації навчальної діяльності, але й від сформованості у них навичок поведінки, уміння пристосовуватися до вимог соціального оточення [3,с.7].

Повне уявлення про стан психічного здоров'я населення будь - якої країни може дати аналіз суїцидальної поведінки на кількість випадків завершених суїцидів. У світі щорічно намагаються закінчити життя самогубством 10-12 мільйонів людей, 1 мільйон з них гине. В Україні на кожні сто тисяч населення припадає 20-40 випадків самогубств. Смертність від суїцидів в нашій країні складає 20-26% на 100 тис. населення. З них 0,6% складають діти і підлітки. Це дуже високий показник. Особливу тривогу викликає збільшення випадків суїцидальних спроб серед молоді у віці 18-20 років і зростання числа самогубств серед дітей у віці від 5(!) до 14 років. Важливо те, що діти йдуть на цей крок цілком усвідомлено. В багатьох випадках винуватцями суїцидальної поведінки дітей стають їх батьки, які страждають алкогольною і наркотичною залежністю.

В Україні, за даними Міністерства внутрішніх справ України на 01.01.2013 року, на обліку знаходилося 146458 споживачів наркотиків і 751670 осіб з алкогольною залежністю. У свою чергу, за даними Національного координаційного кабінету боротьби з наркоманією при Кабінеті міністрів України, майже 90% наркозалежних – це підлітки і молоді люди у віці від 12 до 27 років. Причому, в індустріальних областях України показник числа осіб із наркотичною залежністю перевищує в тричі показник наркозалежності осіб, які проживають у сільській місцевості.

Споживання алкоголю в Україні одне з найвищих у світі: 15 літрів чистого алкоголю (100% спирту) на рік на душу населення за даними ВООЗ. Український МОЗ дає цифру скромнішу – 11 літрів. За інформацією міністерства, на кожного українця припадає 7 літрів міцного алкоголю, 60 літрів пива і не менше 7 літрів вина. Слід зазначити, що згідно з дослідженнями ВООЗ, неминуча деградація генофонду – тобто, виродження нації - починається при вживання 6-8 літрів алкоголю на рік на душу населення.

Згідно «Європейським опитуванням учнівської молоді про вживання алкоголю та наркотичних речовин», майже 87% українських школярів 15-17 років хоч раз в житті пробували алкоголь. Більше 26% учнів вживають алкоголь 1-2 рази в місяць і близько 14% 3-5 разів. В Україні діти досить рано долучаються до алкоголю. У нас найбільший рівень дитячого пивного алкоголізму. Пиво є №1 в залученні до алкоголізму.

Поширеність розладів поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед осіб віком до 14 років становить 1%, а серед підлітків віком 17-15 років цей показник зростає в рази [2,24с.].

Неухильно зростає кількість дітей інвалідів. На дитячий вік припадає 8,8% інвалідності. Серед причин дитячої інвалідності найбільший відсоток складають психічні розлади, хвороби нервової системи, вроджені аномалії.

Ситуація зі станом здоров'я населення погіршується ще й тому, що нажал, більшість наших сучасників не вміє ефективно управляти власною психікою. Це призводить до психоемоційних стресів, психотравм, психокомплексів, невротичних розладів, насамперед депресивної спрямованості. Таким чином, аналіз захворюваності

в Україні і в світі свідчить про зростання кількості психогенних за походженням хронічних соматичних і психосоматичних розладів на фоні практично незмінного рівня захворюваності на психози.

Безумовно різке зниження загального рівня здоров'я, зростання кількості психічних розладів, падіння показника середньої тривалості життя певною мірою є наслідком погіршення медичного обслуговування населення. Проте, як свідчать результати наукових досліджень, стан здоров'я населення, навіть у високорозвинених країнах Європи й Америки, лише на 10% обумовлений медичною допомогою. Провідним фактором, що визначає здоров'я індивіда, є його ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих. Отже, єдиним радикальним засобом вирішення проблеми збереження і зміцнення здоров'я являється кардинальна трансформація нашого світогляду стосовно причин і наслідків щодо його значного погіршення. А досягти цього можна лише за умови реформування системи освіти та набуття певних професійних знань, які дозволяють кожній людині здійснити гармонійний розвиток згідно до вимог сьогодення.

Література

1. Балакірева О.М., Бондар Т.В., Артюх О.Р. та інші Стан та чинники здоров'я українських підлітків. – К: ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. досліджень ім. О. Яременка, 2011. – 172 с.

2. Бондар Т.В., Галич Ю.П. та інші. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 2011 / О.М. Балакірева (кер. авт. кол.): Укр. Інститут соц. дослідж. ім. О.Яременка. – Київ: Тов. ВПК "ОБНОВА", 2011 – 176 с.

3. Даниленко Г.М. Гігієнічні основи системної оптимізації формування здоров'я дітей в умовах загальноосвітнього навчального закладу: Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.01 / Г.М. Даниленко / Держ. установа "Ін-т гігієни та мед. екології ім. О.М.Марзєєва АМН України". — К., 2007. — 40 с.

4. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН Украины. 2010. – Т.16, №1. – с. 168-176.

5. Хозбей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О., Зінченко О.М., Петриченко О.О., Д'яченко Л.І. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні. / ж. "Здоров'я України" 2012, (тематичний номер Жовтень), с. 6-8.

¹Н.Г. Ерёмова, канд. биол. наук, доц., ²И.В. Брускова., канд. биол. наук, доц.

¹УО «Белорусский государственный университет»

²УО «Белорусский государственный педагогический университет имени М. Танка»

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Физическое развитие человека формируется, во-первых, вследствие естественного развития организма, определяемого наследственными факторами, и, во-вторых, под воздействием искусственной среды человека, основными составляющими которой являются условия быта, характер и условия труда, особенности питания. В Беларуси на протяжении последнего столетия интенсифицировался процесс урбанизации, т.е. рост численности населения в городах в связи с развитием промышленных комплексов и обусловленными этим процессом изменениями экологии и образа жизни: доля городского населения с 1913 по 2009 гг. возросла с 14,3 до 73,9 %.

Темпы урбанизации в 1990-х гг. заметно сократились, но рост городов и повышение удельного веса городского населения в стране продолжается до настоящего времени. Таким образом, сферой жизни человека становится техносреда. Новые, социально-экологические условия, в которые поставила человека эволюция, имеют определяющее значение в онтогенезе. Их изменение или нарушение вызывает мобилизацию физиологических механизмов адаптации. Поэтому рассмотрение вопросов, связанных с условиями жизни человека, является основной проблемой, которая решается в рамках экологии человека.

Показатели физического развития позволяют оценить индивидуальные данные человека, соответствие его показателей с должной либо средней величиной, проследить закономерности ростовых процессов в динамике определенной возрастной группы. Физическое развитие рассматривается и как состояние организма. В этом случае оно характеризуется комплексом признаков, определяющих морфофункциональный статус организма, и уровнем развития физических качеств и способностей для активной жизнедеятельности.

В данном случае речь идет об особой группе населения – студенческой молодежи, которая объединена определенными условиями жизни и подвержена действию сходных «новых» экологических факторов отбора, которые возникают у человека при переходе к социальной эволюции. К числу основных факторов относятся материальное обеспечение, вредные привычки, малоподвижный образ жизни и т.д. В этих условиях особенно интересен вопрос о процессах акселерации, рассматривая её, как адаптивную реакцию на социальные особенности жизни. В последние годы появились сообщения о торможении процессов акселерации в условиях урбанистической среды[1].

Объектом исследований стали студентки трех вузов г. Минска: Белорусского государственного университета, Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка и Белорусского государственного университета физической культуры, в возрасте 18-20 лет, за период времени с 2006 года по 2013год.

Исследования проводились с помощью антропометрии (измерение тотальных размеров тела) по стандартной методике и спирометрии (функционального показателя - ЖЕЛ) [2]. Полученные данные (таб.) обрабатывались в программе EXCELL для получения средних значений и стандартного отклонения. Для оценки достоверности различий в расчетах использовали доверительный уровень значимости 0,95, принятый в биологических и медицинских исследованиях.

Анализ антропометрических данных, полученных на протяжении семи лет наблюдений, свидетельствует о соответствии роста студенток средним нормативам по республике. [3,4,5,6,7]. Показатели массы тела и окружности грудной клетки были несколько выше средних нормативов, однако эти различия недостоверны. Значения функционального показателя (ЖЕЛ) находились в диапазоне от 3161 мл до 3586 мл, то есть не имели значительных расхождений у обследованных девушек из разных вузов.

Наиболее интересными оказались данные по ИМТ (индекс массы тела), значения которого на протяжении всего периода наблюдений практически не менялись и колебались в пределах 21,5-22,3.

Оценивая полученные в процессе исследования показатели, можно сделать следующие выводы:

1. Антропометрические показатели студенток не отражают специфику ВУЗа.
2. Результаты исследований подтверждают наблюдения других авторов о затухании процессов акселерации или их стабилизации.
3. Многолетние исследования данной группы молодежи дают возможность отметить тенденцию к росту и сузить диапазон значений такого важного морфометрического показателя, как ИМТ с 17-24, до 21-24.

Таблица – Показатели физического развития студенток за 2006 -2013 гг.

Показатели	2006 г.	2008 г.	2010 г.	2013
Кол-во чел.	88	88	64	127
Рост, см	166,2 ± 6,2	166,6 ± 6,2	166,3 ± 6,5	167,3±8,4
Вес, кг	60,2 ± 8,5	60,4 ± 8,3	59,75 ± 8,5	61,7±7,6
Окружность грудной клетки, см	86,3 ± 5,0	86,5 ± 5,5	86,2 ± 4,75	87,2±4,8
Диаметр плечевой, см	29,8 ± 2,0	29,2 ± 2,0	29,0 ± 2,55	31,0±2,1
Жизненная емкость легких, мл	3405,0 ±377,9	3161,0 ±694,0	3264,1 ± 526,85	3583,0±522,3
ИМТ	21,77	21,51	21,77	22,23

Литература

1. Тегако Л.И., Саливон И.И. Основы антропологии и экологии человека. // Л.И. Тегако, И.И. Саливон / Учебн. пособие. - Мн.: Тэхналогія, 1997. - 328с.
2. Колосовская Л.А. Методы изучения оценки и коррекции физического развития студентов // Л.А. Колосовская. - Методические рекомендации. - Минск: МГМИ, 2001. - 12 с.
3. Тегако Л.И. Нормативные таблицы оценки физического развития населения Беларуси / Л.И. Тегако. - Минск, 1998. - 37с.
4. Брускова И.В., Ерёмов Н.Г. Гигиенические аспекты питания студентов-спортсменов при динамическом наблюдении. // И.В. Брускова., Н.Г. Ерёмов / Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту: материалы IX Международной научной сессии БГУФК и НИИ физической культуры и спорта РБ по итогам НИР за 2005 г. Минск, 6-8 апреля 2006 г. - Минск, БГУФК, 2006. - С.299-304.
5. Брускова И.В. Гогунская Л.В., Ерёмов Н.Г. Мониторинг физического развития студенток физкультурного вуза. // И.В. Брускова, Л.В. Гогунская, Н.Г. Ерёмов / Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре, спорту и туризму: материалы XII международной научной сессии по итогам НИР за 2011 г., ч.2. - Минск, 12-20 апреля 2011. - Минск: БГУФК, 2011. - С.130-132.
6. Ерёмов Н.Г. Брускова И.В. Изучение состояния здоровья студентов различных вузов // Н.Г. Ерёмов, И.В. Брускова / Здоровье для всех: сб. матер. IV Междунар. науч.-практич. конф., 26-27 апр. 2012, г. Пинск – Пинск: ПолесГУ, 2012. – Ч. I. – С. 121-123.
7. Брускова И.В., Ерёмов Н.Г. Оценка некоторых показателей физического развития студентов // И.В. Брускова., Н.Г. Ерёмов / Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы: сб. материал. Международной научно-практической конференции, 25-26 апреля 2013 г., Минск, МГМУ, 2013. - С.23-24.

АНАЛИЗ УРОВНЯ СИЛОВЫХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ ГомГМУ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ

Физические качества – это функциональные свойства организма, которые определяют двигательные возможности человека. В спортивной отечественной теории принято различать пять физических качеств: силу, быстроту, выносливость, гибкость, ловкость. Развитие физических качеств зависит от возможностей функциональных систем организма (опорно-двигательной, сердечно-сосудистой, нервной и др.), от их подготовленности к двигательным действиям. В основе проявления всех физических качеств лежит сила [1].

Сила – это способность человека преодолевать внешнее сопротивление или противостоять ему за счет мышечных усилий (напряжений), а силовые способности – это комплекс различных проявлений человека в определенной двигательной деятельности, в основе которых лежит понятие «сила».

Силовые способности проявляются не сами по себе, а через какую-либо двигательную деятельность. При этом на проявление силовых способностей оказывают разные факторы, вклад которых в каждом конкретном случае меняется в зависимости от конкретных двигательных действий и условий их осуществления, вида силовых способностей, возрастных, половых и индивидуальных особенностей человека. Среди них выделяют: собственно мышечные, центрально-нервные, личностно-психические, биомеханические, биохимические, физиологические факторы и различные условия внешней среды, в которых осуществляется двигательная деятельность [2].

Цель нашей работы: сравнить результаты контрольно-педагогического тестирования силовых показателей студентов 1-4 курсов специальных медицинских групп за осенний семестр 2013-2014 учебного года.

Для определения силовых способностей у студентов СМГ применялись контрольные тесты (табл. 1).

Таблица 1 - Оценка уровня силовой и общей выносливости студентов специального медицинского отделения (мужчины)

Показатель	Баллы									
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Поднимание туловища из и.п. лежа на спине, руки за голову, ноги согнуты в коленях	75	70	67	63	58	55	50	45	40	<40
Сгибание и разгибание рук из и.п. упор лежа, кисти параллельны	40	38	36	34	32	30	28	26	25	<25
Приседание на 2-х ногах (кол-во раз)	90	85	80	75	70	65	60	55	45	<45

Тестирование проводилось в конце осеннего семестра. Были изучены показатели силовых способностей сорока студентов четырех курсов специальных медицинских групп.

Все полученные данные обрабатывались методом математической статистики.

Среднее арифметического значение результатов тестирования студентов за осенний семестр 2013-2014 учебного года равно:

1 курс: тест - поднимание туловища – 64,3 раза (7 баллов); тест – приседание – 82,0 (8 баллов); тест – отжимание – 30,2 (5 баллов).

2 курс: тест - поднимание туловища – 65,4 раза (8 баллов); тест – приседание – 82,5 (8 баллов); тест – отжимание – 30,0 (5 баллов).

3 курс: тест - поднимание туловища – 69,3 раза (9 баллов); тест – приседание – 77,1 (7 баллов); тест – отжимание – 37,1 (8 баллов).

4 курс: тест - поднимание туловища – 60,0 раза (6 баллов); тест – приседание – 85,0 (9 баллов); тест – отжимание – 28,4 (4 балла). Эти данные представлены на диаграмме (рисунок 1).

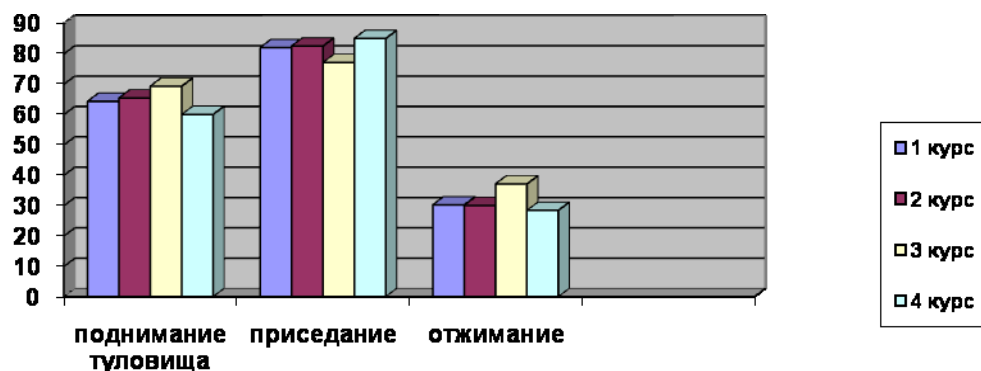


Рисунок 1 – Показатели уровня силовых способностей студентов ГомГМУ, занимающихся в специальных медицинских группах

При проведении сравнительного анализа результатов тестирования силовых способностей студентов СМГ 1-4 курсов было выявлено: в тесте поднимание туловища лучший показатель среднего арифметического значения был у юношей 3 курса, он равен 92,4% от максимальной нормы данного теста, что на 12,4% больше, чем у юношей 4 курса, показавших худший результат; в тесте приседание лучший показатель у студентов 4 курса, он равен 94% от максимальной нормы данного теста, что на 8,3% больше, чем у студентов 3 курса, показавших худший результат; в тесте отжимание самый лучший результат был у студентов 3 курса, он равен 92,8% от максимальной нормы данного теста, что на 21,8% больше, чем у студентов 2 курса, показавших худший результат.

Из всего вышесказанного видно, что силовые способности студентов, занимающихся в специальных медицинских группах, находятся на уровне выше среднего. Показатель среднего арифметического в тесте поднимание туловища равен 64,7 раза, что соответствует 7 баллам, в тесте приседание 82,0 раза – 8 баллов, в тесте отжимание 32,0 раза, что равно 6 баллам. Однако, для достижения наиболее высокого уровня силовых показателей необходимо силовые упражнения выполнять регулярно (2-3 раза в неделю) и с каждым годом обучения увеличивать объем силовых упражнений, особенно для мышц плечевого пояса.

Литература

1. Бочкарева, С. И. Физическая культура: учебно-методический комплекс / С. И. Бочкарева, О. П. Кокоулина, Н. Е. Копылова, Н. Ф. Митина, О. З. Плеханова, А. Г. Ростеванов. – М.: Изд. центр ЕАОИ, 2008. – С. 98.

2. Матвеев, Л. П. Теория и методика физической культуры (общие основы и методики физического воспитания; теоретико-методические аспекты спорта и профессионально-прикладных форм ФК): учеб. для ин-тов физ. культуры / Л. П. Матвеев. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – С. 181-183.

¹Т.В. Золотухина, ¹Н.Г. Яцко, ²Г.В. Стецова

¹УО «Белорусский торгово-экономический университет потребительской кооперации»

²УЗ «Гомельский областной диспансер спортивной медицины»

ВЛИЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Основой физической культуры, которой определяется общество, является уровень физического здоровья и физического развития личности, степень использования физической культуры в сфере воспитания и образования, производстве, быту, структуре свободного времени, а также характер системы физического воспитания и развитие массового спорта в этом обществе. Одним из важных условий, которые определяют сохранение здоровья, является формирование физической культуры человека.

В содержании средств оздоровления, используемых в сфере массовой физической культуры, все активнее используются варианты различных педагогических и медико-биологических средств, направленных на поддержку здорового образа жизни.

При изменении и корректировке содержания средств оздоровления, ставятся новые вопросы перед системами оценки состояния студентов в связи эффективности процесса физического воспитания со здоровьем студентов.

Рассматривая традиционные способы оценки эффективности процесса физического воспитания, которые ориентированы на нормативы по программе физическое воспитание учебных заведений и спортивную квалификацию не констатируют надлежащий уровень здоровья молодежи.

Эффективное использование средств физического воспитания возможно только при соответствии величины нагрузок функциональному состоянию студентов, поэтому медико-педагогический контроль крайне необходим для создания условий безопасности и результативности его процесса.

Такой контроль должен осуществляться по величине нагрузок при выполнении отдельных упражнений с обязательной оценкой уровня физического состояния студентов. Физическое состояние, как термин, представляет собой комплексную оценку, включающую оценку физического развития, функционального состояния основных систем организма, физической подготовленности и работоспособности, состояния физического и психического здоровья человека и его личности.

Созданная система различных форм массовой физкультурно-оздоровительной работы, для укрепления здоровья, повышения физической работоспособности и профилактики заболеваний средствами физической культуры, в зависимости от решаемых задач, условий применения и механизмов воздействия на организм подразделяется на активный отдых и физическую тренировку.

Активный отдых это кратковременные периоды выполнения специально подобранных физических упражнений (или перемена характера деятельности) для восстановления работоспособности и улучшения функционального состояния утомленного организма. Наиболее эффективны упражнения, вовлекающие в работу мышцы, которые не принимали участия в предшествующей деятельности. Соответственно, под оздоровительной физической тренировкой понимают систему специально организованных форм мышечной деятельности, направленных на достижение должного уровня физического состояния, обуславливающего оптимальную физическую работоспособность и стабильное здоровье.

Оздоровительная тренировка имеет ряд особенностей, существенно отличающих ее от тренировки спортивной. Основная цель спортивной тренировки — достижение

максимальных результатов в избранном виде спорта, оздоровительной — повышение уровня физического состояния, укрепление здоровья.

Максимальный оздоровительный эффект наблюдается лишь при использовании физических упражнений, рационально сбалансированных по направленности, мощности и объему в соответствии с индивидуальными возможностями занимающихся. В связи с этим оценка функциональных возможностей и физической подготовленности организма — неотъемлемое условие правильного дозирования физических нагрузок в тренировочном процессе.

В основе воздействия регулярной двигательной деятельности на организм человека - общебиологический процесс адаптации, проходящий как в пределах данной функциональной системы, так и на всех уровнях деятельности организма - в его центральной нервной системе, вегетативной и метаболической сфере, генетическом митохондриальном аппарате клетки. Мышечная деятельность (а мышцы составляют 40% массы тела взрослого мужчины и 28-34% - женщины и ребенка) не только развивает и совершенствует двигательный аппарат, но и воздействует на организм в целом, активно приспособливает его к окружающей среде, повышает функциональные возможности [1].

За сравнительно короткий исторический срок при неизменной структуре и биологии организма человека доля двигательной активности в его жизни резко уменьшилась - с 60-70 до 10-15%. Соответственно значительно снизились энерготраты - после расхода на метаболизм остается не более 1200-1500 ккал, чего недостаточно для полноценного развития организма и его физического совершенствования.

Это связано в первую очередь с техническим прогрессом в труде, быту – автоматизация и значительное увеличение «сидячих» профессий. Для значительной части населения индустриально развитых стран характерна та или иная степень гипокинезии, что, как известно, способствует развитию многих заболеваний [3].

Восполнить дефицит движений можно только с помощью целенаправленных занятий физической культурой и спортом. К сожалению, пока двигательная активность не является основным способом укрепления здоровья и профилактики заболеваний более чем у 60% населения.

Опрос 62 студентов, проводимый среди учащихся старших курсов вузов г. Гомеля показал, что 97 % из них хорошо осведомлены о пользе физической активности и здоровом образе жизни, но только 38 % заботятся о своем здоровье в полной мере (как они считают). Все респонденты отметили, что распространенная в последнее время «мода» на здоровье, а так же широкое использование пропаганды здорового образа, все-таки заставляют обратить внимание на свой образ жизни. Но, привычный стиль жизни, не рациональный режим труда и отдыха, загруженность учебной, а так же лень – это те причины, на которые ссылаются респонденты, оправдывая свою низкую двигательную активность. Как отмечает большая часть студентов, только проучившись в вузе не менее года, они смогли скорректировать и относительно рационально использовать свободное время. Самое трудное, по их мнению, заставить себя включиться в активный двигательный режим.

Задачу повышения двигательной активности современного человека надо считать одной из важнейших социальных задач, обязанностей работников сферы физической культуры и медицины. При этом надо иметь в виду, что так называемой бытовой двигательной активности недостаточно для формирования полноценного функционального состояния и нормальной жизнедеятельности человека.

Интенсификация умственного труда в эпоху научно-технического прогресса сопровождается большим нервно-эмоциональным напряжением, как правило, связанным с необходимостью переработки большого количества информации в условиях дефицита времени. Большая нагрузка на зрительную сенсорную систему

вызывает ее более быстрое по сравнению с другими системами утомление. Нервно-эмоциональное напряжение в сочетании с гипокинезией, прежде всего (через 1/2—2 ч) приводит к снижению функциональной активности нервной, мышечной и сердечно-сосудистой систем [2].

Снижение энергетического обмена при умственном труде, связанном с малой двигательной активностью, при обычном питании обуславливает прибавку массы тела, что является фактором риска для многих функциональных систем организма, в первую очередь для системы кровообращения. С целью устранения факторов риска в режиме умственного труда необходимо чередовать умственную работу с организованной двигательной активностью в виде занятий физической культурой.

Двигательная активность преследует цель оздоровления. Основным ее методом является использование разного характера и направленности двигательной деятельности как средства для повышения и сохранения высокого функционального состояния человека. В результате тренировки в организме человека происходят адаптационные морфологические и функциональные изменения, вначале по типу срочной адаптации на разовые нагрузки. При повторении мышечных нагрузок развивается долговременная адаптация.

За счет увеличения функциональных резервов организма повышается его жизненный тонус. Возрастают устойчивость к стрессорным факторам, физическая и психическая работоспособность.

Функциональное и физическое совершенствование обеспечивает высокую физическую и умственную работоспособность, нормальную осанку, высокую двигательную культуру за счет образования различных моторных координаций, адекватное развитие физических качеств, необходимых для оптимальной адаптации человека к условиям труда и среды обитания. Разностороннее совершенствование повышает иммунную устойчивость, активность систем жизнеобеспечения, приспособление их деятельности в различных, в том числе в экстремальных, стрессовых ситуациях.

Литература

1. Анохин П.К., Избранные труды. Кибернетика функциональных систем. Под редакцией К.В. Судакова. М. 1998.-207 с.
2. Граевская Н.Д., Долматова Т.И., Спортивная медицина: Курс лекций и практические занятия. Учебное пособие. -М.: Советский спорт, 2004. - 49 с.
3. Савченко-Бельский К.А. О культуре физической (социально-экономический аспект) / К.А. Савченко-Вельский. – М.: Знание, 2000. – 64 с.

О.А. Каковкіна, канд. фіз. вих., доц., **О.С. Пікінер**, **А.В. Яковенко**
Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту,
м. Дніпропетровськ

ДО ПИТАННЯ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ФІЗИЧНОЇ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ БАСКЕТБОЛІСТІВ З ВАДАМИ СЛУХУ НА ЕТАПІ МАКСИМАЛЬНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНДИВІДУАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ

За даними Українського центру «Інваспорт» кількість інвалідів в нашій державі становить понад 2,5 млн. осіб, а за даними Міністерства молоді та спорту, на сьогодні 5,9 тис. школярів страждають на депривацію слуху і спостерігається тенденція до збільшення кількості інвалідів по слуху. Провідні вчені з адаптивного спорту [1, 4], вважають, що особливою ланкою сучасного спортивного руху є спорт людей з

обмеженими можливостями, інтенсивний розвиток якого обґрунтовує необхідність розробки та науково-методичного обґрунтування специфічних методик різних видів підготовки спортсменів цього рівня. Багато вчених [2, 6, 9] вказують, що підбір засобів і методів корекції навчально-тренувального процесу, у спортсменів з вадами слуху повинен здійснюватися, в першу чергу, на підставі обліку нозологічних особливостей функціонального та психологічного станів, рухових можливостей спортсменів-інвалідів. Проблеми організації тренувального процесу спортсменів-інвалідів з вадами слуху ускладнюються наступними функціональними порушеннями: соматичною ослабленістю, недостатньою рухливістю, відставанням у фізичному і моторному розвитку [2] та порушеннями з боку серцево-судинної, дихальної систем (прискорений пульс, підвищений артеріальний тиск, неправильний ритм дихання), з боку фізичного розвитку (сутулість, диспластичність статури), дискоординація окремих м'язових груп, стомлюваність, емоційна нестійкість моторики [7]

Науковий пошук шляхів оптимізації розвитку рухових якостей навчання слабочуючих дозволив представникам дефектологічної науки констатувати, що технологія корекції різних сторін підготовки, особливо фізичної, може бути ефективною за умови мобілізації всіх компенсаторних можливостей спортсменів з порушеннями, в тому числі, у баскетболістів з вадами слуху [8, 13, 15].

Провідні фахівці з баскетболу [11, 15, 16] виконували наукові дослідження щодо вдосконалення різних сторін підготовленості (фізична, технічна, тактична, психологічна, інтегральна) баскетболістів різної кваліфікації, але більшість з цих робіт присвячено техніко-тактичній підготовці. Загальною та спеціальною фізичною підготовкою займалися багато вчених, але їх роботи спрямовані на здорових баскетболістів різної кваліфікації.

На думку багатьох дослідників [11, 12], одним із досить перспективних напрямів, є розробка та практична апробація експериментальних програм планування тренувальних навантажень на різних етапах навчально-тренувального процесу, які враховують особливості формування функціональних можливостей спортсменів. Очевидно, що знання основних закономірностей формування функціональних можливостей організму спортсменів є необхідною основою для науково обґрунтованої побудови навчально-тренувального процесу, спрямованого на вдосконалення спортивної підготовки та досягнення високих результатів.

