

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
«ЛУГАНСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ТАРАСА ШЕВЧЕНКО»  
ИНСТИТУТ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И СПОРТА**

**ОТДЕЛ РЕАБИЛИТАЦИИ  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ  
ИФВиС**

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ В  
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Материалы  
Республиканской научно-практической конференции**

**8 апреля 2019 года**

  
**КНИГА**  

---

**Луганск  
2019**

**УДК 615.8(477.61-ЛНР)(06)**  
**ББК 53.54 (4Укр – ЛНР)я 43**  
**С56**

**Рецензенты:**

- Турянская О.Ф.** – профессор кафедры педагогики ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», доктор педагогических наук, профессор.
- Скляр П.П.** – директор института философии и социально-политических наук ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Владимира Даля», доктор психологических наук, профессор.
- Бугеря Т.Н.** – доцент кафедры социальной работы и организации работы с молодежью, кандидат педагогических наук ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Владимира Даля», кандидат педагогических наук, доцент.

**С56** **Современные проблемы физической реабилитации в Луганской Народной Республике** : материалы Республиканской научно-практ. конф. (Луганск, 8 апреля 2019 года) // под общ. ред. Т.Т. Ротерс, Е.В. Богданова; ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко». – Луганск : Книта, 2019. – 168 с.

В сборнике представлены статьи специалистов по проблемам развития физической реабилитации, актуализации проблемных вопросов нормативно-правового обеспечения деятельности специалистов физической реабилитации в Луганской Народной Республике.

Материалы конференции адресованы специалистам центров реабилитации, физическим реабилитологам, педагогам инклюзивных образовательных организаций, учителям физического воспитания, представителям психолого-медико-педагогических комиссий, преподавателям и студентам.

*Рекомендовано к печати Научной комиссией  
Луганского национального университета имени Тараса Шевченко»  
(протокол № 9 от 21 05 2019 г.)*

**УДК 615.8(477.61-ЛНР)(06)**  
**ББК 53.54 (4Укр – ЛНР)я 43**

© Коллектив авторов, 2019  
© ГОУ ВПО ЛНР  
«ЛНУ имени Тараса Шевченко»

## Содержание

<b>Андросова А.П.</b> Физическое воспитание как неотъемлемая часть здоровьесберегающей среды школьника .....	<b>6</b>
<b>Богданова А.С.</b> Частота сердечных сокращений – информативный показатель адекватности физической нагрузки на организм человека.....	<b>11</b>
<b>Богданова Е.В.</b> Организация физической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в Луганском национальном университете имени Тараса Шевченко.....	<b>16</b>
<b>Бугеря Т.Н.</b> Формирование инклюзивной компетентности будущих педагогов в процессе профессиональной подготовки в высших учебных заведениях.....	<b>23</b>
<b>Васютин Д.П.</b> Психологические аспекты проблемы реадaptации людей с особыми потребностями здоровья .....	<b>29</b>
<b>Вильчинская К.Р.</b> Межличностные конфликты в педагогическом коллективе .....	<b>36</b>
<b>Григоренко И.Н.</b> Инь-Энергия и Ян-Энергия вместе с китайским представлением о внутренних органах человека.....	<b>42</b>
<b>Григоренко И.Н.</b> Об активных точках и о меридианах .....	<b>47</b>
<b>Годз Л.А., Добровольская Н.А., Нескреба Т.А.</b> Фитнес в системе физического воспитания медицинского вуза.....	<b>53</b>
<b>Гуляева Е.Р., Сухоплюева Н.И.</b> Состояние здоровья у высококвалифицированных спортсменов в раннем постспортивном периоде.....	<b>59</b>
<b>Драгнев Ю.В.</b> Восстановление армспортсменов после тренировочных нагрузок в армспорте .....	<b>63</b>
<b>Дроздов Д.В., Фоменко А.В.</b> Оздоровительная технология в реабилитации больных после травмы локтевого сустава .....	<b>66</b>
<b>Ермилова Г.П.</b> Взаимодействие будущих педагогов с детьми с особыми возможностями здоровья, как теоретическая основа формирования их профессиональной подготовки .....	<b>72</b>
<b>Завадич В.Н.</b> Ритмическое воспитание детей с задержкой психического развития .....	<b>75</b>
<b>Загной Т.В.</b> Оздоровительное плавание женщин репродуктивного возраста .....	<b>79</b>

<b>Калмыкова В.И., Нескреба Т.А., Черняк О.П.</b> Научно-методические аспекты организации физического воспитания студентов группы лечебной физической культуры.....	<b>84</b>
<b>Кирмач Г.А.</b> Психолого-педагогическое сопровождение студентов с инвалидностью .....	<b>90</b>
<b>Кострыкин В.Я., Хвостиков И.П., Мартыненко Е.Н.</b> Физическая культура в обеспечении здоровья студентов специальных медицинских групп.....	<b>94</b>
<b>Кучеренко В.С., Добровольская Н.А., Мороховец С.А., Аматыни Н.А., Шиншина С.И.</b> Психофизическая реабилитация спортсменов высокой квалификации в традиционном каратэ в постсоревновательный период .....	<b>101</b>
<b>Кучеренко В.С., Добровольская Н.А., Федорова Г.В., Мороховец С.А., Бережная С.Е.</b> Роль коррекции психофизического состояния больных, перенесших инсульт успешной реабилитации и восстановлении социального статуса .....	<b>108</b>
<b>Лебедева Ю.В.</b> Влияние массажа на функциональное состояние организма .....	<b>119</b>
<b>Павлова Н.А.</b> Теоретико-методические особенности организации учебного процесса в начальной школе на основе применения здоровьесберегающих технологий по методике В.Ф. Базарного .....	<b>123</b>
<b>Проценко Д.С., Черняк О.П., Нескреба Т.А.</b> Использование нетрадиционных форм физического воспитания для повышения мотивации студентов.....	<b>131</b>
<b>Ротерс Т.Т.</b> Формируем красивое тело (самостоятельные занятия физическими упражнениями).....	<b>136</b>
<b>Ступченко С.И., Панченко Л.Г.</b> Традиционные консервативные методы лечения детей больных сколиотической болезнью .....	<b>141</b>
<b>Толубицкая А.В.</b> Польза гимнастики для глаз при заболевании зрения (миопии) .....	<b>147</b>
<b>Федин А.Н.</b> Организация круговой тренировки в специальных медицинских группах .....	<b>150</b>
<b>Чумак Н.И.</b> Пути совершенствования технологии работы по социальной реабилитации детей, имеющих физические огра-	

ничения здоровья .....	<b>154</b>
<b>Сведения об авторах</b> .....	<b>163</b>

**Андросова Алёна Павловна**  
доцент кафедры теории и методики  
физического воспитания  
кандидат педагогических наук, доцент  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
[baterflu@ukr.net](mailto:baterflu@ukr.net)

## **ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ ШКОЛЬНИКА**

Наивысшей ценностью человеческой жизни является здоровье. Его сохранение, укрепление и поддержание на высоком уровне является приоритетной задачей как индивида в частности, так и в целом населения страны на государственном уровне. В связи с этим в современных условиях развития образования одной из ведущих задач является воспитание не только всесторонне развитого подрастающего поколения с точки зрения когнитивных способностей, а здоровой нации.

Исследования О.М. Пермякова, К.Н. Бараковских [3] показали, что за последние годы число абсолютно здоровых детей снизилось и не превышает 10–12% здоровых учащихся. Так, частота функциональных нарушений увеличилось в 1,5 раза, хронических болезней – в 2 раза. Половина школьников 7–9 лет и более 60% старшеклассников имеют хронические болезни. Вдвое увеличилась доля болезней органов пищеварения, в четыре раза опорно-двигательного аппарата, втрое – болезни почек и мочевыводящих путей. Наблюдается увеличение числа школьников, имеющих несколько диагнозов. Уже в 10–11 лет – 3 диагноза, 16–17 лет – 3–4 диагноза, а 20%

старшеклассников-подростков имеют в анамнезе 5 и более функциональных нарушений и хронических заболеваний.

Такая негативная картина состояния здоровья детей разного школьного возраста создает почву для разноплановых исследований направленных на улучшения ситуации. Данной проблемой активно занимаются медики, психологи, педагоги.

Доказано, что состояние здоровья школьников связано с качеством образовательного процесса, а именно с объемом учебной нагрузки, способами организации процесса обучения и воспитания, а также условиями, в которых они протекают [2]. Так, А.И. Зарипова в своем исследовании указывает на факторы влияющие на состояние здоровья школьников, где важнейшим является внутришкольная среда (от 6 до 15% в начальной школе и от 20 до 26% к концу обучения). Также автор считает, что, несмотря на широкий интерес к вопросу развития средового подхода в образовании и актуализации понятия «образовательная среда», «здоровьесберегающая среда» (труды В.Н. Абросимова, Т.В. Аникаевой, И.А. Баевой, Г.Ю. Беляева, Л.А. Боденко, И.В. Крупиной, Л.Н.Куликовой, В.В.Рубцова, Л.И. Туктаевой, И.М.Улановской, В.А. Левина и др.), ряд особенностей изучен недостаточно.

По данным М.М. Безруких [1] многолетние исследования Института возрастной физиологии РАО позволили выявить и ранжировать школьные факторы риска, которые влияют на здоровье школьников. К ним относятся: стрессовая педагогическая тактика (или тактика педагогических воздействий); интенсификация учебного процесса; несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников; нерациональная организация учебной деятельности (в том числе физкультурно-оздоровительной работы); низкая функциональная грамотность педагогов и родителей в вопросах охраны и укрепления здоровья; проблемы организации медицинского обслуживания школьников и наблюдения за состоянием здоровья.

М.Ю. Стожарова [5] указывает на важность физического компонента готовности ребенка к школьному обучению. Автор относит к физической готовности следующие ее составляющие: биологический возраст ребенка; сформированность физического и психологического здоровья; уровень и частота заболеваемости ребёнка; уровень нервно-психического развития ребёнка. В своем научном поиске автор опирается на исследования физической готовности В.А. Якименко, где мы видим следующие ее компоненты: состояние здоровья; физическое развитие; развитие функциональных систем ребёнка; физическая подготовленность; развитие мелкой моторики рук; овладение культурно-гигиеническими навыками.

Таким образом, можно констатировать, что физическая составляющая здоровья ребенка имеет ключевое значение в целом для его развития и готовности к обучению. Нахождение ребенка в общеобразовательных учреждениях должно способствовать не только умственному, но и физическому развитию как условия воспитания здорового подрастающего поколения. Поэтому школьная среда должна обеспечивать условия здоровьесбережения на всех уровнях (духовном, психическом и физическом). В данном контексте физическое воспитание школьника создает благоприятные условия в первую очередь для повышения уровня физического здоровья и является неотъемлемой частью здоровьесберегающей среды учебного заведения.

Говоря о физическом воспитании как неотъемлемой части здоровьесберегающей среды школьника интересными, на наш взгляд, являются исследования Н.В. Фарафонова [6], который указывает, что деятельность учителя в аспекте реализации здоровьесберегающих технологий на уроках физической культуры должна включать знакомство с результатами медицинских осмотров детей, их учет в учебно-воспитательной работе; помощь родителям в построении здоровой жизнедеятельности учащихся и семьи в целом. Также им указывается цель и задачи здоровьесберегающей педагогики.



Так, цель направлена на обеспечение школьнику высокого уровня реального здоровья и овладение им необходимых знаний, умений и навыков ведения здорового образа жизни. Задача заключается в формировании культуры здоровья у выпускников, чтобы молодые люди заботились о своем здоровье и бережно относиться к здоровью других людей. Н.В. Фарафонов указывает, что к одной из групп здоровьесберегающих технологий, применяемых в системе образования, относятся физкультурно-оздоровительные технологии. Они направлены на физическое развитие занимающихся: закаливание, тренировку силы, выносливости, быстроты, гибкости и других качеств. В основном данные технологии реализуются на уроках физкультуры и в работе спортивных секций.

На современном этапе развития школьной системы физического воспитания, учителя физической культуры ведут постоянный поиск модернизации процесса обучения и воспитания подрастающего поколения. Этот поиск в первую очередь направлен на повышении мотивации учащихся к регулярным занятиям видами двигательной активности с целью повышения уровня своего здоровья и его сохранения. В связи с этим актуальным является применение инновационных физкультурно-оздоровительных технологий.

Так, Н.С. Селиванов, О.А. Веденина [4] указывают, что среди инновационных физкультурно-оздоровительных технологий можно выделить следующие: стретчинг (растяжка), игровой стретчинг (для детей ДОУ), техника степа (упражнения со степ-платформой, степ-аэробика, зумба-степ, stepbasic+core, Step and Sculpt, doublestep), dancemix, hotiron (силовая тренировка с мини-штангой), crossfit (круговая тренировка без отдыха), fitball (упражнения с большим упругим мячом), ABL (проработка ног, пресса, ягодич), wellnessmix (комплекс упражнений пилатеса, йоги и стретчинга), Bodysculpt (силовая тренировка, проходящая в аэробном режиме), слайд (тренировка на скользкой поверхности), босу (тренировка на платформе «Bosu»). Также актуальными являются синтез технологии:

зумба-степ (зумба + упражнения со степ-платформой), AVL (тренировка брюшной полости + ягодич + ног в одной программе), Dancemix (смесь элементов разных танцевальных направлений прошлого и современности), Wellnessmix (пилатес + йога + стретчинг в одной программе).

Таким образом, здоровьесберегающая среда школьника имеет многогранную структуру, где важное место занимает процесс физического воспитания. Ведущая роль отводится повышению мотивации школьника к двигательной активности посредством применения инновационных физкультурно-оздоровительных технологий на уроках физической культуры и во внеклассной деятельности. Слаженная работа педагогов, медиков и психологов должна создавать благоприятные условия для функционирования здоровьесберегающей среды школьника.

### Литература

**1. Безруких М.М.** Здоровьесберегающая образовательная среда и факторы, препятствующие ее созданию / М.М. Безруких – (Вызовы времени и ресурсы обновления образования) // Человек и образование. 2012. – №2. – С. 10–16.

**2. Зарипова А.И.** Комплексное организационно-педагогическое сопровождение формирования здоровьесберегающей среды школы: дис. канд. пед. наук: 13.00.01 / Альмира Идрисовна Зарипова. – Уфа, 2011. – 188 с.

**3. Пермяков О.М.** Состояние здоровья школьников как социально-педагогическая проблема / О.М. Пермяков, К.Н. Барановских // Проблемы развития физической культуры и спорта в новом тысячелетии: материалы VI международной научно-практической конференции, 28 февраля 2017г., г. Екатеринбург / Рос. гос. проф.-пед. ун-т. – Екатеринбург РГППУ, 2017. – С. 328–331.

**4. Селиванов Н.С.** Современные физкультурно-оздоровительные технологии / Н.С. Селиванов, О.А. Веденина // Здоровьесбережение как инновационный аспект современного образования: материалы III Международной научно-практической

кой заочной студенческой конференции. Екатеринбург, 2016. – С. 274.

**5. Стожарова М.Ю.** Применение здоровьесберегающих технологий как условие формирования физического компонента школьной зрелости детей старшего дошкольного возраста / М.Ю. Стожарова // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. 2016. – №11(2). – С. 153–162.

**6. Фарафонова Н.В.** Использование здоровьесберегающих технологий на уроках физической культуры [Текст] / Н.В. Фарафонова // Актуальные задачи педагогики: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Чита, январь 2015 г.). – Чита: Издательство Молодой ученый, 2015. – С. 98–102.

УДК 612.171:796.015.6

**Богданова Анна Степановна**  
доцент кафедры теории и методики  
физического воспитания  
кандидат педагогических наук, доцент  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
bogdanova\_a@bk.ru

## **ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ – ИНФОРМАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АДЕКВАТНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**

В процессе начального разучивания упражнения учащиеся быстро устают, процесс же усвоения нового материала требует от них остроты восприятия, повышенного проявления двигательных качеств, поэтому в этот период нецелесообразно планировать большие нагрузки.

Число повторений определяют возможностью улучшать технику исполнения в очередной попытке. Ухудшение координации движений, повторение со стереотипными ошибками является сигналом к прекращению выполнения упражнений или к увеличению продолжительности интервалов для отдыха. Кратковременные ациклические упражнения (состоящие из 1–2 элементов), а также относительно легкие в освоении могут в одной попытке повториться несколько раз.

Интервалы отдыха между подходами (сериями) должны иметь достаточную продолжительность, чтобы у учащихся возобновились физические и психические силы для повторения упражнения. Интервалы между занятиями в процессе обучения не должны быть большими, чтобы сохранился эффект воздействия физических упражнений на организм человека от предыдущего занятия.

Наиболее информативным показателем адекватности физической нагрузки на организм человека является частота сердечных сокращений (ЧСС).

ЧСС – количество сокращений, которое делает сердце за определенный момент времени. Определить показатель оптимальной частоты сердечного пульса необходимо для определения уровня допустимых нагрузок (табл.1). Для этого сначала нужно узнать, какое максимальное значение пульса может иметь учащийся в процессе тренировки (зона тренировки) [3].

Его вычисляют так: из коэффициента 220 вычитают число соответствующих лет человека:  $\text{ЧСС макс} = 220 - \text{возраст человека}$ , например: для человека в возрасте 25 лет максимальное ЧСС составляет  $220 - 25 = 195$  (максимальное число сердечных сокращений (ЧСС)).

Чтобы получить нужный для тренировок диапазон сердечных сокращений полученное число: 195 (максимальное число сердечных сокращений (ЧСС)) надо умножить на коэффициенты 0,6 и 0,7.

Нужный тренировочный пульс будет составлять 60–70% от максимальной ЧСС.

Нужную нам ЧСС рассчитываем так:

$$220-25 \text{ (возраст)} \times 0,6 = 117$$

$$220-25 \text{ (возраст)} \times 0,7 = 136,5$$

Оптимальному пульсу для занятий физическими упражнениями у человека 25-и лет будет соответствовать значение пульса от 117 уд/мин до 136 уд/мин.

*Таблица 1*

**Рекомендуемая частота пульса во время  
занятий фитнесом**

<b>Возраст</b>	20	25	30	35	40	45	50	55	60
<b>Максимальная ЧСС</b>	200	195	190	185	180	175	170	165	160
<b>Рекомендуемая ЧСС от максимальной 60%</b>	120	117	114	111	108	105	102	99	96
<b>Рекомендуемая ЧСС от максимальной 70%</b>	140	136	133	129	126	122	119	115	112

Для эффективности проведения занятий без вреда для здоровья необходимо контролировать ЧСС.

В норме у нетренированного взрослого человека частота сердечных сокращений колеблется в пределах 60–80 уд/мин. В положении лежа он в среднем на 10 уд/мин. меньше, чем стоя. У женщин ЧСС на 7–10 уд/мин. выше, чем у мужчин того же возраста. У детей ЧСС значительно больше, чем у взрослых. Но в процессе взросления и становления сердечно-сосудистой системы ЧСС у детей снижается. Так, например, у детей в возрасте 2–5 лет ЧСС составляет 100 уд/мин. [3].

Существует несколько методов определения частоты сердечных сокращений, наиболее простой из них – пальпаторий, заключающийся в прощупывании и подсчете пульсовых волн. Пульс можно считать с 10–15–30–60 секундным интервалом.

Более точные данные можно получить при подсчете его в течение минуты. Обычно пульс измеряют на запястье, на сонной артерии, на виске, в районе локтевого сгиба, в паху. Существует также специальный прибор – пульсометр для тех, кто регулярно занимается спортом.

Зная индивидуальное значение начального и максимального пульса, можно определить оптимальное значение ЧСС при выполнении физических нагрузок, то есть собственную «зону тренировки». Выходить за ее пределы резко, без подготовки, не рекомендуется.

Выделяют четыре основные тренировочные зоны:

1) Зона низкой нагрузки или оздоровительная:

пульс – 50–60% от максимального. Рекомендованная новичкам и тем, кто возвращается к тренировочным занятиям после перерывов и травм.

2) Зона умеренной нагрузки:

Здесь происходит сжигание жиров, пульс – 60–70% от максимального. Занятия проходят в быстром темпе, что способствует сжиганию калорий. Подходит тем, у кого нет проблем со здоровьем.

3) Зона повышенной нагрузки или аэробная зона:

Пульс составляет 70–80% от максимального. Тренировки требуют высокого темпа, но при этом не сжигаются жиры, поскольку в этой зоне основной источник энергии – мышечный гликоген. Работать в этой зоне рекомендуется профессиональным спортсменам.

4) Зона анаэробного порога:

Пульс составляет 80–90% от максимального. Организм и мышцы в этой зоне работают на пределе возможностей, поэтому работать в указанной зоне могут только опытные спортсмены. Для нетренированного человека такие нагрузки вредны для здоровья [2].

Основным регулятором нагрузки на занятиях по физической культуре являются:

а) интенсивность работы, которая подразделяется на три уровня:

- низкий – до 75% от максимальной частоты пульса;
- средний – до 84%;
- высокий – до максимальной частоты сердечных сокращений.

б) продолжительность занятий и их частоты;

в) количество занятий (в неделю, в течение месяца, года и далее) и их содержательный режим.

В результате научных исследований было определено, что для повышения уровня физической подготовленности здорового человека рекомендуется: – частота занятий 3–5 раз в неделю; – интенсивность 60–70% ЧСС от максимальной; – продолжительность 30–60 мин. непрерывной активности [1].

Подытоживая вышесказанное можно отметить, что контроль за частотой сердечных сокращений – основа грамотной и безопасной тренировки сердечно-сосудистой системы и здоровья человека. Подбирая степень активности занятий, необходимо контролировать максимальную частоту пульса, которая должна соответствовать интенсивности занятий, возрасту человека и уровню его физической подготовленности.

## **Литература**

**1. Афтимичук О.Е.** Оздоровительная аэробика. Теория и методика : учеб.пособие / О.Е. Афтимичук; Гос. ун-т физ. воспитания и спорта. – Кишинев :«Valinex» SRL, 2011. – 310 с.

**2. Курамшин Ю.Ф.** Теория и методика физической культуры / Ю.Ф. Курамшин. – М.: Советский спорт, 2010. – 320 с.

**3. Сидельникова В.И.** Самоконтроль и здоровье / В.И. Сидельникова. – СПб.: Питер, 2004. – 192 с.

**Богданова Елена Витальевна**  
заведующая отделом реабилитации  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
[bogdanova-elena-70@rambler.ru](mailto:bogdanova-elena-70@rambler.ru)

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ЛУГАНСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ ТАРАСА ШЕВЧЕНКО**

В настоящее время проводится большое количество научных исследований, посвященных вопросам оптимизации физического воспитания студентов ВУЗов. При этом авторы подчеркивают, что первоочередным заданием физического воспитания студентов является оздоровительная направленность занятий, проводимых в условиях рационального дозирования нагрузки, соответствующей индивидуальным показателям физического состояния [1; 3; 5; 7; 10; 13].

Физическое воспитание в ВУЗах, как обязательная учебная дисциплина, для студентов с ограниченными возможностями здоровья существует лишь декларативно, а реально – совершенно не ориентирована на выполнение социального заказа – подготовку молодого специалиста, который имеет достаточный уровень здоровья, необходимое физкультурное образование и физическую подготовленность для того, чтобы соответствовать требованиям квалификационной характеристике избранной профессии.

Ежегодно в вуз поступает определенное количество студентов, имеющих отклонения здоровья и с инвалидностью. Организация и методика учебного процесса по физическому воспитанию этих студентов имеет свои особенности и



заслуживает большого внимания. Организация здоровьесберегающей деятельности в общеобразовательном пространстве университета включает взаимосвязь педагогического, медицинского и психологического аспектов охранения здоровья студентов.

Важный принцип современного обучения – личностно-ориентированный, дифференцированный подход в физкультурно-оздоровительной деятельности студентов СМГ наиболее целесообразен, так как осуществление дифференцированной коррекции физического воспитания этих студентов является обязательным условием в реализации задач учебного процесса.

Достижение определенного уровня физического развития человека средствами физической культуры требует оптимальной организации специализированного педагогического процесса. Для студенческой молодежи с ограниченными возможностями здоровья такой подход является единственно верным потому, что многообразие нозологий, сопутствующих нарушений, отсутствие мотивации и потребности в двигательной активности требуют персонального подхода к личности, выбора для нее индивидуального пути физического развития [6; 12].

Одно из решений этой проблемы является оптимизация двигательной активности студентов посредством обучения их самостоятельному и творческому оздоровлению в долгосрочной перспективе.

Личностно-ориентированный дифференцированный подходы позволили нам создать организационно-педагогические условия оптимизации физического воспитания студентов СМГ в отделе реабилитации университета, использовать средства в зависимости от характера и проявления структурных и функциональных изменений в организме, обусловленных патологическими процессами и улучшить их физическое состояние, подготовленность.

Существенным повышением эффективности физического воспитания студентов, которые должны стать для них потребностью, являются занятия по индивидуальным программам оздоровления в отделе реабилитации, носящим

прежде всего, лечебно-профилактическую, оздоровительную и реабилитационную направленность. Эти программы расширяют диапазон двигательных действий, улучшают уровень психофизической подготовленности студентов, их знания и умения по преодолению имеющихся заболеваний и отклонений в здоровье, служат общему укреплению организма, повышают работоспособность, а также способствуют формированию адаптационных возможностей. То есть, студент создает свое собственное образовательное пространство, соответствующее его индивидуальным особенностям.

Студенты университета в зависимости от физического развития, состояния здоровья и функциональной подготовки разделяются на 3 группы: основную, подготовительную и специальную медицинскую. Группы формируются по нозологии (заболеваемости). Количество студентов специальной медицинской группы – 307 чел., из них 88 чел. – студенты с инвалидностью.

Так, студенты с заболеваниями кардиореспираторной, пищеварительной, эндокринной систем составляют одну группу; студенты с травмами (заболеваниями) опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы – другую; имеющие отклонения со стороны слуха или зрения – третью; имеющие отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы – четвертую. Студенты в таких группах обычно характеризуются слабым физическим развитием и низким функциональным состоянием.

Перед сотрудниками отдела реабилитации, проводящими занятия со студентами специальных медицинских групп, стоят следующие задачи:

- улучшение функционального состояния и предупреждение прогрессирования болезни;
- повышение физической и умственной работоспособности, адаптация к внешним факторам;
- снятие утомления и повышение адаптационных возможностей;

– воспитание устойчивой потребности в закаливании, занятиях оздоровительной физкультурой.

Программа занятий лечебной физкультурой в отделе реабилитации строится так, чтобы принести пользу студенту. Любые физические упражнения можно считать лечебными, если правильно их выполнять и получать от этого удовольствие.

Студенты, имеющие инвалидность проходят курсы реабилитации также на базе отдела реабилитации согласно рекомендации ИПР. В отделе реабилитации созданы условия, позволяющие студентам с инвалидностью выполнять программы без «отрыва» от учебы. Наличие реабилитационного оборудования позволяет как студентам с инвалидностью, так и студентам специальных медицинских групп получить полный спектр физкультурно-оздоровительных мероприятий. Активно используется традиционная форма проведения лечебной гимнастики, гимнастики для глаз. В индивидуальные программы включаются занятия на тренажерах, механотерапия и др.

Отличительной особенностью занятий лечебной физкультурой является периодический контроль над здоровьем студентов. Процедура функционального тестирования обычно проходит два раза в год в начале каждого семестра (измеряется рост, вес, давление, объем отдельных частей тела, жизненная емкость легких и многое другое). Результаты измерений фиксируются. Так как физкультурой занимаются до четвертого курса включительно, то под конец выстраивается карта прогресса или регресса здоровья студента.

Сохранение собственного здоровья студентов играет важную роль в процессе обучения и должна стать основой подготовки современных специалистов к их дальнейшей профессиональной деятельности, поэтому, ее организации должно уделяться особое внимание для студентов всех медицинских групп.

Опыт работы с данным контингентом показывает, что при правильной организации занятий по физическому воспитанию

заболеваемость студентов снижается, повышается их умственная и физическая работоспособность.

Предлагаем к рассмотрению базовую модель системной комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья в вузе.

*Блок 1 – здоровьесберегающая инфраструктура образовательного учреждения.*

Блок включает:

- состояние и содержание учебных корпусов и помещений вуза в соответствии с гигиеническими нормами;
- оснащённость спортивных залов необходимым оборудованием и инвентарем;
- создание доступной образовательной среды университета;
- наличие медицинского сопровождения образовательного процесса (возможность прохождения ежегодного профилактического медицинского осмотра).

*Блок 2 – организация физкультурно-оздоровительной работы.*

Блок включает:

- полноценная и эффективная работа во всех группах здоровья (на занятиях физической культуры, секциях и т.д.);
- организация занятий ЛФК в отделе реабилитации;
- организация динамических перемен;
- регулярное проведение спортивно-оздоровительных мероприятий в университете;
- организация команд по разным видам спорта из числа студентов с инвалидностью для участия в различных соревнованиях.

*Блок 3 – организация просветительско-воспитательной работы со студентами, направленной на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни*

Блок включает:

- организацию лекций, бесед, консультаций для студентов по проблемам сохранения здоровья и профилактике вредных

привычек (возможно через заключение договора о сотрудничестве с ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки».

*Блок 4 – профилактика и динамическое наблюдение за состоянием здоровья студентов вуза.*

Блок включает:

– проведение мониторинга здоровья студентов университета;

– разработку «Программы оздоровительной работы в ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко»».

Здоровье и здоровый образ жизни – качественная предпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к созданию семьи и деторождению, к сложному учебному и профессиональному труду, общественной и творческой активности. Студенты должны рассматривать свое здоровье как капитал, который нужно сохранять и преумножать, дабы в перспективе он принес свои дивиденды. Создание оптимальных условий для этого – сложная задача, которая стоит перед современным ВУЗом.

Физкультурно-оздоровительное и спортивное обеспечение обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья оптимизирует целенаправленный педагогический процесс, включающий в себя эффективные средства, методы и методические приемы, адаптированные к нозологиям студентов, ее влияние на их уровень здоровья и физическую работоспособность, физическую подготовленность и психическое состояние в процессе всего периода обучения в ВУЗе в единстве образовательной и воспитательной целей и способствующей развитию профессиональных умений и навыков.

Перспективы дальнейших исследований в отделе реабилитации связаны с поиском инновационных подходов к физическому воспитанию и спортивной деятельности студентов с ограниченными возможностями здоровья, влиянием

физических упражнений и спортивного стиля жизни на разные нозологии молодежи.

### Литература

**1. Бойко Г.Н.** Критерий психологической эффективности реализации системы психолого-педагогического сопровождения в спорте инвалидов / Г.Н. Бойко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – №2. – С.23–26.

