

**ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет**

**имени В.И. Вернадского»**

**Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)**

**Здоровый образ жизни, физическая культура и  
спорт: тенденции, традиции, инновации**

**Healthy lifestyle, physical culture and sport: trends,  
traditions, innovations**

Сборник научных трудов

Collection of Scientific Works

Севастополь

Sevastopol

2019

УДК 796: 613.7 (08)

ББК 75.11

*Рекомендовано к печати Ученым Советом Севастопольского экономико-гуманитарного института (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», протокол № 8 от 02.09.2019 г.*

Коллектив авторов.

**Здоровый образ жизни, физическая культура и спорт: тенденции, традиции, инновации:**  
Сборник научных трудов. – Симферополь: ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского», 2019. – 217 с.  
ISBN

УДК 796: 613.7 (08)  
ББК 75.11

**Healthy lifestyle, physical culture and sport: trends, traditions, innovations :** Collection of Scientific Works. – Simferopol: V.I. Vernadsky Crimean Federal University , 2019. –217 p.  
ISBN

В сборнике размещены статьи, обобщающие результаты научных исследований работников высших учебных заведений, школ, сотрудников государственных и региональных организаций и учреждений, занимающихся вопросами формирования здорового образа жизни, физической культурой, спортом.

Материалы в сборнике отпечатаны в редакции авторских оригиналов. Редакционная коллегия не всегда полностью разделяет точки зрения авторов, тем не менее, считает их интересными и поддерживает их начинания. В рукописи сборника сохранена авторская позиция каждого автора, внесенные изменения носят исключительно редакционный характер.

Сборник предназначен для учёных, специалистов, изучающих сферу физической культуры и спорта, преподавателей, аспирантов, обучающихся.

Техническая редакция: кандидат педагогических наук, доцент Терницкая С.В., кандидат биологических наук, доцент Бочкарева Т.И., кандидат медицинских наук Алтынбекова З.Б., кандидат педагогических наук Строшкова Н.Т.

УДК 796: 613.7 (08)  
ББК 75.11

© Севастопольский экономико-гуманитарный институт  
(филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени  
В. И. Вернадского», 2019  
© Коллектив авторов, 2019

ISBN

**Редакционная коллегия:**

**Лазницкая Наталья Фёдоровна**

Директор Севастопольского экономико-гуманитарного института (филиала) ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского», кандидат географических наук

**Екимова Зульфия Залетдиновна**

Заместитель директора по учебно-воспитательной и научной работе Севастопольского экономико-гуманитарного института (филиала) ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

**Терницкая Светлана Викторовна**

Заведующий кафедрой физической культуры Севастопольского экономико-гуманитарного института (филиала) ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского» кандидат педагогических наук, доцент

## СОДЕРЖАНИЕ

### ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИЕ РЕСУРСЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

<b>Волкова Д.Д.</b> ГИМНАСТИКА КАК СРЕДСТВО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ.....	7
<b>Кабуш В.Т.</b> ЗДОРОВЬЕ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ.....	13
<b>Котляров О.В.</b> РЕШЕНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И ЕГО РОЛЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ НЕГАТИВНЫХ ЯВЛЕНИЙ.....	19
<b>Плахова Т.В.</b> ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С ПОЗИЦИИ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА.....	22
<b>Посохов В.П., Бочкарева Т.И.</b> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК НАУЧНАЯ ПРОБЛЕМА.....	30
<b>Смирнова З.М.</b> ВНЕДРЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС.....	34
<b>Терницкая С.В., Русаков А.А.</b> СОЦИАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ УНИВЕРСИТЕТА (ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР).....	38
<b>Фурманец А.В., Строшков В.П.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕТЬЕГО УРОКА ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ВНЕКЛАССНОЙ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ У ШКОЛЬНИКОВ.....	44
<b>Чугунова Н.П.</b> ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ С ОДАРЁННЫМИ ДЕТЬМИ И ОПЫТ ИХ РЕШЕНИЯ.....	47

### НАУЧНО-ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ

<b>Алтынбекова З.Б., Герасименко Н.Е.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ.....	52
<b>Глобенко Р.Р., Куцюруба М.В.</b> МИОФАСЦИАЛЬНОЕ РАССЛАБЛЕНИЕ КАК СРЕДСТВО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИК... ..	57
<b>Глобенко Р.Р., Нетяга П.Н.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕТРАДИЦИОННЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПРИ СКОЛИОЗЕ 1 СТЕПЕНИ.....	63
<b>Десяк Н.В., Строшкова Н.Т.</b> КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	68
<b>Иванов В.А., Алтынбекова З.Б., Мягкова Н.А.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИ	

ПОЗВОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСЦОВОГО ОТДЕЛА НА ПРИМЕРЕ ЙОГИ.....	73
<b>Коновалова Г.С., Строшкова Н.Т. ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.....</b>	79
<b>Крюков И.А., Строшкова Н.Т. МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРРЕГИРУЮЩИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ 13-14 ЛЕТ НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ.....</b>	87
<b>Лукаш В.А., Строшкова Н.Т. КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД.....</b>	92
<b>Лысенко В.И. НОВАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И ОТВЕТЫ.....</b>	96
<b>Христофорова В.К. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....</b>	98
<b>Щёкин Д.В., Ковтуненко С.Л. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ СРЕДСТВАМИ ПАССИВНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ С ВИБРАЦИОННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ.....</b>	102
<b>МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА, ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</b>	
<b>Бочкарева Т. И., Самойлов А.А. ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРИНЦИПЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ.....</b>	109
<b>Глухова Т.Г. АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО АКТУАЛИЗАЦИИ ВОСПРИЯТИЯ ПЕДАГОГАМИ СВОЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ.....</b>	112
<b>Корепанов А.Л. ОЦЕНКА СОКРАТИМОСТИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ Г. СЕВАСТОПОЛЯ.....</b>	117
<b>Нам В.М. IQDO – СИСТЕМА ГАРМОНИЧНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ЧЕРЕЗ СИМБИОЗ ФИЗИЧЕСКОЙ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ.....</b>	120
<b>Суровикова А.А. ПРОФИЛАКТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ.....</b>	123
<b>Щёкин Д. В. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ НАГРУЗКИ В ТЕЧЕНИИ ЗАНЯТИЯ В ТРЕНАЖЕРНОМ ЗАЛЕ НА ИЗМЕНЕНИЯ ОХВАТНЫХ ОБЪЕМОВ ТЕЛА У ЖЕНЩИН 30-35 ЛЕТ.....</b>	128
<b>Щёкин Д. В., Горбунов Д. Б. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ИНВАЛИДОВ- КОЛЯСОЧНИКОВ СРЕДСТВАМИ КЕНДО.....</b>	131
<b>ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ</b>	
<b>Алтынбекова З.Б., Иванов В.А. АСПЕКТЫ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ БАКАЛАВРОВ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ.....</b>	136

<b>Глобенко Р.Р.</b> ИНКЛЮЗИВНОЕ (ВКЛЮЧАЮЩЕЕ) ОБРАЗОВАНИЕ – ЗАКОНОМЕРНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ В КРЫМУ.....	140
<b>Глобенко Р.Р., Цеван А.В.</b> АКТУАЛЬНОСТЬ ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ПОДХОДА В ПОДГОТОВКЕ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БАКАЛАВРОВ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ.....	145
<b>Глобенко Р.Р.</b> АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	150
<b>Рябцев С.М.</b> ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СТУДЕНТОВ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ.....	155
<b>Соловова Н.А.</b> ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ.....	163
<b>ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕАЛИЗАЦИИ МНОГОЛЕТНЕЙ СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ</b>	
<b>Гаврилова О.В., Кудинов С.И.</b> АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕВУШЕК В ПРОЦЕССЕ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ ФИТНЕСОМ.....	167
<b>Гурова В.А., Строшкова Н.Т.</b> ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГОВОЙ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНЩИН 21-35 ЛЕТ В ФИТНЕС ЦЕНТРАХ.....	171
<b>Довбыш Н.В., Строшкова Н.Т.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОЙ И ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ПЛОВЦОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	176
<b>Ивков А.М., Строшкова Н.Т.</b> СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ МОРСКОГО ПОХОДА.....	179
<b>Каребо Д.Н., Терницкая С.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПОРТИВНЫХ КЛУБОВ.....	185
<b>Карзанова Е. Г., Кудинов С.И.</b> АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИБКОСТИ И СИЛЫ У ДЕВУШЕК В ПРОЦЕССЕ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ ФИТНЕСОМ.....	189
<b>Катков Б.А., Строшкова Н.Т.</b> ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....	192
<b>Кашлак В.А., Строшкова Н.Т.</b> ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ В СОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД В ФУТБОЛЕ.....	196
<b>Мацюцкий А.И., Строшкова Н.Т.</b> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СОТРУДНИКОВ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ.....	200
<b>Митрюшина Я.-А.В., Строшкова Н.Т.</b> ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В СИНХРОННОМ ПЛАВАНИИ ЮНЫХ СПОРСМЕНОВ 9-12 ЛЕТ	204
<b>Терницкая С.В., Кийко И.А.</b> РЕАЛИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СТУДЕНЧЕСКОГО СПОРТИВНОГО КЛУБА.....	208

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИЕ  
РЕСУРСЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

УДК 796,4

**Волкова Данара Давыдовна,**  
старший преподаватель кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
г. Севастополь, РФ

**ГИМНАСТИКА КАК СРЕДСТВО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА  
ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ**