Багато фахівців розкрили основи, теорію, методіку та організацію адаптивної фізичної культури та спорту [1, 3, 4, 9]. Інші вчені, працювали над оцінкою функціонального стану глухих дітей [7, 8]. У своїх роботах розкрили особливості розвитку фізичних якостей та фізичної підготовленості дітей з вадами слуху [2, 6]; руховою діяльністю дітей з вадами слуху займалися [14, 15]; фізичною реабілітацією глухих дітей займалися [2, 6, 7]; над підготовкою фахівців з адаптивної фізичної культури працювали – [5, 15].

Незначна кількість робіт присвячена фізичному вихованню та спорту глухих та слабочуючих людей [2, 6, 10], ще менша кількість робіт присвячена баскетболістам з вадами слуху [10]. Встановлено, що сучасна фізична та функціональна підготовка баскетболістів з вадами слуху здійснюється на основі тренувань здорових спортсменів та власного досвіду тренерів і спортсменів, що є не зовсім коректним та не завжди досягає результатів.

Незважаючи на важливість останніх досліджень у баскетболі, у науково-методичній літературі недостатньо робіт, які б запропонували методіку спрямовану на підвищення рівня фізичної та функціональної підготовленості баскетболістів з вадами слуху шляхом вибіркового використання засобів спеціальної фізичної підготовки на етапі максимальної реалізації індивідуальних можливостей. Тому можна вважати, що тема та напрям обраної роботи є актуальним.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконується згідно Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011-2015 рр. Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту за темою: 2.6 «Теоретико-методичні основи удосконалення тренувального процесу та змагальної діяльності в структурі багаторічної підготовки спортсменів» № держреєстрації 0111U001168.

Мета дослідження. Науково обґрунтувати структуру та зміст методики спрямованої на підвищення рівня фізичної та функціональної підготовленості баскетболістів з вадами слуху шляхом вибіркового використання засобів спеціальної фізичної підготовки на етапі максимальної реалізації індивідуальних можливостей.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та вивчити сучасний стан проблеми спеціальної фізичної підготовки та системи побудови тренувального процесу у баскетболістів з вадами слуху.

2. Дослідити рівень загальної та спеціальної фізичної, функціональної підготовленості баскетболістів з вадами слуху.

3. Визначити особливості змагальної діяльності та рівень технічної підготовленості баскетболістів з вадами слуху різної спортивної кваліфікації.

4. Розробити та експериментально обґрунтувати методику спрямовану на підвищення рівня фізичної та функціональної підготовленості баскетболістів з вадами слуху шляхом вибіркового використання засобів спеціальної фізичної підготовки на етапі максимальної реалізації індивідуальних можливостей і визначити її ефективність.

Методи дослідження. Аналіз та узагальнення літературних джерел, програмно нормативних документів; педагогічне спостереження; педагогічне тестування; медико-біологічні методи дослідження; педагогічний експеримент; методи математичної статистики.

Практичне значення одержаних результатів полягатиме у впровадженні розробленої методики підвищення фізичної та функціональної підготовленості баскетболістів з вадами слуху шляхом вибіркового використання засобів спеціальної фізичної підготовки в систему навчально-тренувальних занять КПЗО «ДОС ДЮСШ-ІНВАСПОРТ» м. Дніпропетровськ, дефлімпійської збірної України з баскетболу.

Будуть доповнені теоретичні положення навчальної дисципліни «Адаптивний спорт» та представлені в курсі лекцій для студентів 5 курсу ОКР «Спеціаліст» і «Магістр», в практичну діяльність тренерів в процесі підготовки команд баскетболістів з вадами слуху.

Організація дослідження. Дані дослідження будуть проводитись під час навчально-тренувального процесу на базі команд вищої ліги «Дніпро-ДВУФК» та першої ліги КПЗО «ДОС ДЮСШ-ІНВАСПОРТ» м. Дніпропетровськ, дефлімпійської збірної України з баскетболу. В експерименті приймуть участь 36 баскетболістів різної кваліфікації.

На першому етапі буде вивчено науково-методичну літературу щодо сторін підготовки в баскетболі; особливості глухих та слабочуючих спортсменів; проаналізовано зміст навчальної програми для ДЮСШ та СДЮШОР з баскетболу; зазначені мета, завдання, об'єкт та предмет дослідження.

На другому етапі буде виявлено рівень загальної та спеціальної фізичної підготовленості, функціонального стану баскетболістів з вадами слуху; визначено особливості змагальної діяльності та рівень технічної підготовленості баскетболістів з вадами слуху різної спортивної кваліфікації. Буде розроблено методику спрямовану на підвищення рівня фізичної та функціональної підготовленості баскетболістів з вадами слуху шляхом вибіркового використання засобів спеціальної фізичної підготовки на

етапі максимальної реалізації індивідуальних можливостей, проведено педагогічний експеримент.

На третьому етапі – математична обробка та аналіз отриманих даних, формулювання висновків, оформлення дисертаційної роботи, розробка практичних рекомендацій.

Шляхи впровадження результатів. Впровадження отриманих даних планується у навчально-тренувальний процес дефлімпійської збірної України з баскетболу, команди першої ліги КПЗО «ДОС ДЮСШ-ІНВАСПОРТ» м. Дніпропетровськ, КЗ ДРЦФКіС інвалідів «Інваспорт» Дніпропетровської обласної ради, Укрцентр «Інваспорт», СФГУ (спортивна федерація глухих України) та навчальний процес у закладах фізкультурного профілю.

Література

1. Байкіна Н.Г. Методика викладання фізичної культури та спорту інвалідів / Н.Г. Байкіна, Я.В.Крет, Д.О. Силантьєв. – Запоріжжя: ЗДУ, 2002. – 86 с.
2. Бабій І.М. Корекція рухової сфери глухих підлітків швидкісно-силовими вправами: Автореф. канд. пед. наук: 13.00.03 / І.М. Бабій – Інститут дефектології АПН України. – К., 2002. – 17 с.
3. Бегидова Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
4. Бріскін Ю.А. Теоретико-методичні основи інваспорту. / Ю.А. Бріскін – Л.: «Кварт», 2005. – 355 с., іл.
5. Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів. / Ю.А. Бріскін. – Київ. – Олімпійська література, 2006. – 264 с.
6. Випасняк І.П. Соціальна інтеграція глухих дітей на основі рухової активності: Автореф. дис. канд. наук з фіз вих. і сп.: 24.00.02 / І.П. Випасняк. – ЛДІФК. – Л., 2007. – 18 с.
7. Гурінович Х.Є. Фізичний стан глухих дітей молодшого шкільного віку та його корекція засобами фізичного виховання: Автореф. дис. канд. наук з фіз вих. і спорту: 24.00.02 / Х.Є. Гурінович – ЛДІФК. – Л., 2006. – 19 с.
8. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура: Учеб.пособ. / С.П.Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2000. –240с.
9. Заворотная О.А. Развитие координационных способностей у баскетболистов 13-14 лет с нарушениями слуха: Дисс. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту: спец. / Ольга Заворотная – Дніпропетровськ – 2007. – 192 с.
10. Крет Я.В. Корекція психофізичного розвитку глухих дітей старшого дошкільного віку: Автореф. канд. психол. наук: 19.00.08 / Інститут дефектології АПН України. – К., 2000. – 17с.
11. Мітова О.О. Інтегральна підготовка баскетболістів 17-19 років при переході в команди суперліги: Дисс. канд. наук з фіз. вих. і спорту/ О.О. Мітова. – Дніпропетровськ – 2004. – 248 с.
12. Нестеренко Н.А. Аналіз індивідуальних технічних прийомів баскетболістів 13-14 років різного ігрового амплуа в змагальній діяльності / Н.А. Нестеренко.// Спортивний Вісник Придніпров'я – 2007. – № 1. – С 118-122.
13. Рясная И.Н. Внутртренировочные средства повышения функциональной готовности боксеров высокой квалификации с учетом церебральной гемодинамики: Дисс. ... канд. наук з фізичного виховання і спорту/ Ирина Рясная – Дніпропетровськ – 2012. – 219 с.
14. Тянь Тенцзюнь. Функциональная подготовка юных футболистов разных игровых амплуа на этапе специализированной базовой подготовки: Дисс. ... канд. наук з фізичного виховання і спорту/ Тянь Тенцзюнь – Дніпропетровськ – 2010. – 190 с.

15. Gregg M.J., Hrycaiko D., Mactavish J.B., Martin G.L. A mental skills package for Special Olympics athletes: A preliminary study // Adapted Physical Activity Quarterly, 2004. – № 27 (1). – P. 4-18.

16. Harrir N., Rosenberg A., Jangda S., O'Brien K., Gallagher M. Prevalence of obesity in international Special Olympic athletes as determined by body mass index // Journal of the American Dietetic Association, 2003. – № 103 (2). – P. 235-237.

Ю.В. Колеснёв, В.В. Кошман

УО «Белорусский государственный университет транспорта»

ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХО-ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Выбор ребёнком занятий видом спорта на основе его физических данных и психических особенностей - одна из важнейших задач в спортивной практике.

Сегодня, наряду с экономическим развитием страны и техническими возможностями изменилось отношение к двигательной активности. Начиная с подросткового возраста, дети начинают игнорировать подвижные и народные игры, заменяя их играми на компьютере, планшетах и сотовых телефонах. Известно, что для раскрытия своих природных задатков недостаточно лишь одной двигательной активности. Сегодня специалисты предъявляют огромные требования реализации человеком биосоциального потенциала. Современный человек в условиях научно-технического прогресса должен охватывать все аспекты жизнедеятельности. Поэтому тренерам и родителям необходимо учитывать не только возможности ребёнка, но и отношение его к своему здоровью, сохранению социальных ценностей. По статистике каждый третий ребёнок в стране страдает снижением иммунитета, отклонением здоровья. В данных условиях, назрел вопрос о целесообразности и эффективности учебно-тренировочных занятий. Тренера и педагоги, в погоне за достижением высоких результатов, забывают о рациональности и доступности физических нагрузок на не сформировавшийся детский организм.

Многолетние тесты уровня физической подготовки, использовавшиеся 20-30 лет назад, уже не являются эффективными средствами контроля за физическим состоянием детей и подростков. Тренерам и педагогам необходимо обратить внимание на целесообразность тренировочного процесса, так как преждевременное освоение физических качеств не свойственно возрастным изменениям, как правило, и является главной причиной многих неудач в спорте высших достижений.

Учитывая все биосоциальные аспекты развития человека, главной задачей остаётся создание фундамента для дальнейшей жизни человека и активной позиции в любых сферах деятельности. Одним из важнейших моментов, определяющий дальнейшее развитие и успех ребёнка, является начало занятия спортом [1]. Известно, что детям дошкольного возраста целесообразно развивать физические качества посредством динамических упражнений с ограниченным воздействием «натуживания» и упражнений на максимальное статическое напряжение. Примером занятий для данного возраста могут служить различные ускорения, эстафеты и игровые упражнения.

По мере роста детей в длину необходимо учитывать структуру строения костной системы и на этом фоне ограничивать физические нагрузки, влияющие на формирование опорно-двигательного аппарата. К примеру, прыжки с различных положений, акробатические упражнения, сложно-координационные и упражнения на ловкость. Целесообразно будет применять упражнения на укрепление сердечно-

сосудистой и мышечной системы организма. Это могут быть упражнения в плавании, упражнения на гибкость и упражнения корригирующей гимнастики.

Рассматривая систему организма детей более старшего возраста (15-17 лет), необходимо учитывать, что в этом возрасте, рост тела в длину постепенно заканчивается и на этом фоне необходимо в большей мере развивать силовые способности посредством развития максимальной силы, абсолютной силы и упражнений, направленных на укрепление опорно-двигательного аппарата. Например, упражнения в статическом напряжении, упражнения с максимальными и субмаксимальными весами в поднятии тяжести, и упражнения, направленные на развитие общей и специальной выносливости [2].

Важным моментом в развитии детей является формирование психо-эмоциональной сферы на различных возрастных этапах. Детям дошкольного возраста необходимо в большей степени развивать память и внимание. Детям школьного возраста целесообразно использовать упражнения, связанные с логическим мышлением. В процессе физического развития следует использовать простые педагогические тесты, позволяющие оценить уровень двигательных способностей и при этом, предпочтения следует отдавать тем тестам, которые характеризуют двигательные способности, в значительной мере обусловленные природными задатками [3].

В заключении можно отметить, что основой формирования психо-физических качеств у детей остаётся контроль и оценка состояния здоровья, а также комплексная оценка результатов деятельности как со стороны педагогического состава, так и со стороны родителей и общественности в целом.

Литература

1. Кулага, Н.Н. Основы методики спортивных тренировок, / Н.Н. Кулага.- Гомель: Здоровье народа – богатство страны, 2003. – 118 с.;
2. Матвеев, Л.П. Основы спортивной тренировки, / Л.П. Матвеев.- М.: ФиС, 1997.- 240 с.;
3. Гужаловский, А.А. Развитие двигательных качеств у школьников, / А.А. Гужаловский.- Минск: Нар. Асвета, 1978.- 88 с.

С.В. Котовенко

УО «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

О РОЛИ РЕГУЛЯРНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНЫХ НЕДУГОВ

Болезни сердечно сосудистой системы не начинаются «вдруг» и без причины, зачастую развитию недуга предшествует длительный латентный период, в течение которого человек полагается на те, поистине неисчерпаемые резервы здоровья, данные нам от рождения. Но бесконечно использовать и не пополнять их нельзя. Ярким примером такого небрежного отношения к здоровью, служат болезни сердца. Когда же начинается тот период «безудержной эксплуатации», в каком возрасте? Обращаясь к возрастной физиологии, можно вспомнить, такую аксиому, как «энергетическое правило скелетной мускулатуры». Оно связывает уровень развития скелетных мышц с развитием кардиореспираторной системы. Прочитав труды Н.И. Аринчина, можно продлить это правило на весь срок человеческой жизни. Движение в любом виде несет для человека нагрузку и формирует его двигательные рефлексы, движения стимулируют мышечную трофику, создают нагрузку в аппарате кровообращения,

изменяют вегетативную регуляцию. Жажда в движении присуща всем детям, не зависимо от состояния здоровья. Именно она, формирует на первых этапах адаптационные изменения, которые в будущем позволят адекватно, физиологично, пройти острые пороги активного пубертата. Эта потребность у детей заканчивается примерно вместе с периодом первого детства. Далее онтогенез требует приложения усилий как говорили раньше - педагогов и родителей. Нельзя оценивать показатели работы сердца и состояния сосудов по отдельности и вне связи с физической активностью и тренированностью человека. Связь сердца, сосудов и физической активности является результирующим вектором в функциональной системе кровообращения, ведущим показателем которой является артериальное давление и его многочисленные производные. Связь между физической активностью и показателями АД следует искать не только в изменениях на уровне центральных систем регуляции, но и на общесистемном уровне, с учетом активности «периферических сердец» человека – его скелетной мускулатуры. Активность «периферических сердец», напрямую связана с их регулярной тренировкой. Основной рост скелетной мускулатуры оканчивается к началу зрелого возраста, и основные адаптивные сдвиги аппарата кровообращения уже можно измерить.

Наиболее активным возрастом и самым безответственным в плане здоровья можно считать от 16-ти до 23-х лет. В своей работе, мы приводим те изменения в аппарате кровообращения, которые наступают под воздействием регулярных физических нагрузок у студенческой молодежи, а так же их противоположность – результат перестройки показателей под воздействием спонтанной, не регламентированной двигательной активности, ограниченной бытовыми движениями. Для этого мы проанализировали показатели аппарата кровообращения у студентов нашего вуза. В группу «здоровых и регулярно тренирующихся» мы отвели студентов факультета физической культуры, в качестве нетренированных, выбрали студентов Биологического и физического факультетов. Про наличие регулярной физической нагрузки у студентов факультета физической культуры, говорит их учебный план, на две трети состоящий из спортивных предметов. Нагрузка на остальных факультетах состоит из аудиторных пар, за исключением обязательных физкультурных занятий, которые не компенсируют дефицита двигательной активности.

Все обследуемые были разделены по признаку пола и спортивной тренированности. Возрастной аспект не учитывался в силу его однообразия (возраст обследуемых от 19 до 22 лет). Обследование проводилось согласно требованиям, предъявляемым к инструментальной методике КАП ЦГ осм «Глобус». Всего в исследовании принимали участие 161 человек, из них 70 мужчин и 91 женщина. Все они были разделены на две группы по признаку тренированности. В группе тренированных - 51 мужчина и 41 женщина. В группе нетренированных - 19 мужчин и 50 женщин. Было выполнено 239 измерений, результаты которых подвергли математической обработке.

В результатах, мы приведем два показателя: тип регуляции кровообращения и показатель состояния прекапиллярного русла.

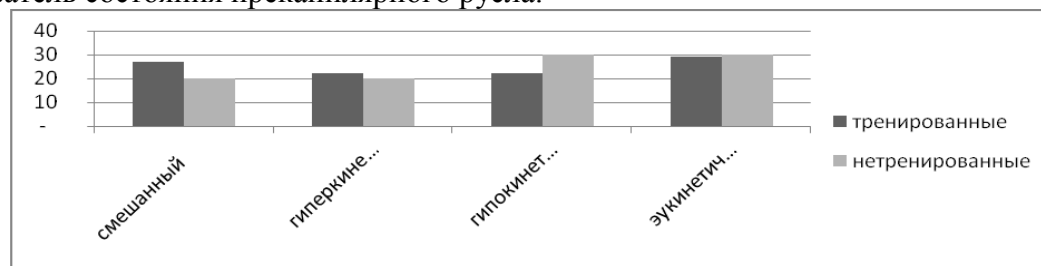


Рисунок 1 – Типы гемодинамики у тренированных и нетренированных мужчин

Считается, что для гиперкинетического типа ведущим механизмом в поддержании уровня среднего динамического давления крови является сердце с его большими СИ и мощностью сокращения левого желудочка при низких величинах общего периферического сопротивления. При гипокинетическом типе, наоборот, преобладающее значение в поддержании гомеостаза имеет артериолярный тонус, ОПСС в этом случае максимальное, а СИ и мощность сокращения левого желудочка - минимальные. Промежуточное положение занимает эукинетический тип.

В целом, в группах получены очень близкие данные так как группа студентов была очень однородной. Сравнение соотношения гемодинамических типов в выделенных группах показало, что среди студентов тренированных низкий процент людей с гиперкинетическим (22%) и гипокинетическим(22%) типами (рисунок 1), причем гипокинетического типа наблюдалось почти в три раза меньше по сравнению с группой нетренированных, и более высокий процент с эукинетическим типом.. Поэтому можно предположить, что сердце у тренированных мужчин работает в более выгодном, более экономичном режиме.

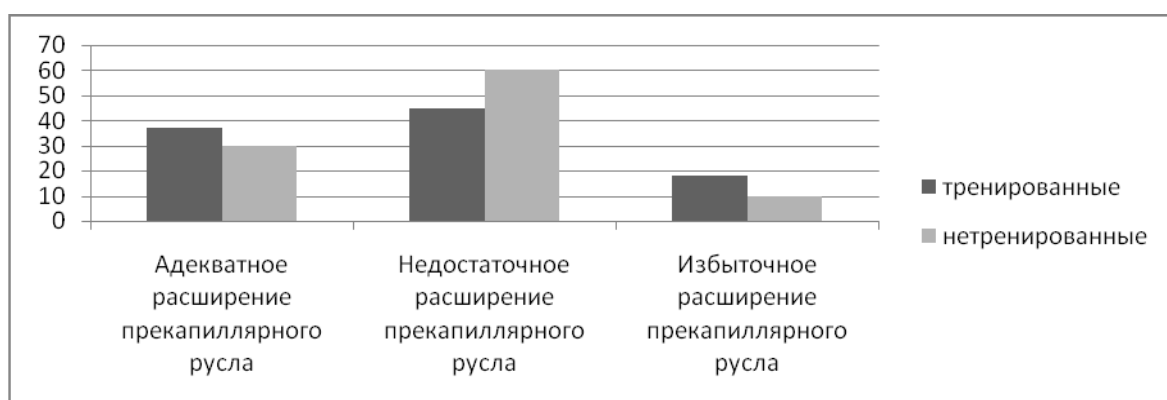


Рисунок 2 – Расширение прекапиллярного русла у двух групп мужчин

У нетренированных мужчин наблюдается выраженное недостаточное расширение прекапиллярного русла 60% (Рисунок 2) по сравнению с тренированными, т. к. пропускная способность артериального русла крупных артерий снижена. У нетренированных мужчин имеется выраженное перенапряжение в прекапиллярном русле, что в целом приводит к избыточной нагрузке на сердечно-сосудистую систему и снижаются функциональные резервы. Адекватное расширение прекапиллярного русла было отмечено у 37% тренированных и у 30% нетренированных мужчин. Избыточное расширение прекапиллярного русла зафиксировано у 18% тренированных мужчин, что можно связать с высокой адаптационными сдвигами сердечно-сосудистой системы.

Среди тренированных женщин доминирующее число занимает гиперкинетический тип гемодинамики (60%) и у нетренированных женщин 52%. В литературе наличие гиперкинетического типа кровообращения в покое характеризуется как ограничивающее резервные возможности гемодинамического ответа на фоне физической нагрузки. Гипокинетический тип составил у тренированных и нетренированных женщин приблизительно равные результаты 8% и 7% соответственно. Гипокинетический тип является более экономичным, т. е. сердечно-сосудистая система при этом обладает большим динамическим диапазоном. Таким образом, в результате исследования установлено, что среди типов гемодинамики у женщин преобладающим является гиперкинетический и смешанный, что видно из рисунка 6.

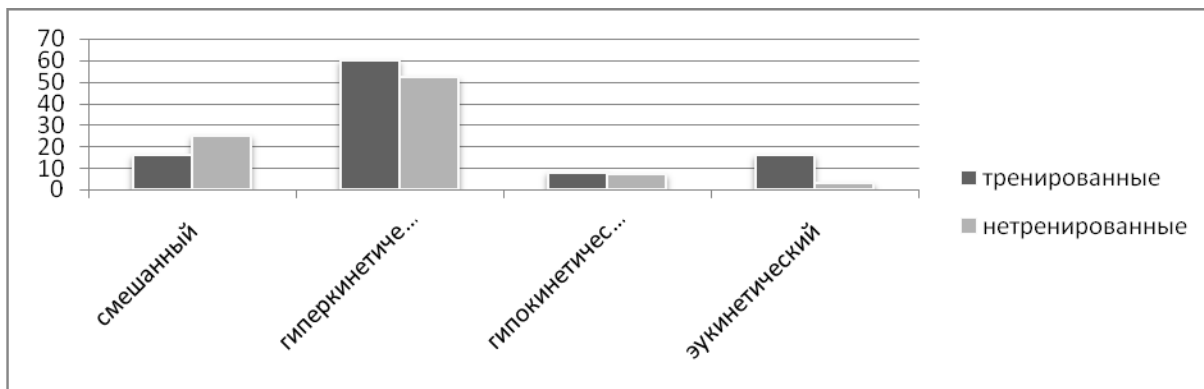


Рисунок 6 – Типы гемодинамики у тренированных и нетренированных женщин

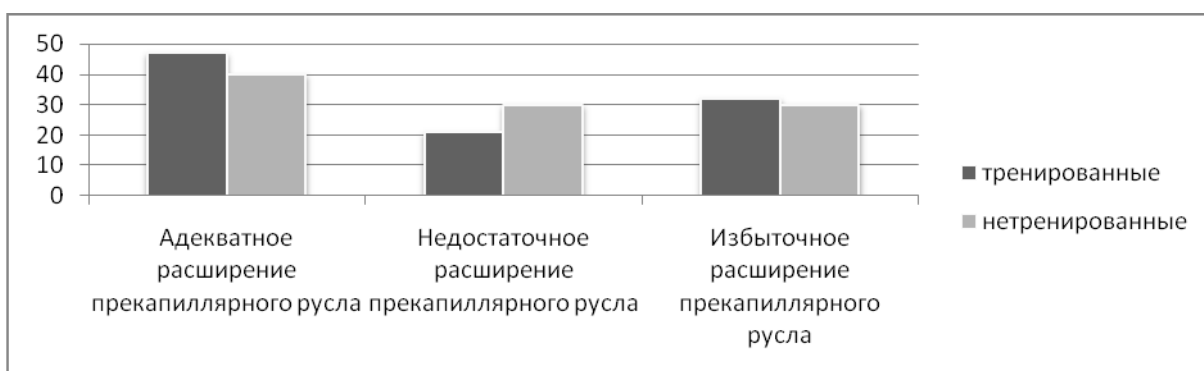


Рисунок 7 – Расширение прекапиллярного русла у двух групп женщин

Как видно из представленных в рисунке 7 результатов обследования, значение расширения прекапиллярного русла у женщин существенно не отличаются от мужчин. У преобладающего числа тренированных наблюдается адекватное расширение прекапиллярного русла, т. к. имеются адаптационные сдвиги, которые повышают функциональные резервы сердечно-сосудистой системы. У 30% нетренированных женщин зафиксировано выраженное перенапряжение в сосудистых показателях, которые в значительной степени повлияли на недостаточное расширение прекапиллярного русла. В целом у нетренированных женщин наблюдается снижение функциональных резервов сердечно-сосудистой системы.

В ходе исследований был проведен однофакторный дисперсионный анализ показателей гемодинамики. Обследуемые парни и девушки были разделены на две группы: тренированных и нетренированных. Данные однофакторного дисперсионного анализа показывают, что средние значения показателей гемодинамики у тренированных парней достоверно отличается от среднего значения этих показателей у нетренированных парней (при $p = 0,00001$, $F = 30,9$).

По данным однофакторного дисперсионного анализа можно сделать вывод, что средние значения показателей гемодинамики у нетренированных девушек достоверно отличается от среднего значения этого показателя у тренированных девушек (при $p = 0,00000$, $F = 37,5$ для девушек).

Из вышеизложенного мы можем заключить, что формирование адекватных, физиологических, адаптационных реакций аппарата кровообращения на нагрузку происходит только при регулярном выполнении физических нагрузок. И рискнем предположить, что корни эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний стоит искать в конце подросткового и начальном периоде зрелого возраста. Ведь если не болит, не значит что все хорошо.

ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ФИТНЕСА КАК НОВОЙ ФОРМЫ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Специалисты по-разному трактуют определение понятия «фитнес». В связи с этим нет единого мнения о содержании и средствах фитнеса.

Слово «фитнес» в переводе с английского означает «годность, пригодность» (от «to benefit for» быть пригодным к чему-либо, бодрым, здоровым). Под этим термином понимается разностороннее развитие физических способностей при улучшении самочувствия [1, 4].

Существует много определений понятия «фитнес», которые включают в себя здоровый образ и стиль жизни, двигательную активность, состояние организма человека, его функциональных систем и уровень развития физических качеств.

Одно из наиболее полных исследований фитнеса, как физкультурно-оздоровительного направления представлено в монографии Е.Г. Сайкиной, которая выделяет его как значимый феномен современной мировой культуры. Автор в это понятие объединяет всю систему физкультурно-оздоровительной работы с детьми, выделяя значение современных технологий во всем многообразии проявления их форм и видов [3].

По ее мнению, «фитнес – целенаправленный процесс оздоровления, основанный на добровольности выбора двигательной активности, для поддержания, укрепления и сохранения здоровья (физического, социального, духовного), для снижения риска заболеваний и их профилактики, для приобщения к здорову образу жизни с целью личной успешности и физического благополучия на фоне привлекательности занятий и получения удовольствия от них» [5].

В основе фитнеса и физического здоровья лежит здоровый образ жизни, развитие функциональных систем организма и двигательных качеств. Обобщая исследования, можно выделить физические способности, которые формируют наиболее полное представление о фитнесе [2, 6, 8]: общая аэробная выносливость, скоростная выносливость, силовая выносливость, скоростно-силовая выносливость, гибкость, быстрота, динамическая мышечная сила, координационные способности, композиция (состав) тела.

Весьма существенным в фитнес-теории является вопрос о его содержании и средствах. В литературе нет целостного представления о содержании фитнес-деятельности [1, 8]. Выделяется понятие «фитнес-программа» как форма двигательной активности, специально организованная в рамках групповых или индивидуальных занятий, которые могут иметь как оздоровительно-кондиционную направленность, так и преследовать цели, связанные с развитием способностей к решению двигательных и спортивных задач на достаточно высоком уровне [1].

Наибольшее распространение получили фитнес-программы с использованием двигательной активности аэробной направленности. В содержание этих программ входят циклические виды двигательной деятельности: ходьба, бег, плавание, ходьба на лыжах, езда на велосипеде, разработанные К. Купером.

Второе направление – фитнес-программы, основанные на оздоровительных видах гимнастики. В настоящее время на рынке фитнес-индустрии существуют более ста программ, основанных на видах оздоровительной гимнастики. Классификация этих программ затруднена из-за их многообразия, различных целевых установок, используемых средств, характера музыкального сопровождения и других характеристик. Вместе с тем, выбор в качестве классификационного признака характер

воздействия на организм занимающихся, позволяет разделить все многообразие видов аэробики на категории, которые направлены на развитие: аэробной выносливости, силовой выносливости и силы мышц, формирование гармоничной фигуры, координационных способностей и музыкально-ритмических навыков, гибкости и достижение релаксации (расслабления).