**2. Евсеев С.П.** Адаптивная физическая культура в реабилитации и социальной адаптации инвалидов / С.П. Евсеев // Физическая культура и спорт в современном обществе. – Смоленск, СГАФКСТ, 2010. – Ч.1. – С. 11–17.

**3. Ермаков С.С.** Особенности мотивации студентов к применению индивидуальных программ физической самоподготовки / С.С. Ермаков, С.Н. Иващенко, В.В. Гузов // Физическое воспитание студентов. – 2012. – №4. – С. 59–61.

**4. Макарова Э.В.** Подходы к повышению эффективности процесса обучения и будущей профессиональной деятельности студентов с инвалидностью // Физическое воспитание студентов. 2012. – №5. – С.64– 68.

**5. Шарк-Ецкардт Мирослава** Обоснование повышения двигательной активности инвалидов, проживающих в Куявско-Поморском воеводстве // Физическое воспитание студентов. – 2012. – №3. – С.136.

**Бугеря Татьяна Николаевна**  
доцент кафедры социальной работы и организации  
работы с молодежью ГОУ ВПО ЛНР «Луганский  
национальный университет имени Владимира Даля»  
г. Луганск, ЛНР  
[tatyana.bugera@mail.ru](mailto:tatyana.bugera@mail.ru)

## **ФОРМИРОВАНИЕ ИНКЛЮЗИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ**

Актуальность осуществления инклюзивного образования в сфере развития современной образовательной системы высшей школы не вызывает сомнений. В процессе профессиональной подготовки в высших учебных заведениях инклюзивное образование предусматривает совместное обучение и абсолютно равный доступ обучающихся категорий здоровых студентов и студентов с особыми образовательными потребностями.

В связи с этим, в условиях инклюзии особое значение придается непосредственно содержанию профессиональной компетентности педагогов в системе образования высшей школы.

Проблемы инклюзивного образования изучают О.Н. Безрякова, О.С. Бородина, И.В. Задорин, Т.Ю. Зимнухова, Т.В. Кожекина, В.В. Кондратьева, Д.Н. Корнеев, Н.Ю. Корнеева, И.И. Лошакова, В.И. Михалюк, Н.М. Назарова, Е.М. Новикова, А.А. Саламатов, А.С. Федоров, В.В. Хитрюк, E. Avramidis, D.L. Ferguson, G. Meyer, L. Juniper и многие др. [1– 6].

Формированию инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки посвятила свое диссертационное исследование ученый И.Н. Хафизуллина; формированию психолого-педагогической готовности будущих педагогов-психологов к работе в системе инклюзивного

образования посвятила свое исследование С.А. Черкасова. Решению данного вопроса посвящены также научные исследования Т.О. Арчаковой, Н.А. Ливенцевой, Н.Я. Семаго и многих др.

Таким образом, актуальная на сегодняшний день тенденция к обучению студентов с особыми образовательными потребностями ставит перед педагогом высшей школы новые задачи профессиональной деятельности.

Методы – анализ научно-методической литературы, анкетирование.

В контексте нашего исследования рассмотрим особенности формирования инклюзивной компетентности будущих педагогов в процессе профессиональной подготовки в высших учебных заведениях.

В современных условиях высшее образование находится в состоянии модернизации и соответственно в высшей школе актуальным аспектом является внедрение в практику идеи инклюзии. В связи с этим, необходима высококачественная профессиональная подготовка будущих педагогов, обладающих высоким уровнем знаний, умений, а также навыков именно в области инклюзивного образования. При этом весьма существенным фактором в профессиональной подготовке будущих педагогов к работе в условиях инклюзивного образования является соответствие их профессионально-личностных качеств современным требованиям, предъявляемым такой работой с учащимися.

В своем диссертационном исследовании ученый И.Н. Хафизуллина отмечает, что инклюзивная компетентность будущих учителей – это интегративное личностное образование, обуславливающее способность осуществлять различные профессиональные функции в процессе инклюзивного обучения, учитывая при этом особые образовательные потребности детей с ограниченными возможностями здоровья и обеспечивая их включение в среду данного общеобразовательного учреждения, а также создание необходимых условий для их развития, а также



саморазвития. По мнению автора, педагогические условия, которые способствуют успешному формированию инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки, являются такие: использование технологии контекстного обучения, позволяющей сформировать целостную структуру профессиональной деятельности будущих учителей в условиях инклюзивного обучения с помощью репродуктивных и активных методов обучения, а также непосредственно воссоздания социального контекста будущей деятельности; использование потенциала содержания педагогических дисциплин для формирования положительной мотивации к осуществлению инклюзивного обучения, приобретения знаний об особенностях развития, обучения и воспитания самых разных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья, а также о специфике профессиональной педагогической деятельности в условиях инклюзивного обучения; включение в содержание обучения будущих учителей курса, предполагающего реализацию квазипрофессиональной деятельности, направленной непосредственно на освоение способов, а также опыта выполнения конкретных профессиональных действий в процессе инклюзивного обучения; обеспечение преемственности этапов реализации модели формирования инклюзивной компетентности будущих педагогов, а также развитие и применение сформированных ключевых компетентностей в практической деятельности студентов [4].

На констатирующем этапе экспериментального исследования среди будущих педагогов нами было проведено анкетирование.

Понятие «инклюзивная компетентность» и ее сущность могут раскрыть только 17,5% респондентов, в общих чертах – 62,5%, а 20% будущих педагогов вообще не понимают, как ответить на данный вопрос.

На вопрос «Довольны ли Вы уровнем инклюзивной компетентности?»: 15% респондентов ответили, что «доволен»,

20% будущих педагогов, что «не доволен и над этим мне необходимо обязательно работать», 65% будущих педагогов ответили, что «совсем не задумывался над этим».

На вопрос «Занимаетесь ли Вы профессионально-личностным саморазвитием для развития инклюзивной компетентности?»: 67,5% респондентов отметили, что «не занимаюсь»; 5% «постоянно занимаюсь»; 10% респондентов ответили «периодически занимаюсь»; 17,5% респондентов ответили, что «планирую заниматься, но не хватает времени».

Таким образом, в процессе обучения в высших учебных заведениях необходимо формировать инклюзивную компетентность у будущих педагогов.

В контексте нашего исследования мы выделяем мотивационно-ценностный компонент, который характеризуется осознанием ценности инклюзивного образования. Итак, показателями мотивационно-ценностного компонента являются принятие идеи инклюзивного образования именно как ценности; стремление к постоянному обучению, а также профессионально-личностному саморазвитию для работы в условиях инклюзивного образования. Когнитивный компонент, где показателями являются знание теоретико-методологических основ инклюзивного образования; знание нормативно-правовых основ включения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в учебно-воспитательный процесс в высших учебных заведениях. Операционально-деятельностный компонент отражает практические навыки инклюзивной деятельности в условиях инклюзивного образования. Показатели операционально-деятельностного компонента: умение и навыки осуществления коммуникативной связи с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в процессе обучения в высших учебных заведениях; умение конструирования учебно-воспитательного процесса в высших учебных заведениях в условиях совместного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья. Личностно-творческий компонент

отражает потребность будущего педагога в профессионально-личностном саморазвитии, а также творческой самореализации.

С позиции акмеологического подхода становление профессионального мастерства и акмеологическое продвижение в профессии возможны только при устойчивых мотивационных механизмах, а также с учетом активности личности в обучении и постоянном совершенствовании на протяжении всей ее профессиональной жизнедеятельности. Так, с целью формирования инклюзивной компетентности у будущих педагогов в высших учебных заведениях необходимо использовать акмеологические методы, которые содействуют направленности личности на развитие способностей к профессиональной деятельности, а также способствуют профессионально-личностному саморазвитию и развитию инклюзивной компетентности.

На наш взгляд, инклюзивная компетентность будущего педагога представляет собой интегративное свойство личности, включающее мотивационно-ценностный, когнитивный, операционально-деятельностный, личностно-творческий компоненты и представляющее собой способность эффективно осуществлять инклюзивную деятельность с использованием знаний, умений и навыков, мотивации и профессионально-личностных важных качеств, необходимых для работы в условиях инклюзивного образования.

В контексте нашего исследования нами была разработана комплексная программа по формированию инклюзивной компетентности будущих педагогов, обеспечивающая возможность актуализировать имеющийся потенциал, проявлять творческую активность, направленную на преобразование собственной личности, а также развитие необходимых компетенций для работы в условиях инклюзивного образования. По нашему мнению, важным педагогическим условием является включение в содержание обучения будущих педагогов спецкурса «Формирование инклюзивной компетентности будущих педагогов в высшей школе», предполагающего

реализацию квазипрофессиональной деятельности, направленной на освоение способов, а также определенных профессиональных действий в условиях инклюзивного обучения.

Проведенный анализ современных исследований в области инклюзивного образования доказывает необходимость сформированной профессиональной готовности педагогов к работе в условиях инклюзивного образования, которая включает профессиональные, а также социально-личностные компетенции. Это в свою очередь, требует более глубокого изучения данной проблемы и нового подхода к рассмотрению вопроса о профессиональной компетентности педагогических кадров, готовых работать в условиях инклюзивного образования.

Дальнейшие исследования планируется проводить в решении других проблем формирования инклюзивной компетентности будущих педагогов.

### Литературы

**1. Строгова Н.А.** Модель формирования профессионально значимых качеств личности у будущих специалистов по адаптивной физической культуре / Н.А. Строгова // Физическая культура: воспитание, обучение, тренировка. – 2011. – №5. – С. 29–32.

**2. Турченко И.А.** Инклюзивная компетентность педагога: методы формирования / И.А. Турченко. – Минск: ИВЦ Минфина, 2016. – 30 с.

**3. Хафизуллина И.Н.** Формирование инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки: дис. канд. пед. наук: 13.00.08 / Хафизуллина Ильмира Наильевна; Астрахан. гос. ун-т. – Астрахань, 2008. – 213 с.

**4. Шипицына Л.М.** Интегрированное обучение: за и против / Л.М. Шипицына // Народное образование, 1998.– №6.– С.154–156.

**5. Шумиловская Ю.В.** Подготовка будущего учителя к работе с учащимися в условиях инклюзивного образования: дис. канд. пед. наук: 13.00.08 / Шумиловская Юлия Валерьевна; Шуйский государственный педагогический университет. – Шуя, 2011. – 175 с.

**6. Алехина С.В.** Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2012. – 156 с.

УДК [616.89-008:612.017]-056.24

**Васютин Даниил Павлович**

студент 4 курса

специальности «Практическая психология»

ГОУ ВПО. ЛНР «Луганский национальный

университет имени Тараса Шевченко»

г.Луганск, ЛНР

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ РЕАДАПТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Проблема реадaptации людей с особыми потребностями здоровья уже много лет является одной из наиболее актуальных задач современного общества. В ее разработку внесли огромный вклад такие ученые, как И.А. Красильников [1], С.Т. Посохова [2], Н.И. Сарджвеладзе [4], А.В. Серый [5], а также многие другие. Однако и в начале XXI-го века люди с ограниченными возможностями продолжают испытывать массу сложностей в социализации от должного уровня медицинского обеспечения до технической оснащенности необходимым специальным оборудованием на бытовом уровне. При этом наибольшую сложность, по нашему мнению, вызывает психологический аспект проблемы реадaptации людей с ограниченными возможностями. И тот факт, что обычным людям сложно понять

трудности людей с особыми потребностями в здоровье, создает дополнительный барьер при оказании психологической помощи данной категории населения Республики.

Исторически люди с ограниченными возможностями воспринимались как больные и нуждающиеся в лечении. Поскольку инвалидность, чаще всего, не поддается полному лечению в общепринятом смысле, люди с ограниченными возможностями стали рассматриваться как «трагические» и «менее ценные», чем здоровые люди. Такая точка зрения сыграла непреднамеренную роль в преобладании негативного взгляда общества на инвалидность.

Сыграла свою отрицательную роль в формировании образа человека с особыми потребностями здоровья и научная мысль: так в рамках медицины, психофизиологии, психологии развития для эмпирического изучения человека сформировался номотетический подход, в рамках которого устанавливались общие нормы. Это повлияло на создание концепции «ненормальности», которая применялась к людям с ограниченными возможностями. Такое отношение стало одним из механизмов формирования у людей с ограниченными возможностями чувства потери, неполноценности, стыда и др., связанных с трагедией инвалидности, что не могло не сказаться на личности такого человека, провоцируя как личностные и поведенческие девиации.

Наличие инвалидности, независимо от ее видимости или невидимости, практически всегда влияет на психическую составляющую личности, влияет на эмоционально-волевую и когнитивную сферы человека. Человек с инвалидностью может переживать негативные эмоции, чувство бессилия или растерянность, усталость и т.д.

Многие люди с ограниченными возможностями имеют двойственное отношение к себе и своему месту в обществе. Они хотят, чтобы с ними обращались как с обычными людьми, и в то же время они должны рассматриваться как инвалиды. Такое отношение колеблется, и можно предположить, что оно зависит

от возможностей реализации определенных целей в различных социальных ситуациях.

Эта двойственность самовосприятия, вероятно, будет доминирующим фактором самопрезентации и самореализации человека. Однако, следует полагать, что на самых глубоких уровнях личности большинству людей с ограниченными возможностями крайне необходимо идентифицировать себя со всеми другими людьми. Именно эта ситуация объясняет их негодование по отношению к любым усилиям по их сегрегации.

Человек с ограниченными возможностями чувствует, что выражение сочувствия ставит его в положение социальной и личной неполноценности, заставляет его принимать идеи неравенства и «неадекватности» и нарушает его уровень самооценки.

Следовательно, у большинства людей с ограниченными возможностями развивается глубокое негодование, когда другие выражают им сочувствие, поскольку они не всегда могут быть уверены в мотивах другого человека, выказывающего это сочувствие. В то же время, как и все остальные, они чувствуют глубокую необходимость понимания и полного принятия в социальном мире. В противном случае человек с инвалидностью склонен быть одиноким, угрюмым, застенчивым, чувствительным и подозрительным к мнению других.

В условиях, когда инвалидность потребовала длительной госпитализации для выздоровления, может возникнуть угроза не только физической, но и социальной активности личности, т. е., длительное выздоровление может навязать инвалидам позицию, согласно которой физическая активность невозможна или нежелательна. В результате может произойти значительное ограничение не только физического мира инвалида, но и социальных контактов, что дает ощущение изолированности и одиночества.

Живя в «подчиненном» положении в нашем обществе, люди с ограниченными возможностями могут прийти к выводу,

что многие из общепринятых культурных целей, к которым они склонны стремиться, им физически недоступны.

В рамках нашего исследования особо значимо исследование А.П. Растигеева, по мнению которого смысложизненные ориентиры личности, лежащие в основе мировоззрения человека, являются самым важным фактором социальной адаптации личности, так как они коррелируют с самосознанием личности, рефлексией и самооценкой человека [3]. Так вынужденное изменение уровня стремления инвалида может привести к глубокому разочарованию, а установление ограничения для их положения в обществе может не только углубить чувство принадлежности к меньшинству, но и деструктивно повлиять на жизненные ценности и фундаментальные смысловые ориентиры человека в целом, что усложняет процесс реабилитации и реадaptации человека с особыми потребностями здоровья.

Нами на базе Луганской областной специальной общеобразовательной школы-интерната было проведено исследование психологического содержания направленности личности подростка с особыми потребностями здоровья (40 человек). Экспериментальную группу выборки составили подростки с нарушениями слуха. Инструментарием для нашего исследования были выбраны «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева, «[Опросник диагностики самоактуализации личности](#)» (адаптация А.В. Лазукина).

Как показали результаты нашего исследования, у подростков с особыми потребностями здоровья общий показатель осмысленности жизни на 14% ниже, чем у обычных подростков; наличие целей в жизни, которые придают осмысленность жизни, ниже на 5%; ощущение продуктивности и осмысленности прожитой жизни, также ниже на 13%. (см. Рис.1).



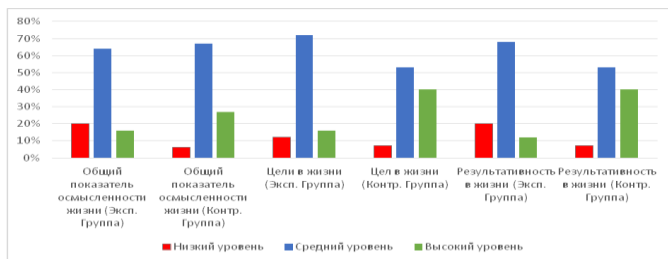


Рис. 1. Результаты исследования смысложизненных ориентаций подростков с ограниченными возможностями

Полученные результаты дают возможность говорить о том, что для людей с особыми потребностями здоровья более характерно отсутствие целей в жизни, которые придают им осмысленность жизни, они менее ощущают продуктивность и осмысленность своей жизни.

Мысль о том, что люди с особыми потребностями здоровья теряют не только веру в собственные силы, но и в саму возможность как-то влиять на свою жизнь, подтверждают низкие проценты по шкале «локус контроля – жизнь» (см. Рис. 2).



Рис. 2. Уровень локуса контроля по шкале «Управляемость жизнью»

Как видим, результаты экспериментальной выборки по локусу контроля по шкале «Управляемость жизнью» существенно ниже, т.е. подросток с ограниченными возможностями считает, что жизнь – это цепь внешне

обусловленных случайных событий, на которые сложно (невозможно) а, следовательно, и не стоит пробовать повлиять.

Результаты по методике САМОАЛ показали среднее значение в экспериментальной группе по шкале «Ориентация во времени», которая характеризует их способность жить «здесь и сейчас», ниже на 13%, чем у контрольной группы (см. Рис. 3).

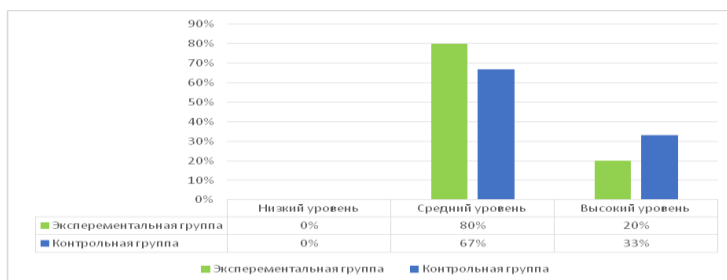


Рис. 3. Результаты опрошенных по шкале по шкале «Ориентация во времени»

Результаты показывают, что они более склонны застревать в прошлом, либо «витать» в будущем, что негативно будет сказываться на процессе реадaptации подростков-инвалидов.

Из этого всего можно сделать вывод, что людям с ограниченными возможностями крайне необходима не только физическая реабилитация, но также и помощь специалиста – психолога в обретении смысла жизни, в поиске внутренних ресурсов личности для преодоления сложностей, в формировании уверенности в своих (пусть и ограниченных) возможностях, и в целом – в возрождении желания жить и строить планы на будущее.

Реабилитационные центры Республики должны иметь достаточный штат специалистов-психологов, работающих, в первую очередь, с личностными смыслами человека с особыми потребностями здоровья, поскольку только при должной психологической поддержке у людей с ограниченными возможностями есть шанс снова почувствовать уверенность в

своих силах и надежду: большинство людей, которые столкнулись с инвалидностью, могут приспособиться к новым трудностям и справиться с ними так, как им до этого казалось не возможным. При позитивной социальной поддержке со стороны членов семьи, друзей и общества в целом подавляющее большинство людей с ограниченными возможностями успешно адаптируются.

Психологическое сопровождение будет способствовать адаптации людей с особыми потребностями в новых условиях жизни, в случаях внезапной инвалидности, а также сделает их более психологически устойчивыми и адаптивными в трудных для него нынешних реалиях специфического отношения общества к людям с особыми потребностями здоровья.

### **Литература**

**1. Красильников И.А.** Внутриличностный конфликт и психологическая адаптация / И.А. Красильников. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2007. – 110 с.

**2. Посохова С.Т.** Психология адаптирующейся личности / С.Т. Посохова. – СПб.: Нева, 2001. – 253 с.

**3. Растигеев А.П.** Социально-психологическая адаптация и ответственность личности / А. Растигеев // Адаптация выпускников высшей школы к работе на селе. Тез. межвуз. конф. С Барнаул: БГПИ, 1981. – С. 3–5.

**4. Сарджвеладзе Н.И.** Личность и её взаимодействие с социальной средой / Н.И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: «Мецниереба», 1989. – 204 с.

**5. Серый А.В.** Ценностные ориентации как фактор формирования и развития системы личностных смыслов индивида / А.В. Серый // Вопросы общей и дифференциальной психологии. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 1999. – С. 354–360.

**Вильчинская Карина Робертовна**  
магистрант I курса направления подготовки  
«Управление учебным заведением»  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
[bogdanova-elena-70@rambler.ru](mailto:bogdanova-elena-70@rambler.ru)

## **МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ**

В условиях социальных и экономических преобразований наблюдается заметное повышение напряженности и конфликтности во всех сферах жизнедеятельности социума, в том числе в системе образования. В конфликте тесным образом переплетены экономические, политические, идеологические, культурные и другие факторы общественной жизни. Поскольку человек – существо социальное, то общение является неотъемлемой частью его существования. В общении складывается важная система воспитательных взаимоотношений, способствующих эффективности воспитания и обучения любой личности.

В педагогической деятельности общение приобретает функциональный и профессионально значимый характер. Оно выступает в ней как инструмент воздействия, и обычные условия и функции общения получают здесь дополнительную «нагрузку», так как из аспектов общечеловеческих перерастают в компоненты профессионально-творческие. Но, к сожалению, педагогическое общение не всегда корректно. Зачастую именно в педагогическом общении возникают разного рода конфликты, иногда спровоцированные учеником, а иногда сознательно создаваемые учителем для достижения наилучшего результата в обучении и в становлении личности учащегося. Можно сказать, что конфликты не обошли стороной и педагогическое общение,

осуществляемое в рамках школы. Поэтому изучение конфликтов – их появление, развитие, причины, разрешение – становится очень востребованным.

В настоящее время основное внимание в педагогике при разработке проблемы конфликтов направлено на изучение следующих вопросов: всестороннее изучение конфликтов в коллективах школьников; конфликтологической компетентности педагога; педагогического вмешательства в конфликты, путей их предупреждения и разрешения (В. Афонькова, В. Басова, С. Березин, А. Кошарный, О. Лукашонок, И. Прокопьев, В. Тарабаева, Н. Фрыгина, Л. Худорошко, Д. Шкиль, М. Яценко и др.). Многие исследователи рассматривают конфликт как активное средство выявления и формирования нравственной зрелости подростка (Т. Драгунова, А. Зосимовский, Е. Родченкова, С. Слапогузова). Другие исследователи рассматривают вопросы сущности конфликтов, причин разногласий в педагогических коллективах (Э. Киришбаум, А. Пеленев, Т. Чистякова). Особенности подготовки будущих учителей к разрешению конфликтов в педагогическом процессе в своих работах рассматривали такие ученые, как С. Баныкина, А. Батчаева, Л. Белозерова, Г. Болтунова, М. Рыбакова, Л. Симонова, Т. Чистякова, Н. Щуркова).

Как показывают исследования Ю. Козырева, В. Ольшанского и др., хуже всего учителя подготовлены к тому, чтобы решать психологические задачи, возникающих в общении со школьниками, их родителями, коллегами по работе, школьной администрацией. В связи с этими обстоятельствами учителю полезно овладеть технологией педагогического управления конфликтными ситуациями. Однако именно вопросы совершенствования организации управления конфликтами на сегодняшний день недостаточно исследованы и требуют системного подхода в нахождении эффективных дидактических и воспитательных решений поставленных педагогических и социальных задач.

Попытки преодолеть традиционные подходы в образовании в условиях его реформирования вызывают напряженность в сфере взаимоотношений, ведут к обострению конфликтной ситуации в современной школе. Это проявляется, во-первых, в том, что сложность, многогранность и полифункциональность природы образовательного процесса предполагают необходимость разрешения постоянно возникающих конфликтных ситуаций. Во-вторых, кризисное состояние общества и связанная с этим ломка стереотипов, изменение приоритетных ценностей, противоречия во всех сферах жизни общества и, прежде всего, в духовной, находят свое отражение в педагогическом процессе. В-третьих, присущее современной школе активное преодоление ранее сложившихся стереотипов, появление инновационных тенденций, стремление использовать новые педагогические технологии приводят к возникновению серьезных проблем во взаимоотношениях субъектов образовательного процесса.

Педагогическое общение представляет собой коллективную систему социально-психологического взаимодействия. Причем линии общения находятся в постоянном взаимодействии, пересекаются, взаимопроникают и т.п. В педагогической деятельности коллективность общения не просто коммуникативный фон деятельности, а важнейшая закономерность педагогического общения.

Проблема педагогических конфликтов относится к области научных знаний, имеющих свое место во всех науках как социальных, так и технических [1, с. 114]. Среди потенциально конфликтных педагогических ситуаций можно выделить следующие: ситуации (или конфликты) деятельности, возникающие по поводу выполнения учеником учебных заданий, успеваемости, внеучебной деятельности; ситуации (конфликты) поведения (поступков), возникающие по поводу нарушения учеником правил поведения в школе, чаще на уроках, и вне школы; ситуации (конфликты) отношений, возникающие в сфере эмоционально-личностных отношений

учащихся и учителей, в сфере их общения в процессе педагогической деятельности [2, с. 46].

Конфликт – не одномоментный акт, а всегда процесс, происходящий в определенных границах. Он имеет внешние пределы в пространстве и во времени, а также относительно той социальной системы, в которой возникает и развивается.

Конфликтное пространство бывает ограничено комнатой в офисе учреждения, территорией предприятия, района или города; им же нередко становятся регион, страна, континент или вся планета. Временные рамки фиксируют продолжительность конфликта: начало закладывается соответствующим поведением сторон, возникшим между ними столкновением; завершение наступает тогда, когда стороны в силу тех или иных мотивов прекращают противоборство. Социальная система может быть представлена малой группой, отдельной организацией, государством, мировым сообществом. Масштабы противостояния в первую очередь зависят от того, чем конфликт вызван – разногласием коллег-сослуживцев, недовольством работников массовых профессий отрасли или региона, снижением уровня жизни населения данной страны, обвалом мирового валютного рынка и т.п.

Любой конфликт отличается своеобразием, развертывается по-своему. Но при этом ему присуще нечто общее, что характерно для «анатомического» строения и движения конфликтов, для их исходного положения, структуры и динамики развития.

В науке известны две модели описания конфликта – структурная и процессуальная. Первая из них концентрирует внимание на анализе условий, лежащих в основе конфликта, и на установлении параметров, которые влияют на конфликтное поведение. Вторая же модель, как следует из ее названия, делает акцент на процессе протекания конфликта, т.е. на его возникновении, последующих стадиях и фазах, конечном исходе. Часто используется совмещение этих моделей, позволяющее отразить особенности структуры и динамики

конкретного конфликта, оттенить его социально-психологическую специфику.

Исходное положение, основу конфликта образует конфликтная ситуация, порождаемая накоплением и обострением противоречий в системе социальных связей, группового поведения и межличностного взаимодействия. Ситуация, ставшая конфликтной, означает такое стечение жизненных обстоятельств и пересечение интересов людей – отдельных лиц и общностей, которые создают почву, предпосылки для возможного столкновения между ними, т.е. объективно и субъективно обусловленные противоречия, осознание сторонами несовместимости своих интересов, их разных подходов к преодолению препятствий, вставших на пути решения трудной задачи.

Конфликтная ситуация включает в свою структуру ряд элементов. Важнейший из них – это непосредственные участники (стороны, оппоненты, субъекты) конфликта. Другой неперемный элемент проблема, требующая своего решения, основная причина, «яблоко раздора», т.е. предмет конфликта.

Сторонами выступают как отдельные лица, так и социальные группы, другие общности, организации. В конфликте могут взаимодействовать индивид с индивидом, группа с группой, часть организации с другой ее частью и т.д. В повседневной трудовой деятельности и деловых отношениях часто возникают ситуации, когда круг вовлеченных в конфликт не ограничивается теми, кто непосредственно противостоит друг другу в стремлении осуществить свои интересы. Могут быть и косвенные участники из числа тех, кто, избегая прямой втянутости в противостояние, тем не менее как-то заинтересованы в его разворачивании и исходе, а потому либо способствуют разжиганию противоборства, «подливают масла в огонь», обостряют конфликт в расчете на свою выгоду, либо по тем или иным мотивам озабочены благожелательным разрешением конфликтной ситуации, прекращением конфликта[3].



Социальная среда, как правило, заметно влияет на складывание конфликтного взаимодействия и поведение его непосредственных участников. Соучастники конфликта – свидетели, пособники, посредники, арбитры и др. – становятся его активными подстрекателями или нейтральными наблюдателями, источником провоцирования или сдерживания извне оппонировавших сторон. Учет этих факторов необходим при урегулировании конфликта.

Субъекты конфликта обладают некоей силой, которая выражает их способность отстаивать свои интересы вопреки противодействию другой стороны. Эта сила вбирает: средства давления, включая и различного вида технические устройства; осведомленность о проблеме, требующей решения, и позиции оппонентов, в том числе наличие дополнительных источников получения информации; статусное положение участника конфликта, его нравственные приоритеты; финансовые и иные ресурсы. Силу субъекту придает и его ранг, определяемый объемом полномочий, власти, возможностями влияния на других [4].

Заключение. В работе педагогических коллективов межличностные конфликты неизбежны. Однако здесь они особенно опасны, так как неблагоприятно сказываются на качестве обучения и воспитания детей. Необходимо отличать конфликты от противоречий и расхождений во взглядах педагогов, которые, напротив, нередко полезны для обучения и воспитания. При различных позициях учителей и воспитателей, не касающихся принципиальных вопросов обучения и воспитания, дети получают возможность ознакомиться с разными точками зрения и сталкиваются с необходимостью выбирать, принимая самостоятельные решения, что положительно сказывается на их интеллектуальном и личностном развитии. Стратегическая задача руководителя педагогического коллектива в управлении существующими в нем отношениями заключается не в том, чтобы добиться абсолютного единства мнений учителей и воспитателей во всем,

а чтобы имеющиеся у них расхождения в точках зрения не доводились до конфликтов.

### **Литература**

**1. Гришина Н.В.** Психология конфликта. – СПб.: Питер, 2001. – 464 с.

**2. Леонов Н. И.** Конфликты и конфликтное поведение. Методы изучения: учебное пособие. – СПб.: Питер, 2005. – 243 с.

**3. Литвак Б.Г.** Разработка управленческого решения: Учебник для студ. вузов – 5-е изд. исп. и доп. – М.: Дело, 2011. – 318 с.

**4. Митина Л.М., Асмаковец Е.С.** Эмоциональная гибкость учителя: психологическое содержание, диагностика, коррекция. – М.: Флинта: Моск. псих.-соц. ин-т, 2011. – 192 с.