Третье направление – фитнес-программы, основанные на видах двигательной активности силовой направленности. Оптимальный уровень силы и силовой выносливости является важным компонентом оздоровительного фитнеса. Наряду с этим широко популярны силовые упражнения, оформленные в отдельный вид спорта и известные под названием «бодибилдинг» (культуризм, атлетическая гимнастика) – система физических упражнений с различными отягощениями, выполняемыми с целью развития силовых способностей и коррекции формы тела. К этому направлению относится также калланетика, бодистайлинг и бодиформинг – популярные системы упражнений, объединяющие элементы аэробики, хореографии, бодибилдинга

Четвертое направление – фитнес-программы, основанные на сочетании оздоровительных видов гимнастики и занятий силовой направленности: шейпинг, упражнения по системе Пилатес. Шейпинг – разработанная специалистами советской школы аэробики и бодибилдинга система оздоровительных занятий для женщин и девушек, направленная на достижение гармонично развитых форм тела в сочетании с высоким уровнем двигательной подготовленности. Пилатес – система, основанная на принципах йоги. Особенность этой системы – осознанное выполнение упражнений, благотворно воздействующих на опорно-двигательный аппарат, способствующих повышению гибкости, стимулирующих развитие функций внешнего дыхания.

Пятое направление – аквафитнес, который представляет собой систему физических упражнений избирательной направленности в условиях водной среды, выполняющей, благодаря своим природным свойствам, роль естественного многофункционального тренажера.

Весьма существенным является вопрос о средствах фитнеса. Исследователи проблем выделяют три основные группы упражнений [7]:

1. Аэробные упражнения:

- циклического характера, развивающие выносливость и силу;
- упражнения на шагательных, беговых, гребных кардиотренажерах, развивающих выносливость и силу,
- циклического характера, развивающие выносливость, силу и координацию.

2. *Силовые упражнения*: динамические, статические, смешанные, которые выполняются с собственным весом, предметами, отягощениями и на тренажерах.

3. *Упражнения на расслабление* – аутогенная тренировка, медитация и растягивания (баллистические, статические, проприорецепторные).

Таким образом, занятия с использованием перечисленных программ фитнеса совершенствуют функции организма, расширяют функциональные возможности дыхательной и сердечно-сосудистой систем, ускоряют и улучшают обменные процессы. Оздоровительное воздействие направлено на улучшение адаптации ребенка к разнообразному влиянию внешних факторов, в том числе физическим нагрузкам за счет улучшения физического здоровья детей.

Литература

1. Булатова, М. Современные физкультурно-оздоровительные технологии в физическом воспитании / М. Булатова, Ю. Усачева; под ред. Ю. Кручевич // Теория и методика физического воспитания. – Киев: Олимпийская литература, 2003. – Т. 2. – С. 342-379.

2. Лисицкая, Т. Аэробика. Теория и методика / Т. Лисицкая, Л. Сиднева. – М., 2002. – Т. 1. – Федерация аэробики России. – 228 с.
3. Сайкина, Е.Г. Социокультурные предпосылки развития детского фитнеса в системе физкультурного образования детей подростков / Е.Г. Сайкина // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2007. – №2. – С.2-6.
4. Селуянов, В. Технология оздоровительной физической культуры / В. Селуянов. – М.: СпортАкадемПресс, 2001. – 248 с.
5. Столяров, В.И. Новые формы физкультурно-спортивной работы с учащейся молодежью: обзоры / В.И. Столяров, Н.В. Кудрявцева // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1998. – №1. – С. 21-26.
6. Паффенбаргер, Р. Здоровый образ жизни: пер. с англ. / Р. Паффенбаргер, Э. Ольсен. – Киев: Олимпийская литература, 1999. – 320 с.
7. Татура, Ю. Фитнес – тонкости, хитрости и секреты / Ю. Татура. – М.: ЗАО (Новый издательский дом), 2004. – 35 с.
8. Уилмор, Д. Физиология спорта и двигательной активности: пер. с англ. / Д. Уилмор, Д. Костилл. – Олимпийская литература, 1997. – 504 с.

О.В. Максимук, Е.П. Врублевский, д-р пед. наук, проф.
УО «Полесский государственный университет»

ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ НА ОСНОВЕ КИТАЙСКОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ УШУ С ЖЕНЩИНАМИ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

В настоящее время большой популярностью пользуются методики, пришедшие с Запада: аэробика и ее разновидности, шейпинг, калланетика, пилатес и многие другие [2, 8]. Менее востребованными являются восточные оздоровительные системы. В тоже время в последние годы наблюдается рост общественного интереса к занятиям восточными оздоровительными гимнастками. В полной мере это относится к китайской оздоровительной гимнастике ушу, которая используется не только для профилактики, но и с целью коррекции уже наступивших отклонений в состоянии здоровья [3, 4]. В современных условиях развития общества является целесообразным проанализировать, оценить и реализовать эффективность восточных оздоровительных систем в разработке новых программ и методик в целях использования их в оздоровительных занятиях, в частности, с женщинами зрелого возраста, для укрепления их здоровья.

Данное положение объективизирует актуальность предпринятого нами исследования целью которого является разработка и экспериментальное обоснование программы физкультурно-оздоровительных занятий с женщинами зрелого возраста на основе применения средств китайской оздоровительной гимнастики ушу.

Многие авторы [1, 6] отмечают, что восточные оздоровительные системы представляют собой процесс использования физических упражнений и естественных сил природы с целью устранения психологического, интеллектуального утомления, получения удовольствия, сохранения здоровья, а также поддержания оптимального функционального состояния здоровья.

На основе анализа различных видов гимнастик раскрываются преимущества восточных оздоровительных гимнастик перед европейскими, которые заключаются в следующем:

1) происходит комплексное воздействие упражнений на весь организм, а также неразрывное сочетание различных воздействий на суставы, мышцы и сухожилия с дыхательной гимнастикой;

2) естественные и скоординированные движения постепенно приводят к тому, что дыхание становится более глубоким, продолжительным, равномерным и неторопливым;

3) упражнения восточных оздоровительных гимнастик включают в себя в основном плавные, грациозные движения, которые сопровождаются полным расслаблением мышц и нервной системы, оказывая на организм умеренную нагрузку. Спокойные, плавные движения создают особое психическое состояние, при котором компенсируются нарушения нервно-психических процессов;

4) восточно-оздоровительные гимнастики содержат многообразие движений растягивающего и скручивающего характера, способствуют улучшению гибкости и увеличению подвижности в суставах, что имеет существенное значение при некоторых заболеваниях и восстановлении после травм;

5) восточные оздоровительные гимнастики отличаются целесообразностью энергетических затрат;

6) существует строгая регламентация телодвижений. Сложно координационный характер движений различными частями тела с регулярными колебаниями состояния напряжения и расслабления больших мышечных групп, непрерывным и постоянным изменением положения рук, ног и туловища вырабатывает культуру движений, совершенствуют характер протекания основных процессов в высших отделах центральной нервной системы, улучшают ее регуляторную функцию [5, 7].

Главным критерием эффективности разработанной методики были выбраны показатели уровня здоровья и его компонентов: функциональное состояние отдельных систем организма, заболеваемость. В качестве основных показателей эффективности были приняты: уровень развития подвижности в суставах, функциональное состояние отдельных систем организма женщин зрелого возраста.

Изменение уровня здоровья. За время проведения эксперимента у женщин экспериментальной группы показатели частоты сердечных сокращений в покое и артериального давления существенно снизились, соответственно, с $65,3 \pm 6,8$ до $57,9 \pm 4,4$ уд/мин ($p < 0,05$) и с $124/86 \pm 4,6$ до $122/82 \pm 4,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Улучшилась работа дыхательной системы, что подтверждается повышением показателей жизненной емкости легких с $41,8 \pm 3,5$ до $47,0 \pm 4,5$ мл/кг ($p < 0,05$).

По результатам проведенного анкетирования было выявлено снижение простудных заболеваний, по сравнению с аналогичным предшествующим периодом, с $3,2 \pm 1,2$ до $1,9 \pm 1,1$ заболеваний в год ($p < 0,05$). Все это свидетельствует о положительном влиянии занятий китайской оздоровительной гимнастикой ушу на уровень здоровья занимающихся.

Эффективность разработанной методики обусловлена достоверным повышением уровня здоровья практически по всем его показателям. За время эксперимента балльный показатель комплексной оценки уровня здоровья женщин возрос с $3,53 \pm 1,8$ до $4,35 \pm 1,7$ балла ($p < 0,05$). До начала эксперимента у большинства испытуемых экспериментальной группы он был оценен как средний, по завершению эксперимента показатели улучшились и соответствовали высоким значениям.

Изменение уровня физической подготовленности. За период педагогического эксперимента выявлена положительная динамика уровня подвижности в суставах испытуемых экспериментальной группы. В частности, достоверно ($p < 0,05$) улучшились показатели в заведении рук за спину (59,3%); наклоне вперед (47,2%); отведении рук

назад с гимнастической палкой (22,4%); повороте туловища (12,9%); отведении ноги в сторону (11,4%); упражнении «мост» (10,5%); круговом движении палкой назад в поперечной плоскости (8,7%); отведении руки (6,2 %). В целом, уровень физической подготовленности возрос, в первую очередь, в показателях подвижности в различных суставах, в среднем, на 51,4% ($p < 0,05$).

Применение комплексных средства оздоровительной физической культуры на основе китайской оздоровительной гимнастики ушу в занятиях с женщинами зрелого возраста являются результативными для профилактики простудных заболеваний, болезней, вызванных возрастными изменениями; способствуют повышению психоэмоционального состояния, мотивации к регулярным занятиям физическими упражнениями.

Литература

1. Виноградов, П.А. Физическая культура и здоровый образ жизни / П.А. Виноградов. - М.: Мысль, 1990. - 228 с.
 2. Зайцева, И.А. Большая книга йоги / И.А. Зайцева. - М.: Эксмо, 2007. - 192 с.
 3. Лю, Шухуэй. Пути адаптации тайцзицюань к системе физической культуры России: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Лю Шухуэй; Санкт-Петербургская гос. академия физич. культуры им. П. Ф. Лесгафта. - СПб, 1999.-24 с.
 4. Ма, Цзижень. Цигун: история, теория, практика / Ма Цзижень, М.М. Богачихин. - М.: София, 2003. - 479 с.
 5. Малявин, В.В. Традиция внутренних школ ушу / В.В. Малявин. - М., 1993. - 101 с.
 6. Састамойнен, Т.М. Восточные оздоровительные системы психофизической рекреации: автореф. дисс... д-ра пед. наук:13.00.04/ Т.М. Састамойнен. - СПб., 2004. - 56 с.
 7. Смолевский, В.М. Китайские системы физических упражнений ушу / В.М. Смолевский, Б.К. Ивлев // Нетрадиционные виды гимнастики. - М., 1992. - С. 8-23.
- Спэрроу, Л. Практическая энциклопедия йоги / Л. Спэрроу, П. Уолден. - М.: Изд-во Эксмо, 2006 - 400 с.

Д.А. Мицкевич, Н.Л. Богданова

УО «Белорусский государственный экономический университет»

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ АЭРОБИКОЙ

В современной теории и методике физического воспитания, разработано множество организационно-методических инноваций, накоплен огромный теоретический и практический опыт физической подготовки студентов учреждений высшего образования (далее - УВО). Одним из основных направлений исследований в этой области является поиск путей и способов использования всех факторов, способных положительно сказаться на уровне физической подготовленности студентов. Важнейшим моментом, который необходимо учитывать при рассмотрении данной проблемы является то, что уровень физической подготовленности студентов УВО, повышается и организм студентов адаптируется к предлагаемой нагрузке. Для решения поставленных задач необходим поиск и внедрение наиболее успешных форм и методов организации учебных занятий.

Учитывая вышесказанное, целью нашего исследования явилось выявление оптимального способа совершенствования физической подготовленности студентов на

занятиях оздоровительной аэробикой. В нашем исследовании приняли участие 45 девушек, 19-20 лет, обучающихся на 2 и 3 курсах соответственно, и не имеющие отклонений в состоянии здоровья. До начала занятий были проведены тесты для определения физической подготовленности и функционального состояния. У всех студенток наблюдался высокий уровень физической подготовленности. Диагностика функционального состояния показала, что показатели частоты сердечных сокращений (далее - ЧСС) находятся в пределах возрастной нормы, у 98% исследованных наблюдался благоприятный для занятий спортивной деятельностью тип гемодинамики - нормокинетический.

Для оценки адаптационного потенциала (далее - АП) была использована формула Р.М. Баевского:

$$АП=0,011ЧП+0,014САД+0,008ДАД+0,014В+0,009МТ+0,009Р+0,27$$

где: ЧП - частота пульса, уд.мин.; САД - систолическое артериальное давление, мм.рт.ст.; ДАД - диастолическое артериальное давление, мм.рт.ст.; В - возраст, лет; МТ - масса тела, кг.; Р - длина тела, см.[1]

В ходе проведения эксперимента все студентки были разделены на две группы, контрольную и экспериментальную, в контрольной группе занятия проводились по учебной программе. В экспериментальной группе, для регулирования нагрузки в аэробной части занятия использовался метод «Периодичного тренинга», следует отметить, что данный метод может применяться в аэробике, только для молодых людей с высоким уровнем подготовленности. Занимающимся в экспериментальной группе предлагалось чередование упражнений с высоким уровнем нагрузки, при этом происходило увеличение ЧСС до 80-100 % от максимально допустимой. Такой режим нагрузки выполнялся в течение коротких промежутков времени, в начале эксперимента - от 10 сек. до 30 сек., в конце время выполнения доходило до 5 мин. После этого в программу были включены упражнения с небольшой нагрузкой и активным отдыхом.

Для разработки рекомендаций по индивидуализации нагрузки использовалась одна из модификаций формулы Карванена. Обычно для измерения пульса в покое просчитывается количество ударов (приложив пальцы к запястью, шее или сердцу) за 15 секунд. Затем полученная цифра умножается на 4, и получается количество сердечных сокращений в минуту, в нашем исследовании для получения более точного показателя после остановки упражнения и регистрации ЧСС к полученной цифре добавляли 10% (таблица 1)[2].

Полученные данные позволили контролировать соответствие нагрузки возможностям занимающихся (возрасту и уровню подготовленности). На протяжении года студентки занимались по выбранной методике, после повторного тестирования физической подготовленности и анализа функционального состояния, было отмечено, что индивидуальный диапазон тренировочной зоны по ЧСС соответствовал 12 % от этой расчетной цифры, т. е. тренировочная зона ограничивалась пределами ± 6 % от оптимального пульса - «пика».

Таблица 1 – Расчет индивидуальных показателей пульса

№п /п	Расчетный показатель	Мужчины	Женщины
1	«Максимальный» расчетный пульс	205 - 1/2 возраста	220 - возраст
2	Допустимый диапазон изменений пульса	Результат «1» - ЧСС покоя	
3	«Плановый сдвиг» ЧСС (с желаемой интенсивностью)	Результат «2» интенсивность(60-90) /100 %	
4	Оптимальный пульс - «пик» тренировочной зоны	Результат «3» + ЧСС покоя	

Следует отметить, что на протяжении всего эксперимента, в обеих группах наблюдалась тенденция к увеличению адаптационного потенциала, в контрольной группе АП повысилось на 3,1%, а в экспериментальной группе АП увеличилась на 15,7%. После использования выбранной методики, в экспериментальной группе, была выявлена тенденция к снижению показателей ЧСС, что свидетельствует об экономизации функций сердечно-сосудистой системы, которые приводят к росту физической работоспособности, что в свою очередь отражает развитие аэробных возможностей человека.

Литература

1. Баевский, Р.М. Адаптационные возможности и понятие физиологической нормы / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева // Тезисы докладов XVIII съезда физиологического общества им. И.П. Павлова, Казань. - М., 2001. - С.304.

2. Давыдов, В.Ю. Методика преподавания оздоровительной аэробики. Учебное пособие. /В.Ю. Давыдов, Т.Г. Коваленко, Г.О. Краснова. - Волгоград: изд-во Волгogr. гос. ун-та, 2004. - 124с.

И.А. Назаренко, М.Ю. Палашенко, А.С. Борсукова

УО «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ В ГРУППАХ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Среди студенческой молодежи многие имеют различные отклонения в состоянии здоровья, заболевания временного или постоянного характера. Не секрет, что количество этих учащихся из года в год неуклонно увеличивается.

В связи с этим весьма важным является повышение эффективности деятельности групп лечебной физической культуры (ЛФК), организованных в нашем вузе. Зачисляются в группы ЛФК студенты по результатам медицинского обследования. Учащиеся, отнесенные к ЛФК, занимаются по отдельному расписанию 4 часа в неделю. Для проведения занятий с этими учащимися создаются отдельные группы численностью 10-12 человек.

Занятия в этих группах способствуют укреплению здоровья, вовлечению ослабленных в физическом отношении учащихся в активные занятия физической культурой, пропаганда здорового образа жизни.

Процесс физического воспитания ослабленных учащихся очень сложен. Лишь при глубоком осмыслении всех составных этого процесса можно эффективно и правильно использовать все имеющиеся возможности для успешной работы с этим контингентом учащихся.

К ЛФК относятся лица с отклонениями в состоянии здоровья временного или постоянного характера, требующие ограничения физических нагрузок.

Цели и задачи проводимых занятий:

- укрепление здоровья, улучшение физического развития, закаливание организма;
- расширение диапазона функциональных возможностей основных физиологических систем организма;
- повышение умственной и физической работоспособности;
- повышение защитных сил организма и его сопротивляемости;
- освоение основных двигательных умений и навыков;

- воспитание интереса к регулярным занятиям физическими упражнениями и морально-волевыми качествами;
- пропаганда здорового образа жизни.

Физическое воспитание учащихся ЛФК имеет свою специфику. Наряду с общеобразовательными задачами в процессе занятий значительное место занимают вопросы оздоровления и укрепления организма занимающихся.

Ведущий принцип в работе с учащимися ЛФК - дифференцированный подход, дозирование нагрузки с учетом индивидуальных особенностей.

Схема построения занятия в ЛФК в принципе не отличается от обычного занятия физкультурой, но имеет ряд принципиальных особенностей.

Занятие начинается с построения учащихся у гимнастической стенки, проверки пульса. Далее проводятся упражнения на формирование правильной осанки: ходьба с мешочком на голове с различным положением рук, общеразвивающие упражнения в парах или с различными предметами (гимнастические палки, малые мячи, скакалки и т.д.) Подготовительную часть целесообразно проводить в медленном и среднем темпе, обязательно чередуя с дыхательными упражнениями. Нагрузка должна повышаться постепенно на основе гибкого и рационального применения средств и упражнения, обеспечивающих подготовку всех органов и систем к выполнению основной части

В основной части урока идет развитие силовой выносливости, учащиеся выполняют упражнения для мышц спины и живота, совершенствуется координация движений, закрепляются навыки правильной осанки. Разнообразные упражнения для мышц туловища, верхних и нижних конечностей выполняются в разных исходных положениях: стоя, сидя, в том числе и в висах на гимнастической стенке. Включаются и специальные корригирующие упражнения.

В заключительной части физическая нагрузка постепенно снижается. Даются упражнения на гибкость, расслабление и дыхание, проверяется пульс.

Непременными условиями при проведении занятий с этим контингентом учащихся является педагогический контроль. Преподаватель должен следить за интенсивностью даваемых нагрузок и не допускать появления признаков утомления (потоотделения, покраснение кожи т.д.). Используемые нагрузки должны вызывать чувство принятой усталости. Критерием же правильности дозирования нагрузки служит изменение пульса. Контроль над уровнем физической подготовленности и функционального состояния организма учащихся осуществляется с помощью специальных тестов. Функциональное состояние организма определяется морфологическими и функциональными изменениями, отражающими состояние отдельных систем организма (сердечно-сосудистая, дыхательная, нервная). Чтобы правильно оценить функциональное состояние, необходимо использовать тот или иной метод не только в состоянии покоя, но и при физической нагрузке, т.е. с помощью функциональных проб.

Наиболее простой метод определить, как воздействуют физические упражнения на состояние сердечно-сосудистой системы - это подсчет пульса. Нормальный пульс в покое 60-78 уд/мин. Чем реже удары сердца и чем быстрее эти показатели приходят в норму после определения физической нагрузки, тем выше степень тренированности организма. [1]

Функциональная проба для оценки состояния сердечно-сосудистой системы - индекс Руфье. После 5 мин. отдыха подсчитывается пульс (P1). Затем выполняется 30 глубоких приседаний. Сразу же после приседаний подсчитывается пульс (P2). Через 1 мин. отдыха снова подсчитывается пульс (P3). Затем все три показателя пульса заносятся в формулу $((P1+P2+P3)*4-200)/10$ и делается арифметическое вычисление. Оценка: 3 и меньше – отлично, 4-6 – хорошо, 7-9 – средне, 10-14 - удовлетворительно,

15 и более - не удовлетворительно. Для быстроты и точности пульс подсчитывается за 15 секунд и полученное умножается на 4, т.е. переводится за 1 минуту. [1,2]

Функциональные пробы для оценки состояния дыхательной системы.

1. Проба Штанге (задержка дыхания на вдохе). После 5 мин. отдыха сидя сделать 2-3 глубоких вдоха и выхода, а затем сделав глубокий вдох, задержать дыхание. Отмечается время от момента задержки дыхания до ее прекращения. Средним показателем является 40 секунд. Чем больше время задержки, тем больше тренированность.

2. Проба Генчи (задержка дыхания на выдохе) выполняется так же, как и пробы Штанге, только задержка дыхания производится после выхода. Здесь средний показатель равен 25 - 30 секундам. [1,2]

Функциональные пробы для оценки состояния нервной системы.

Пробы заключается в четырехступенчатом исследовании статической координации, которая характеризуется постепенно нарастающей трудностью выполнения.

1. Сдвинуть носки и пятки вместе, руки вытянуть вперед, пальцы развести. Простоять 30 сек. не качаясь.

2. Поставить стопы на одной линии (пятка одной ноги касается носка другой), руки вытянуты вперед. Простоять 30 сек.

3. Стоя на левой ноге, приложить пятку правой ноги к коленной чашечке левой ноги, руки вытянуты вперед. Простоять 30 сек.

Оценка производится по 5-балльной системе. Удержание равновесия менее 5 сек - 1 балл; 5-10 секунд – 2 балла; 11-15 сек – 3 балла; 16-20 сек. – 4 балла; 21-30 сек - 5 баллов. [1]

Пробы, определяющие функциональное состояние мышечной системы.

1. Для оценки силы и выносливости мышц спины. Лёжа на животе прогнуться, руки в стороны, ноги приподняты, прямые. Время удержания такого положения в норме – 2 – 2,5 мин.

2. Для оценки силы и выносливости мышц брюшного пресса. Лёжа на спине приподнять прямые ноги на 15 – 20 см., руки вдоль туловища, удержать это положение. Время удержания такого положения в норме – 2 – 2,5 мин. [2]

Выше изложенное послужило для формирования цели нашего исследования – изучить функциональное состояние студентов, относящихся по состоянию здоровья к группе ЛФК.

Используя такие методы исследования как анализ научно-методической литературы и тестирование функционального состояния, мы провели обследование студентов, занимающихся в группе ЛФК. (Таблица 1). Были сформированы 2 группы ЛФК по 12 человек с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие и т.д.). В одной группе (группа №1) зачислены студенты (девушки) биологического факультета, а в другой (группа №2) – студенты (девушки) факультета психологии и педагогики. Данные нашего исследования будут использованы для определения методики проведения занятий в дальнейшем.

Как видно из таблицы, показатели функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем находятся на уровне выше среднего. Но показатели функциональных проб для мышечной системы далеки от норм. Это обусловлено спецификой заболеваний студентов, отнесённых в группу ЛФК. Очень часто слаборазвитая мышечная система молодых людей сопровождается заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Таблица 1 – Средние показатели функционального состояния студентов

№ Группы	Показатели								
	Сердечно-сосудистая система		Дыхательная система		Нервная система			Мышечная система	
	ЧСС, уд/мин	Индекс Руфье	Проба Штанге, с	Проба Генчи, с	1, балл	2, балл	3, балл	1, мин, с	2, мин, с
Группа №1	60	6,4	51	34,7	5	4	3	1'10"	1'55"
Группа №2	68	8,3	57	38	5	4	3	1'27"	1'50"

Проанализировав данные, мы пришли к выводу, что в дальнейшей работе с данным контингентом учащихся следует уделять особое внимание подбору упражнений для укрепления мышечного корсета.

Литература

1. Электронный ресурс: <http://fizkultura-na5.ru>
2. Функциональные пробы в клинике и спорте: Метод.пособие /Е.А. Томашик, Л.А. Пирогова, Н.И. Велитченко, И.Т. Конон. – Гр., 1993. – 38 с.

В.Г. Нехаева

УО «Белорусский государственный университет физической культуры»

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ СТРЕЛКОВОГО СПОРТА СРЕДИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Первые Паралимпийские игры были проведены в 1960 году. Возник паралимпийский спорт как реакция несогласия многих людей на качество жизни при наличии у человека инвалидности опорно-двигательного аппарата и органов зрения. Любая форма инвалидности – это ограничение контактов со здоровыми людьми, снижение двигательной активности, ухудшение психофизического состояния человека, потеря социальных ролей [1,3]. Спорт помогает активно преодолевать последствия инвалидности и является эффективным средством социальной, медицинской и физической реабилитации человека. Современный уровень мировых рекордов паралимпийцев в различных видах спорта является наглядным примером возможностей человека, его мужества и стойкости. В Республике Беларусь паралимпийское движение активно развивается с 1996 года и на сегодняшний день популярными считаются следующие виды спорта: легкая атлетика, плавание, велоспорт, фехтование на инвалидных колясках, пауэрлифтинг, гребля академическая адаптивная, дзюдо, стрельба из лука, лыжные гонки и биатлон, спортивные танцы на инвалидных колясках, мини-футбол, баскетбол на инвалидных колясках, настольный теннис, голбол, дзюдо. В этом перечне, однако, отсутствует такой медалеёмкий вид спорта как пулевая стрельба. В то же время данный вид спорта можно наиболее удобно адаптировать для занятий людей с ограниченными возможностями, так как он не требует ни запредельной силы мышц, ни каких-либо еще физических особенностей. Решающую роль в стрелковом спорте играет психологическая готовность и способность к высокой концентрации внимания [2]. Здесь важны не столько

физические усилия и борьба с соперником, сколько спокойствие и сдержанность, ведь единственный противник стрелку-спортсмену - это он сам.

Популяризация стрелкового спорта среди людей с ограниченными возможностями.

Методы исследования: Анализ и синтез научно-методической литературы, контент-анализ.

Во всем мире уже давно наметилась тенденция популяризации стрелкового спорта среди инвалидов. С 1976 года стрелковый спорт был впервые включен в программу Паралимпийских игр. В период с 1976 по 2012 год 656 спортсменов из 58 стран пяти континентов приняли участие в Паралимпийских играх (Таблица 1).

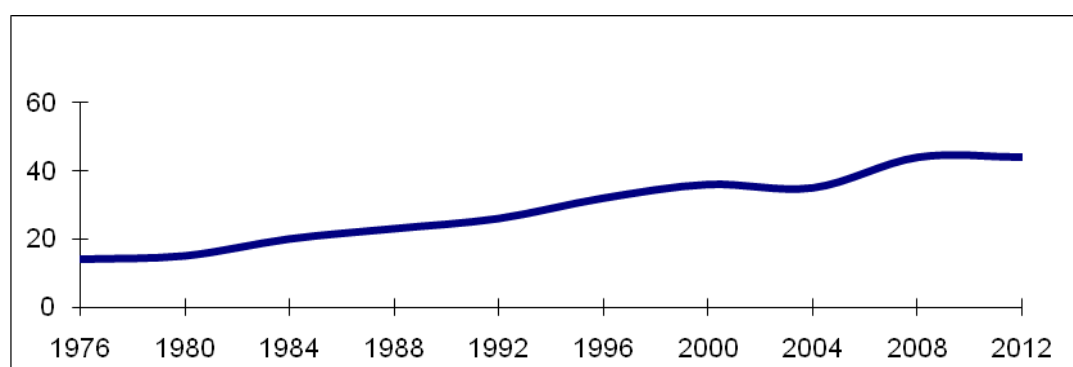


Рисунок 1 – Рост количества стран-участниц Паралимпийских игр в стрелковом спорте (1976–2012 г)

Таблица 2 – Общекомандный зачет по количеству медалей на Паралимпийских играх в стрелковом спорте (1976–2012 г.)