УДК [611.06:612.01](510)

**Григоренко Иван Николаевич**

специалист физико-реабилитационного  
отдела реабилитации

ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»

г. Луганск ,ЛНР

### **ИНЬ-ЭНЕРГИЯ И ЯН-ЭНЕРГИЯ ВМЕСТЕ С КИТАЙСКИМ ПРЕДСТАВЛЕНИЕМ О ВНУТРЕННИХ ОРГАНАХ ЧЕЛОВЕКА**

Одной из основных моделей медицины Древнего Китая (а также современной традиционной китайской медицины было и есть учение об инь и ян. Это две взаимодополняющие части единого целого, своего рода двойной код, посредством комбинаций которого можно отразить различные состояния окружающего мира, в том числе и болезни человека.

Иероглифы «инь» и «ян» уже с древности стали отражать различные явления повседневной жизни: соответственно луну и солнце, ночь и день, землю и небо, женщину и мужчину. Согласно учению инь-ян, все вещи и явления имеют две противоположные, дополняющие друг друга стороны. Это могут быть жара - холод, внешний – внутренний, полный – пустой, движение – покой. По понятиям китайской традиционной медицины, инь – отрицательная, а ян – положительная энергия. По этому признаку делится не только все в природе, включая вещества, продукты, лекарственные травы. Разделяются по этим энергетическим знакам и люди.

Те, у кого преобладает *инь-энергия*, вялы, апатичны, сонливы, как бы слегка заторможены, у них медленная речь, часто болит голова, случается головокружение, плохой аппетит, потливость по ночам.

Людей *ян-энергии* отличают напор, подвижность, активность, бодрое настроение, открытые эмоции, неудержимость в их проявлении, резкая жестикуляция, громкий голос. У них горячая кожа, плотные мышцы, блестящие глаза, лицо розовое, так как повышено артериальное давление, они легко потеют при физических нагрузках.

Человеку нужны как инь, так и ян продукты, но лучше употреблять их отдельно, с трехчасовым перерывом. Пищу надо стараться употреблять ту, которая содержит недостающую вам энергию.

*К инь-продуктам относятся:* яичный белок, свинина, рыба, все ягоды, все фрукты, в том числе яблоки, арбуз, лимон, дыня, кислые сорта винограда, сливы; из других овощей — помидоры, огурцы, петрушка, кинза, капуста, кабачки, тыква, горох и зеленый горошек, морковь, баклажаны, семечки, орехи пшено, морская капуста, яблочный уксус, соль, грибы; *Из лекарственных растений:* крапива, душица, пустырник, хмель, лопух.

*К ян-продуктам относятся:* все крупы (за исключением пшеницы), растительное масло, говядина, баранина, курица, кролик, утка, овечье и коровье молоко, макароны, мука, хлеб,

кукуруза, картофель, лук репчатый, чеснок, редька, репа, бобы, чечевица, горчица, имбирь, перец красный и черный, бананы, груши, финики, сельдерей, мед, сахар, чай зеленый и черный, леденцы, куриный желток, вино красное. *Из лекарственных растений*: шиповник, ромашка, мята, тысячелистник, календула, зверобой, пастушья сумка.

Различная патология в организме человека тоже носит как инь-ский, так и ян-ский характер. В зависимости от этого проводимый массаж должен быть легким или сильным.

Китайские представления о внутренних органах и тканях человека отличаются от принятых на Западе, в том числе и в нашей официальной медицине. Это отличие обусловлено, прежде всего тем, что китайская культура не разделяет тело и душу. Китайская медицина утверждает, что в дополнение к чисто физическим функциям каждый орган обладает эмоциональной, ментальной и духовной функцией. Душа и разум существуют не только в головном мозге, но и в каждой клетке организма, и в его энергетическом поле (кстати, аналогичных взглядов придерживается и йога). Внутренние органы китайскими целителями рассматриваются в большей степени как единство тела, разума и духа, нежели как анатомические образования с определенными физиологическими функциями. Поэтому каждый орган влияет на личность в целом, а взаимодействие всех органов определяет мыслительный и чувственный процессы.

Поскольку внутренние органы рассматриваются не с физиологической точки зрения, а исходя из единства тела, разума и духа как выражения сил Пяти Стихий (под ними подразумеваются ветер, жара, влажность, сухость и холод), то анатомические определения в китайской медицине отличаются от понятий, принятых в западной медицине. Например, органы, которые в западной медицине называют желудком, двенадцатиперстной кишкой и начальным отделом тонкой кишки, в китайской медицине именуется в целом желудком, так как процесс пищеварения и транспорта питательных веществ из

желудочно-кишечного тракта в кровь считается главной задачей *желудка*.

Приведем другой пример. То, что в китайской медицине называется Селезенкой, включает не только селезенку, но и поджелудочную железу, и всю лимфатическую систему. Физиологическое назначение Селезенки заключается в общей защите организма. По этой причине поджелудочная железа, которая вырабатывает большую часть пищеварительных соков, и другие органы, образующие иммунную систему человека (лимфатические узлы, небные миндалины, селезенка), объединены в один орган – селезенку.

Или возьмем, к примеру, почки. В это понятие китайские врачи вкладывают анатомический орган почки, уши, волосяной покров головы, кости, мочеполовую систему, поясницу с присущими почкам функциями. Кстати, по китайским представлениям, почки – первая мать организма, так как от них целиком и полностью зависит репродуктивная функция человека и продолжительность его жизни. А вот селезенка, по своей значимости, китайскими медиками ставится на второе место. Вот почему ее нередко называют второй «матерью» организма. (Говорю об этом специально, поскольку наверняка многие из наших читателей в первую очередь отдали бы предпочтение головному мозгу и сердцу.)

Выше мы уже упоминали такое понятие, как «окна».

И это отнюдь не плод фантазии автора. Китайские медики довольно часто используют эти термины. Так, окном легких является нос, зеркалом – кожа и волосяной покров тела (у мужчин). Окном селезенки является рот (губы). Окном печени служат глаза, а зеркалом – ногти.

Окно почек – уши, зеркало – состояние волос на голове. Постоянные насморки и плохое состояние кожных покровов могут свидетельствовать о патологии в легких. Если непорядок с губами (герпес, трещины, заеды), то *надо искать патологию* в поджелудочной железе. Нарушился слух, замучили частые

воспаления среднего уха, да еще плохо растут волосы на голове – ищите причину в почках и т.д. и т.п.

Даже внутренние органы человека двух видов: полые (ян) и паренхиматозные (инь). К полым органам относятся: желчный пузырь, спинной мозг, тонкая кишка, желудок, толстая кишка и мочевой пузырь, а к паренхиматозным – печень, головной мозг, сердце, селезенка (поджелудочная железа), легкие и почки.

Внутренние органы объединяются между собой в пары (инь-орган + ян-орган). Всего шесть пар: печень – желчный пузырь, головной мозг – спинной мозг, сердце – тонкая кишка (по китайским представлениям, меридиан тонкой кишки отвечает за кровообращение в организме), селезенка (поджелудочная железа) – желудок, легкие – толстая кишка, почки – мочевой пузырь. Такое объединение отнюдь не случайно, так как в организме они заняты весьма близкой по духу работой и вместе с тем как бы дополняют друг друга.

Поскольку заболевание в организме возникает в результате нарушения равновесия между инь и ян, то главной целью лечения является возвращение инь и ян в состояние относительного равновесия.

Если внутренние органы рассматривать с позиций инь – ян, то даже у самого здорового человека они находятся в состоянии колеблющейся избыточности-недостаточности по отношению друг к другу. Если недостаточность или избыточность переходят допустимый предел (границу нормы), то развивается заболевание.

Организм человека может находиться в состоянии здоровья только при условии гармонии инь и ян. Если инь и ян долго находятся в состоянии борьбы друг с другом, развивается хроническое заболевание [1].

## Литература

**1. Мартынов С.М.** Иллюстрированная энциклопедия масс а-жа // Научно-популярное издание / ООО «Издательство АСТ» / С. М. Мартынов – М.: 2000. – С.126 – 131.

**Григоренко Иван Николаевич**  
специалист физико-реабилитационного  
отдела реабилитации  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР

## **ОБ АКТИВНЫХ ТОЧКАХ И О МЕРИДИАНАХ**

Весь мир в XX веке заинтересовался древнейшим, столетиями развивавшимся учением китайцев о связи той или иной точки кожи с определенным органом, иногда расположенным в отдалении от этой точки.

Китайцы очень рано поняли и сумели использовать тот факт, что данная точка тесно завязана со «своим» органом, является как бы ее «представителем» на поверхности кожи. По состоянию точки можно определить состояние органа, оно сюда как бы проецируется». Воздействуя на точку, можно воздействовать на орган, лечить его, приводить в порядок. Огромные возможности! Чем воздействуют на кожную точку? Иглою. Пальцами. Теплом.

Иглотерапию (акупунктуру) мы затрагивать не будем, это особая область.

Нас интересует, в первую очередь, воздействие руками, специфические приемы точечного массажа.

Как все началось?

Если верить легенде, то давным-давно (примерно 5 тысяч лет тому назад), когда Китаем правил император Фу–Си (человек, следующий во многих науках), у одного из его подданных заболела голова. Бедняга так занемог, что ни днем, ни ночью не находил себе покоя. Однажды, обрабатывая поле, он случайно ударил себя по ноге мотыгой. И странное дело головную боль сняло как рукой! С тех пор окрестные жители при головной боли стали нарочно ударять себя мотыгой или об-

ломком камня в определенное место на ноге. Узнав об этом, император Фу–Си попытался заменить болезненные удары камнем менее болезненными уколами каменной иглой – результаты получились хорошие. В дальнейшем выяснилось, что подобные уколы, наносимые в определенные места тела, полезны не только при головной боли, но и при многих других заболеваниях.

Такова легенда об открытии первой точки воздействия. Человек, снявший головную боль ударом мотыги по ноге, начал эпоху поисков и открытий в древнекитайской медицине. Сначала каменными (из кварца, кремния и яшмы), а затем костяными и, наконец, металлическими иглами врачи Китая производили укалывание строго определенных точек кожи; при этом изменялась деятельность тех или иных внутренних органов, излечивались заболевания.

Наряду с воздействием иглами стали применять и воздействие пальцами, массаж.

Постепенно количество точек для иглоукалывания и массажа увеличивалось, запомнить их становилось все труднее и труднее.

В 1027 году Ван Вэй предложил отлить две бронзовые человеческие фигуры, на которые нанесли 600 известных в тот период точек. Фигуры явились не только хорошим пособием для школы иглоукалывания, но и замечательным памятником истории народной медицины, хранящим в металле топографию сотен точек. Не менее любопытна была и сама процедура обучения. Будущий целитель обязан был не только освоить местоположение всех известных тогда точек акупунктуры, но и хорошо знать, на какую глубину следует вводить иглу в каждую из них. После завершения обучения обязательно проводился экзамен, который заключался в следующем. Бронзовую фигуру человека покрывали толстым слоем непрозрачного воска, точки акупунктуры сразу же становились невидимыми. После этого испытуемому предлагалось приступить к поиску. Когда его игла правильно отыскивала точку, то на этом месте выступала



капелька красной жидкости, символизирующая кровь. Если случалась хотя бы одна ошибка, то экзамен не засчитывали. И так до тех пор, пока абитуриент не управлялся успешно со всеми заданиями! Лишь только после этого получал добро на целительскую практику с целью дальнейшего обучения. Для того чтобы стать полноценным иглотерапевтом, требовалось не менее 10–15 лет.

В китайской медицине применяется своеобразное растирание и прижимание определенных точек. Такое прижимание и растирание осуществляется кончиками больших пальцев, производящих достаточно сильное прижатие, с последующими вибрирующими, мелкими растирающими движениями. Продолжительность массажа – 5–10 минут. Обычно воздействуют на 3–4 точки, но нередко и на большее их число.

В некоторых провинциях растирание точек и растирание значительных по *площади* поверхностей кожи осуществляется с использованием горячих сухих зерен риса, подогретого каштана или горячего, находящегося в скорлупе, сваренного вкрутую яйца.

Растирание горячими зёрнами риса производится на коже живота или спины. Положение больного – лежа на спине или животе с максимально расслабленной *мускулатурой*. Врач или массажист раскрытой ладонью, круговыми или спиралеобразными движениями, умеренно надавливая на зёрна риса, производит растирание кожи. Площадь растирания около 200 см<sup>2</sup>.

Несколько меньшая площадь, но с большей интенсивностью, подвергается воздействию горячим яйцом или каштаном, которые, как бы обкатываются, слегка вдавливаясь в соответствующие места.

Рис и белая скорлупа яиц обладают подсушивающим действием, а в подогретом виде они несут еще и энергию тепла. Что же касается каштана, он способен подавлять избыток ян энергии, а также различные воспалительные процессы.

Принято считать, что впервые профилактическая медицина зародилась именно в Древнем Китае. Доказательством чему может служить, например, такой китайский афоризм: «Настоящий врач не тот, кто лечит заболевшего, а тот, кто предотвращает болезнь\*». Об этом же свидетельствуют и другие дошедшие до нас сведения. В Древнем Китае врач, пользующийся императором, вознаграждался за свои труды в том случае, если император был здоров, и утрачивал вознаграждение, если император заболел. О чем это говорит? Прежде всего о преимуществах профилактической медицины перед медициной драматической. И далее следует логическое заключение: значит, китайские врачи были хорошо осведомлены обо всех механизмах, позволяющих предупредить развитие любого эксцесса в организме человека.

История медицины Китая богата именами выдающихся врачей. Первым китайским ученым-медиком является Бянь Цао, живший примерно за 500 лет до н.э. Будучи, по-видимому, очень образованным человеком, он собрал все до него известное в области медицины и обогатил собранное собственным опытом. Ему приписывается открытие метода пульсовой диагностики и применение наркоза при хирургических операциях. Его учениками составлена книга «Нан-цзин» (Трактат о трудном), отражающая взгляды и опыт ученого. Эта книга наряду с другими вопросами большое внимание уделяет также и лечебному массажу.

В VI в. н.э. впервые в мире в Китае был создан государственный медицинский институт, где учащиеся, специализирующиеся в лечении различных заболеваний, изучали как обязательную дисциплину лечебный массаж. В Древнем Китае почти во всех провинциях имелись врачебно-гимнастические школы, где готовили врачей– «таоссе», практикующих массаж и врачебную гимнастику. Такие врачебногимнастические учреждения являлись оздоровительными центрами.

В дальнейшем хочу рассказать о меридианах. Точки, в представлении китайских ученых, объединяются в меридианы.

Меридианы эти невидимы. «Столетиями разгадывает человек уникальную летопись природы. Много новых интересных открытий сделано им на сегодняшний день в биологии и медицине. Но одну очень сложную восточную загадку на протяжении вот уже полутора тысяч лет никак не удается разгадать. Эта загадка о якобы существующих 14 жизненных каналах (меридианах) на коже, каждый из которых содержит серию точек воздействия». Эти слова принадлежат известному отечественному специалисту, профессору Е.С. Вельховеру, много лет отдавшего изучению иглорефлексотерапии и других восточных методов лечения.

Открыли же меридианы древние китайские целители, обладавшие поразительной наблюдательностью. Они подметили, что при поражении того или иного внутреннего органа болевые ощущения «укладываются» на поверхности тела замысловатыми, но всегда стереотипно идущими линиями. Страдает печень – одна линия, выходит из строя селезенка – другая и т.д. По ходу этих невидимых линий или кожных меридианов располагается различное количество точек – от 9 до 68 с каждой стороны тела.

Уже в «Хуанди Нэй цзин», трактате о внутренних болезнях Желтого Императора Хуанди, датирующемся примерно III веком до н.э., были точно описаны расположение меридианов и методы воздействия на точки. В указанном трактате меридианы сравниваются с большими реками Китая, омывающими землю. Понятие меридиана выражено иероглифом «цзин», означающим «река, дорога, путь» и «кровеносный сосуд».

Меридианы – это каналы, по которым течет ци (жизненная энергия). Традиционная китайская медицина рассматривает меридианы как сеть, связывающую внутреннее и внешнее: внутренние органы и поверхность тела, ткани и дух, инь и ян, Землю и Небо.

В состав системы меридианов входят Меридианы Двенадцати Органов, называемые также Двенадцатью Постоянными (основными) Каналами. Каждой из Двенадцати

Меридианов связан с определенным органом. Меридиан – это главный энергетический канал, соединяющий данный орган с другими органами и с поверхностью тела. Двенадцать Меридианов образуют пары. Каждый меридиан инь связан с меридианом ян. Поэтому эти пары называют еще Сдвоенными Меридианами. Разная полярность в Сдвоенных Меридианах позволяет уравнивать поток ци.

Хорошее функционирование меридианов обеспечивает полноценную циркуляцию энергии ци в организме и, значит, достаточное питание тканей, сохранность и согласованность работы внутренних органов, мышц, сухожилий и костей. Но меридианы – это не только пути, по которым течет энергия ци. Они также важнейшие индикаторы патологических изменений в организме и проводники лечебного воздействия. Патологические процессы или нарушения во внутренних органах могут вызывать через меридианы изменения на поверхности тела, а заболевания поверхностных тканей могут влиять на внутренние органы.

Таким образом, *расстройства* работы меридианов, причиной которых могут стать либо эмоциональные нарушения (чрезмерная радость, гнев, уныние, беспокойство, печаль, страх и ужас). Либо внешние патогенные факторы (ветер, холод, летняя жара, сухость, сырость и огонь), приводят к нарушению тока энергии ци и, как следствие, к болезням. Вместе с тем, сами по себе болезни могут быть вызваны как недостатком, так и переизбытком жизненной энергии ци. В зависимости от этого и массаж должен проводиться возбуждающий (когда ощущается нехватка энергии), либо успокаивающий (когда энергии слишком много) [1].

### Литература

**1. Мартынов С.М.** Иллюстрированная энциклопедия массажа. // Научно-популярное издание / ООО «Издательство СТ»  
С.М. Мартынов – М.: 2000. – С. 131 – 135.

**Годз Лилия Алексеевна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Добровольская Нонна Александровна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Нескреба Тарас Анатольевич**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

[neskreba.taras@mail.ru](mailto:neskreba.taras@mail.ru)

## **ФИТНЕС В СИСТЕМЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Данная статья посвящена исследованию влияния фитнеса на организм занимающихся в системе физического воспитания. Систематические занятия фитнесом позволяют повысить общий уровень здоровья занимающихся, адаптацию организма к учебным нагрузкам, способствовать развитию необходимых физических качеств. Широкое распространение фитнеса стало отражением потребности в двигательной активности, стремления к высокому уровню здоровья. Фитнес включает систему упражнений с отягощением и тренажерными устройствами. Использование фитнеса позволяет добиться решения основных задач физического воспитания, при этом большое внимание уделяется личности обучающегося, его интересам и предпочтениям.

Постоянно меняющийся социокультурный запрос играет роль внешнего импульса для создания инновационных оздоровительных технологий в студенческой среде. В данном случае, это, прежде всего – стремление современного общества примкнуть к числу красивых и здоровых людей [4].

Развитие физической культуры, в вузе требует из года в год использования новых средств, для развития физических качеств студентов, повышения уровня двигательной активности и создания благоприятной, мотивирующей обстановки в системе физического воспитания.

На базе кафедры физического воспитания Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького активно используются средства фитнес тренировок. Проводя анализ зарубежной литературы в учебниках Э.Т. Хоули и Б.Д. Френкса, под фитнесом, мы понимаем стремление личности к оптимальному качеству жизни, включающему социальный, психический, духовный и физические компоненты [1].

Основная цель фитнеса в системе физического воспитания – оздоровление организма, а главный принцип – систематические занятия физической культурой.

Систематические занятия фитнесом позволяют:

- справиться с требованиями интенсивной учебной деятельности без чрезмерного напряжения за счет расширения резервов адаптации организма к стресс-факторам;

- нормализовать эмоциональный тонус и успешно преодолеть физическое напряжение и различные стрессы, что, в конечном счете, повышает творческую активность студентов, их работоспособность и положительно сказывается на эффективности учебных занятий, а также формирует и совершенствует физические качества и жизненно важные умения и навыки;

- повышать расход энергии, компенсируя избыток питания, тем самым помогая контролировать вес и бороться с ожирением.

Потребность студенческой молодежи в физически здоровом организме приобретает потребность в систематических занятиях физической активностью, что ведет за собой к повышению уровня развития физических и психологических качеств человека. Данный этап развития характеризуется популяризацией фитнес тренировок не только в коммерческих организациях, но и в системе физического воспитания вузов [3, с. 182 – 185].

Поэтому, возникает потребность в поиске новых действенных средств и методов для решения проблем привлечения и заинтересованности молодежи к академическим занятиям. В связи с этим, использование фитнеса в практике физического воспитания предусматривает личностный подход с использованием индивидуального подхода и учета его мотивов, интересов и предпочтений [2, с. 59 – 61].

Принцип оздоровительной направленности фитнес-тренировок студенческой молодежи конкретизируется и реализуется в интенсивно развивающихся фитнес-технологиях [2].

Фитнес-технологии – это совокупность научно-обоснованных способов и методических приемов, нацеленных на повышение эффективности физкультурно-оздоровительного процесса, удовлетворение потребностей студентов в двигательной активности, формирование положительных эмоций, позитивного отношения к здоровому образу жизни. Таким образом, понятие фитнес-технологии – это, с одной стороны, процесс использования разнообразных средств физического воспитания с оздоровительной целью, с другой – научная дисциплина, которая в результате выявления педагогических и психофизиологических закономерностей разрабатывает и совершенствует основы методики физкультурно-оздоровительных занятий.

В системе физического воспитания ДонНМУ им. М. Горького фитнес-технологии приобретает поэтапный характер физического развития с учетом специфики учебно-

тренировочных занятий принципом которых является непрерывности и регулярности.

Для продуктивности и поэтапности занятий разработаны комплексы специализированных упражнений избирательной направленности с целью формирования красивого, пропорционального телосложения, развития важнейших двигательных качеств и повышения дееспособности основных функциональных систем организма.

Методические особенности построения занятий фитнесом заключаются в последовательном сочетании с разнообразными упражнениями аэробной направленности и работой с отягощениями и на тренажерах, а также стретчингом и релаксации. Обязательным условием являются тестирование уровня двигательной подготовленности. Так в таблице №1 приведены данные КГ и ЭГ занимающихся по программе КГ – общей физической подготовки (32 девушки) и ЭГ – по программе фитнес тренировки (30 девушек). Данные приведены на начало эксперимента и после эксперимента в КГ и ЭГ.

	Тесты физической подготовленности	До эксперимента		После эксперимента		Ед. ЭГ	Р
		КГ	ЭГ	КГ	ЭГ		
1	Прыжок в длину с места, см	165,39 ±1,23	163,8 ±1,5	170,1 ±2,1	174 ±3	10,2	<0,05
2	Поднимание туловища из положения «лежа на спине» в положение «сидя», руки за головой, ноги закреплены, кол-во раз	35,0 ±1,0	34,0 ±2,0	43 ±2	41 ±2	7	<0,05
3	Челночный бег 4х30м., сек	28,82 ±2,1	29,2 ±1,8	26,6 ±1,6	25,7 ±2,2	3,5	>0,05
4	Сгибание/разгибание рук в упоре лежа на полу, кол-во раз	11 ±2	10 ±1	13 ±3	16 ±2	6	<0,05



Анализ результатов проведенного исследования выявил достоверно значимое ( $P < 0,05$ ) улучшение в четырех показателях. Наилучшие изменения зафиксированы в тестах отражающих силовые способности. Следует отметить, что существенное увеличение данных показателей является закономерным, поскольку в представленной программе широко использовались упражнения силового характера.

Особый приоритет и перспективу фитнес программам нового типа обеспечивает их соответствие следующим принципиальным положениям:

- наличие существенного оздоровительного эффекта, обусловленного участием в работе больших мышечных групп, возможностью длительного выполнения движений, в основном ритмичного характера, с преимущественно аэробным механизмом энергообеспечения;

- отсутствие максимальных физических нагрузок на фоне преобладающего использования упражнений средней и низкой интенсивности;

- широкий спектр мотивационных ориентиров с учетом индивидуальных потребностей и интересов потенциальных пользователей фитнес-программ;

- активное внедрение инновационных средств и методов достижения оздоровительного эффекта, обеспечение максимальной комфортности условий проведения занятий, готовность к своевременной модернизации арсенала технических средств.

Вывод. Использование в учебном процессе занятий фитнесом повышает интерес студентов к физкультурно-спортивной деятельности. Применение фитнес-программ на практике улучшает общее состояние студента, становятся стрессоустойчивыми за счет расширения резервов адаптации организма, легче справляются с требованиями интенсивной учебной деятельности, повышают творческую активность и работоспособность, у них снижаются риски заболевания атеросклерозом, гипертонической и ишемической болезнями

сердца, в конечном счете, улучшается самочувствие в целом. В эксперименте было выявлено эффективность данного средства в процессе учебных занятий, результаты ЭГ занимающихся по программе фитнес тренировки явно выше нежели в КГ.

### **Литература**

**1. Георгиева Н.Г.** Влияние фитнес систем на формирование мотивации к занятиям физической культурой подростков специальной медицинской группы // 2013. – №5 (38). С. 59–63.

**2. Петрова А.С.** Фитнес в системе физической культуры // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XXXVI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 9(36). [электронный ресурс] – Режим доступа. -URL: [http://sibac.info/archive/guman/9\(36\).pdf](http://sibac.info/archive/guman/9(36).pdf) (дата обращения: 03.12.2019)

**3. Сайкина Е.Г.** Фитнес в системе физической культуры // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2008. – №68. – С. 182–189.

**4. Шилько В.Г.** Педагогические технологии в физкультурно-спортивной деятельности студентов / В.Г. Шилько, Т.А. Шилько, Н.Л. Гусева // Теория и практика физической культуры. 2014. – №11. – С.52–53.

УДК 613.97-056.2:796.071.2

**Гуляева Елена Ростиславовна**  
доцент кафедры общей врачебной практики  
и медицинской реабилитации  
ГУ ЛНР «Луганский государственный  
медицинский университет им. Св. Луки»  
г. Луганск, ЛНР  
[alyona.l@mail.ru](mailto:alyona.l@mail.ru)  
**Сухоплюева Н.И.**  
ЛНР, г. Луганск  
ГУ ЛНР «Луганский государственный  
медицинский университет им. Св. Луки»  
г. Луганск, ЛНР

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ В РАННЕМ ПОСТСПОРТИВНОМ ПЕРИОДЕ**

**Введение.** Изучение патологических состояний организма бывших спортсменов в постспортивном периоде становится все более актуальным в условиях значительного увеличения удельного веса заболеваний и повреждений во время занятий спортом [2]. Состояние здоровья после спортивной деятельности с перегрузками и травмами впоследствии ухудшается [3, 7]. В настоящее время недостаточно изучены хронические заболевания у бывших спортсменов в раннем постспортивном периоде. Состояние здоровья тесно связано с качеством жизни, характеристика которого у бывших спортсменов позволяет изучить физический, эмоциональный и социальный компоненты адаптации организма к завершению карьеры в спорте [1, 4–6, 8]. Важно обратить внимание на особенности, касающиеся качества жизни и психоэмоционального состояния бывших спортсменов, связанных с адаптацией организма к прекращению активных, насыщенных тренировочных и соревновательных нагрузок.

**Цель работы:** изучить структуру и частоту хронических заболеваний у высококвалифицированных спортсменов в раннем постспортивном периоде.

**Результаты исследования.** Проанализирована частота встречаемости и структура хронических заболеваний у 160 спортсменов в возрасте 20 – 34 лет (мужчин и женщин) высоких квалификационных разрядов (26 мастеров спорта, 28 кандидатов в мастера спорта и 26 перворазрядников). Из них 80 бывших спортсменов (36 женщин и 44 мужчины) (основная группа) завершило спортивную деятельность не более чем 5 лет назад (данный период принят за ранний постспортивный период). Контрольную группу составили 80 действующих спортсменов. Среди бывших спортсменов-игровиков 23 человека играли в ручной мяч, 22 – в волейбол, 17 – в баскетбол, 18 – в футбол. Бывшие спортсмены (основная группа) были разделены на подгруппы: 38 человек, прекративших спортивную деятельность менее 3 лет назад и 42 человека, завершивших карьеру более 3 лет назад.

У 86% бывших спортсменов в раннем постспортивном периоде выявлена хроническая патология разных органов и систем. У 35% случаев зарегистрировано 2 и более нозологические формы заболеваний. Только у 14 % бывших спортсменов не обнаружено хронических болезней. Ведущее место (50%) среди хронической патологии занимают заболевания опорно-двигательного аппарата, причём 60% принадлежит остеохондрозу позвоночника, 47% приходится на заболевания суставов ног (35% – гонартроз, 12% – периостит большеберцовой кости I стадии). У всех бывших спортсменов с патологией ног зафиксирована начальная стадия артроза коленного сустава. Затем по частоте встречаемости следуют болезни сухожильно-связочного аппарата: 30% – тендинит вращающей манжеты плеча и 4% – тендинит ахиллова сухожилия; патология суставов рук: 13% – дистрофические заболевания лучезапястного сустава (стенозирующий лигаментит ладонной и поперечной связок запястья), 10% –

артроз первого лучезапястного сустава (первой стадии); патология мышечного аппарата: оссифицирующий миозит (9%).

Болезни сердечнососудистой системы встречаются достоверно чаще у бывших спортсменов (42,5%), чем у действующих (18,7%). Нарушения ритма выявлены у 32,7% бывших спортсменов. Среди нарушений ритма преобладают единичная желудочковая экстрасистолия (43%), миграция суправентрикулярного водителя ритма (20%), единичная и умеренно частая суправентрикулярная экстрасистолия (21%). В 16% случаев сочетаются желудочковая и суправентрикулярная

экстрасистолии. Нейроциркуляторные дистонии занимают особое место в структуре хронических заболеваний экс-спортсменов и составляют 33,3%.

Достоверно чаще у бывших спортсменов (31,2%), по сравнению с действующими (12,5%), встречаются заболевания пищеварительного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (33%), функциональная диспепсия (68%), хронический эрозивный гастродуоденит (4%).

Заболевания верхних дыхательных путей у бывших спортсменов встречаются достоверно чаще в сравнении с действующими спортсменами (хронический тонзиллит – 65%, хронический ринит – 30,2%, хронический ларингит – 8,6%). Отмечена большая частота встречаемости заболеваний нижних дыхательных путей в основной группе (13,7%) по сравнению с контрольной (1,2%). Из выявленной патологии ведущее место принадлежит хроническому бронхиту – 12%; 1,7% случаев приходится на бронхиальную астму.

Варикозное расширение вен ног в раннем постспортивном периоде достоверно чаще встречается у бывших спортсменов (11,2%) по сравнению с действующими спортсменами (2,5%).