Место	Страна	Годы участия	Завоеванные медали			
			Золотые	Серебряные	Бронзовые	Всего
1	KOR	1988-2012	23	16	8	47
2	SWE	1980-2012	23	9	16	48
3	AUS	1976-2012	15	7	3	25
4	GBR	1984-2012	8	9	11	28
5	CHN	1988-2012	8	7	6	21
6	GER	1992-2012	7	13	11	31
7	FRA	1980-2012	6	11	14	31
8	AUT	1976-2004	6	6	4	16
9	FRG	1984-1988	6	5	8	19
10	DEN	1980-2004	5	12	4	21
11	RUS	1996-2012	5	4	7	16
12	NED	1980-1988	5	3	8	16
13	ITA	1988-1996	5	2	5	12
14	CAN	1976-1992	3	6	4	13
15	BEL	1980-1992	3	5	2	10
16	YUG	1984-1996	2	2		4
17	FIN	1984-2004	2	1	6	9
18	IPP	1992	2	1		3
19	IRI	1996-2012	2		2	4
20	SUI	1976-1984	1	2	2	5

Из 58 стран, участвовавших на Паралимпийских играх, 35 стран стали обладателями медалей, что показывает здоровую конкуренцию и высокий уровень развитости стрелкового спорта в паралимпийском движении.

За 40-летний период проведения Паралимпийских игр среди стран-участниц были выявлены следующие лидеры: на первом месте находится сборная команда Кореи, на втором – Швеция, на третьем – Австралия. В десятку лидирующих стран также входят: Великобритания, Китай, Германия, Франция, Австрия и Дания (Таблица 2) [4].

Кроме Паралимпийских игр, проводятся так же Чемпионаты мира, кубки мира, континентальные первенства, международные турниры. Спортсмены участвуют в соревнованиях и выигрывают медали на официальных соревнованиях вплоть до преклонного возраста. Примером тому могут послужить итоги Кубка мира в марте 2015 года в Великобритании. Спортсменка Elizabeth Kosmala из Австралии, которой в июне этого года исполнится 73 года, завоевала серебряную медаль в стрельбе из винтовки.

Самый именитый спортсмен среди всех паралимпийцев в стрелковом спорте – винтовочник Jonas Jacobsson из Швеции. На его счету 30 медалей (17 золотых, 4 серебряных, 9 бронзовых). Девять раз он принимал участие на Паралимпийских играх с 1980 по 2012 год.

Среди женщин стоит отметить девятикратную чемпионку и трехкратного серебряного призера Паралимпийских игр в стрельбе из винтовки Elizabeth Kosmala из Австралии. Примечательно, что на Паралимпийских играх 1972 года она завоевала бронзовую медаль, участвуя в соревнованиях по плаванию. Всего она принимала участие в одиннадцати Паралимпийских играх.

Выдающейся так же можно назвать спортсменку из Великобритании Isabel Newstead, которая принимала участие в семи Паралимпийских играх в трех различных видах спорта и достигла следующих успехов: четыре медали в стрельбе (из которых 3 золотых, 1 бронзовая), 9 медалей в плавании (6 золотых, 1 серебряная, 2 бронзовые) и 5 медалей в легкой атлетике (1 золотая, 3 серебряные и 1 бронзовая медали).

Так же интересной является биография венгерского спортсмена Karoly Takas, который в довоенное время успешно выступал в стрельбе из скоростного пистолета, но не поехал на Олимпийские игры в Берлин (1936 год), потому что был сержантом, а не офицером и по этой причине не был включен в состав венгерской делегации. Позже, во время военных учений в 1938 году у него в правой руке разорвалась граната.

Однако, он продолжил заниматься спортом, втайне от всех тренируясь стрелять с левой руки и уже на следующий год (1939) выиграл чемпионат Венгрии. В этом же году он стал чемпионом мира в составе венгерской команды.

Спустя десять лет, на первых послевоенных Олимпийских играх 1948 года в Лондоне, Karoly Takas выиграл с мировым и олимпийским рекордом первую золотую медаль в стрельбе из скоростного пистолета, выполняя стрельбу с левой руки. Свой успех он повторил на Олимпийских играх 1952 года в Хельсинки, где выиграл вторую золотую медаль.

Таким образом, спортсмены, как олимпийцы так и паралимпийцы, своим стремлением к самореализации и к победе, в первую очередь, над собой, доказывают, что нет ничего невозможного и ничто не может стать препятствием на пути к поставленной цели. Инвалидный спорт доказывает, что его участники – полноправные граждане. Они вносят свой вклад в развитие спорта и повышают международный престиж страны.

В Беларуси, как и в других странах мира, некоторые спортсмены-паралимпийцы реализуют свои возможности сразу в нескольких видах спорта. Они имеют богатый опыт участия в соревнованиях и могли бы проявить свои способности, добиться успехов также и в стрелковом спорте. Тем самым, заинтересовать и мотивировать на

занятия стрельбой многих людей, положив начало для становления и развития этого вида спорта в нашей стране.

Литература

1. Аппакова, М.Ю. Интеграция инвалидов через спорт / Физическая культура, спорт здоровье в современном обществе: сборник научных статей Всероссийской с международным участием научно-практической конференции / под ред. Г.В. Бугаева, О.Н. Савинковой. - Воронеж: Издательско-полиграфический центр "Научная книга", 2012. - 415-417

2. Бегидова, Т.П., Хатунцева Э.М., Сабирова И.А., Жаглин Д.А. совершенствование методики тренировки стрелков с поражением опорно-двигательного аппарата / Физическая культура, спорт здоровье в современном обществе: сборник научных статей Всероссийской с международным участием научно-практической конференции / под ред. Г.В. Бугаева, О.Н. Савинковой. - Воронеж: Издательско-полиграфический центр "Научная книга", 2014. - 461-462 с.

3. Масликов, А.А. Адаптивный спорт как средство социализации инвалидов / Физическая культура, спорт здоровье в современном обществе: сборник научных статей Всероссийской с международным участием научно-практической конференции / под ред. Г.В. Бугаева, О.Н. Савинковой. - Воронеж: Издательско-полиграфический центр "Научная книга", 2014. - 486-489

4. <http://www.paralympic.org/Athletes/Results>

¹Н.Н. Ничипорко, ²Е.Б. Величко

¹УО «Мозырский государственный педагогический университет имени И.П. Шамякина»

²УО «Белорусский государственный университет»

СИСТЕМА ПИЛАТЕС КАК ФОРМА ЗАНЯТИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ

В современных условиях благодаря техническому прогрессу наблюдается снижение двигательной активности молодого поколения, недостаток отдыха, перенапряжение, стрессы, что может привести к различным заболеваниям и отклонениям в развитии подрастающего поколения. Именно поэтому следует искать пути привлечения учащейся молодежи к различным видам физических упражнений, которые бы соответствовали потребностям и отвечали возможностям студентов.

В этой связи является необходимым использование новых методик, возможность применения авторских программ для развития двигательных способностей студентов в образовательном пространстве высшей школы. Следует помочь студентам в большом информационном потоке выбрать тот вид упражнений, который подходил именно данному контингенту занимающихся [2].

Среди таких видов упражнений, которые набирает популярность можно выделить пилатес, как серию упражнений на все группы мышц [3, 4]. Каждое базовое упражнение пилатеса подключает к работе основные мышцы: пресса, нижней части спины, бедер и ягодиц. Их укрепление и растяжение будет способствовать оздоровлению позвоночника, улучшению телосложения, развитию дыхательной системы, помогут в борьбе со стрессом, т.к. пилатес - это тренировка, в которой совершенствуется не только тело, но и умственные и интеллектуальные возможности.

В США данный вид тренировок популярен уже очень давно. Еще более ста лет Джозефом Пилатесом был разработан комплекс упражнений для людей с проблемами позвоночника, для инвалидов и лежачих больных. В начале 20-х годов XX века

Пилатес открыл первую фитнес-студию Pilates в Нью-Йорке. Комплекс дыхательных и физических упражнений был особо востребован среди профессиональных спортсменов и балетных танцоров [1]. Вскоре метод Пилатеса получил известность как действенный способ формирования и поддержания хорошей формы. В настоящее время можно отметить возросший интерес к данной системе упражнений среди населения нашей страны.

Занятия физическими упражнениями по системе пилатес сориентированы на формирование правильной осанки, улучшение координации движений, постепенное снижение массы тела, что позволяет сохранить отточенную и красивую фигуру, делают мышцы и суставы более гибкими и эластичными. Данный вид занятий может быть интересен как студенткам, так и студентам.

Сегодня классический пилатес практикуют наряду с его новыми разновидностями. Система тренировок по методу пилатеса рассчитана на три вида тренировок:

- тренировки на полу (комплекс упражнений, которые выполняются в сидячем или лежащем положении, который помогает избавиться от болей в спине и улучшить осанку. Для данного вида тренировок не нужно специальное оборудование);
- тренировки на специальных тренажерах или тренировки со специальным оборудованием на полу (можно использовать гантели, фитбол, эспандер, нудл (гибкая палка, которая может спокойно удерживать вас в воде), бодибар (гимнастическая палка), изотоническое кольцо (упругое стальное кольцо диаметром около 38 см, оборудованное удобными захватами для рук и ног);
- тренировки с использованием специального оборудования (громоздкое оборудование: реформер, стул с наличием ручников, цепей, зажимов. Основное отличие такого оборудования от обычных тренажеров состоит в том, что опора, на которой непосредственно находится человек, нестабильна. Потому для удержания равновесия приходится прикладывать дополнительные усилия, в результате к работе подключается та самая мелкая мускулатура, которая в обычных тренировках или не используется или используется очень мало.

При занятиях упражнениями по системе пилатес следует делать акцент на следующих положениях:

- целенаправленной тренировке тела;
- сосредоточенности и концентрации при выполнении движений;
- комплексном подходе одновременно ко всему организму;
- одновременное прорабатывание максимального количества мышечной массы.

Также необходимо придерживаться следующих правил [2, 5]:

- плавность выполнения движений, т.е. перетекание одного движения в другое без остановок и резких переходов;
- использование техники грудного дыхания, т.е. диафрагменного типа (дышать необходимо грудью, как можно шире раскрывая ребра при вдохе);
- напряжение пресса на протяжении всего занятия, т.к. он является источником энергии, и все движения должны идти от него.
- применение правильного положения, чтобы выполнять все движения эффективно, и чтобы не навредить своему организму;
- опущенные плечи во время выполнения большинства упражнений, лопатки мягко тянутся друг к другу, что будет способствовать правильному дыханию;
- удержание головы прямо, не запрокидывая назад и не прижимая подбородок к груди;

- ноги во время упражнений должны находиться в позиции Пилатес, это означает, что ноги слегка раздвинуты наружу в тазобедренных суставах, носки разведены врозь, колени выпрямлены, но расслаблены.

Трудно переоценить полезность систематических занятий физическими упражнениями. Тем не менее, в ходе занятий различными видами физической культуры необходимо сосредоточивать внимание на следующих моментах:

1. Педагогу -
 - воспитывать потребность в самосовершенствовании;
 - акцентироваться на привлекательности и эмоциональной насыщенности занятий;
 - заинтересованности студентов в определенных видах упражнений.
2. Студентам -
 - формировании ответственного отношения к своему здоровью;
 - умении выражать самостоятельную активность в области физкультурной деятельности;
 - необходимости пользоваться данными самоконтроля в процессе занятий с целью исключения перегрузки.

Разумеется, определенной группе молодых людей упражнения системы пилатес могут показаться скучными, именно поэтому важно, чтобы в данном случае была альтернатива выбора более активных форм. Главное, чтобы занятия были увлекательны и молодые люди стремились их посещать сами, проявляя активность и заинтересованность. Поэтому занятия физическими упражнениями следует строить на таких педагогических принципах, как гуманизации, целостности, природосообразности, демократизации, культуросообразности и др. По-видимому, это поможет нейтрализовать негативные факторы, отрицательно влияющие на возможность занятий физическими упражнениями в свободное время.

Литература

1. Буркова, О.Л. «Пилатес» - фитнес высшего класса / О.Л. Буркова, Т.С. Лисицкая. – М.: Центр полиграфических услуг «Радуга», 2005. – 208с.
2. Власова, Т.С. Особенности физического воспитания студентов, имеющих отклонения в здоровье. Проблемы мотивации физкультурной активности студентов в вузе [Текст] / Т.С. Власова, Р. И. Сунгатуллин, Н. М. Закирова // Молодой ученый. - 2015. - №5. - С. 441-443.
3. Ильницкая А.С. Методика применения оздоровительных систем бодифлекса и пилатеса в физическом воспитании студентов / Ильницкая А.С., Козина Ж.Л., Коробейник В.А., Ильницкий С.В., Цеслица Мирослава, Станкевич Блазей, Пилевска Веслава // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. № 2. - 2014. – С. 25-31.
4. Комплексы гимнастики Пилатес в системе физического воспитания студентов: пособие для студентов всех специальностей днев. формы обучения/ сост.: С.Л. Володкович, Е. Н. Ярчак, Л.М. Ярчак. – Гомель: ГГТУ им. П. О. Сухого, 2015. – 50 с.
5. Рукавишникова, С.К. Методика коррекции функциональных нарушений позвоночника у студенток использованием средств пилатеса /С.К. Рукавишникова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - Выпуск 11 (69). - 2010. – С. 79-83.

¹А.И.Ножка, ²Н.В.Орлова, канд. пед. наук, доц.

¹УО «Барановичский государственный университет»

²УО «Брестский государственный технический университет»

ВЛИЯНИЕ АЭРОБНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ОРГАНИЗМ СТУДЕНТОК

Современные преобразования, научно-технический прогресс внесли существенные изменения в характер труда, в котором мышечный компонент все более и более начал замещаться интеллектуальным, а сам труд в значительной степени сопровождается нервно-психическим напряжением, нередко вызывая стрессовые реакции [1]. В двигательной активности скрыты огромные возможности для развития и мобилизации физических способностей, играющих основную роль в развитии индивида и общества. Хотя необходимость двигательной активности для здоровья человека ни у кого не вызывает сомнений, вопросы, какими средствами компенсировать гиподинамию, с какой нагрузкой заниматься, остаются дискуссионными. Достичь определенных результатов в работе над своим телом, физическим состоянием можно с помощью различных средств: бега, езды на велосипеде, плавания, гимнастических упражнений, шейпинга, аэробики.

Занятия аэробикой показаны практически всем здоровым людям, а также лицам с умеренно выраженными нарушениями сердечно-сосудистой регуляции, опорно-двигательного аппарата и различных функциональных систем организма. При этом фактически в любом виде аэробики можно достичь главных целей оздоровительного фитнеса: развитие силы, выносливости и гибкости, коррекция телосложения; создание ощущения физического и психологического комфорта; улучшение координации движений, развитие чувства ритма, развитие грациозности, элегантности, свободы движений, повышение физической работоспособности.

Занятия аэробикой снижают риск сердечнососудистых заболеваний. У человека, занимающегося аэробными упражнениями, сердце работает ритмично и экономно. Мощность сокращений его сердечной мышцы намного больше, чем у людей, ведущих малоподвижный образ жизни, более развиты сосуды сердца, а в результате лучше питается сердечная мышца.

Во время выполнения аэробных упражнений активизируется дыхательная система, происходит вентиляция легких, укрепляется вся мышечная мускулатура организма, открывается большое количество капилляров, увеличивается их сечение, ускоряется кровоток. Улучшается венозное кровообращение, что положительно влияет на деятельность органов брюшной полости, особенно печени.

У занимающихся аэробикой ускоряются процессы метаболизма, нормализуется гормональный фон. Физиологи спорта давно установили, что аэробные упражнения оказывают положительное регулирующее влияние на гормональную систему. Так, гормоны (эндорфин) обладают противовоспалительными свойствами, влияют на настроение. Специальные нагрузки на выносливость, занятия в коллективе стимулируют деятельность надпочечников и гипофиза, а через них воздействуют на белковый, жировой, углеводный и водно-солевой обмен.

С помощью аэробных упражнений можно легко избавиться от утомления, которое наступает после умственной деятельности. Физические упражнения, как средство активного отдыха, восстанавливают тонус нервной системы. Мозг и мышцы представляют собой функциональное единство: мышцы не могут сокращаться без нервных импульсов, а мозг, изолированный от влияния мышц, быстро теряет свою возбудимость, даже при наличии достаточного кровоснабжения. На мозговое кровообращение оказывает влияние не только характер самих упражнений (ходьба, медленный бег, наклоны, повороты, упражнения с произвольным расслаблением

мышц, дыхательные), но и последовательность их выполнения, интенсивность, объем, место и время дня.

Занятия аэробикой обладают комплексным воздействием на организм, однако увлекаться аэробными упражнениями не стоит, так как форсированная вентиляция легких способствует снижению содержания углекислоты в организме. А это, в свою очередь, приводит к падению тонуса дыхательного центра, могут появиться головокружение, слабость и другие неприятные ощущения. Поэтому интенсивные движения со специальными дыхательными упражнениями всегда должны быть дополнены упражнениями общеразвивающего характера, которые выполняются при спокойном, ровном, неглубоком дыхании.

За счет аэробных упражнений лишние жиры в клетках «сгорают». Однако считать аэробику радикальным средством борьбы с лишним весом нельзя, слишком малозаметны изменения, происходящие в результате этих занятий. Но поддержать себя в форме, не позволить лишним жирам накапливаться в проблемных зонах с помощью аэробики вполне возможно.

Целью нашего исследования было изучение влияния занятий аэробикой на показатели функционального состояния и уровень общей физической подготовленности (УОФП) студенток основного и подготовительного отделений.

Методы исследования. Метод сбора и анализа текущей информации (наблюдение, опрос, интервью, анкетирование); методы получения и анализа ретроспективной (текущей) информации; педагогический эксперимент; тестирование УОФП; методы математической статистики.

Результаты исследования и обсуждения. Для получения надежных результатов опытно-экспериментальной работы нами были сформированы две выборки испытуемых. Общую выборку составили 50 студенток основной и подготовительной группы УО «Брестский государственный технический университет» (n — 25) и УО «Барановичский государственный университет» (n — 25). Занятия проводились по программам степ-аэробики, силовой и танцевальной аэробики, которые предпочитают девушки [2, с. 57].

Функциональное состояние студенток оценивали с помощью функциональных тестов (ортостатическая проба; степ-тест и проба Штанге) по показателям ЧСС в покое и восстановления пульса после стандартной физической нагрузки.

Для определения УОФП студенток применяли двигательные тесты:

- поднимание туловища из положения лежа на животе — динамическая сила разгибателей туловища (кол-во раз);
- поднимание туловища из положения лежа — динамическая сила мышц брюшного пресса (кол-во раз);
- приседания на одной ноге («пистолет») — сила мышц ног (кол-во раз);
- контрольные упражнения, в которых движения ногами, руками и головой были разнонаправленными — координация;
- наклон вперед, стоя на гимнастической скамейке — гибкость в тазобедренном суставе (см).

Исследования всех показателей проводилось в осеннем и весеннем семестрах 2013/2014 и 2014/2015 учебных гг. Полученный цифровой материал группировали в таблицы и обрабатывали статистически.

В своей работе мы учитывали, что студентки, поступившие в учреждения высшего образования, имеют различное физическое состояние, обладают биологической и психологической индивидуальностью, определяющей их потенциальные возможности, в том числе — физические. Несложно представить, насколько различается трудность выполнения одного и того же двигательного задания (например, силовое упражнение или бег на выносливость) для ровесников, физическое

развитие и УОФП которых различны. Одному легко даются и те и другие нагрузки, другому не хватает силы, третьему — выносливости. Эти различия обусловлены глубинными биологическими причинами, связанными с естественным разнообразием строения и функций тела, а также темпов роста и развития организма.

В связи с этим, при организации педагогического эксперимента была проведена дифференцированная оценка результатов двигательных тестов. Окончательная оценка учитывала не конкретный результат, полученный в ходе тестирования, а динамику показателей тестирования.

Введение такого рода дифференцированной оценки эффективно во многих отношениях. Во-первых, оценке возвращается ее стимулирующая роль для наиболее подготовленных студенток: для того, чтобы получить более высокую оценку при более высоких нормативах, они должны постараться. Во-вторых, даже сильно отстающие студентки, у которых в силу их индивидуальных особенностей по старой системе при любых стараниях не хватало сил на выполнение некоторых контрольных нормативов, теперь получили шанс: в абсолютном большинстве они смогли улучшить свой результат, что уже можно рассматривать как явный стимул к дальнейшим занятиям. Особенно положительно это сказалось на психологическом настрое студенток, наименее способных к выполнению контрольных нормативов по большинству тестов.

Результаты эксперимента: функциональные показатели и показатели УОФП студенток, занимающихся второй год аэробными упражнениями, имеют положительную динамику. Аэробная нагрузка положительно повлияла на физические способности студенток: улучшились показатели дыхания, сердечно-сосудистая система, гибкость. Значительная динамика наблюдается в следующих показателях:

- улучшилась функциональная полноценность рефлекторных механизмов; устойчивость вегетативной нервной системы (ортостатическая проба), хотя у двух студенток этот показатель остался прежним;
- увеличилась физическая работоспособность сердечно-сосудистой системы к восстановлению (степ-тест);
- увеличился показатель задержки дыхания (проба Штанге), что расценивается как улучшение тренированности студенток;
- гибкость улучшили 49 человек, и только у одной студентки это качество осталось неизменным;
- улучшение координации у студенток, ранее не занимающихся аэробными физическими упражнениями.

Произошло улучшение силовой подготовленности. Так, увеличение количества повторений в поднимании туловища из положения лежа составило 36%, а в приседании на одной ноге — 21%. По всей вероятности, это обусловлено высокой динамичностью занятий и правильным подбором большого количества специальных упражнений для мышц брюшного пресса и ног.

В результате анкетирования у студенток отмечено повышение уровня мотивации к занятиям физическими упражнениями, как к одному из эффективных средств улучшения своих физических кондиций.

В результате проведенного исследования можно заключить, что целенаправленные и систематические занятия аэробикой положительно влияют на организм студенток. Правильно организованные занятия укрепляют здоровье, улучшают физическое развитие, повышают физическую подготовленность, выносливость и работоспособность, совершенствуют функциональные системы организма, а также укрепляют мышечный тонус и улучшают эмоциональное состояние. Дифференцированная оценка учебных достижений студенток повышает мотивацию к занятиям аэробными упражнениями.

Литература

1. Физическая культура : курс лекций / В. А. Коледа [и др.]; под ред. В. М. Киселева. — Минск : БГУ, 2007. — 195 с.

2. Яшина, С. А. Фитнес-аэробика в культурно-досуговой деятельности студенческой молодежи / С. А. Яшина // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. — 2012. — №6. — С.53.

¹А.И. Ножка, ²Н.В. Орлова, канд. пед. наук, доц.

¹УО «Барановичский государственный университет»

²УО «Брестский государственный технический университет»

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ АЭРОБИКИ

На современном этапе к учебной дисциплине «Физическая культура» в учреждениях высшего образования (УВО) предъявляются определенные требования. Она должна обеспечивать не только развитие физических качеств и оздоровительный эффект, но выполнять образовательную функцию. Практика свидетельствует, что поиск средств и методов, позволяющих в условиях высшей школы с высокой долей эффективности готовить будущих специалистов к ведению высокопродуктивной, здоровой жизнедеятельности является одной из актуальных задач физического воспитания студентов.

В настоящее время стало особенно заметно проявление интереса молодых людей к занятиям различными видами массового спорта и двигательной активности для отдыха и восстановления сил, для обеспечения хорошей спортивной формы и состояния здоровья. Этому в немалой степени способствовали появившиеся публикации, видеопродукция и большое количество клубов здоровья, основной целью которых является привлечение людей к оздоровительным тренировкам. Среди этих оздоровительных тренировок особое место заняла аэробика.

Аэробика — это выполнение общеразвивающих и танцевальных упражнений, выполняемых под музыкальное сопровождение, объединенных в непрерывно выполняемый комплекс. Занятия оздоровительной аэробикой стимулируют работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Аэробная работа положительно влияет на иммунную систему, повышая тем самым устойчивость организма к простудным, инфекционным и другим заболеваниям.

Систематические занятия аэробикой не только позволяют повысить уровень мышечной тренированности и улучшить состояние сердечно-сосудистой системы, но и доставляют огромное удовольствие занимающимся.

Оздоровительная аэробика является одним из направлений массовой физической культуры с регулируемой нагрузкой и одним из средств повышения умственной и физической работоспособности, занятия которой показаны практически всем здоровым людям, а также лицам с умеренно выраженными нарушениями сердечно-сосудистой регуляции, опорно-двигательного аппарата и различных функциональных систем организма.

Занятия аэробикой обладают комплексным воздействием на организм, при этом позволяют достичь главных целей оздоровительного фитнеса:

- развитие силы, выносливость и гибкость;
- улучшение телосложения;
- создание ощущения физического и психологического расслабления;
- улучшение координации движений;

- развитие чувства ритма;
- развитие грациозности, элегантности, свободы движений;
- повышение физической работоспособности.

Как свидетельствуют проведенные исследования, занятия оздоровительной аэробикой благотворно влияют на состояние сердечно-сосудистой системы. В результате тренировки происходит улучшение ионного обмена, способствующего лучшей сократимости миокарда (т. е. производительности сердца как насоса), а это в комплексе с увеличением просвета и эластичности сосудов, капилляров обеспечивает ткани кислородом, гормонами и питательными веществами [1].

Оздоровительная аэробика стимулирует синтез и выброс гормонов, вызывающих анаболический эффект. Большинство систем организма обеспечивают мышечную деятельность, поэтому если студент регулярно занимается аэробикой и имеет тренированные мышцы, то можно говорить о большем уровне работоспособности всех систем организма.

Посредством систематических занятий оздоровительной аэробикой улучшается состояние позвоночника за счет увеличения трофики межпозвоночных дисков, путем растягивания глубоких мышц позвоночного столба, а также укрепления мышц спины и брюшного пресса, создавая тем самым естественный корсет для позвоночника (Г. С. Туманян, 2009, В. Н. Утенко, С. А. Суханов, 2000) [2].

В ходе педагогического эксперимента нами был апробирован вариант включения средств оздоровительной аэробики в занятия по физическому воспитанию студентов УВО.

Занятия оздоровительной аэробикой проходят под динамичное музыкальное сопровождение, что способствует «снятию стресса» и «расслабляет» психику, вызывая состояние умиротворения и комфорта после тренировки. Решается также вопрос о ликвидации монотонности занятий за счет сочетания аэробной и статодинамической нагрузки.

Методика проведения занятий с использованием средств оздоровительной аэробикой включает в себя четыре части:

Первая часть занятия — разминка. Состоит из несложных в координационном плане упражнений, выполняемых с небольшой амплитудой.

Вторая часть — основная аэробная. Состоит из серии основных шагов на 8 счетов (одна восьмерка). Четыре восьмерки, объединенные вместе, называют блоком. Как правило, на одном занятии разучивается 4—8 блоков, которые объединяются в одну танцевальную композицию. Преимущество такого метода заключается в том, что разучивание последовательно выполняемых движений требует запоминания, включая механизмы двигательной памяти, исключая тем самым монотонность и рутинность повторения одного и того же действия много раз. Обязательным является то обстоятельство, что при использовании данного метода должен строго соблюдаться принцип доступности и постепенности.

Третья часть — силовая, основная. Позволяет компенсировать недостаточную эффективность аэробной части занятия в отношении развития силы основных мышечных групп. Силовая часть одного занятия направлена на укрепление, как правило, одной мышечной группы (мышцы пресса и спины, мышцы верхних конечностей, мышцы нижних конечностей). Эта часть состоит из подходов, включающих 5—6 целенаправленных упражнений на одну мышечную группу. После каждого подхода применяется «стрейчинг» работавших мышц. Таких подходов должно быть 2—4 в структуре одного занятия.

Четвертая часть — заключительная, направлена на восстановление дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Она включает упражнения на расслабление и восстановление частоты сердечных сокращений.

Эффективность включения данного метода в занятия физической культурой определялась в ходе педагогического эксперимента по результатам тестирования УОФП: выносливости — челночный бег, регистрировалось время преодоления беговых отрезков; теста на гибкость — наклон вперед из положения сидя; теста на силу — сгибание-разгибание рук в положении упор лежа.

С этой целью нами определялось влияние занятий оздоровительной аэробикой в ходе практических занятий по учебной дисциплине «физическая культура» на показатели общей физической подготовленности студенток.

Исследование проводилось на базе Брестского государственного технического университета и Барановичского государственного университета со студентками 4 курса дневной формы получения образования. Были сформированы 3 группы — 1 контрольная (КГ) и 2 экспериментальные (ЭГ₁ и ЭГ₂), по 18 человек в каждой. В течение одного года девушки КГ занимались по обычной программе физического воспитания студентов, девушки ЭГ₁ и ЭГ₂ — с использованием оздоровительной аэробики 3 раза в неделю по 2 академических часа. Выборки формировались с учетом уровня физической подготовленности и избранного студентками направления спортивного совершенствования.

За основу нормативов общей физической подготовленности нами принята оценочная система многоборья «Здоровье» (Единая спортивная классификация Республики Беларусь 2000—2008 гг.), где каждый результат сопоставляется с показателями соответствующей для данного возраста таблицы.

Для определения развития уровня быстроты испытуемые выполняли тест в беге на 100 м. Было установлено, что у девушек, занимающихся в контрольной группе, также как и у студенток экспериментальных групп, уровень развития быстроты составил 15,2 с. Соответственно занятия в обеих группах способствуют поддержанию и развитию скоростных способностей.

При оценке силовых способностей студентками выполнялся тест сгибание и разгибание рук в упоре лежа. У девушек контрольной группы полученный результат свидетельствует о невысоком уровне развития силы — средний показатель составил 30,3 раз. Силовые способности испытуемых занимающихся оздоровительной аэробикой соответствуют высокому уровню — 38,9 раз.

Полученные результаты в беге на 1000 м показали, что у девушек контрольной группы средний результат составил 4 мин 50 с. У студенток экспериментальных групп результат в беге был значительно выше, чем в контрольной, и составил 3 мин 48 с.

Таким образом, результаты педагогического эксперимента свидетельствуют об эффективности разработанной методики проведения занятий физической культурой с использованием средств оздоровительной аэробики со студентками УВО.

Литература

1. Туманян, Г. С. Здоровый образ жизни и физическое совершенствование : учебное пособие / Г. С. Туманян. — М. : Академия, 2006. 512 с.
2. Утенко, В. Н. Использование нетрадиционных средств в оздоровительной физической тренировке: состояние проблемы и возможные пути ее решения / В. Н. Утенко, С. А. Суханов // Вестник Балтийской педагогической академии. — 2000. — №31. — С. 8—14.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ВНИМАНИЕ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В настоящее время все большую популярность набирают темы, связанные с физической активностью и здоровьем студентов. В данной статье мы рассмотрим способы для улучшения внимания и приобретения качества - внимательность, от которого зависит качество нашей жизни.

Внимание – это избирательная направленность сознания на определенный объект или явление. Сущность его заключается в концентрации сознания, сосредоточенности, способности воспринимать объект ясно и четко. Оно является частью другого процесса, частью любой сознательной деятельности, которое крепко связано с интересами человека и характеризует направленность личности, ее потребности, установки и цели. [1]

Наш головной мозг обладает уникальной способностью одновременно держать под контролем состояние каждой клеточки человеческого тела и определенным образом воздействовать на нее. Клетки мозга получают информацию по чувствительным нервным волокнам, обрабатывают и передают ее из области подсознания в область сознания. Развитие познавательных процессов, в частности внимание, напрямую зависят от физического и психологического состояния, места нахождения личности, поставленной цели самой личностью.

В конце февраля 2015 года были выявлены субъективные показатели 14 студентов специального медицинского отделения о том, как они себя чувствуют, просыпаясь утром, а также был проведен эксперимент, в котором студенты воспринимали и выполняли физические упражнения. В это время преподаватель при объяснении использовал только метод слова. 57% группы правильно и точно выполняли упражнения с первого объяснения, а для 43%, которые были невнимательные, сонливые, уставшие, необходимо было использовать еще и метод показа упражнений. Из этого можно сделать вывод, что мозговое кровообращение ухудшается из-за малоподвижного образа жизни, недостатка физических упражнений и длительной сидячей работы, особенно, если при этом голова остается длительное время в одном и том же неизменном положении, что приводит к снижению активности познавательного процесса.

Как же влияют физические упражнения на мозговое кровообращение и внимание человека?

Как показало исследование специалистов из Арнольдской школы здравоохранения, что регулярные физические упражнения увеличивают кровообращение, что влечет за собой увеличение количества органелл — митохондрий — в мышечных клетках. Митохондрия - энергетическая станция клетки, её основная функция — окисление органических соединений и использование освобождающейся при их распаде энергии в синтезе молекул АТФ. Таким образом, рост числа органелл лежит в основе многих позитивных эффектов от физических упражнений [6].

Нынешняя работа демонстрирует, что физкультура положительно влияет в том числе на мозг, к примеру, ослабляя депрессию и улучшая внимательность.

Исследователи, в частности, установили, что регулярные умеренные занятия, даже по 20–30 минут в день, увеличивают количество митохондрий в клетках мозга так же, как и в мышцах. И это значит, что рост численности митохондрий связан с улучшением психического и физического здоровья. [4]

В течение месяца для улучшения кровоснабжения мозга в комплекс физических упражнений включались упражнения, которые требовали изменения положения головы – наклоны из стороны в сторону, вращение головой, статическое удержание положения, а также упражнения на координацию, которые выполнялись с открытыми и закрытыми глазами. Особенностью является то, что упражнения выполнялись в начале разминки и в период отдыха между упражнениями иной направленности. При выполнении упражнений необходимо следить за дыханием, движения головой выполнять плавно, без рывков. При появлении неприятных ощущений, потемнения в глазах, сильного головокружения гимнастику следует прервать и возобновить после непродолжительного отдыха, снизив интенсивность движений. В начале марта использовались упражнения на внимания только на 8 счетов, которые группа выполняла без недочетов со 2-3 раза, а через несколько недель упражнения усложнились до 16 счетов, в результате чего, правильное выполнение наблюдалось после 1 – 2 разов.

Задержки дыхания, как это ни покажется странным, способствуют улучшению мозгового кровообращения. Время от времени нужно это делать, чтобы очистить кровь, поступающую в мозг, и заставить ее циркулировать активнее [3].

Важным условием, как говорилось выше, для улучшения внимания – это место нахождения человека и это кислородная среда. Прогулка дает немедленную дозу кислорода вашему мозгу. Упражнения высокой интенсивности доставляют кислород и питательные вещества во все органы и мышцы вашего тела, а деятельность низкой интенсивности, такая как ходьба, эффективно насыщает кислородом мозг, не затрачивая его на другие части вашего тела. [5]

Известный всем факт, что наш головной мозг, очень остро ощущает недостаток кислорода. Как показали исследования, когда человек долго находится в душном помещении, то у него снижается скорость восприятия и острота мышления в десятки раз. Не стоит тогда и удивляться, тому, что нередко на работе и в учебных классах вас посещает состояние оцепенения, когда и не думается, а работа и учеба совсем не продвигаются.

Через 4 недели снова был проведен эксперимент с выполнением физических упражнений, используя преподавателем метод слова. Количество студентов, которые внимательно приняли описание физических упражнений, с последующим правильным выполнением увеличилось до 71%, что на 2 человека больше по сравнению с анализом результатов на конец февраля месяца.

Из этого можно сделать выводы, что если человек начинает выполнять как физические упражнения, так и повседневные дела внимательно, т.е акцентируя на это свое внимание, а также регулярное выполнение упражнения для улучшения мозгового кровообращения, которые необходимо выполнять в среде, богатой кислородом, чтение книг, осознанно переключаться с одного вида деятельности на другой, то внимание, становясь постоянной особенностью, перерастает во внимательность, которая, как черта личности, имеет большое значение в общем психическом облике человека. Тот, кто обладает этим, качеством, отличается наблюдательностью, способностью лучше воспринимать окружающее.

Внимательный человек реагирует на события быстрее и переживает их часто глубже, отличается большей способностью к обучению; круг его интересов, как правило, шире, чем у человека невнимательного.

Литература

1.Кравченко А.И. Общая психология: учеб. пособие / А.И. Кравченко. – М.: Проспект, 2009. – 57-63

2. Реан А.А. Психология и педагогика: учебник / А.А.Реан, Н.В.Бордовская, С.И.Розум. – СПб.: Питер, 2001 – 109-115
- 3 - <http://schastliviymir.ru/psychology/chto-takoe-vnimanie.html>
- 4 - http://www.ayzdorov.ru/lechenie_naryshenie_krovoobrasheniya_mozga.php
- 5 --<http://udoktora.net/gimnastika-dlya-uluchsheniya-mozgovogo-krovoobrasheniya-51500/>
- 6 -<http://www.sunhome.ru/journal/138096>

А.Й. Сікура, канд. біол. наук, доц., **Л.В. Пакірбаєва**, канд. біол. наук, доц.,
К.В. Палієнко
Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, м. Київ

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ ПЕДІАТРІЇ»

Найбільш актуальною проблемою сьогодення є збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління, створення таких умов життя, навчання і виховання, які б сприяли гармонійному фізичному, психічному і розумовому розвитку дитини.

Вирішення цієї проблеми в значній мірі залежить від рівня фахової підготовки педагогів дошкільних закладів і школи, рівня співпраці учителів і вихователів з медичними працівниками і батьками. Згідно з офіційною статистикою за останні 10 років в Україні рівень захворюваності природженими вадами розвитку серед дітей збільшився майже в два рази. У зв'язку із загальним зниженням рівня здоров'я дітей і переходом на навчання у школі з 6 років, вчителі початкової школи, як і вихователі дошкільних навчальних закладів у своїй практиці зустрічаються з випадками раптової хвороби у дітей, дитячого травматизму, інфекційних хвороб.

Виходячи з вищесказаного, вкрай важливим завданням є формування у майбутніх педагогів знань про основні захворювання дитячого віку, профілактичні заходи, гігієнічні основи виховання, санітарно-просвітницьку роботу.

На кафедрі медико-біологічних і валеологічних основ охорони життя та здоров'я Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова ці знання студенти отримують в процесі вивчення дисципліни "Основи педіатрії та гігієни дітей та підлітків".

Сучасна педіатрія включає в себе широке коло питань, пов'язаних зі здоров'ям дітей: особливості фізичного і психічного розвитку дітей різного віку, гігієнічні основи виховання, харчування, фізичного розвитку, профілактики і лікування дитячих хвороб, попередження дитячого травматизму тощо. Зважаючи на те, що фахові компетенції педагога передбачають не лікування хворої дитини, а створення здоров'язберігаючого середовища в процесі навчально-виховної діяльності в закладах освіти, особливого значення при вивченні дисципліни "Основи педіатрії та гігієни дітей та підлітків" набувають питання профілактики дитячих хвороб.

Аналіз літературних джерел з питань дитячої захворюваності показує, що захворюваність дітей в різні вікові періоди має певні особливості. Так, у дітей молодшого дошкільного віку на першому місці стоять хвороби органів дихання, гострі респіраторно-вірусні інфекції; для дітей віком 6-7 років більш характерними є захворювання глотки і носоглотки: риніти, ангіни, хронічні тонзиліти. В 6-8 років частішають випадки дитячого травматизму. У 5-8 років на перший план виступають захворювання органів травлення, карієс; на другому місці хронічні хвороби глотки і носоглотки, порушення постави, плоскостопість. Збільшується кількість дітей з порушенням зору. За статистичними даними в дошкільному віці 30- 32% дітей мають

відхилення в опорно-руховому апараті, 20-25% хвороби носоглотки, 27-30% захворювання органів травлення, 27-30% неврологічні проблеми, майже у 25% дітей старшого дошкільного віку реєструються прояви алергій. Під час навчання в школі зростає частота порушень зору, травної системи, нервової та ендокринної систем, відхилення в серцево-судинній системі. [3, 16-17с.]

Велике значення має проблема інфекційної захворюваності дітей дошкільного і молодшого шкільного віку у зв'язку з численними випадками відмови батьків від профілактичних щеплень, легкістю і швидкістю поширення інфекційних хвороб в дитячих колективах.

Так звані дитячі інфекції – кір, краснуха, дифтерія, кашлюк, вітряна віспа, епідемічний паротит – найчастіше вражають дітей від 1 до 8 років, що включає в себе як дошкільний період, так і молодший шкільний вік. Тому, в широкому колі питань, що охоплює сучасна педіатрія, питання специфічної та неспецифічної профілактики інфекційних хвороб є особливо актуальними. [1,3, 83 с.]

Для попередження дитячої захворюваності важлива медико-генетична консультація майбутніх батьків, виключення факторів ризику і тератогенних впливів під час вагітності, таких як вживання алкоголю, тютюну, наркотиків, більшості ліків; уникнення радіаційних, хімічних небезпек, інфекційних захворювань у майбутньої матері. Це значно зменшує ризик народження дитини з вродженими вадами, спадковими хворобами. У первинній профілактиці формування аномалій у дітей велике значення надається харчовому раціону вагітної жінки, запобігання токсикозам вагітних, стресовим ситуаціям і психічним перевантаженням майбутньої матері. Законодавчо обмежується час або повністю виключається перебування вагітної в шкідливих умовах на виробництві, праця в нічні зміни. Охоронний режим життя вагітної жінки є необхідною умовою профілактики хвороб майбутньої дитини.

Для дітей раннього віку правильний догляд, природне вигодовування, виконання гігієнічних вимог до режиму дня, одягу, приміщення де перебуває дитина є необхідними передумовами запобігання хвороб. [3, 92с.]

З першого дня народження дитини починаються заходи попередження інфекційних хвороб, що полягають у чіткому виконанні графіку вакцинації при відсутності протипоказань. Профілактичні щеплення мають виключно велике значення у попередженні інфекційних захворювань, значно зменшують ймовірність виникнення інфекційної хвороби, створюючи імунний захист у дитини.

Важливим і необхідним компонентом неспецифічної профілактики захворювань є загартування дітей, починаючи з першого року життя, при дотриманні трьох головних умов: поступовості, систематичності і безперервності. Приділяється велика увага гартувальним процедурам, що сприяють вдосконаленню адаптаційних терморегуляційних механізмів дитячого організму. При цьому застосовуються як традиційні – повітря, вода, сонце – так і нетрадиційні методи загартування. У профілактиці виникнення гострих і хронічних захворювань у дітей велику роль відіграє санація постійних вогнищ інфекції в організмі: лікування карієсних зубів, хронічного тонзиліту, аденоїдиту тощо.

Профілактика сколіозу, плоскостопості, порушень зору і слуху, захворювань внутрішніх органів, нервово-психічних порушень – в кожному розділі педіатрії особливий наголос ставиться на засобах попередження патології у дітей. Запобігання дитячому травматизму є необхідною умовою збереження життя та здоров'я і полягає у дбайливому і уважному догляді за дітьми, у навчанні дітей елементарним правилам безпечної поведінки та вчасному усуненні недоліків на дитячих майданчиках, в спортивних залах тощо.

Соціальний захист дітей, створення сприятливих умов для фізичного, інтелектуального і духовного розвитку дитини в сім'ї і закладах освіти – необхідні

складові профілактики захворювань серед дітей. Викладання цих та інших програмних питань в процесі вивчення дисципліни “Основи педіатрії та гігієни дітей та підлітків” студентам освітньо-кваліфікаційного рівня “Бакалавр” спрямоване на реалізацію зміста освіти відповідно до державних стандартів освіти.

Викладачами кафедри медико-біологічних і валеологічних основ охорони життя та здоров'я Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова застосовуються активні методи навчання на різних видах занять. Активізація засвоєння матеріалу студентами під час традиційних форм занять досягається в результаті постійно діючих прямих і зворотних зв'язків між викладачем і студентами. Для інтенсифікації навчального процесу застосовується взаємоперехід різних навчальних дисциплін, лекцій та семінарських занять, аудиторної та позааудиторної роботи.

Широко використовуються різні форми й методи викладання теоретичного матеріалу: лекції-бесіди, що передбачають безпосередній контакт педагога з аудиторією; проблемні лекції, що спираються на послідовно модельовані проблемні ситуації, які створюються шляхом постановки проблемних запитань; заняття у формі лекції-консультації, які проводяться, коли тема має суто практичний характер.

При викладанні дисципліни “Основи педіатрії та гігієни дітей та підлітків” використовуються також комп'ютерні слайдові презентації. Автор вважає, що подібний виклад матеріалу якнайкраще відповідає реалізації тих завдань, які стоять перед сучасною лекцією.

Отже, резюмуючи, можна сказати, що одним із найактуальніших питань дисципліни “Основи педіатрії та гігієни дітей та підлітків” є питання профілактики; використання різних форм і методів викладання та застосування мультимедійних засобів у викладанні дисципліни “Основи педіатрії та гігієни дітей та підлітків” дозволяє удосконалити навчальну роботу з студентами.

Література

1. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки : постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-п. – Назва з екрану.

2. Інфекційні хвороби у дітей / [Богадельніков І.В., Голопихо Л.І., Дмитрієва Н.О. та ін.] ; за ред. С.О.Крамарева. – К.: МОРІОН, 2003. – 480с.

3. Чабовская А. П. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста / Чабовская А. П., Голубев В. В., Егорова Т. И. – 3-е изд., доп. и перераб. – М.: Просвещение 1987 - 272 с.

С.В. Страшко, канд. біол. наук, проф., **І.В. Шеремет**, **К.В. Палієнко**
Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, м. Київ.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ У СТУДЕНТІВ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ УЯВЛЕНЬ ПРО НЕБЕЗПЕКУ ВІЛ/СНІДУ

Поряд з численними даними науково-методичної літератури про ВІЛ/СНІД, його загрозу для людства, статистику про невпинне зростання вказаної хвороби, рекомендації щодо можливого запобігання їй, існує діаметрально протилежна точка зору низки вчених відповідно якої «СНІДУ не існує, а люди вмирають з інших причин». До такої думки схилиються проф. П. Дюсберг (Каліфорнія), проф. Мулліс, які попереджають, що «гіпотеза ВІЛ/СНІДУ – це не просто наукова недоробка, а пекельна помилка». Вони стверджують, що ВІЛ ніколи не виділяється у людей в лабораторних

умовах, називають мікроорганізм «безпечним для людини», просто «вірусом-супутником», а смерть від СНІДу відносять до області «ненаукової фантастики». Навіть властивість ВІЛ швидко розмножитися в організмі людини не визнають як причину подальшого вираженого стійкого імунодефіциту.

П.Дюсберг вважає ВІЛ вигаданим, а гіпотезу ВІЛ/СНІДу як ту, що «народила дивовижний список 30 раніш відомих захворювань, які тепер можуть бути діагностовані як СНІД». А ідеї опонента гіпотези ВІЛ/СНІДу угорця А. Макка відносно постійного акцентування на невиліковності даної хвороби з метою отримання грошей на дослідження та розробку препаратів проти СНІДу, які є токсичними, руйнуючими імунну систему, стають просто шкідливими для прогресу. Доктор Б.Елісон (англ.) в журналі «AIDS» підкреслює, що навколо проблеми вірусу імунодефіциту людини точиться «позалаштункова гра», яка спрямована на можливість фінансових маніпуляцій. Доктор Д.Лорицен (амер.) також вказує на матеріальну зацікавленість, бізнес, пов'язані із СНІДом; деякі вітчизняні автори (Сазонова І.М. та ін.) приєднуються до вищезазначених, висловлюючи сумніви з приводу ВІЛ/СНІД проблеми. Особливо небезпечним для формування мотивації правильного ставлення до СНІДу у молоді стає проголошений Дюсбергом та ін. висновок, що «імунна система наркоманів та гомосексуалістів не від гіпотетичного ВІЛу, а від використання наркотиків».

Враховуючи вищесказане, а саме наявність альтернативної думки щодо існування ВІЛ/СНІДу, ми поставили перед собою задачу – використовуючи сучасну наукову інформацію, навести основні об'єктивні дані з історії ВІЛ/СНІДу, про ВІЛ як мікроорганізм, механізм проникнення його в клітини хазяїна та наслідки патогенної дії вірусу. Метою даної роботи є формування у студентів адекватної мотивації ставлення до ВІЛ/СНІДу як до реальної небезпечної інфекції.

Історія «знайомства» із самостійною хворобою – ВІЛ/СНІДом формально починається з 1981р., коли Центр контролю за хворобами США *Centrum Disease Control – CDC* у Щотижневому віснику від 05.06.1981 року повідомив про 5 випадків тяжкого перебігу запалення легень (пневноцистної пневмонії) з летальним виходом у молодих чоловіків, віком до 30-ти років. Раніше, подібний перебіг хвороби спостерігався виключно лише у новонароджених та дітей першого року життя, що були надто ослаблені. Походження хвороби залишалось нез'ясованим.

Аналізуючи вищевказані 5 випадків хвороб легень та наявність у хворих деяких шкірних патологічних ознак, американський імунолог М.Готліб (M.Gotlieb) (1982) встановив їх залежність від прогресуючого ураження імунної системи організму людини. Тоді ж вперше був сформульований, так званий синдромний діагноз: синдром набутого імунодефіциту (СНІД), -AIDS –AcquiredImmunodeficiencySyndrome. Ця назва отримала загальне визнання. Нею підкреслюється, що мова йдеться про самостійну, набуту, а не природжену неповноцінність (дефіцит) імунної системи. Пізніше стало відомим, що СНІД – це в значній мірі термінальна стадія хвороби. В цілому світі її стали називати ВІЛ-СНІД інфекцією. Це означало, що існує попередня багаторічна скрита вірусна інфекція, що може бути встановлена тільки шляхом виявлення спеціальних ознак вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ). Згідно наведеної інформації про 5 випадків смерті від пневмонії, всі 5 хворих мали гомосексуальну орієнтацію, що дозволило охарактеризувати СНІД, як «хворобу гомосексуалістів». Однак, у наступних публікаціях з'явилися повідомлення про хворих на СНІД чоловіків та жінок із гетеросексуальною орієнтацією, вказуючи на те, що гомосексуальний шлях передачі хвороби не може розглядатися як єдиний.

Далі СНІД зареєстровано у хворих на гемофілію, що характеризується неможливістю згортання крові, тобто припинення кровотечі при пораненнях. У зв'язку з тим, що даним пацієнтам проводили лікування шляхом внутрішньовенного введення препаратів донорської крові, причому неодноразово, виникла ідея про можливість

існування механізму зараження через кров. Так як донори, що здавали власну кров були практично здорові, тобто без наявності ознак хвороби, цей факт ще раз підтвердив існування латентної (скритої) стадії інфекційного процесу. Це обумовило необхідність обов'язкового скринінгового контролю донорів, що введено в усіх країнах світу, в Україні з 1985р.

Суттєве значення мали відомості про виявлення клінічних ознак СНІДу у наркоманів, що вживали наркотичні речовини, користуючись внутрішньовенним засобом їх введення в організм. Подалі наркомани склали першу основну групу високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією. Суттєво розширилася географія хворих на СНІД. Поряд із США стали з'являтися публікації в багатьох країнах Західної Європи; причому, привертає увагу те, що частота реєстрації СНІДу спостерігається переважно у осіб африканського походження. В колишньому СРСР діагноз СНІД вперше поставлено у 1987р. (проф. Н.С. Потекаєв).

Спочатку природа СНІДу залишалася нез'ясованою. Однак вже перші епідеміологічні данні –особливості складу захворівших, наявність контактів між ними, виявлення цілого епідеміологічного ланцюга хворих, а також, деяких ознак, що характерні тільки для інфекційних хвороб, дозволили вченим та практикам медико-біологічного напрямку здійснити припущення про інфекційне походження хвороби. Це було підтверджено об'єктивно –виділенням збудника. У 1983р. майже одночасно у двох лабораторіях –L.Montagnier (Інститут Пастера, Франція) та R.C. Gallo (Національний інститут рака; США), від хворих з ознаками СНІДу виділено вірус – збудник. Спочатку вони мали 2 різні варіанти назви. Французький LAV (АВЛ – асоційований вірус лімфаденопатії) та американський HTLV (ТЛВЛ –Т-клітинний лейкоемічний вірус людини). Рішенням Міжнародного Комітету експертів з таксономії вірусів у 1986р. збудник дістав назву HIV – ВІЛ – вірус імунодефіциту людини. В тому ж році в лабораторії L.Montagnier доведено існування варіантів ВІЛ: перший, що реєструється повсюди – ВІЛ – 1; другий –переважно у Західній Африці –ВІЛ – 2.

Структура ВІЛ досить складна. Збудник має діаметр приблизно 100 нм. Має характерну для ретровірусів конічну форму основного білка, нуклеокапсиду (protein-24; p-24). В цьому протеїні закладено 2 одноланцюгові РНК, та пов'язані з ними білки. В центрі p-24 локалізуються ферменти та гени, що координують всі етапи життєвого циклу ВІЛ (синтез вірусних білків, та зворотньої транскриптази). Принципово важливе значення має будова оболонки. Вона представляє фрагмент мембрани клітини-хазяїна, її зовнішнього шару, або ендоплазматичного ретикулуму. В ліпідному шарі локалізуються глікопротеїни (gp), довжиною в 160 кілодальтон. Вони відіграють ключову роль у механізмі впізнавання вірусом клітини-мішені хазяїна та проникнення його внутрішньоклітинно. Форма цих глікопротеїнів нагадує гриб. „Капельюшок гриба” (gp 120) співпадає з зовнішньою частиною оболонки, „ніжка гриба” (gp.-41 – частина, що розміщується безпосередньо в оболонці. Одній „ніжці” співвідноситься 1-3 „капельюшка”. Надлишок gp 120 може відокремлюватися від вірусу та циркулювати в крові. Вірус імунодефіциту людини, щодо дії на нього фізико-хімічних факторів досить нестійкий. При температурі 22°C його активність зберігається протягом 4-х діб. Після обробки 0,5 % розчином натрія гідрохлориду або 70 % спиртом впродовж 10 хвилин активність вірусу втрачається. Вірус миттєво гине при кип'ятінні; при дії спирту, ацетону, ефіру також. На поверхні шкіри швидко руйнується внаслідок дії захисних ферментів організму, а також бактерій.

На поверхні вірусу –численні глікопротеїнові відростки оболонки; під сферичною оболонкою спостерігаються сплетіння, що утворюють симетричну структуру – «скелет», який підтримує серцевину вірусу у певному положенні. В конусоподібній середині вірусу, в її розширеній частині, «запаковані» тяжі - РНК-геном

вірусу, що за допомогою транскриптази вбудовується у генетичну інформацію клітини людини.

В останні роки доведено, що навіть в умовах відсутності CD4+ рецептора, деякі клітини мають властивості вибірково адсорбувати на своїй поверхні ВІЛ, таким чином сприяючи його транспортуванню в організм. До таких клітин, зокрема, відносяться сперматозоїди та клітини слизової оболонки прямої кишки. Вказані клітини відіграють особливо важливу роль при статевому шляху зараження. Певну чутливість до ВІЛ мають деякі клітини нервової системи.

В процесі розмноження вірусу заражені клітини гинуть. При ураженні клітин крові (лімфоцитів, макрофагів) у людини розвивається імунодефіцит, організм її стає беззахисним перед бактеріями, іншими вірусами; факторами, що викликають виникнення онкологічних захворювань.

Внутрішньоклітинна трансформація вірусу починається з звільнення нуклеокапсиду від оболонки (фаза роздягнення). При цьому допускається, що оболонка вірусу стає частиною мембрани клітини-мішені хазяїна. Розкриття серцевини визначає можливість визволення РНК-вірусу, що є вихідною точкою початку ретропроцесу. За допомогою зворотної транскриптази за зразком геномної ВІЛ РНК починається синтез ДНК з утворенням ДНК-провірусу. При цьому частково використовується азотвміщуючі сполучення з цитоплазми клітини. А далі – утворений про вірус проникає з цитоплазми у ядро, де він вбудовується у геном клітини хазяїна у вигляді молекул спіральної форми.

Наслідком дії ВІЛе розлади імунологічних функцій. Спектр цих розладів досить широкий і включає порушення активації клітин імунної системи під впливом прямої дії ВІЛ, а також виснаження та дисфункцію Т-лімфоцитів CD4+, що розвивається з часом і складає основну причину виникнення імунодефіциту. Яким чином вірус знищує клітини-мішені, ще не зовсім ясно. Для пояснення цього процесу існують пропозиції вчених про різні механізми: накопичення РНК та ДНК в цитоплазмі та внутрішньоклітинне сполучення CD4+ з гр 120. Інфіковані клітини можуть з'єднуватися з неінфікованими внаслідок взаємодії гр 120 – CD4+, при цьому утворюються гігантські багатоядерні клітини. Зв'язуючись із поверхнею неінфікованих Т-клітин CD4+, гр 120 робить їх також чутливими до Т-лімфоцитів із специфічною клітинно-токсичною активністю. Білки ВІЛ здатні діяти як речовини-антигени, що призводять до виснаження популяції імунокомпетентних клітин. Внаслідок цього пригнічується здатність вказаних клітин виконувати специфічні захисні реакції в організмі хворого на СНІД. При цьому змінюється і якісний склад клітин, що представляють імунну систему. Результати експериментів показали, що щоденно з інфікованих клітин звільняється 10^9 - 10^{10} вірусів і така ж кількість нових клітин підлягає інфікуванню та гине.