**Выводы.** Частота встречаемости заболеваний у спортсменов, завершивших спортивную деятельность более 3 лет назад, достоверно выше, чем у экс-спортсменов, прекративших занятия спортом менее 3 лет назад. Выявленные изменения встречаются по всем нозологическим группам, кроме

заболеваний опорно-двигательного аппарата, которые достоверно чаще встречаются у спортсменов, завершивших спортивную деятельность менее 3 лет назад. Таким образом, с течением времени после завершения спортивной деятельности при отсутствии должной медицинской помощи количество хронических заболеваний у бывших спортсменов увеличивается.

### Литература

**1. Визитей Н.Н.** Курс лекций по социологии спорта: учеб. пособие / Н.Н. Визитей. – М.: Физическая культура, 2006. – 328 с.

**2. Геселевич В.А.** Здоровье олимпийцев России / В.А. Геселевич, // Вестник спортивной медицины России. 1995. – №8. – С. 8–10.

**3. Граевская Н.Д.** Здоровье и функциональные возможности организма ветеранов спорта в отдаленном периоде спортивной тренировки / Н.Д. Граевская, И.А. Лазарева, В.Н. Санинский, О.М. Белаковский // Вестник спортивной медицины России. 1993. – №2 – 3 – С. 14–15.

**4. Граевская Н.Д.** Состояние здоровья ветеранов спорта / Н.Д. Граевская, И.А. Лазарева // Вестник спортивной медицины России. 1994. – №1-2. – С. 3–10.

**5. Стаценко М.Е.** Медицинская адаптация и качество жизни спортсменов высокой квалификации в постспортивном периоде / М.Е. Стаценко, И.В. Федотова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2009. – №3. – С. 29–31.

**6. Федотова И.В.** Основные признаки психосоциальной дезадаптации бывших спортсменов-игровиков в раннем постспортивном периоде / И.В. Федотова, В.В. Деларю, М.Е. Стаценко // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. 2010. – №3. – С. 10–13.

**7. Федотова И.В.** Особенности структуры заболеваний спортсменов высокой квалификации в раннем постспортивном

периоде / И.В. Федотова, М.Е. Стаценко // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. 2009. – №2. – С. 10–12.

**8. Федотова И.В.** Сравнительная оценка психо-эмоционального состояния и уровня стрессогенности у бывших и действующих спортсменов / И.В. Федотова, М.Е. Стаценко // Вестник новых медицинских технологий. 2009. – №4. – С. 95–96.

УДК 796.819.015.363

**Драгнев Юрий Владимирович**  
доцент кафедры теории и методики  
физического воспитания  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
[armduv@mail.ru](mailto:armduv@mail.ru)

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ АРМСПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ ТРЕНИРОВОЧНЫХ НАГРУЗОК В АРМСПОРТЕ**

Студенты университетов, занимающиеся борьбой на руках, должны знать особенности восстановления после тренировочных нагрузок в армспорте.

В современном мире спорта происходит постоянное совершенствование технической, физической, тактической, психологической, теоретической подготовок и т.д. Быстро создаются и распространяются разнообразные фармакологические средства восстановления организма армспортсменов. Спорт становится все более профессиональным. Армспорт относится к достаточно молодым видам спорта. Но это не дает основания считать его неинтересным видом спортивных соревнований. Благодаря занятиям по армспорту совершенствуется способность мгновенно мыслить во время проведения победного поединка, формируется спортивно-боевой дух, тренируется внимательность и воля к победе [1].

Следует указать, что рост уровня спортивных достижений в армспорте происходит не только за счет рационального построения технической, физической, психической, тактической, теоретической подготовки армспортсменов, но и за счет управления ею. Важной составной частью ее есть восстановление и стимуляция работоспособности организма во время учебно-тренировочного процесса, в соревновательный и послесоревновательный периоды. Восстановление армспортсменов – это процесс биологического уравнивания организма после интенсивных силовых, скоростно-силовых, психологических, технических и тактических тренировок. Для быстрого восстановления после тренировочных нагрузок, как указывает В. Олешко, необходимы такие средства восстановления: а) рациональное питание, б) рациональный режим дня, в) физиотерапевтические средства, г) фармакологические средства, д) психологические средства и т.д. [2, с. 222]. Рассмотрим рациональное питание и рациональный режим дня. По его мнению, очень важно для спортсменов, которые занимаются армспортом придерживаться *режима питания*. Так же В. Олешко показывает, что необходимо воспитать привычку принимать еду в одно и то же время. Это будет влиять на возникновение в организме условного рефлекса, который будет обеспечивать выделение желудком желудочного сока. «Процесс усвоения еды протекает более эффективно, если спортсмены сохраняют ровные промежутки времени между ее приемами. Для представителей силовых видов спорта наилучшим вариантом является четырехразовое питание: первый завтрак – через 30 – 40 минут после зарядки (по объему и калорийности он составляет 25 – 30 %); второй – через 3 – 4 часа после него (15% соответственно), обед – через 3 – 4 часов после второго завтрака (40 – 45 %) и ужин – через 5 – 6 часов после обеда, но не позже, чем за 1,5 – 2 часа до сна» [2, с. 226]. Следовательно, во время составления рациона для армспортсменов важно уделять внимание правильному соединению определенных пищевых



продуктов. Это связано с тем, что желудок человека реагирует выделением желудочного сока определенного состава на отдельный вид еды.

*Рациональный режим дня армспортсменов* должен быть первым фактором повышения физической, тактической, психологической, технической подготовленности. Ю. Шкретий указывает на то, что «чрезвычайная напряженность современной тренировки создает дополнительные трудности, когда нужно установить оптимальный режим работы и отдыха, их чередования в рамках структурных образований тренировочного процесса, обеспечить адекватные условия для полноценного выполнения спортсменом работы разной направленности и эффективного хода специальных адаптационных реакций в организме после нее, что заметно влияет на действенность соревновательной деятельности» [3, с. 3]. Режим характеризуется изменением отдельных видов деятельности армспортсменов на протяжении дня, в которое входят сон, питание, учеба, учебно-тренировочный процесс, активный и пассивный отдых и т.д. В. Олешко отмечает, что «во время сна у спортсменов происходит восстановление работоспособности нервно-мышечной системы и накопления нервной энергии, расслабления мышц, снижается обмен веществ и газообмен, реже становится частота сердечных сокращений, снижается артериальное давление... после обеда следует отдохнуть 1 – 1,5 часа для восстановления сил. При соблюдении режима на протяжении суток в ЦНС спортсмена образуется динамический стереотип, который облегчает деятельность систем организма в обычных условиях и повышает работоспособность» [2, с. 230].

Данная информация поможет начинающим армспортсменам следить за своим здоровьем и повышением уровня физической подготовленности в армспорте.

### **Литература**

**1. Драгнев Ю.В.** Методика физической подготовки ученической молодежи. Часть 1. «Армспорт» : учеб. пособ. для

студ. высш. учеб. завед. физич. воспитания и спорта / пер. с укр. / Юрий Владимирович Драгнев; Гос. учр. «Луган. нац. ун-т имени Тараса Шевченко». – Луганск: Изд-во ДЗ «ЛНУ имени Тараса Шевченко», Элтон-2, 2011. – 428 с.

**2. Олешко В.Г.** Силові види спорту: підруч. для студ. вузів фіз. виховання і спорту / В. Г. Олешко – К.: Олімп. л-ра, 1999. – 287 с.

**3. Шкрєбтій Ю.М.** Управління тренувальними і змагальними навантаженнями спортсменів високого класу в умовах інтенсифікації процесу підготовки : дис. д-ра наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.01 / Юрій Матвійович Шкрєбтій. – К., 2006. – 415 с.

УДК 616.727.3:616-001

**Дроздов Дмитрий Вячеславович**

старший преподаватель

кафедры спортивных дисциплин

ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко»

г. Луганск, ЛНР

[dmtruk\\_besson@mail.ru](mailto:dmtruk_besson@mail.ru)

**Фоменко Анна Валериевна**

преподаватель

кафедры спортивных дисциплин

ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко»

г. Луганск, ЛНР

## **ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА**

Локтевой сустав имеет сложное строение со множеством суставных поверхностей, богат вегетативной иннервацией, весьма реактивен и легко реагирует при повреждениях ограничением движений. Этот сустав чувствителен к

иммобилизации и сравнительно быстро становится тугоподвижным [1, 5, 7]. Наиболее часто утрата трудоспособности отмечается при повреждениях локтевого сустава. В результате этих повреждений возникают как анатомические, так и функциональные нарушения, которые ограничивают возможности самообслуживания, обеспечения бытовых потребностей и трудоспособность больного [9]. Восстановление трудоспособности пострадавших с различными травмами, в том числе и с повреждениями локтевого сустава, может быть достигнуто лишь при применении комплекса лечебных мероприятий, направленных на улучшение функциональных возможностей организма. Наибольшей восстановительной способностью в связи с мощным патогенетическим характером действия на функции различных систем и органов обладает комплекс физических средств реабилитации, включающий физические упражнения, лечебный массаж, физиотерапевтические процедуры [1, 5, 7]. Применение с лечебной целью физических упражнений, массажа и физиотерапевтических процедур при повреждениях локтевого сустава обеспечивает положительное воздействие, как на общие, так и на местные проявления травматической болезни. Развивающиеся при повреждениях опорно-двигательного аппарата нарушения условно можно разделить на проявления общей и местной ответной реакции организма на патологический процесс. Так, в связи с тяжестью состояния и длительным течением патологического процесса, могут нарушаться многие виды обмена веществ, снижаться реактивность организма, толерантность к физической нагрузке [1, 5, 7]. Как сама травма, так и вынужденный непривычный для больного режим ограниченной двигательной активности, приводит к отклонениям функции, нарушению правильного ритма в деятельности отдельных органов и систем. В ряде случаев перенесенные травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата провоцируют проявления, не дававшего о себе знать ранее патологического процесса, что приводит к

декомпенсации в деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и органов мочевого выделения. Из-за резкого, и часто значительного изменения условий функционирования органов и систем, ранее сложившиеся компенсации ослабленных функций становятся недостаточными [3, 4, 8].

Построение программы физической реабилитации больных после повреждений локтевого сустава с учетом метода лечения, периода течения болезни и двигательного режима на основе изучения и анализа доступных нам источников литературы по данной проблеме.

Комплексное лечение больных после повреждений локтевого сустава должно способствовать восстановлению всех нарушенных функций организма, восстановлению двигательных навыков больного и его работоспособности. Независимо от выбора метода лечения, средствами физической реабилитации являются – лечебная гимнастика, лечебный массаж и физиотерапия, которые являются ведущими при решении поставленных задач [5, 9]. На основании проведенного анализа литературных источников нами определены задачи, средства и методика лечебной гимнастики, массажа и физиотерапии по трем периодам течения болезни – иммобилизационном, постиммобилизационном и восстановительном.

Задачами лечебной физической культуры в первом периоде являются: ускорение регенеративных процессов в костной ткани во всей поврежденной области, улучшение кровотока, лимфообращения, обменных процессов в области повреждения, профилактика посттравматических осложнений; формирование временных компенсаций утраченной функции, психорегулирующее воздействие на больного, общеукрепляющее и тонизирующее воздействие.

Относительно иммобилизационного периода при переломах локтевого сустава первый период течения болезни подразделяют на два этапа. На первом этапе, во время абсолютной иммобилизации, на основе общеразвивающих и

дыхательных упражнений используют специальные упражнения для свободных от иммобилизации суставов пальцев и плечевого сустава, идеомоторные упражнения в локтевом суставе. В зависимости от характера и локализации перелома, метода лечения вносятся коррективы по применению физических упражнений. В занятия лечебной гимнастикой с третьего дня иммобилизации включают изометрические напряжения мышц, сначала на протяжении 2–3 секунд, а в конце недели – 5–7 секунд. Комплекс повторяется 2–3 раза в день, продолжительность его – 10–15 минут, в дальнейшем доводят его до 20–30 минут. На протяжении дня рекомендуется проводить лечение положением: поврежденной конечности придают отведенного и повышенного положения, что способствует снижению отека, боли и предупреждению тугоподвижности в плечевом суставе.

На втором этапе первого периода ЛФК во время относительной иммобилизации основной целью является постепенное восстановление подвижности в локтевом суставе и функций мышечного аппарата конечности. При выполнении специальных упражнений во время занятия ЛФК, при снятии иммобилизации авторы рекомендуют придерживаться следующих условий: упражнения необходимо выполнять из облегченных исходных положений, использовать только такие движения, амплитуда которых ограничивается безболезненным растяжением мышц; исключаются упражнения вызывающие неприятные ощущения в суставе, массаж сустава и тепловые процедуры [1, 5, 7].

Задачами лечебной физической культуры в постиммобилизационном периоде являются: восстановление объема движений, функции поврежденного органа, борьба с мышечными атрофиями, тугоподвижностями в суставах, контрактурами, тренировка всего организма, улучшение общего состояния и эмоционального тонуса.

Во втором периоде, вместе с упражнениями предыдущего этапа и с учетом методических рекомендаций к их

использованию, применяют упражнения, которые увеличивают подвижность в локтевом суставе. Упражнения выполняют из исходного положения - сидя за столом с опорой на предплечья, сидя на стуле, стоя с наклоном туловища вперед и выполняют движения в сгибании и разгибании в локтевом суставе, упражнения без предметов и с предметами, с помощью здоровой руки. Постепенно включают ротационные движения предплечьем, упражнения с небольшими отягощениями, с опорой, возле гимнастической стенки. Рекомендуется ежедневно выполнять упражнения в воде не выше температуры 33-36 градусов.

Задачи лечебной физической культуры при переломах локтевого сустава в третьем, восстановительном периоде: полное восстановление функций поврежденного отдела опорно-двигательного аппарата, ликвидация остаточных нарушений, трудовая, бытовая и спортивная реабилитация.

Задачи в этом периоде решаются с помощью гимнастических упражнений с предметами и без них с максимальной амплитудой движений, со снарядами и на снарядах, упражнения на пассивное и активное растягивание тканей, ограничивающих подвижность в суставах, упражнений в бассейне, – элементов спорта, игротерапии, массажа, физиотерапевтических процедур.

Древинг Е.Ф., указывает на то, что при внутрисуставных переломах массаж, как лечебный прием для улучшения движений больного сустава, не рекомендуется. Массаж, улучшая кровообращение, способствует образованию мозоли, а слишком большая мозоль нарушает восстановление движений. Под влиянием энергично проводимого массажа наблюдается обездвиживание мышц в области сустава [1].

В случаях, когда не удастся восстановить движение полностью, рекомендуется проводить курс грязелечения.

Дубровский В.И. указывает на то, что при переломах локтевого сустава на первом этапе лечения массируют шейно-грудной отдел позвоночника, затем мышцы здоровой

конечности. На втором этапе, после снятия лонгеты, дополнительно к указанному массажу проводится массаж мышц плеча и предплечья с использованием приемов поглаживания, растирания и разминания, сам сустав только поглаживают [2].

После снятия лонгеты локтевой сустав массируют льдом с последующим выполнением упражнений, избегая боли. Продолжительность массажа льдом 2–3 мин. Массаж льдом и упражнения можно выполнять в течение дня многократно.

Из физиотерапевтических процедур используется ультрафиолетовое излучение паравертебральной зоны и здоровой конечности; УВЧ; электрофорез кальция.

Во втором периоде добавляют дидинамотерапию, амплипульстерапию и магнитотерапию. Для снижения боли рекомендуется подключать метод ультразвуковой и лазерной терапии на поврежденную конечность.

В третьем восстановительном периоде используют магнитотерапию, лазеротерапию и рекомендуют широкое использование грязелечения для полного функционального восстановления двигательной функции поврежденной верхней конечности.

Только при комплексном использовании средств физической реабилитации можно ожидать восстановление функций поврежденной верхней конечности.

Перспективным является дальнейшее изучение влияния средств физической реабилитации на организм больных после травм опорно-двигательного аппарата.

### Литература

1. **Древинг Е.Ф.** Травматология: Методика занятий лечебной физкультурой. – М.: Познавательная книга плюс, 2002. – 224 с.
2. **Дубровский В.И.** Лечебный массаж. – М.: Медицина, 1995. – 208 с.
3. **Епифанов В.А.** Лечебная физическая культура /Учебное пособие для вузов. – М.: Изд. дом «ГЭОТААМЕД», 2002.

**4. Лисовский В.А.** Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

**5. Мошков В.Н.** Роль и место лечебной физкультуры в системе медицинской реабилитации. Руководство для врачей. В кн. ЛФК в системе медицинской реабилитации / Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой – М.: Медицина, 1995. – С. 14–47.

**6. Епифанова В.А.** Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс - информ, 2005. – 328 с.

**7. Мухін В.М.** Фізична реабілітація. – Київ: Олімпійська література, 2005. – 470 с.

**8.** Травматология и ортопедия: учебник/ под ред. Х.А. Мусалатова, Г.С. Юмашева – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

**9.** Физическая реабилитация /Под общ. ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2004. – С.303–335.

УДК 378.064.2-053.5-056.24

**Ермилова Г.П.**

Студентка 2 к маг. ПВШ

ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко»

г. Луганск, ЛНР

## **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ С ДЕТЬМИ С ОСОБЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, КАК ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

На современном этапе развития общества рынок индустрии моды и труда представляет основные конкурентные преимущества: способности, знания, опыт, умения, навыки, развитие и совершенствование качеств личности педагога.



Изучая современную психолого-педагогическую литературу по проблеме подготовки будущих педагогов к взаимодействию с детьми с особыми возможностями здоровья, заметили как развивающуюся на протяжении всего времени и многоплановую систематически привлекающую внимание теоретиков и практиков. Поэтому, как в Европейских странах XXI века, так и в Луганской Народной Республике возникла необходимость реформ в образовании, а так же появился тезис: «Образование не на всю жизнь, а образование через всю жизнь», охвативший все образовательное пространство и набравший широкое развитие и актуальность через концепцию непрерывного образования.

Изучая данную концепцию, мы заметили важные приоритеты педагога как личности, который должен овладеть профессией на протяжении всей его жизнедеятельности. При этом, его становление и развитие, получая при этом новые знания и педагогический опыт как в учреждениях по месту работы, так и в условиях образовательных вузов, а так же самостоятельное самообразование в профессиональной подготовке, способствует их развитию и совершенствованию.

Принято считать, что компетентностный подход в образовательной среде предполагает выявление смыслообразующих основ, а так же реализацию инновационной модели многоуровневой технологии подготовки студентов, будущих педагогов к взаимодействию с детьми с особыми возможностями здоровья, их эффективное сопровождение преподавателями в вузе. Надо обратить внимание, что готовность педагогических кадров зависит от процесса качественной самореализации современных тенденций профессиональной подготовки студентов педагогического профиля, учитывая воплощение инновационных технологий.

Есть основания полагать, что на современном этапе в ЛНР происходит реализация традиционного направления сферы образования, а так же воплощение организационно-педагогических аспектов учебного процесса, при котором

заметны пробелы во взаимодействии педагогов и обучающихся не как субъекта данного процесса, а развитие профессионально-педагогического образования: готовность студента к самореализации и саморазвитию личности; становление, а так же сопровождение будущего педагога, как не странно, подменяется приобретением определенного объема умений, знаний, навыков и достижением педагогических целей.

Государственная политика ЛНР в сфере образования указывает на важный фактор в реализации права на образование людей с особыми возможностями здоровья и инвалидов. Следует подчеркнуть, что в образовательном пространстве назрела острая необходимость в систематизации существующего опыта и внедрение реформ в образовании, а так же реализации инновационной модели многоуровневой технологии подготовки будущих педагогов к взаимодействию с детьми с ОВЗ в вузе, анализируя при этом эффективные модели подготовки и современные концепции профессиональной подготовки студентов, будущих педагогов, которые соответствовали бы требованиям, изложенным в Законе «Об образовании». Данный Закон указывает на выявление условий для успешной реализации прав обучающихся в выборе образования; применяя дидактический инструментарий, а именно подготовить студентов на протяжении пребывания в вузе к решению практико-ориентированных задач, которые будут способствовать самореализации и саморазвитию обучающихся.

Таким образом, очень важно для студента осознать собственную ответственность за процесс соотнесения результатов учебной деятельности с эффективной профиограммой педагога в процессе их подготовки.

## **Литература**

**1. Малофеев Н.Н.** От политики институализации к политике интеграции: ситуация России / Инклюзивное

образование: состояние, проблемы, перспективы. – Минск: Четыре четверти, 2007. – 208 с. с ил.

УДК[37.015.31:796.41]-056.36

**Завадич Валентина Николаевна**  
доцент кафедры теории и методики  
физического воспитания  
кандидат педагогических наук, доцент  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
zavadyhh@mail.ru

## **РИТМИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Проблемы клинических особенностей детей с ЗПР, коррекции их психического развития, двигательных возможностей изложены в трудах основоположников советской психологии, ведущих современных психологов и специалистов теории и методики физического воспитания: Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Р. Лурия, А.А.Смирнова, П.Я. Гальперина, Д.Б. Эльконина, Н.А. Меньчинской, Л.И. Божовича, З.И. Калмыковой, Ф. Рау, Б.В. Сермеева, Е.С. Слеповича, М.О. Козленко и др.

Обучению принадлежит ведущая роль в психическом развитии личности. Целенаправленное воспитание в младшем школьном возрасте обеспечивает дальнейшее успешное обучение детей с ЗПР в школе. Глубина нарушений и возникновение, сопутствующих отклонений зависят не только от локализации, степени и давности поражения основного анализатора, но и от специфики условий, средств и методов обучения, направленной коррекции и компенсации отклонений в развитии [5].

У детей со стойкими дефектами развития основной дефект в большей или меньшей степени отражается на всех анализаторах, на состоянии здоровья, функциональных возможностях организма в целом, физическом развитии и физической подготовленности.

Основной дефект отрицательно влияет на овладение движениями, ориентации в пространстве и во времени, отражается на общем физическом развитии и состоянии здоровья. Дети с ЗПР отстают в физическом развитии на всех возрастных этапах, имеют меньший рост и массу по сравнению с одноклассниками общеобразовательных школ. Особое своеобразие наблюдается и в эмоционально – волевой сфере[5].

Морфофункциональные особенности детей со стойкими дефектами развития определяют необходимость особого подхода к организации условий их воспитания и обучения, строгого соблюдения рационального режима, дополненного элементами охранительного и оздоровительного порядка

В учебно-воспитательном процессе особое внимание должно уделяться организации физического воспитания. Средства физического воспитания способствуют в той или иной степени коррекции дефекта, повышению уровня работоспособности, улучшают умственное развитие, как физическое так и психическое развитие взаимосвязаны и обусловлены. Поэтому коррекционно-комплексная направленность должна пронизывать все разделы физического воспитания детей с ЗПР.

Моторика детей с ЗПР отличается рядом специфических особенностей:

1. Недостаточная дифференцированность и координированность движений.
2. Изменение темпа движений (резкое замедление или ускорение).
3. Недостаточная переключаемость, в основе чего лежит инертность нервных процессов.

4. Неумение подчинить свои движения словестным инструкциям, сочетать координацию движений с речью.

Кроме того имеются и различные качественные особенности моторной недостаточности. Наличие ряда ненужных движений руками и ногами, лишних мимических движений [1].

Дети с ЗПР отличаются ярко выраженным нарушением чувства ритма, что проявляется в походке, осанке, движениях. Чувство ритма у них необходимо развивать целенаправленно, конкретно в такой же мере как другие физические качества, т.к. это является одним из наиболее эффективных способов коррекции имеющейся патологии.

Ритм - это организатор и регулятор движения, он необходим человеку в той же мере, как сила, быстрота, выносливость. Он обуславливает внимание, внутреннюю собранность, координацию, умение ориентироваться во времени и пространстве. Чувство ритма – это способность точно воспроизводить заданный ритм движений или адекватно воспроизводить его в измененных условиях [2].

Следует учитывать то, что любое движение представляет собой сложный комплекс действий направленный на развитие моторики и личности ребенка в целом. Выполнение заданного движения в определённой последовательности требует от ребенка умения сосредоточиться, развивает его внимание и память. Умение выполнять то или иное задание по словесной инструкции, без наглядного показа, развивает элементы абстрактного мышления. Специалисты считают, что наиболее оптимальный путь развития чувства ритма - движения, т.к. они дают возможность почувствовать все элементы ритмичности – чувство времени, пространства, мышечных напряжений[5]. Исследования свидетельствуют высокой компенсаторной возможности детского организма в двигательном отношении. Ребенок, обладающий хорошим чувством ритма, более организован, внимателен, собран. Поэтому поиск новых коррекционных способов их экспериментальное обоснование

имеет большое значение в учебно-воспитательном процесс детей с задержкой психического развития.

Целью нашей работы являлось теоретическое исследование научно-методической литературы по проблеме чувства ритма детей с ЗПР, младшего школьного возраста. Мы предполагали, что использование средств ритмики во всех формах физического воспитания и других видах деятельности детей с ЗПР, будет способствовать формированию чувства ритма, уменьшению времени усвоения двигательных действий, коррекции моторики.

Анализ научной литературы показал, что для коррекции основного дефекта и нарушений моторики детей с ЗПР необходимо включать: разновидности ходьбы, бега, прыжков; упражнения на формирование чувства ритма: упражнения на развитие точности мышечных усилий и формирование чувства пространственной ориентации; упражнения на воспитание внимания и развития восприятия; ритмическая гимнастика; игры с имитацией различных движений; упражнения с предметами

Научные данные свидетельствуют о том, что для развития чувства ритма наиболее сенситивным периодом является младший школьный возраст. Использование элементов ритмики дает возможность расширить круг средств коррекции двигательных нарушений детей с ЗПР, способствует социальной адаптации, максимальному приспособлению организма аномального ребёнка к самореализации в обществе [3].

### Литература

**1. Лях В.И.** Тесты в физическом воспитании школьников. – М.: Москва, 1998. – 272 с.

**2. Певзнер М.С.** Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития // Дефектология, 1972. – №3. – С. 3–9.

**3. Практическая психодиагностика. Методики и тесты.** Учебное пособие/ редактор – составитель Д.Я. Райгородский– Самара: Издательский Дом «БАХРАХ – М», 2007. – 115 с.

**4. Ротерс Т.Т.** Уроки ритмики в школе: Учебное пособие для учителей. – Луганск.: Знание, 2003. – 212 с.

**5. Чайнова Е.В.** Преподавание ритмики во вспомогательной школе. Программно-методическое указание. – М.: Учпедгиз, 1956. – 31 с.

УДК [797.2:613.7]-055.2

**Загной Татьяна Владимировна**  
старший преподаватель  
кафедры спортивных дисциплин  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
tetianka\_z@mail.ru

## **ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ ПЛАВАНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

В настоящее время особую социальную значимость имеет сохранение и укрепление здоровья, профилактика различного рода заболеваний у женского населения. Возрастание ценности жизни, здоровья, активного долголетия и реализация человеческой индивидуальности все чаще рассматриваются как критерии социального прогресса общества.

Повышение интереса к содержанию занятий физической культурой в жизни женщин, вызвано ухудшением здоровья, снижением уровня детской рождаемости и показателей физического развития. Это обуславливает поиск новых путей увеличения двигательной активности женщин с целью улучшения их здоровья, повышения культурного и образовательного уровня, раскрытия личностного потенциала.

Еще с древних времен вода служила не только для утоления жажды и использования ее в бытовых целях, но и для занятий спортом и для отдыха. В современном мире вода

используется при досуготерапии различных заболеваний, и как альтернативное терапевтическое средство. Вода обладает уникальными свойствами, оказывающими воздействие на тело. Она не только обличает физическое действие, но и усиливает эффект.

В современных экономических условиях для привлечения женщин к занятиям оздоровительным плаванием необходимо комплексное исследование традиционных и нетрадиционных средств, адекватных состоянию здоровья, уровню подготовленности, потребностям и индивидуальным особенностям занимающихся. Все это требует всестороннего научного обоснования влияния занятий оздоровительным плаванием на женщин разного возраста, разработки и обоснования новых средств и методов проведения занятий, распространения физкультурных знаний среди населения, повышения их образовательного и культурного уровня, а также подготовки специалистов в этой области знания [3].

Плавание – одно из эффективных средств закаливания человека, способствующее формированию стойких гигиенических навыков. Вода имеет большую плотность и поэтому оказывает естественное сопротивление движениям в любых направлениях. Таким образом, увеличивается нагрузка на мышцы. Кроме того, температура воды ниже температуры тела на 6–10 градусов. Из-за этого расходуются дополнительные калории на нагревание тела. Водные процедуры дают устойчивость к простудным заболеваниям. Если плавание проводится в естественном водоеме, то закаливающий эффект оказывают и естественные факторы природы – солнце и воздух [1].

Занятия плаванием устраняют нарушения осанки, плоскостопие, гармонично развивают почти все группы мышц – особенно плечевого пояса, рук, груди, живота, спины и ног. Занятия плаванием совершенствуют работу вестибулярного аппарата, улучшают чувство равновесия. Систематические занятия плаванием усиливают деятельность сердечно-



сосудистой и дыхательной систем, активизируют обменные процессы, укрепляют опорно-двигательный аппарат, совершенствуют системы терморегуляции, повышают умственную работоспособность и т.д. [2].

Основные задачи оздоровительного плавания для женщин – это достижение и в дальнейшем поддержание желаемого уровня физического здоровья, повышение качества жизни, профилактика заболеваний, связанных с возрастом и вредными воздействиями окружающей среды, обучение плаванию, развитие физических качеств. Оптимальная нагрузка определяется многими факторами, например: необходимостью улучшения функциональных показателей либо их сохранением на достигнутом уровне, режимом привычной двигательной активности и образом жизни занимающегося и др. Оздоровительным плаванием рекомендуется заниматься 3–4 раза в неделю по 30–45 минут.

Плавание отлично тренирует деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У людей, систематически занимающихся плаванием, возрастает величина ударного объема сердца, частота сердечных сокращений в покое снижается от 60 до 55 (50) уд/мин. При этом сердечная мышца работает мощно и экономно. У не занимающихся спортом частота сердечных сокращений обычно колеблется в пределах от 65 до 57 уд/мин. Горизонтальное положение тела, а также циклические движения, связанные с работой мышц, давление воды на подкожное русло, глубокое диафрагмальное дыхание и взвешенное состояние тела – все это способствует притоку крови к сердцу и в целом существенно облегчает его работу. В результате занятий плаванием снижается систолическое давление, повышается эластичность сосудов, увеличивается ударный объем сердца [4].

Таким образом, в результате занятий плаванием в сердечно-сосудистой системе происходят положительные изменения (в виде усиления сократительной способности мышечной стенки сосудов и улучшения работы сердца), которые ведут к более быстрому транспортированию крови, насыщенной

кислородом, к периферическим участкам тела и внутренним органам, что способствует активизации общего обмена веществ.