Очевидним є основне значення прямого інфікування вірусом Т-клітин-хелперів, що ініціюють та відіграють ключову роль у формуванні імунної відповіді. Прицільний «відстріл» Т-хелперів робить людину беззахисною не стільки від зовнішніх, скільки від внутрішніх інфекцій. Випадає система постійного імунного нагляду, що стримує активацію мікробної флори, яка мешкає на зовнішніх покривах людини. Не випадково 5 перших хворих на СНІД, дорослих чоловіків квітучого віку, загинули від пневмоцистної пневмонії, від якої вмирали лише недоношені новонароджені. Неповноцінність імунної відповіді не тільки оживлює різні інфекційні агенти, а й „розгальмовує” систему втримання пухлинного росту, за рахунок загибелі клітин, так званих натуральних Т-кілерів. Ця важлива ланка ланцюга механізму, так званого онко-СНІДу обумовлює розвиток злоякісних новоутворень. Основний фактор механізму ВІЛ-інфекції – різке зменшення кількості CD4+ клітин: підраховано, що впродовж цієї патології вміст CD4+ клітин знижується в 10-20 разів.

Таким чином, спираючись на вищенаведені дані з історії виникнення ВІЛ/СНІДу, про біологічну природу ВІЛ, механізм його проникнення в імунну систему, імунологічні розлади останньої, та наслідки для організму, можна об'єктивно підтвердити реальне існування даної інфекції, її небезпеку для здоров'я та життя людини та використати ці дані для формування мотивації неупередженого ставлення до захворювання.

Література

1. А. Ройт, Дж. Бростофф, Д.Мейл – М.: "Мир", 2000. – 582с.
2. Бовина И.Б. Особенности представления молодежи о СПИДе и раке // Мир психологи. – 2012. – №3. – С.209-221.
3. Мавров И.И. Половые болезни – К.: Укр.энцикл., 2010. – 480с.
4. Заплатинський В.М., Чорненька В.Д. Питання профілактики ВІЛ/СНІДу у галузевих стандартах вищої освіти. БЖД / Освіта. Наука. Практика: матеріали VI науково-методичної конференції. – К.: НАУ, 2011. – С.87-92.

Ю.И. Соколов, И.М. Корниенко, А.Е. Причинич

УО «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

БЕГ – КАК СРЕДСТВО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Бег – самый доступный из всех видов спорта. Им можно начинать заниматься с любого возраста. И это объяснимо. Бег не требует предварительного обучения, не зависит от наличия спортивных баз, инвентаря и оборудования. Занятия бегом можно проводить круглый год. Оздоровительный бег – самое верное средство сохранения и укрепления сил: в нем, как ни в одном другом виде физических упражнений, доступны равномерные, длительные, легко регулируемые и достаточно ощутимые физические нагрузки. Бег – это всегда тренировка на свежем воздухе, это огромное количество благотворного кислорода, проходящего через легкие и обогащающего кровь в объеме, в несколько раз превышающем объем в спокойном состоянии, что улучшает деятельность и повышает тонус сердечно-сосудистой системы. Также при занятиях бегом происходит значительная функциональная перестройка работы всех органов и систем, что улучшает здоровье, повышаются выносливость и работоспособность, закаленность организма, исчезают неприятные ощущения в области сердца, совершенствуются функции желудочно-кишечного тракта и желез внутренней секреции, развивается сила мышц, укрепляются кости, сухожилия и связки, улучшается подвижность и координация движений, нормализуется вес тела.

Таким образом, бег обеспечивает жизнь без болезней, активное долголетие, создает стройную фигуру, воспитывает силу воли и уверенность в себе.

Оздоровительной тренировкой называется система физических упражнений, направленных на повышение функционального состояния организма до высокого уровня МПК, на снижение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, профилактику инфаркта, укрепление здоровья, увеличение продолжительности жизни и улучшении ее качества.

Основная цель оздоровительного бега – здоровье, т.е. повышение функционального состояния до безопасного уровня, а не рекорды, как у спортивного. Характерные его черты – невысокий темп и постепенность в увеличении нагрузок.

Есть много вариантов построения тренировок в начальный период занятий. У каждого из них есть не только преимущества, но и недостатки. Поэтому начинающему бегуну целесообразно их изучить, попробовать, а затем выбрать или выработать свою

систему, т.к. любой вариант представляет собой усредненные данные, а поэтому не в полной мере приемлем для конкретного человека. Все варианты общие по некоторым закономерностям:

1. Принципы:

- вначале пройти углубленный медицинский контроль в поликлинике, получить рекомендации специалиста. Врачебный контроль проходить 2 раза в год, а лицам, имеющим отклонения в состоянии здоровья – 1 раз в квартал;

- нагрузка должна быть адекватной и оптимальной для конкретного человека и не вызывать выраженного утомления;

- на начальных этапах бегать следует одному, иначе невозможно определить оптимальную скорость. Только позже можно подобрать себе подходящего партнера;

- бегать следует через день, т.к. с возрастом скорость восстановления снижается;

- вести самоконтроль: субъективные показатели (самочувствие, настроение, сон, аппетит и др.) и объективные (антропометрические данные, объем и интенсивность нагрузок и др.).

2. Методом тренировки является равномерный – прохождение всей дистанции в ровном темпе с постоянной скоростью. У начинающих бегунов в качестве подготовительного метода применяется чередование отрезков бега и ходьбы (50 м бега через 150 м ходьбы).

3. Средства (подходят только для тренировки в зависимости от подготовленности):

а) длительный равномерный бег 45-120 мин (при ЧСС 130-145 уд/мин) 1 раз в неделю. Применяются для развития и поддержания общей выносливости.

б) кроссовый бег 30-90 мин (при ЧСС 140-155 уд/мин) 1-2 раза в неделю. Применяется для развития выносливости только хорошо подготовленными бегунами.

в) равномерный бег 15-30 мин (при пульсе 100-130 уд/мин – в зависимости от возраста). Являются основным тренировочным средством для начинающих бегунов. Более подготовленные используют его в качестве восстановительной тренировки.

4. Величина тренировочной нагрузки складывается из объема и интенсивности. Объем нагрузки измеряется количеством пробегаемых километров за одно занятие в недельном цикле тренировки. Оптимальный объем тренировочной нагрузки, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности организма, у людей среднего возраста колеблется от 30 до 40 км в неделю. Минимальный объем нагрузки – 15-25 км медленного бега в неделю. Количество тренировочных занятий при этом должно быть 3-5 раз в неделю. Интенсивность воздействия нагрузки зависит от скорости бега и определяется частотой сердечных сокращений (ЧСС). Скорость в оздоровительном беге не должна превышать порога анаэробного обмена (ПАНО), который у начинающих бегунов соответствует до 130 уд/мин, а у хорошо подготовленных - до 150 уд/мин. Ниже этих показателей тренировка менее эффективна, поскольку ударный объем крови не достигает максимальной величины. У пожилых людей и имеющих отклонения в здоровье частота пульса должна быть не более 120 уд/мин. При адекватной нагрузке ЧСС через 10 минут после остановки должна снизиться на 25-35%.

5. Этапы тренировки.

I этап – состоит из 10 мин ходьбы + 5 мин медленного бега + 5 мин ходьбы. Пульс не должен превышать 120 уд/мин. Продолжительность занятия 20 мин, этапа – 3 - 4 недели по 3 - 4 занятия в неделю. За это время улучшится тонус ног и спины, кровоснабжение отдельных органов.

II этап (начинается при выполнении объема I этапа – не менее 12 занятий) длится 3 – 4 недели с продолжительностью 1 занятия 30 мин: 10 мин ходьбы + 10 мин легкого бега + 3 мин ходьбы + 7 мин легкого бега. Молодые и здоровые могут начинать

тренировку с I этапа, заменив ходьбу бегом. Для больных бег может оказаться недоступным, и тогда тренировка может ограничиваться ходьбой (3 – 5 раз в неделю до 1 часа).

III этап длится 6 – 8 недель продолжительностью каждого занятия 40 мин: 5 мин ходьба + 30 мин медленного бега + 5 мин ходьбы. На данном этапе должна быть настоящая «трусца» и постоянное слежение за ЧСС при беге (не более 120-130 уд/мин).

IV этап длится 3 – 4 месяца по 3 – 5 занятий в неделю с постепенным увеличением длительности бега до 45 мин в 1 занятии и повышением ЧСС до уровня ПАНУ. Можно вносить изменения во избежание однообразия. Например, на 1 занятии – пробежка в течении 10-15 мин, на 2-м – 45 мин.

Обязательно перед основной частью тренировки и после нее нужно сделать несколько упражнений на гибкость, а по мере тренированности – после основной части определенные комплексы общеразвивающих и специальных упражнений, направленных на развитие и поддержание физических качеств, но учитывая возрастные возможности.

IV этап является завершающей основную программу, поскольку, бегая 3 -5 раз в неделю по 30-60 мин, можно получить нагрузку, достаточную для укрепления здоровья.

V этап - непрерывный бег. Если прошли все этапы в полном объеме и после окончания тренировочного бега, независимо от того, как быстро и долго Вы бегали, пульс должен вернуться к исходному нормальному через 15 мин отдыха, то при желании можно включиться в группу для подготовки к соревнованиям по бегу для своего возраста.

В заключение можно сказать, чтобы быть здоровым – нужны собственные усилия, постоянные и значительные. Заменить их нельзя ничем. И чем раньше начать, тем большего можно достичь с меньшими затратами усилий и времени.

Бег – очень мощное средство, направленное не на определенный орган, а на оздоровление всего организма. Он раскрывает в нас такие физические возможности, о которых мы и не подозреваем. Не покой, а разумная двигательная активность, систематические и постепенно возрастающие нагрузки укрепляют наш организм.

Если даже Ваш организм годами подвергался неправильному воздействию, если его нуждами пренебрегали слишком долго, он все еще способен к восстановлению, но, конечно, при условии проявления силы воли и жертвовании времени и терпении, так как здоровье за несколько часов не поправишь.

И последний вопрос – когда надо начинать заниматься бегом? Т.П.Юшкевич рекомендует следующее: «...Если вы хотите достичь хороших результатов, начните не медля. Не дожидаетесь завтрашнего дня, следующей недели или месяца. Не откладываете до теплых дней, не ждите, пока растает снег, улучшится погода – до тех пор, когда все условия будут благоприятными для вас. Начинайте сегодня!».

¹Т.Ф. Торба, ¹С.Л. Володкович, канд. пед. наук, ²Н.А. Сергейчик

¹УО «Гомельский государственный технический университет имени П.О. Сухого»

²УО «Белорусский торгово-экономический университет потребительской кооперации»

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ

Сохранение здоровья актуально в студенческом возрасте, так как здоровье студентов определяется особенностями этого периода в их жизни. Студенческая среда относится к ситуациям повышенных требований, психических нагрузок и

перегрузок. Именно в этот период формируется будущий профессионал, состояние психического здоровья которого непосредственно влияет на успешность деятельности и стиль жизни в целом и таким образом приобретает высоко общественное значение[1,4].

Современный темп и уровень экономических и психологических нагрузок значительно превышает адаптационные возможности основной массы студентов, что находит свое естественное отражение в появлении неблагоприятных психоэмоциональных состояний и негативно отражается на эффективности процесса обучения в вузе, приобретении профессиональных навыков и психическом здоровье в целом.

На основании изучения специальной литературы видно, что студенты уверены в неисчерпаемости собственных физических и психических ресурсов, в то же время, зная о ценности здоровья в студенческий период, не осознают необходимости обеспечивать мотивацию здорового поведения, не владеют навыками здорового стиля жизни, нуждаются в приобретении знаний и практического опыта в области укрепления своего здоровья (Г. Ю. Козина, В. Я. Шклярук). Отечественными и зарубежными авторами подчеркивается высокая значимость представлений в жизни человека, их регулятивная функция по отношению к восприятию действительности и поведению (Г. В. Акопов, Б. Г. Ананьев, М. К. Андреева, С. Московичи, В. Н. Мясищев). Проблема ценностей очень тесно связана с учебно-воспитательным процессом, который в свою очередь является важнейшим средством познания ценностей [2,3,5].

Для сохранения и укрепление здоровья необходимо осознано подходить к своему здоровью – оно должно стать ценностным.

Цель исследования: определить осознанность и целостность в формированию собственного здоровья в зависимости от возраста.

Исследование было проведено в двух возрастных группах на базе УО ГГТУ им. П.О. Сухого, в обследовании принял участи 50 студентов 1 курса в возрасте от 17 до 20 лет и 50 слушателей института повышения квалификации (ИПК) в возрасте от 25 до 40 лет.

В процессе теоретического анализа, проведенного нами, ценностное отношение к здоровью было описано с позиции трех компонентов — эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого.

Следует отметить, что понятие «отношение к здоровью» еще относительно ново для психологической науки. Данный понятийный конструкт в настоящее время носит скорее описательный характер и создан по аналогии с психологическим понятием «отношение»[2,3,4].

При субъективной оценке состояния своего здоровья считают себя практически здоровыми 23% студентов и 40 % слушателей, часто болеют (более двух раз в год) – 9 % студентов и 5 % слушателей соответственно, редко болеют (менее двух раз в год) – 27 % и 45 % соответственно. Имеют хронические заболевания 41% и 10% соответственно (рисунки 1).

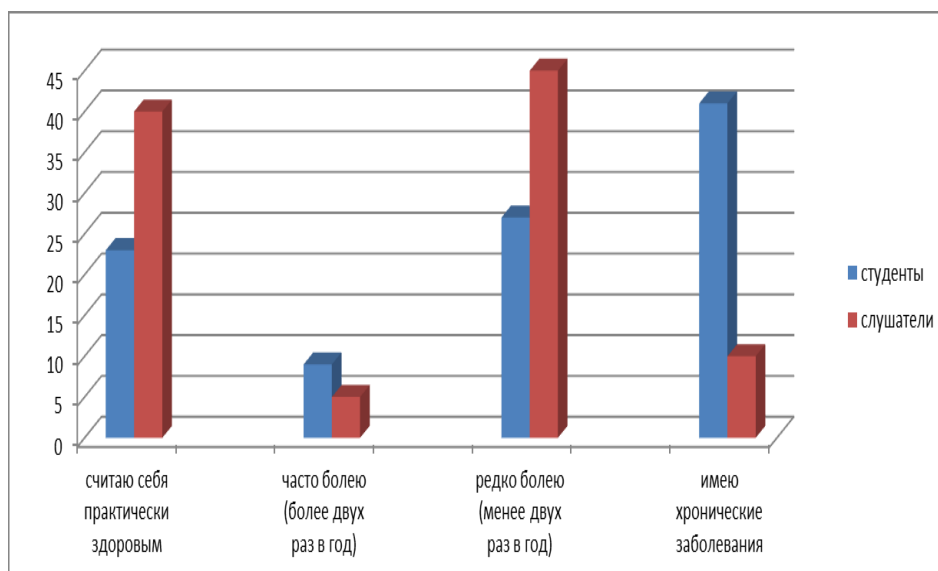


Рисунок 1 - Субъективной оценке состояния своего здоровья

Такие факторы как рациональное питание, закаливание, соблюдение режима дня, регулярные занятия своим здоровьем респонденты считают менее важными для себя.

Основным фактором, мешающим заниматься своим здоровьем у студентов является лень, а у слушателей – недостаток времени.

У студентов преобладает лень – 36%, недостаток времени – 29 % и отсутствие интереса – 16 %. Слушатели выделяют такие же факторы: недостаток времени – 40 %, лень – 30 % и отсутствие силы воли – 20% (рисунок 2).

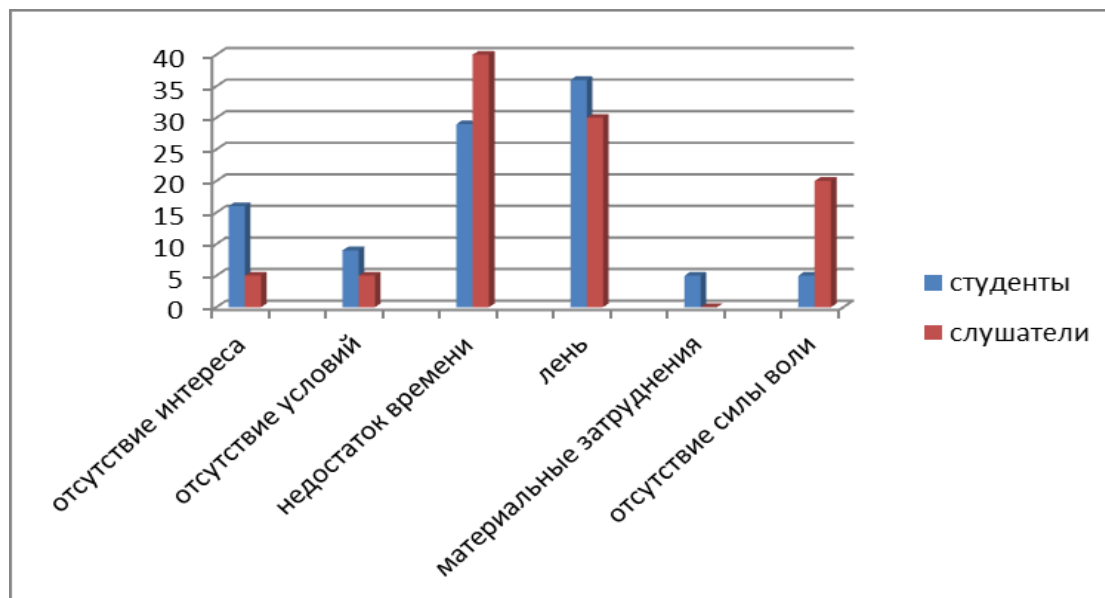


Рисунок 2 - Основным фактором, мешающим заниматься своим здоровьем

Общеизвестно, что на состояние здоровья также влияют и социально-экономические факторы, и их доля влияния составляет 60%.

В свою очередь, условия труда, быта, отдыха, питания индивида, опосредованные уровнем его образования и культуры, в совокупности - образ жизни данного индивида, вбирающего в себя как типичные черты данного слоя общества в целом, так и индивидуальные особенности, свойственные только этому человеку.

Совокупное влияние факторов, составляющих образ жизни, достигает 49-53%. Отсюда понятно, почему сегодня во всем мире уделяется такое пристальное внимание изучению образа жизни и его оптимизации. Ведь это рычаг, при правильном, умелом использовании которого можно достаточно эффективно влиять как на состояние здоровья самого индивида, так и общества в целом.

Рациональный режим труда и отдыха – необходимый элемент здорового образа жизни. При правильном и строгом соблюдении режима вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья, улучшению работоспособности и повышению производительности труда [1,5].

Свое время респонденты располагают следующим образом: большую часть свободного времени студенты предпочитают проводить за чтением книг и встречаться с друзьями – 30%, слушатели же предпочитают смотреть телевизор - 35%, второе место у студентов занимают сон– 20%, а у слушателей чтение книг и встречи с друзьями – 23%, менее интересным видом деятельности студенты считают просмотр телевизора и поход в театр -10%, слушатели в свою очередь меньше спят - 9% (рисунок 3).

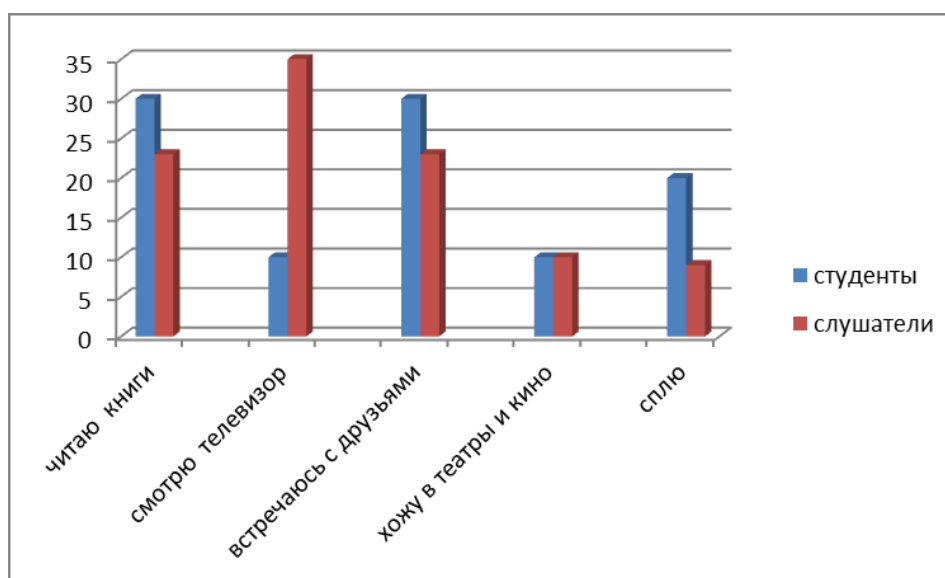


Рисунок 3 -Организация досуга респондентов

Актуальным социальным фактором являются жилищные условия. 50% студентов и 15% слушателей проживают с родителями. Из проживающих в общежитии и на съемных квартирах 70% не были удовлетворены жилищно-бытовыми условиями, только 30% удовлетворены временными жилищно-бытовыми условиями. Имеют свое жилье 80% слушателей.

Серьезной проблемой современности являются вредные привычки, которые наносят ущерб здоровью. Значимым звеном здорового образа жизни является искоренение вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики). Эти разрушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье.

Анализ ответов респондентов показал не курят – 91% студентов и 80% слушателей. Из числа курящих студентов выкуривают менее полпачки 5%, слушателей – 10%, одну пачку – 5% и 10% соответственно. Основная масса студентов и слушателей начала курить после 15 лет.

Не менее опасна алкоголизация молодежи, нарастающая весьма высокими темпами. Причин для этого явления вполне достаточно: это неумение занять себя в

свободное время, отсутствие клубов по интересам, частые праздники, поиск путей самоутверждения в обществе и подражание взрослым.

Эпизодически употребляют спиртные напитки 27% студентов, 60% слушателей. Один раз в месяц – 5% и 20% соответственно, не употребляют 68% и 20% соответственно. Впервые попробовали спиртные напитки в возрасте после 15 лет 45% слушателей и 60% слушателей.

Проблему преодоления алкоголизации общества в целом и молодежи в частности, необходимо ставить на одно из первых мест в масштабе государства.

Основной причиной вредных привычек студенты считают стрессы, вызванные перегруженностью, а слушатели считают, что неустроенность быта и досуга является основной причиной вредных причин (рисунок 4).

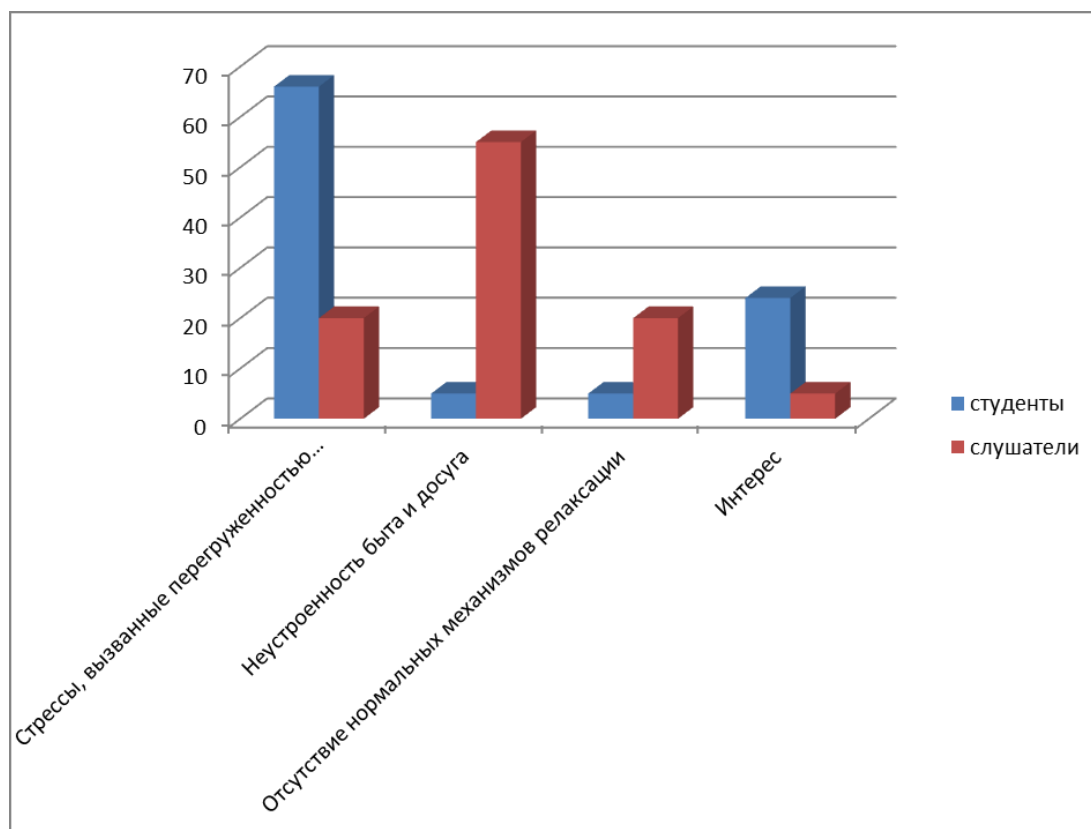


Рисунок 4 - Причины вредных привычек респондентов

Задумываются о своем здоровье 55% студентов и слушателей. Считают, что сохранения здоровья является наиболее значимым для человека 32% студентов и 15% слушателей. В случае болезни обращаются к врачу за медицинской помощью 91% студентов и лишь 70% слушателей, остальные реципиенты занимаются самолечением.

Развитие людей, их социальное положение, характер их повседневной жизни, их стремления, возможности и здоровье – также зависят от природы общества, в котором они живут. Возможно, молодые люди хотели бы изменить этот мир, в котором им приходится жить, однако, их собственная жизнь во многом уже предопределена и контролируется их социальным окружением. В целях совершенствования работы по укреплению здоровья студентов и улучшению их физического состояния необходимо исходить из совокупных действий условий воспитания, как здоровьесберегающего образовательного пространства. Эффективной организации социального развития, личностного и социально-ролевого общения, активной жизненной деятельности воспитуемых и взаимодействия с педагогами может дать положительный

воспитательный эффект и способствовать сохранению физического, нравственного и духовного здоровья [3,4].

Наше исследование показало, что с возрастом меняются отношения к собственному здоровью.

Указанные обстоятельства позволяют констатировать тот факт, что формирование ценностного отношения к здоровью человека является важнейшей проблемой современности. А в этом особое место принадлежит системе образования, вынужденной брать на себя значительную часть усилий общества по подготовке молодежи к взрослой жизни и, в конечном итоге, созданию условий для постепенного физического, морального, нравственного, культурного оздоровления общества [2,4,5].

Литература

1. Анисимов, Л.Н. Профилактика пьянства, алкоголизма и наркомании / Л.Н. Анисимов // Юридическая литература. – М., 1998. – С. 176.
2. Ваганова, Л.И. Динамика состояния здоровья и образа жизни студенческой молодежи г. Челябинска / Л.И. Ваганова // Учащаяся молодежь России: прошлое, настоящее, будущее: сб. науч. ст. – Челябинск, 2000. – С 178 – 180.
3. Ваганова, Л.И. Медико-социальная характеристика студентов-подростков, новые подходы к совершенствованию организации медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.И. Ваганова. – Уфа, 2003. Горбач, Н.А. Перспективы использования метода оценки качества жизни в формировании здоровья студентов вузов / Н.А. Горбач, А.В. Жарова, М.А. Лисняк // Здравоохранение Российской Федерации. М. – 2007, №2 – С. 43 – 46.
4. Гринина, О.В. Динамика социально-гигиенического статуса студенческой семьи / О.В. Гринина, Е.И. Русанова // Здоровье студентов: сб. тезисов междунар. науч.-практ. конф. – М.: Изд-во РУДН, 1999. – С. 138 – 141.
5. Матвеев, Л.П. Проблемы периодизации спортивной тренировки / Л.П. Матвеев. – М.: Физкультура и спорт, 1999. – 244 с.

Н.И. Филимонова

УО «Барановичский государственный университет»

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Современный этап развития образования характеризуется сближением систем основного и специального образования, что проявляется в востребованности интегрированного обучения и воспитания, которое, в свою очередь, является ступенью на пути к более высокой цели — инклюзивному образованию, исключающему любую дискриминацию детей и обеспечивающему равное отношение ко всем людям.

В Республике Беларусь уже предприняты определённые шаги по развитию инклюзивного образования: инклюзивные тенденции обозначены в Государственной программе развития специального образования в Республике Беларусь на 2012—2016 годы, понятие инклюзивного образования вносится в Кодекс Республики Беларусь об образовании, разрабатывается Концепция развития инклюзивного образования.

В 2014/2015 учебном году более 70 % детей с особенностями психофизического развития, нуждающиеся в специальном образовании, обучаются по образовательным программам специального образования в условиях образовательной интеграции — в учреждениях дошкольного и общего среднего образования. В этой связи остро встаёт вопрос о создании адаптивного образовательного пространства для лиц с

особенностями психофизического развития в учреждениях образования, которое обеспечивалось бы наличием безбарьерной среды жизнедеятельности, необходимых средств обучения, готовностью всех участников образовательного процесса к осуществлению инклюзивного образования [2].