Механизм положительного воздействия плавания на органы дыхания заключается в активной тренировке дыхательной мускулатуры, увеличении подвижности грудной клетки, легочной вентиляции, потреблении кислорода кровью, в выработке правильного ритма дыхания. Также занятия плаванием укрепляют аппарат внешнего дыхания, вырабатывают правильный ритм дыхания, увеличивают жизненную емкость легких, поскольку плотность воды затрудняет выполнение вдоха и выдоха: вдоха – из-за давления воды на грудную клетку, выдоха – из-за сопротивления воды. При плавании в дыхании участвуют самые отдаленные участки легких и в результате исключаются застойные явления в них. Кроме того, плавание с задержкой дыхания, ныряние, погружение под воду тренируют устойчивость к гипоксии.

Регулярные занятия плаванием являются мощным фактором воздействия на нервную высшую деятельность человека. Вода, мягко обтекая тело, массируя находящиеся в коже и мышцах нервные окончания, благоприятно воздействует на центральную нервную систему, успокаивает, снимает утомление. После плавания человек легче засыпает, крепче спит, у него улучшаются внимание, память. Действие температуры воды улучшает кровоснабжение мозга, уравнивает процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе, т.е. положительно сказывается на состоянии психики, способствует формированию положительного эмоционального фона, так необходимого в повседневной жизни [2].

При оздоровительном плавании женское тело находится в состоянии гидростатической невесомости, что разгружает опорно-двигательный аппарат от давления на него веса тела – это создает условия для нормирования нарушений осанки, увеличивает двигательные возможности и содействует их развитию. В воде гравитационная сила уменьшается, вследствие

этого нагрузка на позвоночник и суставы уменьшается. Вероятность получить травму сводится к минимуму.

Оздоровительное плавание часто рекомендуется врачами как одно из лечебных средств. Занятия плаванием широко применяются в лечебной физкультуре и медицине при нарушении обмена веществ, сердечно-легочной недостаточности, контрактурах суставно-мышечного аппарата, а также после травм, перенесенных операций и др. Интенсивность занятий лечебным плаванием обычно ниже, чем оздоровительным плаванием, меньше и продолжительность одного занятия. Для достижения наибольшего эффекта от оздоровительного плавания, необходимо заниматься постоянно.

По своим динамическим характеристикам оздоровительное плавание является одним из доступных средств физической культуры для женщин различного возраста и физической подготовленности.

Бывают случаи, когда заниматься оздоровительным плаванием приходят девочки с недостатками в физическом развитии в чисто лечебных целях, а становятся известными спортсменками. Так было с Дон Фрезер – чемпионкой трех Олимпийских игр, которая пришла на занятия плаванием после перенесенного полиомиелита. Будущую чемпионку Европы и СССР Тину Леквеишвили мама привела заниматься плаванием, обеспокоенная ее плохой осанкой.

Это подтверждают наблюдения за физическим состоянием занимающихся в группах здоровья, где среди других видов физических упражнений применяется плавание.

По мнению американского ученого в области оздоровительных технологий Кеннета Купера, плавание второй (после бега на лыжах) по эффективности вид аэробной нагрузки, которое также вовлекает в работу все основные мышцы [1].

Существует много оснований для того, чтобы начать заниматься, но только систематическое посещение занятий принесет нужный положительный результат, и повысит общее качество жизни.

## Литература

**1. Каптелин А.Ф.** Плавание в лечебных целях / А.Ф. Каптелин // Здоровье. – 2000. – №7. – С. 26–27.

**2. Маклауд Й.** Анатомия плавания / Й. Маклауд. – М.: «Попурри», 2013. – 200 с.

**3. Меньшуткина Т.Г.** Теория и методика оздоровительного плавания женщин разного возраста: Автореф. дис. д-ра пед. наук. – СПб: 2000. – 47 с.

**4.** Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Н.Ж. Булгаковой. – М.: Академия, 2005. – 432 с.

УДК 378.015.31:796.035

**Калмыкова Вероника Ивановна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Нескреба Тарас Анатольевич**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

neskreba.taras@mail.ru

**Черняк Ольга Петровна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

## **НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ГРУППЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

В статье представляет собой анализ теоретической разработки и экспериментального обоснования организационно-методических условий повышения эффективности оздоровительной работы студентов групп лечебной физической культуры, при помощи средств физической культуры.

В рамках военного времени, в нашем регионе, здоровье человека рассматривается как основа развития молодого поколения и Государства в целом, что в свою очередь приводит к повышению трудоспособности и продолжительности жизни, обеспечения безопасности страны, повышения ее технико-экономического потенциала. Физическое воспитание рассматривается как основа для воспитания гармонично развитой личности, в фундамент которой будут заложены духовные, нравственные ценности культуры, профессионального образования и профессиональной деятельности [1].

Так как, уровень физической подготовленности снижается и увеличивается количество студентов с различными хроническими и другими заболеваниями, данный процесс вызывает беспокойство.

Результаты исследований показали, что увеличение заболеваемости среди студентов является следствием, прежде всего, от недостатка физического и функционального развития, которое наступает из-за ограниченной двигательной активности. Данная тенденция характеризуется повышением уровня психоэмоционального стресса и учебными перегрузками, которые не компенсируются необходимыми физическими нагрузками.

Таким образом, анализируя данную проблематику можно выяснить объективное противоречие между тенденцией

ухудшения здоровья студентов под влиянием прогрессирующей гиподинамии (гипокинезии) и отсутствием научно-обоснованных, организационно-методических условий и методики физического воспитания, направленных на повышение ресурсов их здоровья, развития физических качеств и результативности учебной деятельности.

Преодоление данного противоречия обусловлено решением научно-практической задачи по обоснованию эффективных организационно-методических условий, нацеливающих процесс физического воспитания на мотивацию повышения объема должной двигательной деятельности студентов, сохранение и укрепление их здоровья.

В основе развития человека заложена гуманистическая психология целью которой является целостный процесс формирования гармонически развитой личности. Для повышения уровня эффективности процесса физического воспитания студентов, нами рекомендованы следующие организационно-методические условия [3]:

– при отборе средств физической культуры и методов организации занятий будет учитываться индивидуальный подход, который позволит адаптироваться организму студентов к выдвигающимся требованиям двигательной активности на занятиях физической культуры, и на этой основе разработана дифференцированная учебная программа по физическому воспитанию;

– целенаправленно применена индивидуально-дифференцированная методика физического воспитания, учитывающая мотивационные ориентации студентов к решению двигательных задач определенного класса и обучению здоровью на основе самопознания, самовоспитания и самореализации;

– систематически осваиваются средства двигательной активности позволяющие повысить уровень энергообеспечения, при использовании которых улучшаются показатели функционирования дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Задачи исследования:

1. Определить влияние учебной деятельности и двигательной активности студентов как фактора определяющего уровень здоровья студентов группы лечебной физической культуры.

2. Дать теоретический анализ комплексу организационно методических условий, способствующих повышению эффективности и оздоровительной направленности физического воспитания студентов группы лечебной физической культуры.

3. Теоретически разработать и экспериментально оценить индивидуально-дифференцированную методику физического воспитания студентов группы лечебной физической культуры.

В процессе исследования была теоретически разработана, апробирована и внедрена индивидуально-дифференцирован физического воспитания студентов группы лечебной физической культуры, основанная на систематическом использовании средств физической культуры, создании мотивационного фона и созданию индивидуального подхода к развитию организма, применение средств самосовершенствования для увеличения количества самостоятельных занятий средствами физической культуры.

Также, был разработан и обоснован комплекс организационно методических условий, основу которых составляют индивидуально-дифференцированный подход к физическому воспитанию студентов группы лечебной физической культуры. Основа данного условия выстраивается на системном применении режима четырехразовых занятий в неделю (2 обязательных и 2 самостоятельных), с усилением мотивации на реализацию самостоятельных двигательных заданий.

Для группы лечебной физической культуры, необходимо использовать индивидуализацию нормирования оптимальных физических нагрузок со смешанной энергетической направленностью в основной части занятия (ЧСС 65-70% от максимальной) и их контроль в течение всего учебно-образовательного процесса.

Результаты исследований могут быть реализованы:

- при планировании учебного процесса по физическому воспитанию студентов групп лечебной физической культуры;

- при разработке учебно-методических комплексов, ориентированных на разный уровень физического и функционального состояния студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья и отнесенных к группам лечебной физической культуры;

- в профессионально-педагогической деятельности кафедр физической культуры различных высших учебных заведений.

Использование всех организационно-методических условий позволит при разработке комплексов упражнений для студентов групп лечебной физической культуры с различными заболеваниями, оказывать благоприятное воздействие на функциональное состояние студентов [2]. В процессе экспериментального наблюдения за группами лечебной физической культуры были замечена положительная динамика в устойчивости перенесения физической нагрузки, стабилизации ЧСС в покое, повысился уровень выносливости, увеличилась продолжительность работоспособности, увеличился процент посещаемости, также, было отмечено снижение уровня заболеваемости у студентов, что привело к заинтересованности студентов к занятиям физической культурой.

Вывод. В связи с усложняющимися требованиями высшего учебного заведения к личности студента, возрастающими психическими нагрузками в течении образовательного процесса и снижающимся интересом к занятиям физической культурой, становится актуальным внедрение личностно-дифференцированной методики физического воспитания студентов группы лечебной физической культуры, обуславливающей эффективное развитие психомоторики, повышение функциональных возможностей и укрепление здоровья.



При использовании организационно научно-методического аспекта в группах лечебной физической культуры, повышается качество преподаваемой дисциплины, проявляющиеся в [4]:

– Индивидуальном подходе к адаптации организма на физическую нагрузку;

– Использование дифференцированного подхода с целью повышения мотивации и увеличения двигательной активности занимающихся;

– Реализация систематических четырехразовых оздоровительных занятий (двух обязательных и двух самостоятельных по 40–60 минут каждое) с применением индивидуальных упражнений для развития приоритетных физических качеств;

– Осуществление процесса саморазвития в системе физического воспитания студентов.

Разработанная методика позволила значительно оптимизировать процесс физического воспитания студентов, отнесенных по состоянию здоровья к группе лечебной физической культуры, за счет содержательности приоритетных средств оздоровительной физической культуры.

### Литература

**1. Амосов Н.М.** Энциклопедия амосова. Алгоритм здоровья / Н.М. Амосов. – Донецк: Сталкер, 2002. – 590 с.

**2. Бар-Ор О.** Двигательная активность и здоровье детей от физиологических основ до практического применения / О. Бар-Ор, Т. Роулан. – К.: Олимп, л-ра, 2009. – 527 с.

**3. Вржесневський І.І.** Організаційно-методичні засади фізичного виховання: методична розробка для студентів усіх спеціальностей / І.І. Вржесневський, Н.І. Турчина. К.: НАУ, 2006. – 52 с.

**4. 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 і перспективи: VI Всеукр. наук.-практ. конфер.: тези доповіді. – К.: НАУ, 2005. – С. 176 – 177.

УДК [364-787.7+364.62]-057.87-056-26

**Кирмач Галина Анатольевна**

доцент кафедры педагогики  
кандидат педагогических наук, доцент

ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»

г. Луганск, ЛНР  
galina\_44@i.ua

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СТУДЕНТОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

Сегодня в каждой высшем учебном заведении учится определенное количество студентов с нарушениями психофизического развития. Они находятся в разном статусе. Все эти студенты становятся объектом внимания психолога, что требует от него соответствующей компетентности. Поэтому далее остановимся на современном состоянии организации обучения и социализации студентов с нарушением психофизического развития и конкретных формах психологического сопровождения их в высшей школе.

Сегодня во всем мире, в том числе и в нашей республике, происходят изменения в отношении общества к людям с психофизическими нарушениями. Этими изменениями обусловлено и реформирование системы специального обучения, направленное на интеграцию данной категории студентов в единую образовательную систему и одновременно обеспечения им полноценной психолого-педагогической помощи в реализации своих образовательных потребностей.

Процесс интеграции студентов с психофизическими нарушениями – это не просто изменение формы организации их обучения. Это явление значительно шире по своему содержанию и связано с мировоззренческими изменениями в обществе, которое прошло долгий путь.

Магистральным направлением развития общества является его гуманизация, в частности, развитие гуманистических тенденций в отношении к лицам с психофизическими нарушениями. После многовекового их отторжения постепенно утверждалось, с одной стороны, сочувственное отношение к ним, а с другой – осознание преимущества для общества от их социализации, образования, трудовой занятости, что предупреждало рост среди них преступности, облегчало бремя их содержания.

Так, начиная с конца девятнадцатого и до конца двадцатого века, быстро развивалась специальная школа для детей с психофизическими недостатками. Отметим, что специальная школа неизбежно изолирует детей, которые в ней учатся, от здоровых, что обусловлено, прежде всего, не одинаковыми возможностями усваивать учебную программу и особыми методами обучения, в которых нуждаются дети с различными нарушениями развития. Незрелая сеть специальных школ обусловила и то, что они во многом были школами-интернатами. Таким образом, дети изолируются не только от здоровых сверстников, но и от семьи. Это и является впоследствии причиной сложной адаптации студентов данной категории к условиям высшей школы.

Действительно, и сегодня люди с физическими и психическими ограничениями, казалось бы, из самых гуманных соображений являются объектом опеки общества, то есть им отводится пассивная роль в жизни и они не могут принимать в ней активное участие. Соответственно и мало создается условий, в которых человек с психофизическими недостатками смог бы реализовать те возможности, которые у него есть. Фактически, отгородившись от этих людей опекой, общество в отношении к

ним сосредотачивается на их ограничении, часто не учитывая того обстоятельства, что они хотят прожить свою жизнь активно, чувствовать себя равными в обществе. Такие попечительские тенденции в отношении к людям с психофизическими недостатками были присущи советскому обществу.

Между тем вторая половина двадцатого века в мировом сообществе охарактеризовалась большими достижениями общественного движения за освобождения граждан от какой-либо дискриминации. В частности, под влиянием общественных организаций людей с инвалидностью и родителей, воспитывающих таких детей, встал вопрос о реформировании системы их обучения и лишения данной категории детей изоляции от широкого социума обучения и воспитания.

Постепенное изменение отношения к людям с психофизическими нарушениями ярко отразилось и в определениях. После того, как в разные времена называли людей этой категории, можно проследить, как эволюционировало общество в отношении к ним.

Еще совсем недавно, во времена Л. Выготского, который так много сделал для понимания механизмов искажения психического развития и социальной адаптации этих людей и психологических основ коррекционной работы с ними, их называли дефектными. Сегодня употребление этого понятия недопустимо, оно воспринимается как исключительно ругательное. Ранее же в нем не видели ничего оскорбительного, а просто исходили из понимания дефекта как некоей «поломки» в организме. На смену упомянутого названия пришло другое – «аномальные люди», то есть такие, которые в большей или меньшей степени отклоняются от нормы развития. Обратим внимание на то, что эти названия, хотя и отражают суть явления, все-таки делают упор на недостатках ребенка. Так возникает основание видеть в них только негативное и пренебрегать их правом на тот уровень развития, которого они могли бы достичь

в оптимальных условиях обучения, воспитания и включенности в общественную жизнь.

Процесс определения понятий продолжается. Попытки избежать негативных, дискриминационных акцентов в названиях обусловило появление многих новых, часто противоречивых, неточных по содержанию, когда теряется суть явления, которое они отражают. Именно к таким определениям относится широко применяемое сегодня понятие «лица с особыми потребностями». Между тем, понятие «лица с особыми образовательными потребностями» является неточным, поскольку логично оно могло бы быть отнесено и к людям, которые отличаются талантливостью, специальными способностями и требуют индивидуализации учебного процесса. Кроме того остается невыясненной и тот предел особых образовательных потребностей, в определенной степени присущих каждому человеку, по которому он уже не включается в этот особый контингент и не имеет права на предполагаемые специальные педагогические мероприятия.

Наряду с названным определением параллельно употребляются многие другие: «люди с ограниченными возможностями здоровья», «люди с особенностями психофизического развития», «люди-инвалиды» или «люди с инвалидностью».

Таким образом, в психолого-педагогической практике критерий органических нарушений в развитии можно разве что декларировать, но в зачисление человека к той или иной категории происходит всегда на основе выявления его психологических особенностей, в частности, познавательной деятельности.

## **Литература**

1. Актуальные проблемы интегрированного обучения. Материалы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными

потребностями) 29–31 января 2001 года. – Москва: Права человека, 2001. – 147 с.

**2. Лубовский В.И.** Психологические проблемы аномального развития детей. / В.И. Лубовский – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.

УДК 378.016:796-056.24

**Кострыкин Владлен Ярославович**

старший преподаватель  
кафедры физического воспитания  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
vladlenkostrykin@mail.ru

**Хвостиков Игорь Петрович**

старший преподаватель  
кафедры физического воспитания  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР

**Мартыненко Елена Николаевна**

преподаватель  
кафедры физического воспитания  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР

## **ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП**

В работе рассматривается проблема обеспечения здоровья студентов специальных медицинских групп при помощи физической культуры.

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая

гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь – это важное слагаемое человеческого фактора.

Какой бы ни была медицина, она не может избавить каждого от всех болезней. Человек- сам творец своего здоровья, за которое надо бороться. С раннего возраста необходимо вести активный образ жизни, закаливаться, заниматься физкультурой и спортом, соблюдать правила личной гигиены, – словом, добиваться разумными путями подлинной гармонии здоровья.

Физическая культура – основа социально-культурного бытия индивида, основополагающая модификация его общей и профессиональной культуры. Как интегрированный результат воспитания и профессиональной подготовки она проявляется в отношении человека к своему здоровью, физическим возможностям и способностям, в образе жизни и профессиональной деятельности и представляет в единстве знаний, убеждений, ценностных ориентаций и в их практическом воплощении [3].

Убеждения определяют направленность оценок и взглядов личности в сфере физической культуры, побуждают ее активность, становятся принципами ее поведения. Они отражают мировоззрение студента и придают его поступкам особую значимость и направленность.

Потребность в физической культуре – главная побудительная, направляющая и регулирующая сила поведения личности. Они имеют широкий спектр: потребность в движениях и физических нагрузках; в общении, контактах и проведении свободного времени в кругу друзей; в играх, развлечениях, отдыхе, эмоциональной разрядке; в самоутверждении, укреплении позиций своего Я; в познании; в эстетическом наслаждении; в улучшении качества физкультурно-спортивных занятий, в комфорте и др. Знания в сфере физической культуры необходимы студентам специальных медицинских групп.

Знания можно разделить на теоретические, методические и практические. Теоретические знания охватывают историю развития физической культуры, закономерности работы организма человека в двигательной деятельности и выполнении двигательных действий, физического самовоспитания и самосовершенствования. Эти знания необходимы для объяснения и связи с вопросом: «почему?». Методические знания обеспечивают возможность получить ответ на вопрос: «как использовать теоретические знания на практике, как самообучаться, саморазвиваться, самосовершенствоваться в сфере физической культуры?». Практические знания характеризуют ответ на вопрос: «как эффективно выполнять то или иное физическое упражнение, двигательное действие?»

Знания необходимы для самопознания личности в процессе физическо-спортивной деятельности.

Студент ставит перед собой цели определенной трудности, т.е. имеет определенный уровень притязаний, который должен быть адекватным его реальным возможностям. Если уровень притязаний занижен, то это может сковывать инициативу и активность личности в физическом совершенствовании; завышенный уровень может привести к разочарованию в занятиях, потере веры в свои силы.

Индивидуальное здоровье человека является самостоятельной жизненной ценностью.

Физическое воспитание студентов специальных медицинских групп базируется на решении следующих задач:

1. Определение диагноза заболевания, структуры и уровней физического состояния студентов.

2. Дифференциация студентов на группы согласно диагнозу оптимального физического состояния.

3. Определение оптимального соединения тренировочных влияний с использованием четко выявленных эргофизиологических режимов.

4. Знание закономерностей развития и инволюции физических способностей.



5. Постоянный мониторинг физического состояния.

6. Определение эффективности оздоровительных тренировочных влияний в виде соотношения достигнутого эффекта и времени его хранения.

7. Учет психодинамических и личных характеристик студентов, их мотивационная сфера потребностей социальных установлений[2].

Со студентами специального отделения самостоятельную форму занятий рекомендуется предоставить в виде выполнения домашних занятий. Кроме решений общих задач, они направлены на устранение индивидуальных заболеваний. Преподаватель индивидуализирует эти задания и определяет состав физических упражнений в соответствии с особенностями заболевания студента. Приступая к занятиям физическими упражнениями, студент должен знать свой диагноз или остаточные явления после заболевания, двигательный режим, противопоказания, дозировку физической нагрузки.

Рациональный режим труда и отдыха – необходимый элемент здорового образа жизни. При правильном и строго соблюдаемом режиме вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальное условие для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья, улучшению работоспособности и повышению производительности труда, [1]

Примерный распорядок дня студентов специальной медицинской группы.

Время суток, ч	Элементы режима дня
7.00– 7.05	Подъем, уборка постели
7.05 – 7.15	Утренняя гимнастика
7.15 – 7.20	Умывание, закаляющие процедуры
7.20 – 7.45	Завтрак
7.45 – 8.00	Ходьбы пешком в институт
8.00 – 13.30	Учебные занятия
13.30 – 14.30	Обед, прогулка на свежем воздухе
14.30 – 15.00	Послеобеденный отдых
15.00 – 16.30	Самоподготовка
16.30 – 18.30	Самостоятельные занятия физическими упражнениями (3-5 раз в неделю)
18.30– 19.30	Ужин, отдых
19.30 – 21.00	Самоподготовка
23.00	Отбой

Физическая культура имеет широкий комплекс средств и методов (утренняя гимнастика, дозированная ходьба, бег и др. упражнения) Для лечения заболеваний и восстановления функций организма. Средства ее используются в таких режимах, как «щадящий», «тонизирующий», «тренирующий», а формами проведения могут быть занятия урочного типа, индивидуальные и др.

Физические упражнения окажут положительное воздействие, если при занятиях будут соблюдаться определенные правила. Необходимо следить за состоянием здоровья – это нужно для того, чтобы не причинить себе вреда, занимаясь физическими упражнениями. Если имеются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, упражнения, требующие существенного напряжения, могут привести к ухудшению деятельности сердца.

При заболевании органов дыхания рекомендуют лишь общеразвивающую гимнастику. Нельзя делать физические упражнения при выраженном сердцебиении, головокружении, головной боли и др.

Нельзя заниматься сразу после болезни. Нужно выдержать определенный период, для того, чтобы функции организма восстановились, – только тогда физкультура принесет пользу.

Одним из звеньев здорового образа жизни является искоренение вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики). Эти нарушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье подрастающего поколения и на здоровье будущих детей.

Рациональное питание является основной одной из составляющих здорового образа жизни. Рациональное питание обеспечивает правильный рост и формирование организма, способствует сохранению здоровья, высокой работоспособности.

Закаливание – мощное оздоровительное средство. Оно позволяет избежать многих болезней, продлить жизнь на долгие годы, сохранить работоспособность. Закаливание оказывает общеукрепляющее действие на организм, повышает тонус нервной системы, улучшает кровообращение, нормализует обмен веществ.

Очень важно отметить благоприятное состояние воздушной среды при мышечной деятельности, в том числе и при занятиях физическими упражнениями, так как при этом увеличивается легочная вентиляция, теплообразование и т.д.

Важный элемент здорового образа жизни – личная гигиена (уход за телом, гигиена одежды и обуви).

Необходимо определить основные составные части рационального образа жизни студента, от соблюдения которых зависят успех в учебе и хорошее здоровье: гигиена умственного труда, правильное питание, сон, оптимальная двигательная активность, избавление от вредных привычек [5].

Осознанные, целенаправленные ежедневные занятия физической культурой содействуют укреплению здоровья, повышению умственной и физической работоспособности, возможному устранению или компенсации функциональных отклонений и недостатков в организме, эти задачи решаются в с учетом состояния здоровья, уровня подготовки, интересов и способностей студентов, а также их предстоящей

профессиональной деятельности. Охрана собственного здоровья – это непосредственная обязанность каждого студента.

### Литература

**1. Булкина Н.П.** Физическое воспитание студентов специальной медицинской группы // Метод. Указания для самостоятельной работы студентов / Н.П. Булкина, М.В. Воробьева, Е.А. Николаева, В.А. Четкина ЛГПН, Луганск, 1999. – 30 с.

**2. Булкина Н.П.** Физическое воспитание студентов специальных медицинских групп // Учебно-методическое пособие для студентов педагогических вузов / Н.П. Булкина, П.В. Ярошенко – Луганск: Альма-матер, 2007. – 110 с.

**3. Дубровский В.И.** Лечебная физическая культура (кинезиотерапия). Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / В.И. Дубровский. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 624 с.

**4. Попов С. И.** Лечебная физическая культура. Учебн. для институтов физ. культ. /Под ред. С.И. Попова – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 271 с.

**5. Булич Э. Г.** Физическое воспитание в специальных медицинских группах: учебное пособие / Под редакцией Э.Г. Булич – М.: Высшая школа, 1986 – 255 с.

**Кучеренко Вера Сергеевна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Добровольская Нонна Александровна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Мороховец Сергей Александрович**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Аматуни Наталья Аркадьевна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Шиншина Светлана Ивановна**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

[neskreba.taras@mail.ru](mailto:neskreba.taras@mail.ru)

**ПСИХОФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ  
СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ В  
ТРАДИЦИОННОМ КАРАТЭ В  
ПОСТСОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД**

Каратэ входит в группу «спортивных единоборств» и относится к нестандартным или ситуационным видам спорта.

Соревновательная деятельность в каратэ связана с необходимостью непосредственного контакта с соперником, соединяет физические и психические элементы деятельности, требует умения ориентироваться в сложных тактических ситуациях, принимать оперативные решения и физически преодолевать соперника [7]. Атлеты вынуждены проявлять двигательную активность в максимальных и субмаксимальных режимах свои физические и психические возможности. Соревновательная деятельность в спортивных единоборствах характеризуется непосредственным контактом с противником, что неуклонно приводит к нарастанию психической напряженности [2]. В традиционном каратэ низкий или чрезмерно высокий уровень психической напряженности у спортсменов отрицательно влияет на результативность соревновательной деятельности в целом и отдельно взятого поединка. Тревожность или обеспокоенность, боязнь получить травму, боязнь прямого контакта с соперником влияет на результат больше, чем собственные двигательные способности и уровень тактико – технической подготовки [10]. Когнитивные состояния атлета выводят его из равновесия [1]. Помехой может оказаться значимость поединка, неопределенность результата, оценка и ожидания окружающих, высокая квалификация спортсмена и его противника и недостаточный или чрезмерно высокий уровень психической напряженности. Под воздействием вышеуказанных помех у атлета в спарринге снижается количество и результативность атак, нарушается темп и ритм технических элементов, снижается степень самоконтроля, ухудшается пространственно-временное самоощущение, проявляются первые симптомы стресса – напряженность сначала психическая, а как следствие приходит и мышечное сжатие, сокращается амплитуда движений, возрастает опасность травматизма [10]. Серьезнейшее воздействие на психику спортсмена оказывает неуспех, поражение или травма, полученная в процессе соревновательной борьбы [6].

Специалисты по спортивной психологии считают умеренный стресс необходимой составляющей эффективного тренировочного и соревновательного процесса. Чрезмерный стресс приводит к перевозбуждению центральной нервной системы, выводит спортсмена из зоны концентрации, понижает уровень результативности, приводит к травматизму, поражениям, и как следствие – к постсоревновательной депрессии и эмоциональному выгоранию (не желанию тренироваться, восстанавливаться, ставить перед собой следующие цели и реализовывать их) [1]. От уровня квалификации спортсмена зависит глубина вхождения в состояние ОБС и глубина последствий воздействия стресса на его нервную систему. Это связано с давлением ответственности и повышением личных притязаний, которые возрастают с уровнем соревнований и квалификации спортсменов [6].

Цель исследования: обосновать необходимость проведения мероприятий по психофизической реабилитации спортсменов высокой квалификации в традиционном каратэ в пост – соревновательный период и определить возможные формы, методы и направления такой реабилитации.

Методы исследования: тестирование индивидуальных типологических особенностей, определение уровня тревожности, определение уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации, опросы и наблюдение.

Объектом исследования стали спортсмены федерации спортивного и традиционного каратэ Донецкой народной республики уровнем не ниже кандидата в мастера спорта, прошедшие отборочные и международные соревнования в

2018–2019 году, получившие травмы опорно-двигательного аппарата или имеющие симптомы стресса, депрессии или эмоционального выгорания. Для более быстрого и эффективного излечения травм и ликвидации отрицательного воздействия стресса на психику спортсменов, в постсоревновательный период были применены средства психологической и физической реабилитации. Объем и

процентное соотношение применяемых средств определялся в зависимости от этапа реабилитации, индивидуальных особенностей спортсмена, уровня физического его состояния и тяжести полученных травм. Физическая реабилитация была призвана восстановить утраченные или частично утраченные функции травмированных спортсменов, была направлена на борьбу с утомлением и перенапряжением, переключение внимания атлетов от предыдущих целей и задач на последующие [2].

Применение психологической реабилитации дало возможность преодолеть отрицательную реакцию психики спортсменов, возникшую в связи с полученными травмами, перенесенным поражением или психо-эмоциональным перенапряжением [1]. Психологические методы были применены на начальных этапах восстановления и повысили эффективность реабилитационных мероприятий, что привело к сокращению сроков восстановления нормальной жизнедеятельности спортсменов [3]. Психологическая реабилитация обеспечила адаптацию спортсменов к изменившейся ситуации, помогла адекватно воспринять комплекс реабилитационных мероприятий, способствовала более легкому прохождению травмированных спортсменов через все этапы физической реабилитации, содействовала формированию здоровых психологических установок и преодолению невротических реакций на свое временное состояние [1]. Для сознательной переработки ситуации поражения или адаптации к травме, осознанию необходимости восстановления были предложены следующие задания:

- проанализировать вступления и выделить успешные моменты (повышение самооценки с помощью выделения удачных моментов должно быть конкретно и опираться на реальные действия или факты);

- следующим шагом назвать 1–2 конкретные проблемы, которые на данный момент больше всего мешают выступать



лучше (точки приложения сил в предстоящем периоде подготовки, то, что нужно изменить);

– исключить употребление слова «не повезло» (его использование – первый шаг к следующему проигрышу, результат того, что человек подсознательно не желает, не приучен анализировать ситуацию и искать в себе причины своих неудач); спортсмену необходимо от 2 до 48 часов на самостоятельное переживание ситуации проигрыша. Это время, когда человек психологически перерабатывает ситуацию;

– оправданным шагом является задание разработать четкий план действий (конструктивный) на случай поражения, «что я буду делать, если опять проиграю» (например, что попробую изменить в своем поведении и своей подготовке).

– воспитывать в себе психологическое принятие ошибки, установку на то, что ошибка и ее выделение необходимы для развития. Допустил ошибки – не значит неспособен, ошибаются все, это ничего не говорит о личности и способностях в целом. Признание своих ошибок не должно стать чем-то стыдным для спортсмена, это повод поработать, и хорошо, что есть над чем.

Эффективное переживание поражения привело к тому, что спортсмены, получая опыт выхода из «поля безнадежности отрицательных эмоций», перестали их бояться, перестали бояться поражения. Это привело к обретению большей мыслительной и двигательной свободы и значительно увеличило готовность у спортсменов добиваться вероятной победы, тогда как «непрожитый» страх поражения сковывал, вводил в ступор, мешал объективно и своевременно оценивать ситуацию [6].

На основе такого анализа спортсмены приступали к физической реабилитации. Работа заключалась в снятии мышечного и эмоционального зажима [8]. В комплексы включались упражнения на расслабление, растягивание, спортивные и подвижные игры, плавание, кросс, упражнения на макиваре и других снарядах. Методы лечебной физической культуры и кинезотерапии (лечение движением) в пост – соревновательный период преобладали над методами

спортивной тренировки [5]. Физиологические режимы соответствовали направленности периода подготовки (ЧСС не выше 140 у/мин.). Травмированные спортсмены восстанавливались согласно показаниям и рекомендациям лечащих врачей и приступали к физической реабилитации, согласно установленным медиками срокам.

**Выводы:** применение такого комплексного подхода восстановления помогло преодолеть отрицательную реакцию психики спортсменов, возникшую в связи с полученными травмами, поражениями и перенесенным психо – эмоциональным перенапряжением. Психологическая реабилитация способствовала повышению самооценки спортсменов, с помощью выделения удачных моментов выступлений и определению точек приложения сил в предстоящем периоде подготовки. Спортсмены получили опыт выхода из «поля безнадежности отрицательных эмоций», перестали бояться поражения, стали свободнее и увереннее, вышли из ступора, научились объективно и своевременно оценивать ситуацию. Средства и методы лечебной физической культуры помогли спортсменам снять мышечные блоки и зажимы, увеличить амплитуду движений, снять усталость и восстановиться после перенесенных нагрузок. Травмированные спортсмены быстро и незатруднительно реабилитировались и возвращались в строй занимающихся.

Формирующее тестирование по итогам прохождения психофизической реабилитации на основе опросов и тестирования показывало наличие у спортсменов уверенности в себе и возросшее желание решать следующие тренировочные задачи. Уровень тревожности у спортсменов значительно понизился, а степень вхождения в ОБС после периода прохождения психофизической реабилитации в постсоревновательный период у квалифицированных спортсменов возвращался к исходному уровню и даже превосходил его, что в последствии влияло на уровень результативности их соревновательной деятельности.

## Литература

1. **Платонов В.Н.** «Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте». – К.: Олимпийская литература, 1997. – 583 с.

2. **Платонов В.Н.** Адаптация в спорте. – К.: Здоров'я 1988. – 215 с.

3. **Деркач А.А.** Педагогическое мастерство тренера. – М.: Физкультура и спорт, 1981. – 375 с.

4. **Махмудов М.М.** Психологическая подготовка спортсменов высшей квалификации перед решающими поединками [Текст] /Актуальные задачи педагогики: материалы VII Междунар. науч. конф. (г. Чита, апрель 2016 г.). – Чита: Издательство Молодой ученый, 2016. – С.171–172. – URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/189/10057/> (дата обращения: 04.03.2019).

5. **Виленский М.Я.** Физическая культура для студентов: Учебник для вузов. – М.: Гардарики, 2001.

6. **Фомин Н.А., Вавилов Ю.Н.** Физиологические основы двигательной активности. – М., ФиС. 1991.

7. **Кучеренко В.С.** Формирование психофизического состояния готовности у спортсменов в традиционном каратэ-до. Кафедра физической реабилитации, спортивной и нетрадиционной медицины, физического воспитания, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2013. – Іип. 17, Т.2.– С .42– 52.

8. **Юдолин Н.Г.:** Современная система спортивной тренировки. – М.: ФиС, 1970. – 477 с.

9. **Астахов С.А.** Технология планирования тренировочных этапов скоростносиловой направленности в системе годичной подготовки высококвалифицированных единоборцев: Автореф. дис. кан. пед. наук. – М., 2003. – 23 с.

10. **Суджиро Суджияма:** «11 инноваций каратэ», Sugiyama, Shojiro, 853 w, Belmont Ave, Chicago, Illinois 60657, U.S.A.

**Кучеренко Вера Сергеевна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Добровольская Нонна Александровна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Федорова Галина Васильевна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Мороховец Сергей Александрович**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Бережная Светлана Евгеньевна**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

[neskreba.taras@mail.ru](mailto:neskreba.taras@mail.ru)

## **РОЛЬ КОРРЕКЦИИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ В УСПЕШНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА**

В чрезвычайных условиях современной жизни под воздействием внешних факторов, повышенного уровня

психической напряженности и эмоционального перевозбуждения инсульт, как острый сосудистый несчастный случай, становится все более распространенным и патологически опасным. За прошлые десять лет показатели заболеваемости поднялись с 1.3 до 7.7 случаев на 1000 тысячу людей. Среди патологий на уровне смертности инсульт находится на втором месте, а как физическая причина потери дееспособности – на первом.

Лечение и восстановление пациентов, перенесших инсульт, долгий и трудоемкий процесс, состоящий из нескольких последовательных этапов. Первый этап – регенеративная терапия (лечение в реанимационном отделении); второй этап – реадаптация в неврологическом отделении (стадия восстановления пораженных участков мозга); третий этап – реабилитация после выхода из больницы. Самая важная проблема первого этапа – физиологическая подготовка пациента к выписке из больницы и предупреждение развития в дальнейшем функциональных дефектов. На втором этапе – адаптация пациента к внешним условиям среды и своему новому состоянию. Третий этап – это домашняя адаптация, исключая зависимость от партнеров, восстановление социального статуса в сообществе, семье, возможно даже восстановление трудоспособности.

Неврологический дефицит восстановить за счет лекарственных препаратов невозможно. Восстановление направлено на построение новых нейромышечных коммуникаций и связей, обучение пациента реализации процессов жизнедеятельности посредством других, ранее незадействованных нейронов. Восстановление основано на общебиологическом правиле реорганизации функций, то есть способности к восстановлению за счет строительства нейромышечных ансамблей и коммуникаций, которые не были использованы ранее [1].

Успех восстановления зависит от заинтересованности пациента и его окружения в достижении результатов, степени и

области поражения, от наличия функциональных расстройств и адекватности поведения пациента. Очень важно сформировать у пациента соответствующий его состоянию уровень психической напряженности и эмоционального возбуждения для успешного проведения мероприятий по реабилитации, ввести его, так сказать, в «зону концентрации», убрать тревожность или наоборот, вывести из состояния апатии [10].

Любая помеха может вывести эмоциональное состояние пациента, перенесшего инсульт из равновесия. Помехой оказываются нарушения двигательных функций, не восприятие своего нового статуса, невозможность осознать последствия перенесенного заболевания, изменения в психо-эмоциональной сфере, вызванные последствиями перенесенного инсульта, страх, сомнения, неуверенность и нерешительность, которые преследуют человека в подобном подавленном состоянии. Профессиональная психотерапевтическая и психологическая помощь пациентам, перенесшим инсульт, включает следующие пункты:

- информирование пациента о его болезни; диагностика умственных функций, психо-эмоциональной сферы и особенностей функционирования мозга и сознания; составление программы реабилитации, исходя из цели и ожиданий пациента и его окружения;

- работа с пациентом относительно его несостоятельности и преобразование его индивидуальности; изменение представлений пациента о своем теле и его возможностях; строительство системы новых жизненных целей и ценностей;

- создание психотерапевтической среды (групповая терапия), обсуждение и поиск компенсаторных возможностей пациента; уход от гипер - или гипо - опеки;

- социальное восстановление; расширение возможностей независимого функционирования (самообслуживание, самостоятельное передвижение).

Лечебная физическая культура является основным средством формирования новых двигательных навыков и

способностей. Из всего разнообразия средств ЛФК необходимо выделить кинезиотерапию (лечение движением). В ее основе находится теория моторно-висцеральных рефлексов, то есть способности человека реорганизовывать мышечную систему осознанно и целенаправленно влиять на функции организма [2]. Формирование и коррекция психофизического состояния готовности (ПФСГ) к выполнению мероприятий по восстановлению и реабилитации становятся самой важной проблемой окружения пациентов, которые перенесли инсульт, потому что восстановление двигательной функции через движение напрямую зависит от наличия волевого усилия. В соответствии с правилом «перевернутого U», при низкой или чрезмерно высокой психической напряженности результат деятельности не может быть положительным и применительно к каждому виду деятельности существует уровень возбуждения, при котором отмечается наивысшая ее результативность. Психологи считают умеренный стресс необходимой составляющей эффективного процесса. Однако, чрезмерный стресс приводит к перевозбуждению центральной нервной системы, понижает уровень результативности деятельности и может привести к рецидиву. Приступая к физической реабилитации пациентов, перенесших инсульт, необходимо уяснить, в каком состоянии психики пациент будет способен выполнять упражнения с максимальной пользой [3].

Психическая напряженность имеет два компонента структуры: тревожность (когнитивное возбуждение), которое формирует отрицательную энергию (отрицательные эмоции ожидания, страх, неуверенность, сомнения и нерешительность); эмоциональность (соматическое возбуждение); естественное физиологическое возбуждение; условная реакция на стресс; формирует положительную энергию и позитивно влияет на результативность.

Умеренная психическая напряженность повышает чувствительность двигательного анализатора. Это позволяет более тонко управлять пространственными, временными и

динамическими характеристиками движений, стимулирует сосредоточение внимания, волевую активность, т.е. необходимо для осуществления мероприятий по восстановлению и реабилитации после инсульта.

Например, выполняя упражнения, пациент принимает и удерживает определенную позицию тела, смотрит на конечность или часть тела, называет ее вслух (прикрепляет лингвистический маячок), вдыхает, продумывает следующее движение, выдыхает и старается осуществить движение. Такой алгоритм выполнения упражнения задействует сознание, эмоции (намерение выполнить что то) и непосредственно тело, сконцентрировав внимание на последовательной смене действий, пациент выводит себя из тревожного состояния, отвлекает от переживаний и волнений и переходит из состояния когнитивного в состояние соматического эмоционального возбуждения. Удерживая оптимальный уровень возбуждения, пациент остается в «зоне концентрации». Волевым усилием с помощью концентрации внимания переходит от неприятных эмоций, отрицательных ожиданий к естественному физиологическому возбуждению и сосредоточению на собственных действиях. Обратный переход приведет к нарастанию стресса. Это два взаимообратных процесса.



Цель исследования: целью данной работы является определение ведущей роли средств коррекции психофизического состояния больных в процессе реабилитации..



У большинства пациентов, перенесших инсульт, наблюдается психическая, эмоциональная и социальная дезадаптация. Это вызвано такими факторами, как выраженный двигательный и речевой дефицит, болевой синдром, когнитивные нарушения психики, преобладание отрицательной психической энергии, потеря статуса в сообществе и т.д. Такие пациенты нуждаются в здоровом психологическом климате. Создать подобное окружение способна семья с помощью занятий Лечебной физической культурой, разъяснительными беседами в кругу семьи пациента, нацеленных на повышение уровня его самооценки и понижение уровня тревожности.

Результаты исследования и их обсуждение: в течение года под нашим наблюдением находилось 35 пациентов, которые перенесли инсульт с различным по выразительности уровнем функционального дефицита. Самые значительные нарушения относились к двигательным расстройствам: тетрапарез, гемипарез, монопарез. Для того, чтобы обозначить уровень серьезности осложнений пациентам предложили пройти клиническое исследование неврологического статуса с количественной оценкой неврологических симптомов (в Масштабе Инсульта Института здоровья США NIHSS). Уровень сознания определили по ответам на два вопроса и выполнения двух команд; затем обозначили объем движения глазных яблок, поле зрения, работу мимических мышц, силу мышц правой и левой руки, силу мышц правой и левой ноги, наличие атаксии в конечностях (расстройство координации движений), чувствительность, реакцию на стимуляцию, слух и речевую функцию. Оценка функций производилась в баллах. В группу наблюдаемых вошли пациенты, у которых не оказалось противопоказаний для того, чтобы выполнять активные движения лечебной физической культуры возрастом 60–75 лет. Основная нагрузка при восстановлении и реабилитации пациентов легла на специалиста по лечебной физической культуре, окружение пациента и его собственные плечи. Пациентов разделили на две группы: контрольную и

наблюдаемую. Пациентов наблюдаемой группы во время реабилитационного срока постоянно тестировали на уровень тревожности, эмоциональности, упражнения формировали так, чтобы были задействованы сознание, эмоции и тело. Использовались лингвистические маячки, названия, сравнения для того чтобы создать необходимую эмоциональную окраску. Пациентам и их окружению предлагались темы бесед, связанных с обсуждением насущных проблем и путей их решения, темы занятий на развитие речи, мимики и восприятия речи. Пациенты на выбор пели знакомые песни, читали на память знакомые стихи или тексты, значимые результаты на уровень психоэмоционального состояния оказывали воспоминания о профессиональной деятельности, демонстрация профессиональных навыков.

Пациенты с осложнениями (гемодинамика, порезы, спастика) приступили к занятиям кинезотерапией на 6–8-й день после инсульта на фоне медикаментозного лечения. Комплексам упражнений предшествовал массаж для улучшения кровообращения и лечение положением с целью снижения давления на кожу и увеличения степени свободы движений в суставах паретичных конечностей. Комплексы от 8-12 упражнений выполнялись независимо здоровыми конечностями и посредством сопровождения в паретичных конечностях в положении лежа, затем из положения сидя и при частичном восстановлении умения вставать и стоять, из положения стоя. Особое внимание было уделено дыхательной гимнастике (все движения были обязательно выполнены в комбинации с контролем дыхания) [2].

Перед выполнением упражнения, пациенты принимали и удерживали некоторое время определенную позицию тела. Затем по возможности визуализировали связь между сознанием и телом (смотрели на конечность или часть тела, на точку в пространстве, направление), называли ее вслух (вешали лингвистический маячок), вдыхали, продумывали следующее движение (формировали намерение), выдыхали и старались

осуществить движение. Само действие так же предлагалось окрашивать вербальным сопровождением. Придерживаясь определенного алгоритма выполнения упражнения, пациенты сознательно создавали нужную эмоцию – намерение выполнить что либо и соединяли его с новыми ощущениями тела и пространства. Движения повторялись неоднократно, с концентрацией внимания на последовательной смене действий. Пациентам не сразу, через определенное количество повторений удавалось вывести себя из тревожного состояния, отвлечься от переживаний и волнений и выйти из состояния когнитивного возбуждения. Успешность этой целенаправленной работы зависела от умения пациента оставаться в зоне концентрации, наличие у него положительной психической энергии и среднего уровня психического напряжения. При утомлении и под действием неудач возрастала тревожность, когнитивные проявления возвращались на первый план. В этом случае производилась смена деятельности, переход к отдыху и обязательно закреплялся позитивный исход занятия – что получилось, какие позитивные изменения произошли [5,6].

В комплексе упражнений из позиции «лежа на спине» последовательно сгибались пальцы рук и ног, запястья и лодыжки, локти, колени и другие суставы. Затем в тех же самых сегментах выполнялись вращательные и круговые движения (имитация движений здорового человека). Особое внимание было уделено подготовке к самостоятельному переходу в сед (такие движения, как повороты таза влево и вправо, повороты туловища и всего тела из позиции «лежа на спине» в позицию «лежа на боку»). Большое положительное влияние на общее состояние пациентов оказывали упражнения стоя. Эти упражнения позволяли пациентам почувствовать баланс и способность к дальнейшему восстановлению, поверить в себя [7, 8, 9].

Из позиции «сидя», пациенты на вдохе прогибались в спине, вытягивали туловище и забрасывали голову назад. На выдохе расслаблялись и возвращали голову и туловище в

исходное положение. Сидя на ложе ноги на опоре, пациенты последовательно поднимали и опускали ноги (поднимая колени вверх). Повороты туловища влево – вправо (на выдохе, соединяя с поворотом), раскачивания, наклоны к коленям (на выдохе) и возвращение в исходное положение (на вдохе). Все эти упражнения послужили подготовкой к процессу вставания. Махи прямых рук, движения плеч вверх – вниз, подъем коленей к груди на выдохе (колено сжато здоровой рукой), прогибы в спине, запрокидывание головы, вращения головы влево – вправо – эти и другие подобные упражнения, способствовали укреплению мышечного корсета и подготовке к ходьбе. Для спазмированных конечностей было применено лечение положением. Спазмы подколенных мышц были устранены подкладыванием твердого валика (толщина последнего должна постепенно увеличиваться) под лодыжку, таким образом, что бы мышцы были растянуты и амплитуда движений увеличивалась. Применялись упражнения для мимических мышц («покажи эмоцию», «сделай злое лицо» и т.д.), логопедические упражнения («часики», «качели», «индюк», «заборчик» и т.д.), так как способность различать и воспроизводить речевые обороты архи важна для поддержания коммуникации между пациентом, доктором и окружением пациента.

Болезненные ощущения, потеря чувствительности, общая слабость, нарушение речи, трудности поддержания диалога и, как следствие, депрессия стали основными элементами, создающими препятствия на начальном этапе реабилитации. У некоторых пациентов возникали сложности с запоминанием упражнений (нарушения работы кратковременной памяти), непонимание особенностей движений (направление, траектория, амплитуда), изменения в ощущении тела, пространственно-временная дезориентация. Во время выполнения упражнений сопровождающий из окружения пациента помогал ощутить вес в конечностях, сегментах тела, вовлечь в работу группы мышц спины, таза, живота. С восстановлением мелкой координации пациенты выполняли задания по письму: проводили прямые и

кривые линии, рисовали круги или другие знакомые геометрические формы, затем числа и буквы, писали свое имя, отчество, фамилию, ставили роспись.

Следующая стадия восстановления – тренировка в положении стоя и ходьба. У пациентов с ярко выраженным парезом ноги освоению ходьбы предшествовала имитация ходьбы лежа на кровати и сидя в кресле. Пациенты стояли с поддержкой специалиста, затем самостоятельно, с опорой на спинку кровати. Далее пациенты обучались ходьбе (сначала на месте, затем перемещаясь по комнате с опорой на кроватьную спинку, с опорой на палку). При хорошем равновесии пациенту сразу рекомендовалось идти с опорой на палку. При отвесании паретичной стопы, пациенту одевали высокие ботинки или применяли жесткую повязку на лодыжку. Для профилактики растяжения связок плечевого сустава пациентам с выраженным порезом руки на период ходьбы фиксировали руку повязкой типа платок.

После проведенного исследования, пациенты, наблюдаемой нами группы значительно повысили функциональность организма в условиях дома по сравнению с контрольной группой благодаря увеличению двигательной активности и постепенному обретению самостоятельности. Полное тестирование по Шкале Инсульта Института здоровья США (NIHSS) показало значительное улучшение показателей индикаторов неврологического статуса (около 15–30 процентов). Благодаря увеличению индивидуальной мотивации, контролю уровня тревожности, коррекции психофизической готовности к процессу реабилитации наблюдаемые пациенты за период исследования смогли частично приспособиться к новым условиям жизни после инсульта, смогли снизить зависимость от партнеров и сохранить намерение и дальше способствовать своему восстановлению.

В связи с тем, что восстановление пациентов, перенесших инсульт, происходит обычно на фоне умственных нарушений и сопровождается нарушениями памяти, внимания,

эмоциональной неустойчивостью, поражением контроля активности сознания, от специалиста ЛФК и окружения пациента особого внимания и коррекции требует психофизическое состояние пациентов. Снижение уровня тревожности, переход к соматическому возбуждению и выход на оптимальный уровень психической напряженности, а так же удержание внимания в зоне концентрации положительно влияет на уровень возбуждения и результативность процесса восстановления. Занятия кинезотерапией в соответствующем оптимальном состоянии вызвали ускорение процесса восстановления потерянных функций. Исследования подтвердили значительную роль коррекции психофизического состояния больных, перенесших инсульт в успешной реабилитации и восстановлении социального статуса.

### Литература

**1. Кадыков А.С.** Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова // 3-е изд. – М.:МЕД пресс – информ, 2014. – 560с.: ил.ISBN 978-5-00030-099-2

**2.Бубновский С.М.** / Теория и методика кинезотерапии методическое пособие//под редакцией к.м.н. С.М. Бубновского, – М., 1998. – 56 с. – ISBN9788-903 311-09-5

**3. Ильин Е.П.** Психофизиология состояний человека / Е.П.Ильин // Издательство СПб «Питер», – Санкт – Петербург, 2005 г. – 412 с.

**4. Кадыков А.С.** Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков // ISBN978-5-00030-099-2. 2014. – 560 с.

**5. Уилмор Дж.** Физиология спорта и двигательной активности (перевод с английского) / Дж.Уилмор., Д.Костил – Киев: Олимпийская литература, 2010. – 504с.

**6. Кадыков А.С.**Реабилитация после инсульта / Текст научной статьи по специальности «Неврология» / А.С. Кадыков, Л.Ю. Черникова, Н.В. Шахпаронова. ВАК, Нервные болезни,

2004 г. \_Неврология <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsiya-posle-insulta>

**7. Сокрут В.Н.** Медицинская реабилитация в спорте / Руководство для врачей и студентов // В.Н.Сокрут, Ак. В.Н.Казаков, – Донецк, – изд. «Каштан», 2011. – 620 с.

**8. Васильева В.Е.** Лечебная Физическая культура / проф. В.Е.Васильева // Учебник для институтов физического воспитания, – изд. «Физкультура и спорт», – Москва, 1970. – 378 с.

**9. Попова С.Н.** Физическая реабилитация / С.Н.Попова // Учебник для академий и институтов физической культуры. – Ростов-на-Дону; изд. Феникс, 1999.

УДК 615.82:612.01

**Лебедева Юлия Вячеславовна**  
специалист физической реабилитации  
1 категории отдела реабилитации  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
rao75@list.ru

## **ВЛИЯНИЕ МАССАЖА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА**

Массаж – один из эффективных немедикаментозных методов профилактики и лечения травм и заболеваний у человека. В последние годы интерес к нему как у нас в стране, так и за рубежом резко возрос. Это объясняется тем, что в последние годы повысился процент аллергических реакций на применение фармакологических препаратов и нередко их малой эффективностью; хирургическое же вмешательство не всегда всем показано, а нередко приводит к ряду осложнений.

По мнению В. Дубровского и А.Дубровской применение массажа способствует нормализации сна, уменьшению

(ликвидации) болей, отеков, рассасыванию спаек, нормализации функций суставов, ускорению процессов репаративной регенерации травмированных тканей и др. Эффективность массажа возрастает при сочетанном его применении с физио- и гидротерапией, кислородотерапией, различными мазями, тейпами (функциональные лейкопластырные повязки), ЛФК, баней, мануальной терапией и др.

Массаж представляет собой систему приемов, с помощью которых оказывают дозированное воздействие на поверхность тела с лечебной или профилактической целью. Эти воздействия осуществляются в виде поглаживаний, растираний, разминаний, потряхиваний, встряхиваний, вибраций руками массажиста или специальными аппаратами.

В настоящее время массаж является одним из методов неспецифической патогенетической терапии. Это общедоступное средство, не требующее больших материальных затрат, оказывает разностороннее физиологическое влияние на организм путем естественной активизации адаптационно-компенсаторных механизмов, восстановления измененных функций, повышения неспецифической резистентности, улучшения функционального состояния и физической работоспособности.

Согласно учению П. Анохина, Н. Введенского, И. Павлова И. Сеченова, А. Ухтомского, в основе механизма действия массажа лежат сложные взаимосвязанные рефлекторные нейрогуморальные и нейроэндокринные процессы, регулируемые высшими отделами ЦНС. Массаж оказывает рефлекторное воздействие по типу кожно-висцерального рефлекса на ткани и отдельные органы, на весь организм в целом. В работах В. Дубровского, Н. Разумова и А. Никольской, И. Могендович, А. Abrams и др. установлена связь между кожными раздражениями и изменениями в висцеральных органах [1].

Известно, что вегетативная нервная система принимает самое непосредственное участие во всех внутренних



(внутриклеточных) процессах. В связи с этим, пользуясь вегетативными рефлексомиями, можно изменять жизнедеятельность тканей, воздействовать на тканевую среду, в которой возникает патологический процесс, и таким образом предупредить или ослабить его развитие. В основе терапевтического эффекта от массажа лежат рефлекторно вызванные изменения вегетативной иннервации. Для получения рефлекторного ответа необходимо подвергнуть раздражению большей или меньшей интенсивности тот или иной участок кожи.

Ученые В.Черниговский, М. Могенович, и др. считают что «...необходимо также учитывать, что все внутренние органы, особенно мышечно-суставной аппарат, являются не только исполнительным, но одновременно и воспринимающим рецепторным прибором» [3].

Действия массажа на ткани и органы характеризуются рефлекторным изменением кровообращения. Рефлекторный механизм массажа подтверждается рядом исследований. И. Заблудовский, массируя ногу, обнаружил увеличение кровотока в сосудах предплечья, а В.Ефимов и С. Шейхтман при массаже одной ноги обнаружили повышение температуры кожи на немассируемой, В. Дубровский отметил ускорение кровотока в отдаленных от массажа участках тела и органах. А. Abrams, S. Rouanet, массируя кожу в области Thy, вызывал расслабление сфинктера привратника желудка. Н. Разумов и А. Никольская, применяя ручную вибрацию в области сердца, наблюдали изменение его границ. S. Rouanet, F. Dittmar капилляроскопически установили, что при заболеваниях внутренних органов (желудка) в соответствующих кожных сегментах появляются резкие изменения кровоснабжения (спазм или атония сосудов). После массажа способность крови поглощать кислород увеличивается, кислотно-основное состояние крови при этом не нарушается [4].

Массаж вызывает также положительные сдвиги в нервно-мышечной системе, снижает утомление, повышает

сократительную способность мышц, улучшает проведение импульсов, повышает работоспособность.

По мнению Н. Слетова, К. Петрова, В. Дубровского, Т. Lewis, J. Connolly и др. массаж ускоряет движение лимфы [3]. Кроме прямого воздействия на местный лимфоток, массаж оказывает рефлекторное воздействие на всю лимфатическую систему, улучшая тоническую и вазомоторную функции лимфатических сосудов. Исследования показывают, что под влиянием массажа у больных с варикозной болезнью происходит ускорение венозного кровотока [1].

В практической медицине широкое применение находит классический массаж, который включает пять основных приемов: поглаживание (прием оказывает воздействие на кожу), растирание (влияет на кожу и подкожную жировую клетчатку), разминание (стимулирует кожу, подкожную жировую клетчатку, мышцы), вибрацию (воздействует на сосудисто-нервные пучки, нервные стволы) и ударные приемы (влияют на кожу, подкожную жировую клетчатку и сосудисто-нервные пучки); мы включаем еще упражнения на растягивание соединительнотканых образований [4].

Дубровский В.И. и др. считают: ускорение кровотока и лимфотока в зоне действия массажа, а вместе с этим рефлекторно во всей системе, является весьма важным фактором лечебного действия при ушибах, синовитах, воспалениях, отеках и др. Несомненно, что ускорение кровотока и лимфотока не только способствует рассасыванию продуктов воспаления и ликвидации застоя, но и значительно улучшает тканевый обмен, повышает фагоцитарную функцию крови.

Выводы: Таким образом, приведенные теоретические данные указывают на то, что массаж может явиться мощным лечебным и профилактическим методом, при помощи которого можно эффективно влиять на дальнейшее восстановление измененных функций различных органов и систем, а также воздействовать на весь организм в целом, усиливая его защитные и регуляторные функции.

## Литература

**1. Дубровский В.И.** Лечебный массаж // Лечебный массаж / В. И. Дубровский.– М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2001 – С. 7–28.

**2. Дубровский В.И.** Массаж: поддержание и восстановление спортивной работоспособности // Массаж: поддержание и восстановление спортивной работоспособности / В.И. Дубровский – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – С. 5–60.

**3. Дубровский В.И.** Все виды массажа // Все виды массажа / В. И. Дубровский — М.: Молодая гвардия, 1992. – С.10–15.

**4. Дубровский В.И.** Практическое пособие по массажу // Практическое пособие по массажу / В.И. Дубровский – М.: Шаг, 1993. – С. 18–32.

УДК 373.3.091.33-027.22:796.035

**Павлова Наталья Анатольевна**

доцент кафедры спортивной тренировки  
кандидат педагогических наук, доцент  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»

г. Луганск, ЛНР

[nataha\\_pavlova1980@mail.ru](mailto:nataha_pavlova1980@mail.ru)

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ НА ОСНОВании ПРИМЕНЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПО МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО

Целью современной школы является формирование у детей целостной системы знаний, умений и навыков,

необходимых для повышения профессионального уровня жизни. Не последнее место в общей системе обучения, воспитания и развития отводится сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения. Осуществление указанной цели возможно при условии внедрения технологий здоровьесберегающей педагогики.

Для Луганской Народной Республики одной из главных проблем является сохранение и укрепление здоровья детей и учащейся молодежи. Беспокойство вызывает резкое ухудшение состояния физического и умственного развития подрастающего поколения, а также отсутствие мотивации к сохранению и укреплению здоровья.

Гигиеническая оценка нагрузки учеников в школах показала, что растет количество обязательных предметов, учебный день увеличивается и негативно влияет на уровень двигательной активности школьников.

По данным медиков, 75% болезней у взрослых людей является следствием условий жизни в детские и юные годы. В связи со сложившейся ситуацией остро стоит вопрос о внедрении технологий здоровьесбережения в учебно-воспитательный процесс общеобразовательных школ [3].

Здоровьесберегающие технологии – это система мер по охране и укреплению здоровья учащихся, учитывает важнейшие характеристики образовательной среды и условия жизни ребенка, влияние на здоровье.

Нет одной единой уникальной технологии здоровья. Здоровьесбережение может выступать как одна из задач образовательного процесса, и может иметь различную направленность, а именно:

– медико-гигиеническую (осуществляется при тесном контакте педагог-медицинский работник-ученик);

– физкультурно-оздоровительную (приоритет занятий физкультурной направленности);

– экологическую (создание гармоничных отношений с природой) и др.