Инклюзивное образование рассматривается как обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учётом разнообразных особенностей образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

В основу инклюзивного образования положена идеология, которая исключает любую дискриминацию детей, обеспечивая равное отношение ко всем учащимся, но создавая при этом особые условия для детей, имеющих специфические образовательные потребности. Инклюзивные подходы способствуют поддержке детей с особенностями психофизического развития (ОПФР) и особыми образовательными потребностями (ООП) в обучении и достижении личностного успеха, что расширяет шансы и возможности для их последующей адаптации в социуме.

Цель инклюзии — организация среды учреждения образования, способствующей успешной реализации индивидуальной образовательной программы ребёнка с ОПФР и ООП, «включение» его в коллектив обычно развивающихся сверстников на правах «равных партнёров». Инклюзия также помогает развивать у здоровых детей толерантность к сверстникам с психофизическими недостатками, чувство взаимопомощи и стремление к сотрудничеству [3].

Важной частью инклюзивного образования, которая способствует формированию ряда положительных черт личности и её физическому совершенствованию, является физическое воспитание.

Инклюзивное физическое воспитание [И. Р. Боднар, Ю. В. Петришин, Е. Н. Приступа] понимают как гибкую, индивидуализированную систему физического воспитания детей с ОПФР и ООП в условиях массового образования [4].

В инклюзивном учреждении образования, физкультурно-оздоровительная деятельность, прежде всего, является эффективным средством реабилитации и социальной адаптации. В результате грамотно построенной физкультурно-оздоровительной деятельности у детей с ОПФР происходит коррекция нарушений в физическом развитии, нормализуется мышечный тонус и моторика, стимулируется звуковая и речевая активность, развивается ручная и двигательная умелость, регулируется психическое состояние. Двигательная активность для данной категории детей является средством профилактики развития целого ряда негативных изменений в организме, связанных с вынужденными условиями гипокинезии и гиподинамии.

Анализ научно-методической литературы по реализации инклюзивного физического воспитания позволил выявить ряд преимуществ для здоровых детей и детей с ОПФР и ООП.

У детей с ОПФР и ООП в условиях массового образования появляются следующие возможности: «особые» дети получают наглядный пример для двигательного подражания; формируется стремление к преодолению физических и психологических барьеров; появляется желание улучшать свои физические кондиции; осознаётся необходимость личного вклада в жизнь общества; осуществляется более высокий уровень социального взаимодействия со здоровыми сверстниками; формируются социальные компетенции и навыки коммуникации.

У здоровых детей появляется возможность получить уникальный социальный опыт общения с детьми с ограниченными возможностями здоровья, что способствует повышению их самооценки, формированию умений и навыков рефлексии; развитию толерантности, доброжелательности, милосердия и уважения к лицам, имеющим отличия от обычных детей.

Особую роль в реализации инклюзивного физического воспитания, на наш взгляд, могут сыграть педагоги посредством организации физкультурно-оздоровительной работы, используя как урочные, так и внеурочные формы занятий: утренняя гигиеническая гимнастика (гимнастика до занятий), физкультминутка, занятия во время прогулки, общешкольные физкультурно-оздоровительные мероприятия, дни здоровья.

Данные формы инклюзивного физического воспитания могут включать: общеразвивающие и корригирующие упражнения, прикладные двигательные действия и задания, подвижные игры, эстафеты, креативные телесно-ориентированные (художественно-музыкальные) практики, элементы психогимнастики, двигательные действия, основанные на ассоциациях и др. [1].

Мы предполагаем, что осуществление физического воспитания в условиях инклюзивного образования следует выстраивать на основополагающих концепциях воспитания: личностно-ориентированной, сотрудничества и гуманизма. В основе физического воспитания должно лежать самоутверждение личности детей с ОПФР и ООП. Индивидуальный подход к лицам с ОПФР и ООП, предполагает отбор методических приёмов обучения и воспитания с учётом всех особенностей занимающихся: структуры и тяжести основного дефекта, наличия или отсутствия сопутствующих или вторичных нарушений, возраста, физического развития, а так же систематизации компонентов инклюзивного физического воспитания.

При разработке содержания и использования разнообразных организационных форм инклюзивного физического воспитания педагоги, работающие с детьми младшего школьного возраста, должны опираться на следующие положения:

- учёт противопоказаний для детей с ОПФР и ООП по использованию средств и методов физического воспитания;
- создание условий для эффективного личностного и физического развития детей с ОПФР и здоровых сверстников;
- максимальное использование урочных и внеурочных форм занятий физическими упражнениями в системе инклюзивного образования [1].

Исходя из данных положений и анализа научной литературы считаем необходимым охарактеризовать основные методические приёмы физического воспитания, используемые в условиях инклюзивной среды.

1. Методические приёмы обеспечения равных возможностей для физической подготовки здоровых детей и их сверстников с ОПФР в процессе совместных занятий физическими упражнениями. Целью приёмов этого блока является формирование возможности заниматься совместно со здоровыми детьми, выполняя упражнения, необходимые для совершенствования физических способностей, не акцентируя внимания на отклонениях в здоровье и физических недостатках детей. Данный блок объединяет в себе три группы приёмов:

- а) выполнение различных ролевых функций при выполнении заданий, подвижных игр и элементов спортивных игр, учитывающих функциональное состояние каждого участника;
- б) выполнение различных заданий при проведении эстафет;
- в) выполнение упражнений с форой (гандикапом). Для этого необходимо использовать разные дозировки, исходные и конечные положения.

2. Методические приёмы по активизации межличностных взаимоотношений внутри класса в процессе занятий физической культурой. Основная цель — формирование мотивов афiliation, достижения результата через удовлетворение потребности в социальных связях и признании.

Данный блок включает следующие методические приёмы:

а) выполнение упражнений в парах (дети с ОПФР и здоровые дети) с целью активизации вербального и невербального общения и удовлетворения потребности в тактильном и эмоциональном контакте;

б) в процессе межличностных взаимодействий активизируется внимание к партнёру, эмоциональное отношение к его действиям;

в) совместное проведение обсуждения нового материала и анализ допущенных ошибок.

3. Методические приёмы, направленные на выработку умений самостоятельной организации и проведения инклюзивных мероприятий по физической культуре.

Цель — предупреждение конфликтов и недопонимания, возникающих при организации совместных учебных занятий детей с ОПФР со здоровыми учениками. Сочетание педагогического руководства с инициативой и самостоятельностью детей с ОПФР предоставляет возможность помогать ученикам с ОПФР проявлять инициативу, осваивать нормы и правила поведения в спортивном зале. Следует подчеркнуть, что обучение приёмам взаимопомощи на уроках физической культуры осуществляется методами показа, рассказа, объяснения [1].

Таким образом, особенности физического воспитания детей младшего школьного возраста в условиях инклюзивного образования имеет существенные отличия, обусловленные аномальным развитием физической и психической сферы обучающихся. Базовые положения, касающиеся медико-физиологических и психологических особенностей обучающихся разных нозологических групп, типичных и специфических нарушений двигательной сферы, специально-методические принципы и методические приёмы работы с данной категорией учащихся, коррекционная направленность педагогического процесса определяют концептуальные подходы к содержанию и методике физкультурно-оздоровительной работы в условиях инклюзивного образования.

Литература

1. Аксёнов, А. В. Повышение эффективности процесса физического воспитания детей младшего школьного возраста в условиях инклюзивного образования / А. В. Аксёнов: дис. ... канд. пед. наук.

2. Будкевич, В. А. О задачах специального образования в 2014 / 2015 учебном году / В. А. Будкевич // Спецпедучастия. — 2014. — № 5. — С. 3-4.

3. Змушко, А. М. Инклюзивное образование в системе образования Республики Беларусь / А. М. Змушко // Спецпедучастия. — 2014. — № 5. — С. 9-16.

4. Приступа, Е. Н. Инклюзивное физическое воспитание школьников 1-3 групп здоровья / Е. Н. Приступа, Ю. В. Петришин, И. Р. Боднар // Педагогика. Психология. — 2013. — № 1. — С. 62-66.

М.О. Фідірко, канд. пед. наук, доц.

Національний університет «Одеська юридична академія», м. Одеса, Україна

ЗАГАЛЬНА ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ПІДЛІТКІВ

В наш час першорядним залишається вдосконалення форм занять фізичної культури, підвищення їх ефективності, організаційного рівня та результативності всіх складових програмних компонентів. Кінцевим результатом впливу фізичної культури на всьому протязі навчання, розвитку і виховання має бути фізично вдосконала людина.

Потенціал фізичної культури кожної людини визначається не тільки ступенем розвитку фізичних якостей, а й мірою їх комплексної реалізації у навчальній діяльності у сукупності з інтелектуальним, моральним та психологічними якостями.

Відмінне здоров'я, міцне і загартоване тіло, сильна воля, сформована в процесі занять фізичною культурою і спортом, є хорошою основою для інтелектуального і розумового розвитку людини. Досягти високої фізичної досконалості, позбавитися від деяких природжених і придбаних фізичних недоліків можна лише шляхом правильного і систематичного використання фізичних, зокрема, силових вправ.

Як показує практика, підлітки з підвищеним руховим режимом, тобто ті, що активно займаються фізичною культурою і спортом, краще за своїх однолітків встигають в загальноосвітній школі. Крім того, у них підвищується стійкість до простудних захворювань. Розглядаючи рухову діяльність учнів 6-8-х класів, ми спостерігаємо її в різних за формою рухах, в яких виявляються в тій чи іншій мірі швидкість, сила, спритність, витривалість або поєднання цих якостей. Ступінь розвитку фізичних якостей і визначає якісну сторону рухової діяльності дітей, рівень їх загальної фізичної підготовленості. Поєднуючи заняття фізичною культурою із загальною фізичною підготовкою, ми тим самим здійснюємо процес всебічного фізичного розвитку, що має велике оздоровче значення.

Зазвичай, розвиваючи силові якості учнів 6-8-х класів, удосконалюються функції організму та певні рухові навички. В цілому цей процес єдиний, взаємозв'язаний, і, як правило, високий розвиток фізичних якостей сприяє успішному освоєнню рухових навиків.

Наприклад, чим краще у підлітка буде розвинена швидкість, тим швидше він пробігатиме короткі дистанції, швидше вестиме м'яч, граючи у футбол чи в будь-які інші ігри, тобто високий рівень розвитку швидкості позитивно позначатиметься на виконанні конкретних фізичних вправ. То ж можна сказати про розвиток сили. Отже, розвивати цю якість потрібно насамперед в плані загальної фізичної підготовки, використовуючи для даної мети відповідні, найбільш ефективні засоби.

Таким чином, розвиток фізичних, зокрема, силових якостей, по суті, є основним змістом загальної фізичної підготовки підлітків.

У теорії фізичного виховання розрізняють загальну і спеціальну фізичну підготовку. Спеціальна фізична підготовка пов'язана з професійною або спортивною діяльністю, наприклад, майбутнього футболіста, волейболіста, лижника, гімнаста, ковзаняря і т.ін.

Загальна фізична підготовка включає формування нових знань і підвищення рівня навичок. В процесі формування рухових умінь, м'язових навичок розвиваються конкретні фізичні якості, серед яких особливе місце посідає сила, силова швидкість, силова витривалість.

Головною складовою, що характеризує високий рівень силової підготовленості підлітка є сукупність наступних факторів: а) свідоме володіння рухами свого тіла; б) м'язова пам'ять; в) вчасне розслаблення м'язів; г) реалізація максимального м'язового ефекту в найкоротші терміни при оптимальній витраті сил.

Оздоровчий ефект розвитку і формування основних м'язових рухів є загальновідомим, оскільки в цих рухах бере участь одночасно велика кількість м'язових груп. Це сприяє підвищенню обміну речовин в організмі, посиленню функціональної діяльності внутрішніх органів, удосконаленню рухливості нервових процесів.

Оволодіння інформацією щодо вікового розвитку м'язових груп має сприяти поліпшенню методики роботи зі школярами. На сьогодні накопичено достатньо об'єктивної інформації про віковий розвиток фізичних якостей підлітків. Оцінка здоров'я і фізичного розвитку учня підліткового віку не викликає великих труднощів, оскільки лікарі, медичні працівники мають конкретні і докладні інструкції, вказівки Міністерства охорони здоров'я з цього приводу.

Але на жаль, оцінки силової підготовленості учнів 6-8-х класів є досить обмеженими тому, що на сьогодні, немає загальновідомої широко апробованої методики щодо порівняння рівня силової підготовленості учнів. Тому чинне дослідження мотивоване саме цією проблемою.

Сила, в значній мірі, визначається морфологічними особливостями і функціональним станом всього організму та окремих його систем, і насамперед – серцево-судинної і дихальної систем.

Поняття «Фізична підготовленість» і «тренуваність» тісно пов'язані і до певної міри характеризують ступінь здоров'я підлітка.

Між іншим, фахівці зі спортивної педагогіки відзначають, що в процесі систематичного тренування відбувається поступове пристосування організму до навантажень, що пов'язано з функціональною і морфологічною перебудовою різних органів і систем, розширенням їх потенційних можливостей. Особливо у підлітковому віці.

Фізіологічні зрушення в організмі в процесі систематичних занять фізичною культурою і спортом відбуваються паралельно з вдосконаленням рухових навичок, розвитком фізичних якостей, оволодінням технікою і тактикою м'язових зусиль. Науковці визначають тренуваність учня цього віку, як стан, що розвивається в організмі дитини в результаті багатократного повторення фізичних вправ і що характеризує його готовність до найбільш ефективної м'язової діяльності.

Фізична, зокрема, силова підготовленість учнів середніх класів має здійснюватися під час проведення уроків фізкультури з використанням доступного шкільного устаткування. Але лише за однієї умови, якщо вчитель навчає дітей правильно виконувати рухові дії, виховує у них і загальні фізичні якості.

Щоб управляти учбовим процесом, вчасно вносити корективи, потрібно вести контроль за силовою підготовленістю учнів. Проте цьому питанню не завжди приділяється належна увага.

Наявні літературні дані вивчення силових, швидкісно-силових рухів дітей 6-8-х класів ілюструють відсутність єдиної методики обстеження. Тому, обстеження щодо виконання різних завдань у вікових групах підлітків у хлопчиків та дівчаток й в різних умовах випробувань дає можливість виявити характерні особливості їхнього віково-статевого розвитку.

Таким чином, сьогодні існує необхідність розробки єдиної методики обліку розвитку основних рухів та збору матеріалу, що може послужити відповідними даними для оцінки силової підготовленості підлітків різного віку.

Література

1. Верхошанский Ю. В. Основы физической подготовки школьников. М.: ФиС, 1997. - 98 с.
2. Кузнецова В.И. Развитие двигательных качеств школьника. М.: Просвещение, 1997. - 265 с.
3. Нормализация учебной нагрузки школьников / Под ред. проф. В. И. Козлова. М.: Просвещение, 2008. - 160 с.

ПРОГРАММА ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЕ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

14 мая 2015 года Беларусь принята в Болонский процесс решением министров образования стран общеевропейского пространства. Как сообщили в пресс-центре Министерства образования, Болонский комитет признал успехи в развитии национальной системы образования. В связи с изменениями системы высшего образования в рамках соответствия Болонской декларации, в сфере физического воспитания для учащихся вузов необходимо заниматься именно теми формами физкультурно-оздоровительной деятельности, в которых нуждается организм и получает при этом необходимую для организма студентов дозу нагрузки.

Целесообразно говорить об ограничении одних сторон здоровья человека и некоторых его возможностей, но усилении других. Так, например, существенные различия в конституции людей, в их характере и психических особенностях делают физические и социальные возможности людей далеко не одинаковыми; при прочих равных условиях действия, доступные одному человеку, могут быть принципиально невозможными для другого.

С целью опровержения бездоказательных рассуждений о бесполезности физкультурно-оздоровительных мероприятий в постболезненный период, мы предлагаем на базе факультета физической культуры УО «ГГУ им. Ф.Скорины» апробировать программу для студентов, с учётом особенностей исследуемого контингента.

Опишем методику проведения занятий. В физическом воспитании студентов, испытавших единовременное заболевание ОРВИ, ОРЗ, ангину, острый ринит и т.д., применяются разнообразные физические упражнения: гимнастические, спортивно-прикладные, упражнения на тренажёрах и дозированные игры. Важное значение имеют и вспомогательные средства физического воспитания: оздоровительные факторы природы, гигиенические факторы, знания в области физической культуры и физкультурно-оздоровительной деятельности.

Существует несколько подходов к организации физического воспитания таких студентов. Первый подход, который является наиболее эффективным, – индивидуальный. Методика проведения занятий подбирается строго индивидуально, с учётом особенностей патологии, учётом функциональных возможностей и подготовленности. Второй подход – групповой. Он характеризуется усреднённым учётом патологических отклонений, функциональных состояний и подготовленности занимающихся. На занятиях со студентами должны выбираться группы с приблизительно одинаковыми отклонениями в состоянии здоровья в количестве 10–12 человек.

Индивидуально – групповой метод организации занятий более эффективен по сравнению с групповым вследствие подключения к занятиям со студентами 2–3-х преподавателей. Занятие ведёт один преподаватель, а другой корректирует выполнение студентами заданий [1].

В процессе занятий студенты, как правило, применяют (с некоторыми коррекциями) комплекс педагогических методов: метод строго регламентируемого упражнения, определяющий применение конкретных, хорошо подобранных и строго направленных упражнений в каждом занятии; игровой метод, характеризующийся применением подвижных игр или элементов спортивных игр; соревновательный метод

как фактор повышения эмоционального тонуса занятий при организации различных игр и эстафет.

Данные упражнения обогащались комплексами современных и нетрадиционных видов гимнастики, что придает им новую эмоциональную окраску, способствует их оживлению, повышению интереса учащихся к занятиям, позволяет более эффективно воздействовать на физическое состояние как девушек (уровень их физического развития, физической работоспособности и подготовленности, функциональное состояние), так и юношей.

Контроль и самоконтроль за реакцией на физическую нагрузку проводился постоянно, контрольные упражнения применялись те же, что и для студентов основной группы: подсчет и учёт частоты сердечных сокращений (ЧСС), показатели кровяного давления, число дыханий, вес, сила мышц рук или спины, жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ). Использовались также субъективные показатели самоконтроля, та-кие как самочувствие, настроение, утомление, сон, боль, аппетит, потоотделение.

Особое внимание обращается на то, что вызываемые нетрадиционными видами оздоровления положительные эмоции помогали педагогам наладить доброжелательные и доверительные отношения с занимающимися, облегчали взаимопонимание и проникновение в духовный мир занимающихся. Тем самым создавалась благоприятная психологическая основа педагогики сотрудничества, в результате чего занятия должны проходить значительно активнее, радостнее и плодотворнее [2].

Важным положительным фактором программы является то, что в силу невозможности применения чрезмерных нагрузок и проведения тестирования физических качеств, а, значит, выявление лучшего, при проведении занятий постоянно создавалась ситуация успеха, показывалось студентам то, что они должны достигать, пусть медленно, но заметного улучшения в состоянии здоровья путём длительных, регулярных и систематических занятий, а не путём физической подготовленности.

Формируемый потенциал здоровья у студентов характеризуется не столько количественными параметрами физического развития, сколько достижением оптимального уровня телесных кондиций, здоровья и активной позиции в удовлетворении интересов и потребностей в двигательной активности.

Взаимосвязь телесного и духовного в человеке является главным принципом их единения, целостности и гармонии. Не «биологизация» или «социологизация», не «воспитание физического», а, видимо, гармония физического (телесного) и духовного (социального) – их неразрывное единство должно быть основой методологической и мотивационной позицией в подходе к процессу физического воспитания.

В заключение следует сказать, что процесс здорового образа жизни в группе учащихся с отклонением в состоянии здоровья – это преодоление избыточно-недостаточных степеней физической активности, при котором осуществляется переход от потребностного участия к ценностному восприятию, целесообразному и систематическому применению средств физкультурно-оздоровительной деятельности. Ставить вопрос об ограничении физкультурно-оздоровительной деятельности данных студентов некорректно, значит, возникает необходимость создавать оптимальные условия для восстановления утомлённой нервной системы, снижения психоэмоционального напряжения, необходимости повышать устойчивость адаптационных механизмов организма к эмоциональным стрессам и упорядочивания учебного процесса по физическому воспитанию.

Таким образом, под влиянием систематической физкультурно-оздоровительной деятельности совершенствуются механизмы адаптации к внешней среде и внутренним неблагоприятным для организма изменениям, снимаются психологические стрессы, улучшается обмен веществ, кровоснабжение органов и тканей, состав крови, ее защитная и транспортная функции. В целом это отражает процесс увеличения

резервных возможностей организма, улучшение показателей иммунитета, общего состояния, самочувствия и работоспособности студента, который имеет отклонения в состоянии здоровья [3].

Литература

1. Артамонов, В.Н. Медико-биологические основы здорового образа жизни (Методологическая разработка для студентов и слушателей факультета повышения квалификации) / В.Н. Артамонов, Р.Е. Мотылянская. – М., 1992. – 52 с.
2. Быков, В.С. Формирование здорового стиля жизни у студенческой молодежи / В.С. Быков // Физическая культура и здоровье студентов вузов: материалы V международной научно-практической конференции. – СПб., 2009. – С. 10-11.
3. Головченко, О.П. Актуализация физической культуры личности студента / О.П. Головченко // Образование в сфере физической культуры и спорта: инновационный вектор развития: материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – Челябинск, 2007. – Ч. II. – С. 71-75.

Т.Е. Христова, д-р биол. наук, проф.

Мелитопольский государственный педагогический университет
имени Богдана Хмельницкого, г. Мелитополь, Украина

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бронхиальная астма (БА) относится к группе наиболее распространенных аллергических заболеваний в детском возрасте. Астма всегда ухудшает качество жизни детей, часто приводит к инвалидизации; это одна из основных причин обращения пациентов за неотложной помощью [3, 6]. В наше время остро стоит проблема создания комплексных физреабилитационных программ для детей с астмой, направленных на восстановление собственных компенсаторных возможностей организма пациента [4].

Следует отметить, что сегодня информации о влиянии танцевально-двигательной терапии на центральную и вегетативную нервную системы, эмоциональную сферу, моторные способности детей, больных бронхиальной астмой, недостаточно для создания целостного представления по данной проблеме. Отдельные сведения по этому вопросу содержатся в работах О.Г. Чучалина, Г.Ю. Горшунина, М.И. Шавкиной [1, 2, 5]. Исследование современных подходов к физической реабилитации школьников 10-14 лет с бронхиальной астмой, имеет смысл и научную актуальность.

Цель работы - разработать комплексную программу физической реабилитации с включением танцевальных упражнений для детей, больных БА и изучить её эффективность.

Для проведения эксперимента были отобраны дети 10-14 лет с хронической формой БА (по медицинским картам), всего 40 пациентов. Из них 20 получали медикаментозное лечение, ЛФК, массаж лечебный № 10 – контрольная группа (КГ). Основная группа (ОГ) состояла из 20 детей, которые на фоне приёма лекарственных препаратов занимались по оригинальной комплексной реабилитационной программе. Она предусматривала: массаж, дыхательную гимнастику, гимнастику на мячах, упражнения с элементами хореографии, импровизацию, игры, астма-школу, занятия с дыхательными тренажерами дома.

В ходе исследования были использованы следующие методы: анализ и обобщение данных научно-методической и специальной литературы, социологические методы (изучение медицинских карт, опрос по шкалам «Качество жизни»), анализ сердечно-сосудистой деятельности (пульсометрия), исследование функции внешнего дыхания (пиковая скорость выдоха (ПСВ), ОФВ₁, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅), оценка общей физической работоспособности (тест РВС₁₅₀), педагогический эксперимент, методы математической статистики. ОФВ₁ – объем форсированного выдоха за 1 секунду, является наиболее демонстративным показателем при бронхиальной обструкции (в литрах); МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅ – максимальная объемная скорость на уровне 25, 50, 75% форсированного выдоха, характеризует изменения на уровне больших, средних и мелких бронхов (литров в секунду).

Исследование средних значений ЧСС (табл.) показало, что исходные значения параметра в обеих группах детей достоверно не отличались ($p < 0,05$): в ОГ ЧСС в покое составила $83,5 \pm 7,2$, в середине занятия - $142,8 \pm 15,6$, в заключительной части занятия – $84,9 \pm 7,0$ уд/мин., в КГ - $84,5 \pm 8,7$, $143,7 \pm 15,5$, $85,6 \pm 8,9$ уд/мин. соответственно. Статистическая обработка по t-критерий Стьюдента показала существенные различия между двумя группами после занятий: в ОГ по сравнению с КГ улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы было достоверно выше ($p < 0,05$). В ОГ наблюдалось меньшее увеличение максимальной ЧСС в середине занятия и более быстрое восстановление после физической нагрузки.

Нами были проанализированы данные ПСВ, зафиксированные пациентами в дневниках самоконтроля. До проведения эксперимента достоверных различий между этими показателями в ОГ и КГ не наблюдалось ($p > 0,05$): ПСВ в ОГ составляла $84,7 \pm 12,6\%$ от должного значения, в КГ - $83,3 \pm 12,1\%$ соответственно. Разработанная нами программа физической реабилитации проявила своё положительное влияние на изменение ПСВ у пациентов ОГ: после проведения эксперимента этот показатель возрос в среднем на $6,8\%$ ($p < 0,05$) и составил $91,5 \pm 15,3\%$ от должного значения. В КГ ПСВ увеличилась на $4,5\%$ ($p > 0,05$) и достигла $87,8 \pm 13,8\%$ от должного значения.

Таблица - Значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) детей до и после эксперимента

ЧСС, уд/мин	ОГ	КГ	t
Исходная в 1-ый день			
в покое	$83,5 \pm 7,2$	$84,5 \pm 8,7$	0,61
в середине занятия	$142,8 \pm 15,6$	$143,7 \pm 15,5$	0,29
в конце занятия	$84,9 \pm 7,0$	$85,6 \pm 8,9$	0,42
По окончанию курса			
в покое	$80,5 \pm 7,4$	$82,8 \pm 7,9$	1,48
в середине занятия	$138,7 \pm 14,9^*$	$142,5 \pm 16,9^*$	2,3
в конце занятия	$80,9 \pm 7,1^*$	$85,5 \pm 8,3^*$	2,9

Примечание: * $p < 0,05$ в сравнении с исходным уровнем.

Сравнение показателей функции внешнего дыхания (ОФВ₁, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅) до реабилитации в обеих группах показало, что достоверных отличий между ними нет ($p > 0,05$): в ОГ ОФВ₁ составил $72,3 \pm 12,8\%$, МОС₂₅ – $62,4 \pm 12,1\%$, МОС₅₀ – $59,9 \pm 14,5\%$, МОС₇₅ – $49,3 \pm 14,8\%$ от должного значения; в КГ эти показатели были равны соответственно – $74,5 \pm 11,7\%$, $61,7 \pm 13,2\%$, $60,1 \pm 12,9\%$, $50,5 \pm 13,9\%$ от должного значения. Измерения, проведенные после курса реабилитационных мероприятий у пациентов ОГ выявили достоверное увеличение ($p < 0,05$) средних показателей функции внешнего дыхания по сравнению с исходным уровнем: ОФВ₁ возрос на $8,0\%$ и составил $80,3 \pm 8,9\%$, МОС₂₅ – на $11,3\%$ ($73,7 \pm 10,3\%$), МОС₅₀ – на $13,2\%$ и стала $73,1 \pm 15,2\%$ от

должного значения, существенно улучшилась проходимость бронхов мелкого калибра, о чем свидетельствует повышение МОШ₇₅ на 13,8% (63,1±11,2% от должного значения). Изменения функции внешнего дыхания в КГ были менее значимыми и не достоверными ($p>0,05$): ОФВ₁ возрос на 4,4% и составил 78,9±9,4%, МОС₂₅ – на 6,1% (67,8±16,6%), МОС₅₀ – на 6,6% и достиг 66,7±13,8%, МОС₇₅ – на 6,5% (57,0±10,1% от должного значения).

Наблюдение за пациентами продолжалось в течение одного года: проводили исследования функции внешнего дыхания, изучали течение заболевания, анализировали медицинские карты пациентов, проводили беседы с родителями. Результаты отдаленных исследований показали, что в ОГ у 75,4% детей наблюдается стабильная ремиссия бронхиальной астмы, у 24,6% - нестабильная ремиссия, в КГ эти данные составили соответственно – 36,7% и 63,3%. В конце всего курса реабилитации увеличилась координация движений, снизилась моторная неловкость, дети стали более уверенно владеть своим телом, значительно дольше могли выполнять упражнения не отвлекаясь. Появилось желание не только правильно выполнять задания, но и помогать другим.