— Анализ здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений Луганской Народной Республики позволяет выделить составляющие здоровьесберегающей деятельности. Она должна сочетать такие формы и виды работы:

— коррекцию нарушений соматического здоровья с использованием комплекса оздоровительных и медицинских мероприятий без отрыва от учебного процесса;

— различные формы организации учебно-воспитательного процесса с учетом их психологического и физиологического воздействия на учащихся;

— контроль за выполнением санитарно-гигиенических правил организации учебно-воспитательного процесса; нормирование учебной нагрузки и профилактику переутомления учащихся;

— медико-психолого-педагогический мониторинг состояния здоровья, физического и психического развития учащихся.

Только благодаря комплексному подходу к обучению школьников могут быть решены задачи формирования и укрепления здоровья учащихся.

Среди всего многообразия предложенных в литературе технологий оздоровления детей, на наш взгляд, самой оптимальной и доступной на сегодняшний день является здоровьесберегающая технология В.Ф. Базарного

Методика В.Ф. Базарного обеспечивает реализацию главной задачи каждого образовательного учреждения и запрос общества на здоровое поколение. Это единственная здоровьесберегающая технология, которая признана научным открытием Академией медицинских наук, защищена патентами и авторскими правами, одобренная институтами Минздрава РФ, РАМН, РАН, утверждена Правительством как общая федеральная программа, прошла практическую апробацию в течение 28 лет на базе более тысячи детских садов и школ, имеет санитарно-эпидемиологическое заключение Минздрава РФ и

возможность строить учебный процесс на основе телесной вертикали относительно школьника, а также дает гарантированный результат улучшения здоровья учащихся в целом [2].

Благодаря данной технологии достигается:

1. Гарантированный результат улучшения здоровья учащихся.

2. Повышение уровня успешности и эффективности учебного процесса.

3. Психологический комфорт в образовательном учреждении.

4. Является самым эффективным способом профилактики нарушений в развитии позвоночника, близорукости, нервно-психических и сердечно-сосудистых стрессов, раннего остеохондроза и атеросклероза, и другой школьной патологии.

5. Повышает рейтинг и конкурентоспособность образовательного учреждения.

6. Позволяет привлечь дополнительные средства родителей и спонсоров, путем включения родителей в общую задачу улучшения здоровья детей в стенах школы [2].

С 2017 года в образовательном пространстве Луганской Народной Республики здоровьесберегающая технология В.Ф. Базарного успешно внедряется в экспериментальных школах г. Луганска, а именно:

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганское общеобразовательное учреждение – средняя общеобразовательная школа №17 имени Валерия Брумеля».

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганское общеобразовательное учреждение – гимназия № 30 имени Н.Т. Фесенко».

Государственное бюджетное образовательное учреждение Луганской Народной Республики «Ленинский учебно–воспитательный комплекс общеобразовательная школа I–III

ступеней – детский сад Лутугинского района».

Помимо экспериментальных школ, технологию В.Ф. Базарного стараются внедрять и другие общеобразовательные школы.

Главная отличительная особенность технологии Владимира Филипповича Базарного – смена динамических поз во время урока (каждые 15 минут) и параллельно-раздельное обучение (гендерный подход). Данная методика внедряется только в образовательном процессе начальной школы, но, как показывают опросы учителей данных школ, методику будут внедрять в основную и старшую школы.

Рассмотрим некоторые отличительные особенности проведения урока по методике В.Ф. Базарного.

К основным методам и приемам, используемых на уроках относятся:

- режим смены динамических поз;
- зрительно-координационные упражнения, с помощью опорных зрительно-двигательных траекторий (офтальмотренажеры);
- упражнения на мышечно-телесную координацию, которые являются самым эффективным способом профилактики нарушений в развитии позвоночника, близорукости, нервно-психических и сердечно-сосудистых стрессов, раннего остеохондроза и атеросклероза, и другой школьной патологии [1].

Максимально допустимая продолжительность времени пребывания в одной позе – 15 мин. (Ребенок сидит на уроке 40 минут)

«Не усади» – заповедь В.Ф. Базарного. Ребенок должен двигаться, особенно мальчики в 4–6 раз больше.

«Движение – это воздух, а без воздуха мы задыхаемся» – писал В.Ф. Базарный, поэтому, обучение в режиме постоянного движения позволяет развивать у учащихся зрительно-моторную реакцию, в частности, ориентацию в пространстве, в том числе реакцию на экстремальные ситуации, создать условия для

проявления индивидуальных и возрастных особенностей детей, формировать на уроках атмосферу доверительного отношения, что позволяет говорить об организации обучения учащихся, которое в наибольшей степени служит оптимальному общему развитию каждого ребенка.

Режим «динамической смены поз» повышает общую сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям, осуществляется профилактика близорукости, обеспечивается оптимальное функциональное состояние сердечно-сосудистой системы организма, стабилизируются процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе.

Для реализации режима «динамического изменения поз» В.Ф. Базарный предлагает 2 варианта [2]:

*1. Использование «настольной конторки»: за столами (сидя, стоя), на ковре (сидя, стоя, лежа).*

Дети могут стоять на массажных ковриках в носочках и в это время, стоя послушать загадки, рассказ, сказку, участвовать в устном счете, решить логическую задачку. Данный режим оказывает благотворное влияние на следующие факторы: 1) поддержание физической, психической активности умственной сферы; 2) улучшается иммунная система; 3) улучшаются процессы роста; 4) развивается координация всех органов.

«Никакой помехи глазам!» – еще один принцип В.Ф. Базарного. В 4-х верхних углах размещаются образно-сюжетные изображения. Это сцены из сказок, сюжеты пейзажей из природы, из жизни животных. Все вместе картины составляют единый сюжет. Средние размеры от 0,5 до 1 стандартного листа, а под каждой картинкой размещаются в соответствующей последовательности одна из цифр.

Дети, находясь в свободном стоянии, на массажных ковриках, начинают живо фиксировать взгляд по команде на соответствующей цифре, картинке, цвете. Режим счета задается в случайной последовательности и меняется через 30 секунд. Длительность упражнения 1,5 минуты.

Учащиеся с огромным удовольствием выполняют



повороты туловища в прыжке с хлопком. Это вызывает положительный эмоциональный всплеск. Влияние таких упражнений: 1) оказывает благоприятное воздействие на развитие зрительно-моторной реакции, 2) повышает скорость ориентации в пространстве, а также реакцию на экстренные ситуации в жизни; 3) развивает зрительно-двигательную поисковую активность, а также зрительно-ручную и телесную координацию. Ученики становятся внимательными. Очень важно, чтобы каждый ребенок находился на своей рабочей дистанции, определяется врачом-офтальмологом на начало года по результатам обследования на предмет остроты зрения и рефракции на оба глаза.

*2. Визуально-координаторные упражнения, с помощью опорных зрительно-двигательных траекторий (офтальмотренажеры):*

На стене нарисована диаграмма, при этом цвета соответствуют следующим требованиям: внешний овал – красный, внутренний – зеленый. Крест – коричнево-золотистый. Восьмерка – ярко-голубым цветом.

Методика работы с офтальмотренажером. Стоя на массажных ковриках, с вытянутыми вперед руками, под музыку дети по очереди обводят указательным пальцем траектории с одновременным ведением им органом зрения, туловищем, руками. Затем рисуют воображаемую диаграмму на потолке, но с большим размахом и с большей амплитудой движения.

Данное упражнение чаще выполняется после определенной умственной работы, поэтому, она прекрасно снимает напряжение, расслабляет, снимает психическую утомляемость и избыточную нервную возбудимость, способствует доброжелательности, улучшает чувство гармонии и ритма, развивает зрительно-ручную координацию.

Урок проводится в режиме движения наглядного материала, постоянного поиска и выполнения задач активизируют внимание детей. Различные карты могут оказаться в любой точке класса. Дети ищут их, тем самым переключают

зрение с ближнего на дальнейшее расстояние и наоборот. Например, учитель показывает дидактический материал сначала с близкого расстояния, а затем постепенно отходит от учеников, тренируя мышцы глаз.

Для двигательной активности на уроке используются «сенсорные кресты». «Сенсорные кресты» развешиваются под потолком в классной комнате. На них закрепляются различные учебные объекты (плоские и объемные геометрические фигуры, буквы, словарные слова и др.).

Учитель в ходе урока периодически обращает внимание детей на определенный учебный элемент (рисунок, картинку и т.д.), просит что-то найти, проанализировать, дать характеристику. Ученики ищут глазами нужный материал, тем самым тренируя зрение, устраняя усталость и напряжение с глаз.

Технология здоровьесбережения В.Ф. Базарного имеет и свои сложности. Первая, и на наш взгляд, самая главная – организация образовательного процесса.

На открытых уроках в Луганском общеобразовательном учреждении – средней общеобразовательной школе №17 имени Валерия Брумеля мы обратили внимание, что учителя начальных классов в практической мере овладели умением использовать методические приемы оздоровления В.Ф. Базарного на уроках. Опросы учителей показали, что они заинтересованы в оздоровлении детей данной методикой оздоровления.

Наблюдения за действиями учителей, учеников и родителей показывают, что есть трудности и в сотрудничестве семьи и школы по оздоровлению детей, и в организации образовательного процесса на основании здоровьесберегающей технологии В.Ф. Базарного, что и будет являться перспективой дальнейшего нашего исследования.

## Литература

**1. Базарный В.Ф.** Система массовой профилактики отклонений в развитии зрения и нарушений осанки у детей и подростков, организованных в детских дошкольных и школьных

учреждениях / В.Ф. Базарный, Л.П. Уфимцева. – М., 1983. – 232 с.

**2. Базарный В.Ф.** Здоровье и развитие ребенка: Экспресс-контроль в школе и дома / В.Ф. Базарный. – М., 2005. – 176 с.

**3. Бутова С.В.** Оздоровительные упражнения на уроках // «Начальная школа». – 2006. – №8. – С. 98.

УДК 378.015.31:796-028.76

**Проценко Дмитрий Сергеевич**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный

медицинский университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Черняк Ольга Петровна**

преподаватель

ГОО ВПО «Донецкий национальный

медицинский университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

**Нескреба Тарас Анатольевич**

преподаватели

ГОО ВПО «Донецкий национальный

медицинский университет имени М. Горького»

г. Донецк, ДНР

[neskreba.taras@mail.ru](mailto:neskreba.taras@mail.ru)

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ ФОРМ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ**

В ходе развития последних событий в современном мире физического воспитания студентов имеет направленность на укрепление и поддержание физического здоровья, формирование здорового образа жизни, повышение уровня мотивации студентов к занятиям физической культурой. Снижение уровня здоровья студенческой молодежи за

последние годы обуславливает необходимость поиска новых средств, форм, мотивационных компонентов физического воспитания студентов для повышения уровня здоровья, физической активности, в процессе образовательного этапа.

Нетрадиционные формы физического воспитания, при своем использовании должны нести в себе условия гармонического развития физических качеств, повышать устойчивый интерес и внимание, повышать работоспособность студентов, которая в свою очередь положительно сказывается на качестве знаний, умений и навыков студентов[1; 4].

Цель – проанализировать современные нетрадиционные оздоровительные методики в системе физического воспитания студентов.

Задачи:

– рассмотреть наиболее популярные виды нетрадиционных форм физического воспитания.

– проанализировать особенности рассмотренных нетрадиционных форм физического воспитания.

В современных социально-экономических условиях возрастает необходимость более полного использования возможностей, которая располагает система физкультурного образования детей и молодежи для подготовки к самостоятельной жизни.

По мнению ряда авторов, для улучшения состояния здоровья и физического развития личности эффективно могут быть использованы оздоровительная аэробика, фитнес (Л.Х. Заркарян, К. Купер, Е.С. Панкратова, Б.Д. Френкса, Э.Т. Хоули), бодибилдинг (С.А. Бугаев, А.Ю. Водяной, Э.В. Никитина), дыхательные упражнения (С.Н. Кучкин, Т.Д. Кузнецова, Н.А. Фудин), элементы системы йоги (В.М. Выдрин, В. Евстафьев, Н.И. Пономарев).

Студенческие годы представляют собой важнейший период в формировании осознанной потребности в регулярной физической активности, которая затем переносится во взрослую жизнь. В государственном образовательном стандарте по

предмету «физическая культура» указывается на то, что целесообразные способы и нормы физической активности, направленные на совершенствование природных качеств и способностей индивида составляют основу физической культуры.

В связи с этим, оптимизация образовательного пространства вуза приобретает потребность в ее совершенствовании. Для этого требуется в образовательном процессе, создать качественно новые условия и стимулы, повышающие уровень мотивации студентов, привития самообразовательного компонента, навыков анализа собственной деятельности, а также формирования творческого компонента у занимающихся и преподавателей.

Мотивация к физической активности – особое состояние личности, направленное на достижение оптимального уровня физической подготовленности и работоспособности. Одной из основных задач физического воспитания в ВУЗах является не только формирование и упрочение мотивации к занятиям, но и включение их в повседневный быт студента, в систему личностных ценностей [3].

Повышение мотивационно-ценностного отношения студентов к занятиям физической культурой будет эффективным, если предлагаемые учебные программы по физическому воспитанию станут учитывать запросы и потребности студентов в сфере физической культуры с учетом возрастно-половых и социально-демографических особенностей. А одним из важнейших критериев, позволяющих судить о реальности данного образовательного процесса, является достижение личностью такого состояния, при котором реализуются ее индивидуальные и социальные процессы связаны с «самореализацией».

Критериями оценки, свидетельствующими об эффективности комплексного использования нетрадиционных средств физической культуры в физическом воспитании студентов являются:

– динамика состояния здоровья и учебной деятельности учащихся; динамика ситуативной тревожности, эмоционального состояния;

– динамика умственной работоспособности занимающихся в процессе учебного занятия;

– овладение навыками психологической саморегуляции;

– динамика успешности учебной деятельности.

При использовании нетрадиционных средств физического воспитания при развитии физического качеств аэробного характера, улучшается работа дыхательной системы студентов, поскольку в процессе занятий увеличивается число альвеол, участвующих в работе, возрастает жизненная емкость легких. Дыхательный аппарат, развитый таким образом, позволяет лучше усваивать кислород, обеспечивающий полноценную жизнедеятельность клеток, и тем самым повышает работоспособность организма.

Также, в развитии двигательного аппарата при использовании нетрадиционных средств физического воспитания, улучшается кровоснабжение, дозируется оптимальный объем нагрузки, развиваются основные мышечные группы, создающие условия для развития силы.

Основными принципами нетрадиционных средств физического развития являются:

– принцип доступности;

– принцип «не навреди»;

– принцип возрастных изменений;

– принцип красоты и эстетической целесообразности;

– принцип гармонизации всей системы ценностных ориентаций человека;

– принцип интеграции;

– принцип взаимосвязи и взаимозависимости психических и физических сил человека;

– принцип индивидуализации.

В целях повышения мотивационного фона преподаваемой дисциплины [2], основными формами, которые используют на кафедре физического воспитания ГОО ВПО ДонНМУ имени М. Горького», это дыхательная гимнастика, аэробика, элементы йоги, калланетика, ритмическая гимнастика.

Данные нетрадиционные формы позволяют повысить интерес у студентов, создать благоприятную эмоциональную атмосферу, повышать уровень развития физических качеств и повышение самого мотивационного фона. Нетрадиционные виды занятий вносят новизну и разнообразие в двигательную деятельность студентов.

### Литература

**1. Барчуков И.С.** Физическая культура и спорт: методология, теория, практика [текст]: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / И. С. Барчуков. – М.: Академия, 2009. – 528 с.

**2. Колмыкова С.В.** Повышение эффективности физического воспитания студентов нетрадиционными средствами психофизического тренинга ушу. // учебные записки Университета им. П.Ф. Лесгафта: научно-теоретический журнал. – СПб.: Изд-во государственного университета физической культуры (ГУФК), 2007.

**3. Селецкая Т.Г.** Исследование мотивов, побуждающих студентов заниматься физической культурой и спортом // Современные проблемы физической культуры и спорта: Мат. VIII науч. конф. молодых ученых Дальнего Востока. – Хабаровск: ДВГАФКС, 2005. – С. 158–159.

**4. Фомичева Н.В.** Развивающие обучение в физкультурном образовании младших школьников [текст]: монография / Н.В. Фомичева М-во образования и науки Российской Федерации, ГОУ ВПО «Ишимский государственный педагогический институт им. П.П. Ершова». Ишим, 2011. – 167 с.

**Ротерс Татьяна Тихоновна**

доктор педагогических наук

директор Института физического воспитания и спорта,

доктор педагогических наук, профессор

ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный

университет имени Тараса Шевченко»

г. Луганск, ЛНР

e-mail: [roters@list.ru](mailto:roters@list.ru)

## **ФОРМИРУЕМ КРАСИВОЕ ТЕЛО (САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ)**

В современных условиях развития Луганской Народной Республики большое внимание уделяется повышению здорового потенциала всех категорий населения, особенно учащейся молодежи, где основная роль отводится здоровому образу жизни, гармоническому духовно-физическому развитию, физической подготовке и на этой основе формирование интереса к самостоятельным занятиям физическими упражнениями.

Одним из побудительных мотивов к самостоятельным занятиям физическими упражнениями может выступать потребность презентации своей телесности по законам красоты внешней и красоты внутренней, что еще в Древней Греции получило название «калокагатии». Главная заслуга греческих философов заключалась в том, что идеал прекрасного человека у них был прежде всего духовно-телесным. Совершенство свое тело и душу – вот основной девиз калокагатии, которая сочетала в себе всевозможные оттенки красоты внутренней и внешней, что в значительной степени помогло решить вопрос о воспитании человека гармонически развитого в интеллектуальном и физическом отношениях.

По нашему мнению, в физическом упражнении гармония проявляется в единстве его частей и фаз, а также в гармоничной



взаимосвязи нескольких упражнений в единую комбинацию, которая характеризуется слитностью, плавностью, непрерывностью, этим неся в себе фактор красоты и ритмичности, которые имеют большое значение для развития человека во взаимодействии физического и эстетического воспитания.

На основе педагогических наблюдений мы определили, что для современной учащейся молодежи большое значение имеет гармоническое соответствие весово-ростовых показателей, борьба с излишним весом, презентация хорошо развитой мускулатуры. При этом лишний вес, ожирение является проблемой современного общества на пути к здоровью и гармоническому духовно-физическому развитию по законам красоты. Поэтому все мероприятия оздоровительной физической культуры в основном направлены на сокращение жировой ткани.

Отмечаем, что наиболее простой способ определить соответствие своего веса требуемым нормам на основе весово-ростового индекса, согласно которому от роста в сантиметрах отнимается 100, что дает показатель веса тела, который выступает оптимальным показателем гармоничного соответствия роста и веса. Например, если рост 170, то минус 100 дает оптимальный гармоничный вес – 70 килограммов. Однако такой способ достаточно условный.

Наиболее объективным показателем соответствия роста и веса является индекс массы тела [1], а именно: индекс массы тела = вес (кг) ÷ рост<sup>2</sup> (м). Например: мужчина ростом 178 см и весом 77 кг будет иметь индекс массы тела, который равняется 24,3 кг·м<sup>2</sup> (77÷1,78<sup>2</sup>).

Существует пограничный показатель индекса массы тела, а именно: для женщин – 21–23 кг·м<sup>2</sup>, а для мужчин – 22–24 кг·м<sup>2</sup>. Риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний значительно повышается при индексе массы тела больше 27,8 кг·м<sup>2</sup> для мужчин и больше 27,3 кг·м<sup>2</sup> для женщин, что дает основание задуматься о том, что лишний вес имеет негативное

влияние не только на эстетические параметры внешнего образа, но и на состояние здоровья.

Для борьбы с лишним весом существуют различные подходы, но наиболее востребованными являются два: это селекция питания и активизация двигательной деятельности на основе физических упражнений.

В соответствии с первым подходом отмечаем, что депонирование жира вызывают углеводы. Поэтому их употребление необходимо свести к минимуму в сторону употребления белковой пищи, овощей, фруктов. Наибольшее количество пищи следует принимать в первой половине дня, меньшую – во второй. Можно лишить себя плотного ужина в сторону употребления соков, кефира и т.п. После 18.00 лучше уже ничего не кушать.

Каждый должен понимать, что за несколько дней или недель очень сложно убрать лишний вес и приобрести стройный и подтянутый вид, поэтому девизом жизни необходимо сделать «Не переедать и обходиться без диет»!

Самое главное в нормализации веса и улучшения состояния здоровья выступает активизация двигательной деятельности на основе физических упражнений, повышение объема двигательного режима на основе систематических самостоятельных занятий на работе, дома, в различных физкультурно-оздоровительных группах. Для занятий выбираются наиболее простые упражнения, это ходьба, бег, прыжки, плавание, комплексы упражнений для различных мышечных групп, аэробные танцы и другие виды в соответствии с состоянием здоровья, уровнем физической подготовленности, интереса и эмоционального воздействия. Однако при этом следует помнить, что только длительное (20–30') выполнение физических упражнений с участием кислорода (аэробный режим), умеренной интенсивности способствует тому, что внутренний мышечный жир, расщепляясь, обеспечивает энергией работающие мышцы, которые принимают участие в работе.

Физические упражнения для различных мышечных групп, душ, массаж способствуют формированию позитивного эмоционального состояния, стимулируют повышение работоспособности и улучшению состояния здоровья.

Как же подобрать программу для самостоятельных занятий физическими упражнениями с целью коррекции веса, улучшения состояния фигуры, осанки, внешнего вида в гармонии с улучшением настроения, созданием позитивного фона для жизнедеятельности.

Первый вопрос, который себе следует задать – это какие стили и направления физических упражнений наиболее интересны.

В современной практике физкультурно-оздоровительной работы существует различное множество популярных систем физических упражнений – это аэробика, фитнес, шейпинг и др. Различные комплексы и программы предлагаются через систему интернет и телевидения. И каждый, кто решил изменить свою жизнь с помощью физических упражнений, должен выбрать для себя наиболее приемлемый вариант.

Второй вопрос – это выбор музыкального сопровождения. Как известно, проведение различных занятий с музыкальным сопровождением повышает эмоциональный фон, вызывает радость двигательной активности и эстетическое наслаждение, повышает интерес к занятиям. Следовательно, музыка является средством как физического, так и эстетического воспитания. При проведении самостоятельных занятий музыка должна отвечать таким требованиям как эмоциональности, ритмичности и темповости.

Третий вопрос – когда и в чем заниматься? Заниматься можно в свободное время и утром, и вечером, и среди дня.

Местом для занятий может быть квартира, улица, рабочее место. Форма одежды для занятий не должна стеснять движения, а с другой стороны она должна быть красивой.

Хорошо! Вы выбрали ритмическую музыку для занятий, которая вам нравится и повышает эмоциональное состояние,

подобрали соответствующую одежду для занятий, а мы предлагаем вам физические упражнения, которые помогут сделать ваше тело более стройным, сильным, здоровым и красивым.

Система упражнений, которую мы вам предлагаем, условно называется «Система тысячи движений». Данная система основана на многократном повторении упражнений для конкретного сустава или конкретной мышечной группы – от 10 до 50 повторений в аэробном режиме, что дает возможность быстрее избавиться от лишнего веса, поднять настроение, генерировать различные позитивные эмоции, улучшить функциональное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и других систем организма. Это могут быть разновидности ходьбы и бега на месте, наклоны туловища, повороты, приседания, отжимания, упражнения для мышц брюшного пресса и спины, упражнения на растягивание

При выполнении упражнений следует сконцентрировать внимание на ту часть тела, на ту мышечную группу, которая получает физическую нагрузку. Это методическое указание относится ко всем физическим упражнениям. Кроме того необходимо обращать свое внимание на дыхание, а именно дышать носом.

Предложенная программа может выполняться в течение 4 – 6 недель, что позволит улучшить состояние здоровья, фигуры, осанки, повысить уровень работоспособности и общее эмоциональное состояние организма. При этом следует подобрать для каждого оптимальный (индивидуальный) ритм и темп ходьбы и бега ритм выполняемых упражнений, который должен хорошо сочетаться с дыханием, что даст возможность достижения более высоких результатов.

## Литература

**1 Ермолин С.Н.** Питание и контроль массы тела при занятиях аэробикой: Учебно-методическое пособие. – М.: Тровант, 1999. – 93 с.

УДК 616.711-007.5-053.2/5

**Ступченко Светлана Ивановна**

главный врач ГУ «ЛРВФД» ЛНР

доцент кафедры общей врачебной практики

и медицинской реабилитации

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский

университет имени Святителя Луки»

г. Луганск, ЛНР

**Панченко Л.Г.**

врач высшей категории

ГУ ЛНР «Луганский республиканский

врачебно-физкультурный диспансер»

г. Луганск, ЛНР

Iovfdl@mail.ru

## **ТРАДИЦИОННЫЕ КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей, нарушение осанки занимает одно из первых мест как по частоте, так и по сложности патологических изменений.

Осанка – это правильное, непринужденное положение тела, сохраняемое в покое и движении и приобретенное в процессе роста и развития человека.

Правильная осанка определяется не только правильным (симметричным) взаиморасположением отдельных частей тела, но и тонусом мышц, которые удерживают позвоночник и отдельные его части в нужном положении.

Следует отметить, что дефекты осанки у детей дошкольного возраста выражены в нерезкой расплывчатой форме и отличаются большим непостоянством. Среди начальных дефектов осанки наиболее часто встречается вялая осанка (неустойчивая, неряшливая). Это основа, на которой легче всего образуются более устойчивые формы дефектов осанки и деформацией позвоночника.

В специальной литературе приводится множество причин этих нарушений: изменение экологии, несбалансированное питание, информационные перегрузки детей, снижение их двигательной активности и др. В период обучения в школе дефицит двигательной активности приводит к недостаточной стимуляции роста и развития организма.

В мышечных волокнах наблюдаются выраженные атрофические и дистрофические изменения, значительно снижаются сила и мышечный тонус.

Нарушения осанки, которые могут заметить родители или врачи-специалисты на проф. осмотрах детей, не должны расцениваться как безобидная, не требующая коррекции деформация позвоночного столба. В сочетании с плоскостопием.

Это является первым предупреждением к развитию серьезных нарушений аппарата движения (сколиотическая болезнь, юношеский кифоз, остеохондроз и др.)

Сколиотическая болезнь – это стойкое боковое искривление позвоночника в любом отделе (сколиоз), при котором есть обязательный элемент поворота позвоночника (торсия тел позвонков), за счет чего у ребенка вначале возникает асимметрия длинных мышц спины (мышечный валик), а потом формируется реберный горб.

Цель статьи

Не вдаваясь в подробности описания нарушений осанки (или сколиотической осанки), степеней сколиоза, описания причин, способствующих возникновению этой патологии, сделать акцент на традиционные реабилитационные мероприятия при сколиотической болезни.

Эти мероприятия укладываются в определенную схему:

- Активная коррекция осанки;
- Соблюдение ортопедического режима;
- Занятия лечебной корригирующей гимнастикой;
- Массаж;
- Физиотерапевтические процедуры;
  - Бальнео-грязелечение (санаторно – курортное лечение, водолечебница);
- Плавание.

Прежде, чем охарактеризовать каждый пункт схемы, стоит четко определить отношение к лечению родителей и детей. Только серьезное, настойчивое отношение к лечению дает результат.

Когда ребенок дошкольного возраста – основная работа с ребенком – родителей. Ребенок школьного возраста уже осознанно должен участвовать в лечении, и чем старше ребенок, тем он должен быть ответственнее, грамотнее и активнее в лечении.

Цель лечебных мероприятий:

- Выработать у ребенка навык правильной осанки;
- Создать мышечный корсет (укрепить мышцы плечевого пояса, спины, брюшного пресса);
- Создать условия для самокоррекции позвоночника (корригирующие упражнения);
- Обучить правильному дыханию (грудному и диафрагмальному) т.е. улучшить дыхательную функцию легких, повышая тем самым обменные процессы в организме;
- Нормализовать функции внутренних органов;
- Повысить выносливость и работоспособность больного;
- Предупредить прогрессирование заболевания.

Активная коррекция осанки

Это – выработка навыка правильной осанки. Это – ходьба с предметом на голове (книга, мешочек с песком), по 3–5 минут, 3–5 раз в день, контроль у зеркала.

Ортопедический режим – это:

- Исключить неправильные привычные позы ребенка в положении сидя, стоя;
- Подобранная мебель соответственно роста ребенка дома и в школе;
- Коррекция коском (при разной длине ног);
- Супинаторы при плоскостопии;
- Корсет (при прогрессирующем сколиозе);
- Спинокорректор (при кифотической осанке или ослабленным детям) рекомендуется только для занятий в школе;
- Подгрудник (при сколиозе II степени и выше) для разгрузки позвоночника при выполнении школьных домашних заданий.

Занятия лечебной корригирующей гимнастикой – проводятся ежедневно, по 30–45 минут, 1–2 раза в день (в зависимости от возраста ребенка).

Комплексы упражнений (общеразвивающие, корригирующие, дыхательные упражнения) подбираются индивидуально в зависимости от возраста ребенка, его физической подготовленности, степени сколиоза и наличия сопутствующих заболеваний. Основное исходное положение лежа (спина, живот) упражнения выполняются с напряжением в среднем темпе, используются предметы (гимнастические палки, мячи, гантели). Нагрузка наращивается постепенно, увеличивается количество упражнений или количество их повторений.

Рассчитан комплекс, в среднем, на 3 месяца, а потом он усложняется (после проведения функциональных проб). Применяются симметричные упражнения при нарушении осанки и сколиозе I ст., а при I–II и выше – симметричные, асимметричные и деторсионные. При сколиозе III степени и выше (в стадии стабилизации) лечебная гимнастика общеукрепляющая.

Массаж – мышц спины, живота, руки и ноги на стороне искривления, а при II–III степени сколиоза – массаж дифференцированный.



Массаж и электростимуляция мышц спины проводится курсами по №15, ежеквартально.

Электрофорез (при необходимости) проводится с новокаином, хлористым кальцием, аскорбиновой кислотой, кокарбоксилазой №10.

Плавание – лечебное, когда выполняются в воде корригирующие упражнения. Если это не лечебное плавание – то только стиль «басс» или «спина» - синхронно руки. Цель такого плавания – разгрузка позвоночника, обучение дыханию, плаванию, и как закаляющее мероприятие.

Санаторно-курортное лечение – это комплексное лечение, но 1-2 месяца в году, а основное лечение амбулаторно дома.

Эффективность лечения, детей больных сколиозом, зависит от многих причин.

Если ребенок занимается лечебной гимнастикой, получает курсами массаж, электростимуляцию мышц спины амбулаторно в лечебном заведении и при постоянном наблюдении врачей ортопеда и ЛФК – то и эффективность выше, чем при занятиях ребенка вообще дома и наблюдении врачей 1–2 раза в год.

Целесообразнее школьникам проходить лечение в учебно-реабилитационных центрах, где все лечебные мероприятия проводятся в комплексе специалистами, а также наблюдаются дети врачами центров и республиканскими специалистами.

Учитывая то, что формирование осанки чаще всего происходит до 7–10 лет, в детских дошкольных учреждениях создаются специализированные группы с данной патологией, штаты укомплектовываются специалистами по ЛФК и массажу. В г.Луганске д/с №117, №113, №40, №59, г. Алчевск д/с №34,

г. Краснодон д/сад «Ягодка» и др. Есть специализированная школа-сад (реабилитационный центр): г. Луганск № 29, которые укомплектованы специалистами: ортопед-травматолог, инструктора ЛФК, массажисты.

Курирует специализированные группы в ДДУ и специализированные школы-сады республиканский врачебно-физкультурный диспансер.

## Выводы:

1. Таким образом, резюмируя изложенное выше, можно сделать вывод о том, что традиционные реабилитационные мероприятия в отношении детей больных сколиозом направлены на стимуляцию реституционно-регенеративных процессов, оптимизацию компенсаторных механизмов преимущественно за счет использования лечебной физкультуры, массажа, правильно организованного ортопедического режима, физиотерапевтических процедур, плавания.

2. Применение всех видов реабилитации: медикаментозная, физическая, психологическая, социальная, педагогическая, профессиональная, бытовая (особенно для детей со сколиозом III–IV степени).

3. Чтобы мы врачи не говорили, не рекомендовали больному – эффективность лечения зависит от упорства самого пациента, все перечисленные пункты лечения должны стать его образом жизни.

## Литература

1. **Зацепин Т.С.** Ортопедия детского и подросткового возраста. Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ. Москва, 1956. – 320 с.

2. **Кашуба В.А.** Биомеханика осанки. Издательство: Олимпийская литература. Киев, 2003. – 280 с.

3. **Мошков В.Н.** Активная коррекция деформаций позвоночника и плоскостопия у детей и подростков. Москва. – 1949. – 248 с.

4. **Мухин В.М.** Физическая реабилитация. Издательство: Олимпийская литература. Киев, 2000. – 424 с.

5. **Рейзман А.М.** Лечебная гимнастика и массаж при сколиозе. Медгиз., Москва, 1963. – 140 с.

**Толубицкая Анастасия Владимировна**  
специалист физической реабилитации  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
[tolubitskaya8484@gmail.com](mailto:tolubitskaya8484@gmail.com)

## **ПОЛЬЗА ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ГЛАЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ЗРЕНИЯ (МИОПИИ)**

Сегодня огромное количество людей имеют большие проблемы, связанные с близорукостью. В течение дня органы зрения современного человека подвергаются серьезной нагрузке, испытывают [1].

Во многом это связано с широким внедрением компьютерных технологий. Человек, увлеченный длительной работой с компьютером или бумагами, совершенно забывает от необходимости отдыха для глаз. Это приводит к постепенной потере зрения. Общеизвестно, что глаза представляют собой очень тонкий оптический орган, который крайне необходим для нормальной жизнедеятельности любого человека. Самым частым нарушением зрения является близорукость – заболевание, при котором трудно рассмотреть предметы, расположенные на дальнем расстоянии [3]. В этом случае изображение падает не на положенную область сетчатки глаза, а попадает на плоскость, находящуюся перед ней. Чем сильнее такое несоответствие, тем больше степень близорукости. Близорукость имеет три степени развития. Офтальмологи различают слабую, среднюю и высокую степени. Данное заболевание органов зрения может быть как врожденным, так и приобретенным. Одни люди носят очки, другие линзы, но в настоящее время близорукость вполне поддается лечению. Всё зависит от самого человека, его неодолимого желания вернуть

остроту зрения. Одним из наиболее верных, совершенно безопасных способов откорректировать зрение в благоприятную сторону является регулярная гимнастика для глаз при близорукости. Сегодня предлагается великое множество разновидностей упражнений для улучшения зрения. Наверное, многие люди слышали о специализированной гимнастике для глаз по методикам Нурбекова, Вадима Воли. Можно приобрести специальный видеокурс профессора Жданова. Некоторые люди отдают свое предпочтение упражнениям, приведенным в книгах Корбетт или Бейтса. Врачи-офтальмологи считают, что специальная зрительная гимнастика помогает не только сохранить имеющееся зрение, но и за несколько месяцев существенно его улучшить [2].

Глазная гимнастика близорукость вылечит только в комплексе с зарядкой для позвоночника. При нарушениях в позвоночнике ухудшается кровоснабжение глазных мышц и тканей мозга, что часто является причиной проблем со зрением. Так же обязательно в течение дня выполнять расслабляющие упражнения, особенно при большой нагрузке на зрение. Следующие простые упражнения для глаз при близорукости можно выполнять в любое время, в перерывах между работой для расслабления и тренировки глазных мышц

Близорукость является одной из основных проблем глаза, которая встречается практически у каждого третьего человека в современном обществе. Глаза – очень тонкий оптический орган, необходимый для полноценной активной жизни человека. Несмотря на это, люди нередко забывают следить за состоянием своего здоровья, ведь глаза, как и другие важные органы человека, требуют особого ухода. В течение дня наши глаза испытывают сильное напряжение, ведь жизнь среднестатистического современного человека требует от него длительной работы с компьютером или бумагами. Поэтому нельзя забывать, что им периодически нужен отдых и особенно если у человека есть проблемы со зрением.

Человек, страдающий от близорукости, плохо различает предметы, находящиеся на значительном расстоянии от него. Это обусловлено тем, что картина, которую он видит, попадает не на сетчатку, а на некоторую область, находящуюся перед ней. Близорукость может быть как наследственной (врожденной), так и приобретенной. Но вы должны знать, что близорукость излечима! Вылечить данную болезнь вам поможет зарядка для глаз при близорукости. Результат лечения будет зависеть только от вас. Также стоит знать, что лечение близорукости – долгий процесс, который потребует от вас немалых усилий. Но результат, конечно же, стоит этого. Если вы готовы потратить свое время и силы на борьбу с вашим заболеванием, то данный комплекс упражнений именно для вас [3].

### **Литература**

**1. Артамонова Л. Л.** Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура / Л.Л. Артамонова, О.П. Панфилов, В.В. Борисова. – М.: Владос-Пресс, 2010. – 777 с.

**2.** Лечебная физическая культура: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева и др.; Под ред. С.Н. Попова. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 416 с..

**3. Менхин Ю. В.** Оздоровительная гимнастика: теория и методика. Ростов н/Д: Феникс, 2002 – 128 с.

**Федин Алексей Николаевич**  
специалист физической реабилитации  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Тараса Шевченко»  
г. Луганск, ЛНР  
[fedalexey1@gmail.com](mailto:fedalexey1@gmail.com)

## **ОРГАНИЗАЦИЯ КРУГОВОЙ ТРЕНИРОВКИ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ**

Распределение студентов на медицинские группы осуществляется на основании медицинского осмотра врачебной комиссии. В настоящее время в высших учебных заведениях для занятий физической культурой выделяют следующие медицинские группы: основную, подготовительную и специальную.

К **подготовительной медицинской группе** относятся практически здоровые студенты, имеющие некоторые морфофункциональные отклонения либо слабо подготовленные физически; входящие в группы риска по возникновению патологии или с хроническими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии не менее 3–5 лет.

Обучающимся, отнесенным к этой группе, разрешается заниматься физической культурой по учебной программе при условии постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, связанных с предъявлением к организму повышенных требований, более строгой дозировки физической нагрузки и исключения противопоказанных движений.

Специальная медицинская группа делится на: «А» и «Б».

К **специальной группе «А»** относятся студенты с отклонениями в состоянии здоровья постоянного (хронического заболевания, врожденные пороки развития в стадии компенсации) или временного характера.

Обучающимся, отнесенным к этой группе, разрешаются занятия физкультурой с ограничением физических нагрузок и исключением противопоказанных физических упражнений. На занятиях обязательно учитывается характер и степень выраженности отклонений в состоянии здоровья, физическом и функциональном развитии.

К **специальной группе «Б»** относятся обучающиеся, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного и временного характера, без выраженных нарушений самочувствия и допущенные к посещению теоретических занятий.

Физическая культура для студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья в вузах в целом по стране, включает в качестве обязательного минимума теоретические, практические, в том числе и консультативно-методические занятия. В содержание курса студентов специального медицинского отделения уделяется особое внимание средствам для устранения отклонений в состоянии здоровья и физического развития. Практические занятия проводятся с учетом работоспособности и функциональных возможностей студентов [1].

Студенты, выделенные в специальное медицинское отделение на основании некоторых отклонений в состоянии здоровья, требуют особого внимания со стороны преподавателя физического воспитания. Необходимость улучшить здоровье и повысить работоспособность побуждает изыскивать наиболее эффективные методы физического воспитания. Наблюдения показывают, что эта категория студентов имеет недостаточную физическую подготовку, низкую работоспособность и нуждается в улучшении этих показателей.

Задачи расширения функциональных возможностей организма, прироста уровня физических качеств и работоспособности студентов могут быть решены путем совершенствования уже известных традиционных методов преподавания, а также новым содержанием таких форм организации, как круговая тренировка и ее варианты,

отличающиеся как по мощности работы, так и по интервалам отдыха.

Материалом для круговой тренировки и ее вариантов служат технически несложные движения из основной, спортивно-вспомогательной гимнастики и других видов спорта [2].

Методическую основу составляет выполнение двигательных действий с определенной дозировкой, порядком изменения и чередованием с отдыхом. В круговой тренировке удачно сочетаются нормирование нагрузки и ее индивидуализация. Однократная нагрузка избирается в соответствии с ее индивидуально переносимой величиной.

Показателем времени будет выполнение работы без снижения ее качества (темпа, скорости), а готовность к повторной работе будет определяться восстановлением пульса до определенных величин. Интенсивности работ и время у студентов различной моторной подготовленности и состояния здоровья могут варьировать в широком диапазоне.

Планируя круговую тренировку, необходимо определить физическое состояние и способность студента в начале учебного года с помощью специального тестирования.

Организация и проведение круговой тренировки и ее вариантов предусматривает:

1. Составление программы – определение задачи, места в уроке, подбор упражнений, последовательность их выполнения, размещение точек, порядок перехода занимающихся, подготовка карточек занятий (задание для работы на точке).

2. Расчет нагрузка и апробирование программы – разучивание упражнений, определение максимального теста (МТ) по каждому упражнению, количественного состава на станции, индивидуальной нагрузки и пульса, времени прохождения круга и пульса после первого круга.

3. Проведение организационного метода круговой тренировки – управление процессом, консультация и помощь,



контроль за выполнением, учет показателей, изменение нагрузки по ходу (по самочувствию).

Варианты круговой тренировки меняются в течение года в зависимости от задач занятия, в связи с этим определяется и ее место в основной части. К тому же режим работы будет разный: группа А – 30 сек. работы, 30 сек. отдых; группа Б – 20 сек. работы, 40 сек. отдых.

Объективным показателем перехода к выполнению следующего упражнения будет показатель пульса до начала, после выполнения упражнения и круга. Частота сердечных сокращений должна повышаться до 140–160 уд/мин. При хорошем состоянии пульс может доходить до 180 уд/мин. Постоянно измеряя пульс, студент следит за адаптивным процессом сердечно-сосудистой системы к нагрузкам [3].

Круговая тренировка имеет ряд преимуществ в том случае, если упражнения выполняются в сопровождении ритмичной музыки, а тренировочное занятие проводится в форме соревнований. Круговая тренировка дает возможность точно дозировать нагрузки и обеспечивает хорошую избирательность воздействия на ту или иную мышечную группу.

Применение круговой тренировки повышает эмоциональность и интерес к занятиям. Высокая эффективность метода возможна при постоянном росте профессионального мастерства преподавателя.

## Литература

**1. Березанская Е.П.** Использование круговой тренировки на занятиях по физической культуре. Методические рекомендации. 2015

[Электронный ресурс]. URL: <https://nsportal.ru/shkola/fizkultura-i-sport/library/2015/01/20/ispolzovanie-krugovoy-trenirovki-na-zanyatiyakh-po> (дата обращения: 23.02.2019).

**2. Латышева О.А.** Особенности занятий со студентами в специальных медицинских группах [Текст]: метод. указания /О.А. Латышева. – Новосибирск: СГГА, 2007 –51 с.

**3. Токарева А.В.** Организации занятий со студентами специальной медицинской группы в ВУЗе // Современные научные исследования и инновации. 2013. – №9 [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2013/09/26246> (дата обращения: 23.02.2019).

УДК 364.69-787.9-053.2/.5-056.24

**Чумак Николай Иванович**  
старший преподаватель кафедры  
социальной работы и организации  
работы с молодежью  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный  
университет имени Владимира Даля»  
г. Луганск, ЛНР  
ninachumack@gmail.com

### **ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ФИЗИЧЕСКИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

В современном обществе проблема организации социальной адаптации детей, имеющих физические ограничения здоровья с использованием информационных технологий очень актуальна. Инвалидность является проблемой всего общества в целом. По данным ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность, 25% всего населения страдают расстройствами здоровья, один из 10 страдает от физических, умственных или сенсорных дефектов и не менее. Примерно одна семья из четырех человек имеет в своем составе человека с ограниченными возможностями. Дети, имеющие инвалидность очень чутко реагируют на отношение социума к ним, чувствуют свою неполноценность, обделенность и одиночество.

Одна из главных задач цивилизованного общества улучшить условия жизни детей, которые имеют инвалидность, создать почву для их самореализации, развития собственного потенциала в рамках современного социума. Система образования и воспитания должна учесть особые потребности и возможности детей, имеющих физические ограничения здоровья, с целью успешной адаптации к условиям жизни.

Для того чтобы найти необходимую информацию, друзей, оказавшихся в подобной жизненной ситуации, расширить свой кругозор таким детям необходим персональный компьютер и выход в Интернет. Информационные технологии дадут возможность достичь высокого уровня учебного процесса, сделать более реальным доступ к образовательным ресурсам, а так же создать условия для получения необходимых знаний и развития творческих способностей человека с ограниченными возможностями.

Для детей, имеющих физические ограничения здоровья, которые не могут обучаться в обычных школах, придумано дистанционное обучение. Для этого им так же нужен компьютер с комплектом специальных программ, созданных под их индивидуальные особенности [2, с. 40].

Развитие информационных технологий повысило не только свободный доступ к информации, но и создало достаточно хорошие условия для усвоения полноценного образования для детей с ограниченными возможностями. Применение ИТ является неотъемлемой частью, которая помогает достичь больших успехов в учебном процессе [2, с.11].

Обладая огромным потенциалом для возмещения ограниченных способностей у детей, имеющих инвалидность, информационные технологии могут стать значительным дидактическим и коммуникационным инструментом, который способен создать основу для развития личности, тем самым помочь детям–инвалидам быть ближе к современному обществу.

В современном мире дети, имеющие физические ограничения здоровья, не всегда имеют возможность

самостоятельно проходить обучение и переучиваться, этот факт вытесняет их за грань условий современной жизни. И если раньше причиной такого неравенства считалось происхождение, материальное положение, положение в обществе, то на сегодняшний день фактором такого расслоения является низкий уровень информационной культуры. Исходя из этого, можно сказать, что скоро судьба детей-инвалидов будет зависеть от того, насколько они будут способны быстро получать, пользоваться той или иной информацией.

Своевременная информированность детей, имеющих физические ограничения здоровья, позволит им реабилитироваться в обществе, поможет получать полноценное образование и активно принимать участие в жизни социума. В современных условиях этому способствуют именно информационные технологии.

Дети, имеющие инвалидность и дети с ограниченными возможностями смогут учиться и в специализированных школах, и в общеобразовательных. Для наилучшей адаптации подобных детей в окружении, им необходимо учиться в общеобразовательных школах. Учеба детей с ОВЗ сообща со здоровыми детьми, одобрительно воздействует на их адаптацию в окружении. Вследствие этого, снижается возможность психологических расстройств у детей, имеющих инвалидность, они реже припоминают про собственные «особенности» и созревают почти наряду с прочими детьми. Инклюзивное образование следует анализировать как коллективную учебу и формирование детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, не обладающих подобными ограничениями [4, с.15].

Ответственность за образование детей, имеющих физические ограничения здоровья, в общеобразовательных школах возлагается на учителей. Они обязаны быть подготовлены и сведущи в проблемах деятельности с такими детьми. Тем не менее, при подготовке будущих преподавателей на занятиях в ВУЗе не уделяется соответствующего интереса проблемам инклюзии, не изучаются дисциплины, готовящие

преподавателей к потенциальной встрече с детьми, имеющих физические ограничения здоровья.

Особенную важность для преподавателя обладает сложившиеся у него нравственные качества личности, такие как эмоция ответственности, обязанности, ориентация на общечеловеческие ценности, самостоятельность мнений и т.д. Лишь при присутствии моральных воззрений преподаватель может содействовать формированию внутренних и гражданских качеств, справедливого миропонимания у учеников [4, с. 20].

Будущим преподавателям надлежит уделить особенную заинтересованность исследованию психологических нюансов детей-инвалидов младшего, дошкольного и подросткового возраста. Также в сути программы по дисциплинам, сосредоточенным на исследование лица, нужно охватить деятельность с чувствами и стрессовыми состояниями. Благоприятно будет и подключение в программу принципов подготовки и изучения методов деятельности с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья и родителями детей, не обладающих такими ограничениями, с целью создания у тех и прочих толерантных директив по согласованности, снисходительности и т.д.

ВУЗы, которые обучают студентов социальной работе, обязаны предоставить основные сведения по деятельности с детьми, имеющих физические ограничения здоровья, чтобы будущий специалист был расположен встретиться с подобным ребенком. Сущность образования в вузе разрешает полноценно воспитывать у будущего специалиста компетенции в сфере инклюзивного образования.

Вопрос снабжения социального аккомпанемента детей, имеющих физические ограничения здоровья, в нынешнем окружении предстает более животрепещущей и востребованной. В регионе, как и в мире, имеется динамика увеличения инвалидизации детской популяции. Всё чаще рождаются малыши с сохранным здравым смыслом, но с физиологическими изъянами, которые ограничивают их деятельную социализацию.

Инвалидность в свою очередь ограничивает детей от характерной жизнедеятельности, она содействует дезадаптации, вопросам самореализации личности ребенка, трудностям в воспитании. Следовательно, для усовершенствования их жизнедеятельности, таким детям нужны добавочные орудия, меры и специализированные программы, которые находятся в специальных учебных учреждениях, в том числе, в специализированных центрах реабилитации [1, с.12].

Наиболее значимым моментом для детей, имеющих физические ограничения здоровья предстает, в первую очередь, поддержание физиологического и психологического положения. Разнообразные виды практической деятельности профессиональной подготовки, наблюдения и исследования опыта функционирования сотрудников коррекционной работы, социальной работы, социальных педагогов, психологов заверяют в потребности целеустремленной социальной деятельности. Чтобы сузить трудности в самообслуживании, в воспитании, общении, учебе, предупредить вероятность появления общественной дезадаптации, в воспитательно-образовательной сфере необходимо сформировать подобные обстоятельства, чтобы всякий ребёнок испытал себя ценностью окружения, в котором всякому снабжаются равноправный потенциал в разнообразных областях личностной самореализации. В предшествующий период замечается острый рост значения коммуникации между индивидами, в предоставленном случае особенная роль отводится нахождению общения с семьей и ребёнком с ограниченными физическими возможностями [4, с. 22].

При исследовании практической деятельности коррекционных (специальных) образовательных и реабилитационных учреждений в г. Луганске, определено: почти все дети, которые нуждаются в социально-педагогическом и психологическом патронаже находятся на учёте, им осуществляется специализированная поддержка, но не все они в

полном объёме приобретают систематическую поддержку и помощь.

По нашему мнению, в субъектах и города, и региона нужна согласованная системная деятельность, сформированная на проектно-ориентированной работе специализированных учреждений. Специалисты таких учреждений, сотрудники-дефектологи образовательных учреждений и центров, на основании исследования персональных требований детей и их родителей, должны участвовать в разработке целевых программ по снабжению социализации детей с сохранным рассудком.

При формировании специализированных программ социализации по группам согласно с инвалидностью ребят должно учитывать особые закономерности:

- хранение достоинства и почтения в практической деятельности подсоединения ребёнка в продуктивную деятельность;

- снисходительность как способ разрешения значимых задач общественной поддержки и общественного обслуживания;

- гуманизация межличностных взаимоотношений как фасилитационное начало формирования проектно-ориентированных продуктов социализации определенного ребёнка особой группы;

- обнаружение особенных талантов, дарований среди детей;

- согласованность с родителями или опекунами необычных детей.

- готовность сотрудников содействовать одолению появляющихся будничных тяжестей [1, с. 5].

Согласно с обнаруженными мерилami в одолении тяжестей социализации, сотрудниками сообща с родителями и ребёнком создается персональная программа реабилитации. Построение индивидуальной комплексной программы коррекции, компенсации и ускорения темпов развития нарушенных функций начинается с ранней диагностики

особенностей психоречевого развития ребенка и проводится по следующим направлениям:

- двигательное и эмоциональное развитие,
- развитие интеллектуальных возможностей и речи,
- совершенствование коммуникативных возможностей,
- социальная адаптация и интеграция.

Непрерывность и эффективность реабилитационного (абилитационного) процесса обеспечивают такие факторы, как своевременная диагностика и гармонизация отношений взрослый – ребенок, повышение компетентности персонала (медицинского и коррекционно-педагогического) и родителей в вопросах комплексной реабилитации, формирование активной жизненной позиции инвалида и его семьи.

Создание адаптированных программ интеграции в общество предусматривает формирование и развитие навыков взаимодействия со взрослыми и детьми, моделей взаимодействия с окружающими в социально значимых ситуациях, а также навыков автономного существования. Очень важно создать для ребенка с ограниченными возможностями оптимальные условия для самосовершенствования и саморазвития. Большое значение имеют ранняя профессиональная ориентация, создание мотивации для ведения профессиональной деятельности, получение образования (общего и профессионального), соответствующего возможностям инвалида, создание условий для профессиональной деятельности и построение ее с учетом индивидуальных возможностей, ограничений и потребностей.

Предположение о том что, здоровые ровесники относятся к детям-инвалидам довольно благожелательно, подтвердилось, 93% опрошенных, относятся к инвалидам благожелательно и лишь 7% – равнодушно. Здоровые дети не против обучаться в одном классе с ребенком с инвалидностью, 93% ответили что это совершенно естественно, и попытаются с ними сблизиться, и лишь 7% – настороженно. Множество детей так же не будут безразличны поддержать ребенка с инвалидностью на



улице: 86% детей – поддержат ребенка с инвалидностью, а вот 14% – затрудняются ответить. Из этого следует сформировать заключение, невзирая на инвалидность, здоровые ровесники относятся благожелательно, склонны поддержать и были бы не против обучаться рядом с детьми-инвалидами.

По нашему мнению, одобрительное взаимоотношение ровесников к детям с ограниченными физическими возможностями является потенциальным, способствуя приумножившимся в предшествующий период процессам инклюзии, сконцентрированной на формирование подобных обстоятельств, когда ребенок с инвалидностью имеет потенциал учиться наряду со здоровыми ровесниками.

В то же время представленные вопросы вызывает последующее исследование и использования совокупности общественных технологий, в частности, таких как создание положительного социального портрета инвалида.

Таким образом, алгоритм грамотного реабилитационного процесса должен включать проведение углубленной специальной (медицинской, психологической, дефектологической) диагностики, составление плана комплексной реабилитации на перспективу и на текущий период, назначение адекватных состоянию ребенка методов специальной и дополнительной коррекции, а также учет результатов проведенной коррекции при составлении плана следующего этапа комплексной реабилитации. Что касается коррекционно-развивающей психолого-педагогической работы в ходе комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями, то при ее проведении следует придерживаться следующих принципов:

- предупреждение депривации (сенсорной, эмоциональной, социальной) и педагогической запущенности;
- построение индивидуальной комплексной программы коррекции, компенсации и ускорения темпов развития нарушенных функций;
- обеспечение непрерывности реабилитационного (абилитационного) процесса;

– создание адаптированных программ интеграции в общество;

– создание условий для самосовершенствования и саморазвития. Предупредить сенсорную, эмоциональную и социальную депривацию и педагогическую запущенность инвалида позволяют ранняя диагностика и коррекция сенсорного развития ребенка, развитие навыков общения со взрослыми и сверстниками (с акцентом на эмоциональный компонент общения), развитие адекватной возрасту предметной, игровой и учебной деятельности, а также формирование целостной картины мира.

### Литература

**1. Мошняга В.Т.** Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / Технологии социальной работы (Под Общ. ред. И.И. Холостовой). – М.: Инфра-М, 2003.

**2.** Профессиональная деятельность социального работника: содержание и организация. – М., 2003. – 236 с.

**3.** Программы медико-социальной реабилитации несовершеннолетних / Отв. ред. Г.М. Иващенко. – М., 2012. – 196 с.

**4.** Российская педагогическая энциклопедия. В 2-х т./ гл. ред. В.В. Давыдов. – М., 2009.– 672 с.

**5. Северный А.А.** Социум как пусковой фактор реализации конституциональных и патологических предрасположений к отклоняющемуся поведению детей и подростков.// Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. – М., 2016. – С.12–25.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Андросова Алена Павловна** – доцент кафедры теории и методики физического воспитания, кандидат педагогических наук, доцент ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Богданова Анна Степановна** – доцент кафедры теории и методики физического воспитания, кандидат педагогических наук, доцент ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко» г. Луганск, ЛНР.

**Богданова Елена Витальевна** – заведующий отделом реабилитации ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Бугеря Татьяна Николаевна** – доцент кафедры социальной работы и организации работы с молодежью, кандидат педагогических наук, доцент ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Владимира Даля», г. Луганск, ЛНР.

**Васютин Даниил Павлович** – студент 4 курса специальности «Практическая психология» ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Вильчинская Карина Робертовна** – магистрант I курса направления подготовки «Управление учебным заведением» ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Григоренко Иван Николаевич** – специалист физической реабилитации I категории отдела реабилитации ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Годз Лилия Алексеевна** – подаватель ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Добровольская Нонна Александровна** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Нескреба Тарас Анатольевич** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Гуляева Елена Ростиславовна** – доцент кафедры общей  
врачебной практики и медицинской реабилитации, кандидат  
медицинских наук, доцент ГУ ЛНР «Луганский  
государственный медицинский университет им. Святителя  
Луки», г. Луганск, ЛНР.

**Сухоплюева Н.И.** – ГУ ЛНР «Луганский государственный  
медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск,  
ЛНР.

**Драгнев Юрий Владимирович** доцент кафедры физичес-  
кого воспитания, кандидат педагогических наук, доцент  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени  
Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Дроздов Дмитрий Вячеславович** – старший преподава-  
тель кафедры спортивных дисциплин ГОУ ВПО ЛНР «Луганский  
национальный университет имени Тараса Шевченко»,  
г. Луганск, ЛНР.

**Фоменко Анна Валериевна** – преподаватель кафедры  
спортивных дисциплин ГОУ ВПО ЛНР «Луганский  
национальный университет имени Тараса Шевченко»,  
г. Луганск, ЛНР.

**Ермилова Г.П. 2 к маг ПВШ** – ГОУ ВПО ЛНР «Луганс-  
кий национальный университет имени Тараса Шевченко»,  
г. Луганск, ЛНР.

**Завадич Валентина Николаевна** – доцент кафедры  
теории и методики физического воспитания, кандидат  
педагогических наук, доцент ГОУ ВПО ЛНР «Луганский  
национальный университет имени Тараса Шевченко»,  
г. Луганск, ЛНР.

**Загной Татьяна Владимировна** – старший преподаватель кафедры спортивных дисциплин ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Калмыкова Вероника Ивановна** – преподаватель ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Нескреба Тарас Анатольевич** – преподаватель ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Черняк Ольга Пётровна** – преподаватель ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Кирмач Галина Анатольевна** – доцент кафедры педагогики, кандидат педагогических наук, доцент ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Кострыкин Владлен Ярославович** – старший преподаватель кафедры физического воспитания ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Хвостиков Игорь Петрович** – старший преподаватель кафедры физического воспитания ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Мартыненко Елена Николаевна** – преподаватель кафедры физического воспитания ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Кучеренко Вера Сергеевна** – преподаватель ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Добровольская Нонна Александровна** – преподаватель ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Федорова Галина Васильевна** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Мороховец Сергей Александрович** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Бережная Светлана Евгеньевна** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Аматуни Наталья Аркадьевна** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Шиншина Светлана Ивановна** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Лебедева Ю.В.** – специалист физической реабилитации 1  
категории отдела реабилитации ГОУ ВПО ЛНР «Луганский  
национальный университет имени Тараса Шевченко»,  
г. Луганск, ЛНР.

**Проценко Дмитрий Сергеевич** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Черняк Ольга Петровна** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Нескреба Тарас Анатольевич** – преподаватель  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

**Ротерс Татьяна Тихоновна** – доктор педагогических  
наук, директор Института физического воспитания и спорта,  
доктор педагогических наук, профессор ГОУ ВПО ЛНР «Луган-  
ский национальный университет имени Тараса Шевченко»,  
г. Луганск, ЛНР.

**Ступченко Светлана Ивановна** – главный врач  
ГУ «ЛРВФД» ЛНР, доцент кафедры общей врачебной практики

и медицинской реабилитации, кандидат медицинских наук, доцент ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР.

**Панченко Л.Г.** – врач высшей категории  
ГУ ЛНР «Луганский республиканский врачебно-физкультурный диспансер», г. Луганск, ЛНР.

**Толубицкая Анастасия Владимировна** – специалист физической реабилитации 1 категории отдела реабилитации ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Федин Алексей Николаевич** – специалист физической реабилитации 1 категории отдела реабилитации ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», г. Луганск, ЛНР.

**Чумак Николай Иванович** – старший преподаватель кафедры социальной работы и организации работы с молодежью ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Владимира Даля», г. Луганск, ЛНР.

Научное издание

**Современные проблемы физической  
реабилитации в Луганской Народной  
Республике**

**Материалы Республиканской научно-практической  
конференции  
(г. Луганск, 8 апреля 2019 г.)**

Тексты поданы на языке оригинала

**Под общей редакцией – Т.Т. Ротерс, Е.В. Богданова**

**Подписано в печать 26.06.2019. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman.  
Печать ризографическая. Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 9,77.  
Тираж 50 экз. Заказ № 55.**

Издатель  
ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет  
имени Тараса Шевченко»  
«Книга»  
Ул. Оборонная, 2, г. Луганск, 91011. Т/ф: (0642) 58-03-20  
e-mail:knitaizd@mail.ru