Данные по шкале "Тяжесть астмы" не изменились: в начале и конце занятий ЛФК этот показатель составил 52% от максимально возможного. По нашему мнению, это связано с небольшим временным интервалом, который занимал весь курс реабилитации. Изменения по шкале "Дистресс" были такими: средний балл составил 76% (в начале курса) и 83% (в конце курса) от максимально возможной величины. Дети эмоционально переживали своё состояние как тяжёлое, но это не противоречит повышенным показателям по шкалам "Качество активной жизни" и "Качество пассивной жизни". Танцевальные упражнения являются физической нагрузкой на организм. Эта нагрузка тщательно подобрана и строго дозирована, но она превышает обычную физическую нагрузку этих детей. Моделируется контролируемая стрессовая ситуация, с которой ребенок может справиться. Это является позитивным фактором, потому что учит организм адекватно реагировать на стрессовые ситуации, а это для детей, которые страдают БА, представляет значительные трудности. По шкале "Качество активной жизни" до посещения занятий средний балл составлял 82% от максимально возможной величины; после - 88%. Дети стали получать больше удовлетворения от собственной активности, они с удовольствием выполняли физические упражнения. По шкале «Качество пассивной жизни», до астма-школы – средний показатель составлял 78% от максимально возможного, после – возрос до 85%. Занятия, не связанные с повышенной физической активностью: чтение, рисование, конструирование и т.д., субъективно стали переживаться как более приятные.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что комплексная программа реабилитации с использованием танцевально-двигательной терапии влияет на эмоциональную сферу ребенка, страдающего БА, увеличивает субъективные переживания удовлетворения от активной деятельности. В результате занятий по такой методике дети лучше ощущают своё тело, адекватно оценивают свои физические способности. Трудности, которые пациенты преодолевают во время занятий, повышают их самостоятельность и уверенность в собственных силах. Было выявлено, что в послереабилитационный период значительная часть детей ОГ – 48% (против 20% КГ) стали заниматься физической культурой и спортом (плаванием, легкой атлетикой, футболом и т.д.), что является одним из позитивных результатов физической реабилитации.

1. У пациентов основной группы выявлено увеличение ($p<0,05$) средних показателей функции внешнего дыхания по сравнению с исходным уровнем: ОФВ₁ возрос на 8,0%, МОС₂₅ – на 11,3%, МОС₅₀ – на 13,2%, значительно улучшилась проходимость бронхов мелкого калибра, о чем свидетельствует повышение МОС₇₅ на 13,8%. Динамика

средних показателей функции внешнего дыхания в контрольной группе была менее выраженной и недостоверной ($p > 0,05$).

2. После реализации экспериментальной программы улучшилось функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей основной группы по сравнению с контрольной: наблюдалось меньшее увеличение максимальной ЧСС в середине занятия и более быстрое восстановление после физической нагрузки.

3. Анализ данных анкеты «Качество жизни» и наблюдения за детьми свидетельствуют, что занятия по методике физической реабилитации с использованием танцевально-двигательной терапии повышают самостоятельность детей и их уверенность в собственных силах, расширяют их двигательные возможности, что свидетельствует об их социальной интеграции.

4. В эксперименте доказана эффективность и доступность разработанной нами методики комплексной физической реабилитации с использованием танцевальных упражнений для детей с бронхиальной астмой в возрасте 10-14 лет. Было выявлено улучшение клинической картины в основной группе у 60% детей, в контрольной - у 47%. В основной группе у 75,4% детей наблюдается стойкая, у 24,6% - нестабильная ремиссия.

Литература

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Атмосфера, 2007. – 104 с.

2. Горшунин Г.Ю. От исцеления танцем к танце-двигательной терапии / Г.Ю. Горшунин // Бюллетень Ассоциации танцевально-двигательной терапии. – 2000. – №2 (февраль). – С. 2-6.

3. Гоц Т.Ю. Захворюваність населення України на бронхіальну астму і поширеність алергенних чинників повітря / Т.Ю. Гоц // Довкілля та здоров'я. – 2004. – № 3. – С. 8-10.

4. Сажин С.І. Роль протизапальної терапії в досягненні контролю бронхіальної астми в дітей (огляд літератури) // Буковинський медичний вісник. – 2010. – Т. 14, № 1(53). – С. 147-151.

5. Шавкина М.И. Танцетерапия в системе комплексной реабилитации детей, больных атопической бронхиальной астмой / М.И. Шавкина // ЛФК и массаж. – 2002. – №3. – С.46-49.

Williams D. Considerations in the in the long-term management of asthma in ambulatory patients / D. Williams // Am. J. Health Syst. Pharm. – 2006. –Vol. 63. – P. 14-21.

Н.Г. Чекмарева, Е.А. Чернявская, В.И. Белобров

Национальная металлургическая академия Украины (г. Днепропетровск)

ВЛИЯНИЕ ВОСТОЧНЫХ ТАНЦЕВ НА ОРГАНИЗМ СТУДЕНТОК ЗАНИМАЮЩИХСЯ В ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ГРУППАХ

Существующая система высшего образования предъявляет высокие требования к здоровью, физической и умственной работоспособности студенческой молодежи. Однако, несмотря на государственный приоритет физического воспитания, состояние здоровья студентов в Украине постоянно ухудшается. Высокие учебные нагрузки, низкая двигательная активность, нерациональное питание и вредные привычки, стрессовые ситуации и неудовлетворительная организация процесса физического воспитания отрицательно сказываются на состоянии здоровья студентов. Традиционные занятия физической культурой в ВУЗах не интересуют, а

наоборот – вызывают негативные эмоции. Результаты исследований показали, что увеличение заболеваемости среди студентов связано с рядом объективных и субъективных причин: низким экономическим уровнем жизни большей части студентов; условиями учебной деятельности; отсутствием механизма, который стимулировал бы культуру здорового образа жизни студентов; низкой активностью по отношению к своему здоровью; снижением интереса к двигательной активности [1]. Многие специалисты [1, 2, 7] констатируют снижение эффективности существующей физкультурно-оздоровительной работы среди студентов, в частности среди девушек. Обоснованную тревогу вызывает недостаточная разработанность программ для занятий в физкультурно-оздоровительных группах, их содержание и нецеленаправленное использование средств физической культуры. В системе физического воспитания назрела необходимость проведения факультативных занятий, опираясь на возможности и интересы занимающихся. Разнообразие занятий, которые проводятся в вузах, во многих случаях определяют заинтересованность и желание студентов, в частности девушек, заниматься физическим воспитанием. Одним из решений этой проблемы являются занятия нетрадиционными видами физической культуры (шейпинг, пилатес, фитнес, разновидности танцевального искусства и др.), которые повышают эмоциональность занятий, а также уровень двигательной активности и функциональной подготовленности занимающихся. В нашей статье мы рассмотрим влияние восточных танцев на физическое состояние и здоровье студенток, которые занимаются ими на факультативных занятиях.

Цель работы – показать и обосновать положительное влияние восточных танцев на состояние здоровья студенток, как одного из нетрадиционных видов физической культуры, применяемых в физкультурно-оздоровительных группах в ВУЗе.

Изложение основного материала. Восточный танец несет в себе эстетическую и духовную составляющие, полезен как для оздоровления, так и для укрепления женского организма, нормализации его работы. На сегодняшний день насчитывается 50 видов восточных танцев, среди которых есть мужские разновидности [3]. Целью классического танца живота, адаптированного в формат тренировки, является оздоровление и поддержание хорошей физической формы. Танцевально-двигательная терапия (ТДТ) с элементами танца живота совершенствует понятия о танце с точки зрения психологии, искусства, философии, физической культуры, а также способствует раскрытию индивидуальности [6]. Одним из красивейших танцев современности является танец живота (беллиданс), который зародился на Ближнем Востоке. Танец живота представляет собой симбиоз классического танца живота и отдельных элементов из тренировок по фитнесу, которые являются альтернативой шейпингу и занятиям на тренажерах. Это сложная и полезная для женского организма техника [5]. В этом виде нетрадиционной физической культуры нагрузка идет на все группы мышц, в том числе и на те, которые не задействованы в повседневной жизни. Все элементы танца живота дают положительные эмоциональные ощущения, что в итоге приводит к увеличению количества энергии в организме и хорошему настроению [4].

Восточный танец хорошо прорабатывает мышцы спицы, крестца, поясницы. В результате появляется красивая и статная женская осанка: гордо поднятая голова, расправленная поднятая грудь, формируется красивая талия, более подвижными становятся бедра. Походка становится более плавной, легкой, женственной и свободной. Танец живота развивает координацию движений, укрепляет мышцы живота, спины, груди, бедер и ног. Такие занятия помогают укрепить и очень важные для девушек группы мышц – мышцы нижней и верхней диафрагмы, внутренние мышцы живота, мышцы промежности и тазовой области. Благодаря этому восточный танец отлично готовит женщину к родам и помогает быстрее восстановиться после них. Польза восточных танцев еще и в том, что за счет работы диафрагмами и трясок

происходит массажный эффект внутренних органов, что стимулирует хорошую работу кишечника. В результате женщина чувствует легкость во всем теле, появляется прекрасное настроение и здоровый цвет лица.

По мнению специалистов-остеопатов и гинекологов, танец живота способствует укреплению мышц брюшной стенки у женщин, которые ведут малоподвижный образ жизни. Известен факт, что у женщин, занимающихся восточными танцами, гораздо чаще наступает многоплодная беременность. Это связано с тем, что танец живота является эффективной профилактикой застоя крови в области малого таза, а, следовательно, стимулирует созревание нескольких яйцеклеток во время овуляции. Во время подтягивания живота и движения грудной клетки, значительно уменьшается нагрузка на позвоночник, а движения в талии улучшают подвижность и нормализуют кровоснабжение внутренних органов. Кроме этого, доказано, что эти движения улучшают гибкость в пояснице, способствуют улучшению кровоснабжения и восстановлению подвижности поясничного отдела позвоночника. Танец живота способствует ускорению обменных процессов, вследствие чего замедляется процесс старения, который напрямую связан с обменом веществ на клеточном уровне [4].

Однако существуют некоторые сложности в занятиях этим видом нетрадиционной физической культуры. Исполнение танца живота требует ровного ритмичного дыхания и умения расслаблять те мышцы, которые не задействованы в определенных двигательных элементах. Восточный танец способствует улучшению координации движений и укреплению вестибулярного аппарата. Уже через месяц постоянных занятий наблюдается положительный эффект: укрепление позвоночного столба, улучшение гибкости суставов, уменьшение количества жировых отложений (за 1 час занятий сжигается 340 калорий), улучшается работа кишечника, снижается уровень стресса. В движениях восточного танца задействована особая техника движения рук, за счет напряжения спинных мышц исправляются дефекты осанки, уменьшается или устраняется сутулость. Отдельные элементы восточного танца могут быть использованы как реабилитационные упражнения для людей, у которых были травмы позвоночника [3].

Перед началом занятий восточными танцами, необходима консультация врача, так как имеется ряд противопоказаний. Основными из них являются хронические заболевания в стадии обострения, острые воспалительные процессы, послеоперационный период, плоскостопие (ввиду основной позиции «на подушечках пальцев»), не диагностированные проблемы позвоночника, тяжелые заболевания сердца [3].

Выводы и перспективы дальнейших исследований. На основании изучения литературных источников и средств массовой информации нами показано, что восточные танцы, как нетрадиционный вид физической культуры, благоприятно влияют на организм и здоровье девушек, служат эффективным видом двигательной активности, направленным на оздоровление и могут использоваться на занятиях в физкультурно-оздоровительных группах студенток в ВУЗах. Перспективным направлением в дальнейших исследованиях является проведение практического эксперимента по углубленному изучению функционального состояния организма студенток, занимающихся восточными танцами.

Литература

1. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья / Н. М. Амосов. – Донецк : Сталкер, 2002. – 590 с.
2. Ашмарин Б.А. Теория и методика педагогических исследований в физическом воспитании / Б. А. Ашмарин. – М. : Физкультура и спорт, 1978. – 224 с.
3. Бартукова Н. Танец живота : польза или вред: [Электронный ресурс] -

<http://polonsil.ru/>.

4. Восточные танцы : [Электронный ресурс] - <http://playdance.ru/>.

5. Мэй Л. Танец живота от А до Я / Л. Мэй – Феникс, 2007. – 160 с.

6. Танец живота : [Электронный ресурс] - <http://ru.wikipedia.org/>.

7. Турчина Н.И. Некоторые аспекты физического воспитания в свете тенденций современного образования / Н. И. Турчина, Т. И. Ракитина // Гуманітарна освіта в профільних вищих навчальних закладах: проблеми: VI Всеукр. наук.-практ.конфер.: тези доповіді. – К.: НАУ, 2005. – С. 176-177.

Н.В. Швайликова, Н.В. Селиверстова, В.А. Головач

УО «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЭРОБНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ СО СТУДЕНТАМИ СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Организация и проведение занятий в группах специального медицинского отделения намного сложнее, чем занятия со здоровыми людьми, так как здесь собраны студенты из разных учебных групп, страдающие различными недугами и психологически не готовые к занятиям физкультурой.

В процессе физического воспитания студентов, отнесенных к СМГ, решаются следующие задачи:

- укрепление здоровья, улучшение физического развития, закаливание организма;
- расширение диапазона функциональных возможностей основных физиологических систем организма, ответственных за энергообеспечение;
- повышение иммунитета;
- освоение основных двигательных навыков и качеств;
- воспитание морально-волевых качеств и интереса к регулярным самостоятельным занятиям физической культурой;
- разъяснение значения здорового образа жизни, принципов гигиены, правильного режима труда и отдыха, рационального питания, пребывания на воздухе;
- обучение элементарным навыкам самоконтроля.

Педагогический процесс совершенствования физических способностей студентов связан с непосредственным воздействием на биологическую природу человека. Эффективность этого процесса достигается в том случае, если применение тех или иных средств и методов обучения физической культуры основывается на знании биологических особенностей организма человека и требований спортивной медицины. Современная оздоровительная аэробика не является новым видом физической культуры. Это одна из разновидностей гимнастики, образовавшейся на фундаменте основной гимнастики и впитавшей в себя элементы европейских гимнастических школ, восточной культуры, а также танцевальной и хореографической подготовки.

Тренировки проводятся в режиме разной интенсивности, оказывая положительное воздействие на сердечнососудистую систему. В процессе занятий прорабатываются крупные группы мышц, особенно в нижней части тела, корректируется осанка. Специфические танцевальные движения способствуют развитию пластичности и координационных способностей.

Для повышения мотивации к занятиям и эффективного воздействия физической нагрузки на организм студенток 1-4 курсов специального медицинского отделения, мы начали использовать в своей практике элементы танцевальной аэробики. Данный вид

физических нагрузок сочетает в себе многообразие двигательных действий, а в сочетании с современными популярными музыкальными ритмами создает оптимальное психологическое настроение в группе. Как известно данный вид физической нагрузки носит аэробный характер и является самым полезным по воздействию на все системы организма. Упражнения аэробного характера в большой степени развивают общую выносливость, повышают физическую работоспособность всего организма, что благотворно влияет на здоровье студенток, так как их непосредственная деятельность в большей степени связана с сидячим образом жизни.

Мы включали элементы танцевальной аэробики, в учебные занятия исходя из общих педагогических принципов. В подготовительной части занятия использовались общепринятые средства физической культуры (разновидности ходьбы и бега, общеразвивающие упражнения, специальные беговые и прыжковые упражнения). Основная часть занятия предусматривала в первой половине освоение программного материала, а вторая половина основной части занятия уделялась разработанным комплексам танцевальной аэробики. Нагрузка в упражнениях придерживалась принципа постепенности и дозировалась исходя из подготовленности студенток. На первых занятиях на танцевальную часть отводилось от 10 до 15 минут времени с небольшой интенсивностью. Постепенно увеличивая эти показатели от занятия, к занятию доводя время выполнения до 25-30 минут. Разминка перед танцевальной частью занятия начиналась медленно при темпе музыки, соответствующей ЧСС до 100 уд/мин (фаза развития выносливости для ССС включает аэробные упражнения с увеличением интенсивности в ускоренном темпе до 140 уд/мин, фаза развития силы мышц проходит в замедленном темпе). В заключительной части занятия темп и объем музыки снижаются, вызывая расслабляющее завершение.

Движения в соответствии с музыкальным ритмом являются приятным видом занятий. Выполнение упражнений под музыку является положительным видом двигательной активности. Музыка создает мотивацию для продолжения занятий. Темпы и ритмы современных композиций делают тренировку волнующей и заставляют участников поддерживать такт. Музыкальные композиции делают привычные упражнения более насыщенными. Выбор музыкального сопровождения для различных фаз тренировочного занятия определяет тон для разминки соответствующей интенсивности аэробной фазы и заключительной части тренировочного занятия.

Примененные нами принципы и средств танцевальной аэробики на практических занятиях со студентками специального медицинского отделения позволяют нам более грамотно планировать тренировочные занятия и получать от них максимальную пользу. А также разработанная нами тренировочные программы позволили с успехом реализовать основные задачи оздоровительной тренировки. Данная схема работы может быть использована педагогами и инструкторами при проведении занятий со студентами специального медицинского отделения.

Литература

1. Лисицкая, Т.С. Ритмическая гимнастика: методика и физиологическое обоснование. Гимнастика. Сборник статей. / Т.С. Лисицкая, М.Ю. Ростовцева, Е.А. Ширковец. - М., 1985. – 268 с.
2. Хоули, Э.Т. Руководство инструктора оздоровительного фитнеса /Э.Т. Хоули.– М., Олимпийская литература, 2000.– 375 с., ил.
3. Шенфилд, Б. Фитнес для женщин. Идеальные плечи, руки, грудь / Б. Шенфилд. – М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 208с., ил.

СОДЕРЖАНИЕ

2 ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ, МЕТОДОВ И ФОРМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА, В ТОМ ЧИСЛЕ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Аношко В.Г., Аношко С.Г., Старовойтова Ю.В. Биоинформационные оздоровительные технологии обучения в системе физического воспитания и реабилитации студентов с ослабленным здоровьем.....	3
Антипин Н.И., Станский Н.Т. Методология и практическая деятельность по направлению к здоровому образу жизни.....	4
Беспутчик В.Г., Ярмлюк В.А. Гимнастика для здоровья в практике физического воспитания.....	7
Бондаренко А.Е., Курзова Е.В., Кравченко М.С. Структура экспериментальных занятий дыхательной гимнастикой студенток с бронхиальной астмой.....	10
Бондаренко А.Е., Чернов С.В., Ливанская О.В. Содержание занятий ЛФК с младшими школьниками, страдающими детским церебральным параличом.....	14
Брановицкая А.А., Зайцева О.В., Цыркунова Г.М. Способы мотивирования студентов к занятиям физической культурой.....	17
Бугаевский К.А. Использование лечебной физкультуры, специальных упражнений и массажа у женщин с проблемами тазового дна.....	19
Бурнос М.А., Дулькина Г.И., Тростинецкая Н.Г. Оценка некоторых функциональных показателей дыхательной системы студентов СМО.....	22
Бутько А.В., Грушник А.В. Организация деятельности студентов СМГ в процессе физического воспитания.....	24
Вихляев Ю.Н., Ардашева А.Е. Влияние средств физической реабилитации на состояние деформированной полой стопы у детей.....	27
Володкович С.Л., Ярчак Е.Н. Применение фитнес–программ в практике физического воспитания студенческой молодежи.....	30
Гаврилович Н.Н. Двигательная активность и здоровье.....	33
Глазько Т.А., Глазько А.Б. Формирование основ здоровьесберегающей среды в системе физического воспитания студентов педагогических специальностей.....	35
Горовой В.А., Черенко В.А., Блоцкий С.М. Дискотека как форма физкультурно-рекреационной деятельности учащихся и студентов.....	39
Гусева Г.М., Фадеев В.О., Челнокова М.С. Шляхи поліпшення стану психічного здоров'я населення України.....	42
Ерёмова Н.Г., Брускова И.В. Физическое развитие, как один из критериев здоровья человека.....	46
Зиновьева Е.В., Гаврилович Н.Н. Анализ уровня силовых способностей студентов ГомГМУ, занимающихся в специальных медицинских группах.....	49
Золотухина Т.В., Яцко Н.Г., Стецова Г.В. Влияние двигательной активности на функциональное состояние человека.....	51
Каковкіна О.А., Пікінер О.С., Яковенко А.В. До питання підвищення рівня фізичної та функціональної підготовленості баскетболістів з вадами слуху на етапі максимальної реалізації індивідуальних можливостей.....	53

Колеснёв Ю.В., Кошман В.В. Основы формирования психо-физического развития у детей дошкольного и школьного возраста.....	57
Котовенко С.В. О роли регулярной двигательной активности в профилактике сердечных недугов.....	58
Лутковская О.Ю. Проблемы становления теории и практики фитнеса как новой формы физкультурно-оздоровительной работы.....	62
Максимук О.В., Врублевский Е.П., Физкультурно-оздоровительные занятия на основе китайской оздоровительной гимнастики ушу с женщинами зрелого возраста.....	64
Мицкевич Д.А., Богданова Н.Л. Современные методы совершенствования физической подготовленности студентов на занятиях аэробикой.....	66
Назаренко И.А., Палашенко М.Ю., Борсукова А.С. Функциональное состояние студентов в группах лечебной физической культуры.....	68
Нехаева В.Г. Популяризация стрелкового спорта среди людей с ограниченными возможностями.....	71
Ничипорко Н.Н., Величко Е.Б. Система пилатес как форма занятий оздоровительными физическими упражнениями.....	74
Ножка А.И., Орлова Н.В., Влияние аэробных упражнений на организм студентов.....	77
Ножка А.И., Орлова Н.В. Методика проведения занятий физической культурой с использованием средств оздоровительной аэробики.....	80
Пунтус В.А. Влияние физических упражнений на внимание студентов специального медицинского отделения.....	83
Сікура А.Й., Пакірбаєва Л.В., Палієнко К.В. Формування здоров'язберігаючих компетентностей у процесі викладання дисципліни «Основи педіатрії».....	85
Страшко С.В., Шермет І.В., Палієнко К.В. Особливості формування у студентів медико-біологічних уявлень про небезпеку ВІЛ/СНІДУ.....	87
Соколов Ю.И., Корниенко И.М., Причинич А.Е. Бег – как средство оздоровления людей разного возраста.....	91
Торба Т.Ф. Володкович С.Л., Сергейчик Н.А. Субъективная оценка состояния своего здоровья.....	93
Филимонова Н.И. Особенности физического воспитания в условиях инклюзивного образования.....	98
Фідірко М.О. Загальна фізична підготовка підлітків.....	101
Химаков В.В., Ковалева О.Н., Дегтяренко С.А. Программа физкультурно-оздоровительной деятельности для студентов, имеющих отклонение в состоянии здоровья.....	104
Христовая Т.Е. Использование танцевальных элементов в реабилитации детей с бронхиальной астмой.....	106
Чекмарева Н.Г., Чернявская Е.А., Белобров В.И. Влияние восточных танцев на организм студенток занимающихся в физкультурно-оздоровительных группах.....	109
Швайликова Н.В., Селиверстова Н.В., Головач В.А. Использование аэробных упражнений на занятиях со студентами специального медицинского отделения.....	112

СОДЕРЖАНИЕ

2 ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ, МЕТОДОВ И ФОРМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА, В ТОМ ЧИСЛЕ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Аношко В.Г., Аношко С.Г., Старовойтова Ю.В. Биоинформационные оздоровительные технологии обучения в системе физического воспитания и реабилитации студентов с ослабленным здоровьем.....	3
Антипин Н.И., Станский Н.Т. Методология и практическая деятельность по направлению к здоровому образу жизни.....	4
Беспутчик В.Г., Ярмолюк В.А. Гимнастика для здоровья в практике физического воспитания.....	7
Бондаренко А.Е., Курзова Е.В., Кравченко М.С. Структура экспериментальных занятий дыхательной гимнастикой студенток с бронхиальной астмой.....	10
Бондаренко А.Е., Чернов С.В., Ливанская О.В. Содержание занятий ЛФК с младшими школьниками, страдающими детским церебральным параличом.....	14
Брановицкая А.А., Зайцева О.В., Цыркунова Г.М. Способы мотивирования студентов к занятиям физической культурой.....	17
Бугаевский К.А. Использование лечебной физкультуры, специальных упражнений и массажа у женщин с проблемами тазового дна.....	19
Бурнос М.А., Дулькина Г.И., Тростинецкая Н.Г. Оценка некоторых функциональных показателей дыхательной системы студентов СМО.....	22
Буцько А.В., Грушник А.В. Организация деятельности студентов СМГ в процессе физического воспитания.....	24
Вихляев Ю.Н., Ардашева А.Е. Влияние средств физической реабилитации на состояние деформированной полой стопы у детей.....	27
Володкович С.Л., Ярчак Е.Н. Применение фитнес–программ в практике физического воспитания студенческой молодежи.....	30
Гаврилович Н.Н. Двигательная активность и здоровье.....	33
Глазько Т.А., Глазько А.Б. Формирование основ здоровьесберегающей среды в системе физического воспитания студентов педагогических специальностей.....	35
Горовой В.А., Черенко В.А., Блоцкий С.М. Дискотека как форма физкультурно-рекреационной деятельности учащихся и студентов.....	39
Гуссва Г.М., Фадсєв В.О., Челнокова М.С. Шляхи поліпшення стану психічного здоров'я населення України.....	42
Ерёмова Н.Г., Брускова И.В. Физическое развитие, как один из критериев здоровья человека.....	46
Зиновьева Е.В., Гаврилович Н.Н. Анализ уровня силовых способностей студентов ГомГМУ, занимающихся в специальных медицинских группах.....	49
Золотухина Т.В., Яцко Н.Г., Стецова Г.В. Влияние двигательной активности на функциональное состояние человека.....	51
Каковкіна О.А., Пікінер О.С., Яковенко А.В. До питання підвищення рівня фізичної та функціональної підготовленості баскетболістів з вадами слуху на етапі максимальної реалізації індивідуальних можливостей.....	53

Колеснёв Ю.В., Кошман В.В. Основы формирования психо-физического развития у детей дошкольного и школьного возраста.....	57
Котовенко С.В. О роли регулярной двигательной активности в профилактике сердечных недугов.....	58
Лутковская О.Ю. Проблемы становления теории и практики фитнеса как новой формы физкультурно-оздоровительной работы.....	62
Максимук О.В., Врублевский Е.П., Физкультурно-оздоровительные занятия на основе китайской оздоровительной гимнастики ушу с женщинами зрелого возраста.....	64
Мицкевич Д.А., Богданова Н.Л. Современные методы совершенствования физической подготовленности студентов на занятиях аэробикой.....	66
Назаренко И.А., Палашенко М.Ю., Борсукова А.С. Функциональное состояние студентов в группах лечебной физической культуры.....	68
Нехаева В.Г. Популяризация стрелкового спорта среди людей с ограниченными возможностями.....	71
Ничипорко Н.Н., Величко Е.Б. Система пилатес как форма занятий оздоровительными физическими упражнениями.....	74
Ножка А.И., Орлова Н.В., Влияние аэробных упражнений на организм студентов.....	77
Ножка А.И., Орлова Н.В. Методика проведения занятий физической культурой с использованием средств оздоровительной аэробики.....	80
Пунтус В.А. Влияние физических упражнений на внимание студентов специального медицинского отделения.....	83
Сікура А.Й., Пакірбаєва Л.В., Палієнко К.В. Формування здоров'язберігаючих компетентностей у процесі викладання дисципліни «Основи педіатрії».....	85
Страшко С.В., Шеремет І.В., Палієнко К.В. Особливості формування у студентів медико-біологічних уявлень про небезпеку ВІЛ/СНІДУ.....	87
Соколов Ю.И., Корниенко И.М., Причинич А.Е. Бег – как средство оздоровления людей разного возраста.....	91
Торба Т.Ф. Володкович С.Л., Сергейчик Н.А. Субъективная оценка состояния своего здоровья.....	93
Филимонова Н.И. Особенности физического воспитания в условиях инклюзивного образования.....	98
Фідірко М.О. Загальна фізична підготовка підлітків.....	101
Химаков В.В., Ковалева О.Н., Дегтяренко С.А. Программа физкультурно-оздоровительной деятельности для студентов, имеющих отклонение в состоянии здоровья.....	104
Христовая Т.Е. Использование танцевальных элементов в реабилитации детей с бронхиальной астмой.....	106
Чекмарева Н.Г., Чернявская Е.А., Белобров В.И. Влияние восточных танцев на организм студенток занимающихся в физкультурно-оздоровительных группах.....	109
Швайликова Н.В., Селиверстова Н.В., Головач В.А. Использование аэробных упражнений на занятиях со студентами специального медицинского отделения.....	112

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ,
ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

Материалы
XI Международной научно-практической конференции,
посвящённой 85-летию УО «ГГУ имени Ф. Скорины»

(Гомель, 8 – 9 октября 2015 года)

В трех частях

Часть 2

В авторской редакции

Подписано в печать 22.09.2015. Формат 60x84 1/8.
Бумага офсетная. Ризография. Усл. печ. л. 13,5.
Уч.-изд. л. 11,7. Тираж 50 экз. Заказ 552.

Издатель и полиграфическое исполнение :
учреждение образования
«Гомельский государственный университет
имени Франциска Скорины».
ЛИ № 02330/0549481 от 14.05.2009.
Ул. Советская, 104, 246019, г. Гомель.