**Аннотация.** Человек, который заботится о своем здоровье и ориентирован на здоровый образ жизни, становится успешным в различных областях жизнедеятельности. Известно, что без достаточной двигательной активности человек не может воспользоваться тем, что заложено в него природой, не может продуктивно трудиться и быть здоровым. В связи с низким уровнем здоровья и растущим процентом заболеваемости среди студенческой молодежи возникает необходимость внедрения в образовательный процесс здоровьесберегающих технологий. В статье рассматривается влияние традиционных общеразвивающих упражнений базовой гимнастики на занятиях физической культурой и упражнений нетрадиционных видов гимнастики на физическую подготовленность студентов. Появление новых нетрадиционных в массовом физкультурном движении видов двигательной активности, делает занятия более эмоциональными, способствуют повышению интереса студентов к занятиям физической культурой, создает в вузе такую образовательную среду, которая способствует сохранению здоровья каждого отдельного студента.

**Ключевые слова:** физическая культура, здоровьесберегающие технологии, базовая гимнастика, нетрадиционные виды гимнастики, здоровый образ жизни, образовательная среда.

**Volkova D.D. GYMNASTICS AS MEANS OF IMPROVEMENT STUDYING AT  
OCCUPATIONS PHYSICAL CULTURE V.I. Vernadsky Crimean Federal University,  
Sevastopol, Russia**

**Annotation.** A person who cares about his health and is focused on a healthy lifestyle becomes successful in various areas of life. It is known that without sufficient physical activity, a person can not take advantage of what is inherent in his nature, can not work productively and be healthy. Due to the low level of health and the growing percentage of morbidity among students, there is a need to introduce health-saving technologies into the educational process. The article deals with the influence of traditional General developmental exercises of basic gymnastics in physical culture and exercises of non-traditional types of gymnastics on the physical fitness of students. The emergence of new non-traditional types of physical activity in the mass movement, makes classes more emotional, increase students ' interest in physical education, creates an educational environment at the University, which contributes to the preservation of the health of each individual student.

**Keywords:** physical culture, health-saving technologies, basic gymnastics, non-traditional types of gymnastics, healthy lifestyle, educational environment.

Физическая культура, являющаяся частью общей культуры, оказывает огромное влияние на здоровье человека, на его физическое развитие и на воспитание двигательных качеств. Оно закладывается с детства, затем развивается, совершенствуется в студенческом возрасте, и это происходит, прежде всего, за счет средств физической культуры.

В нашем вузе уделяется большое внимание здоровью обучающейся молодежи. Это связано в первую очередь с тем, что, окончив школу, будущие обучающиеся уже имеют определенные отклонения в состоянии здоровья. Процесс обучения требует от обучающихся большой умственной и физической нагрузки и, чтобы сохранить и преувеличить умственную и физическую работоспособность, необходимо так организовать занятия физической культурой, чтобы его содержание обеспечивало физическую активность и формировало навыки здорового образа жизни.

Большое значение для сохранения здоровья обучающихся имеет создание в вузе здоровьесберегающей среды, которая обеспечивает, прежде всего, сохранение здоровья каждого обучающегося.

Одной из сторон здоровьесберегающих технологий является учет индивидуальных особенностей обучающихся на занятиях физической культурой и, прежде всего, их физическая подготовленность. Благодаря такому подходу создается база для формирования багажа знаний, умений, навыков для ведения здорового образа жизни.

Для решения задач оздоровления существует огромный арсенал средств, и практика показывает, что главенствующая роль среди них принадлежит гимнастике, как системе физических упражнений, куда входят базовая гимнастика и нетрадиционные виды гимнастики.

Применяя упражнения базовой гимнастики и упражнения из нетрадиционных видов гимнастики, преподаватели кафедры физической культуры нашего института исходят из интересов обучающихся и уровня их физической подготовленности. Благодаря совместному применению упражнений этих видов гимнастики формируется устойчивый интерес к систематическим занятиям физическими упражнениями.

Основным средством базовой гимнастики являются общеразвивающие упражнения, которые выполняются из различных исходных положений. Из нетрадиционных видов гимнастики применяются упражнения из атлетической гимнастики, упражнения из системы стретчинг, Пилатес, Калланетик. При выполнении упражнений необходимо требовать от занимающихся выполнение правильных исходных положений, что способствует формированию правильной осанки.

Упражнения общеразвивающего характера.

Из исходного положения стоя.

Упражнения для мышц плечевого пояса, мышц туловища и шеи, мышц нижних конечностей, которые направлены на укрепление всех групп мышц, увеличения подвижности суставов, укрепление сердечнососудистой и дыхательной систем.

Примерный комплекс

I. И.п. – стойка ноги врозь, руки к плечам.

1 – руки в стороны с тыльным сгибанием кистей;

2 – и.п.

II. И.п. – стойка ноги врозь, руки в стороны

1 – отведение согнутых рук перед грудью;

2 – отведение прямых рук;

3 – отведение согнутых рук;

4 – и.п.

III. И.п. – стойка ноги врозь, руки за голову.

1 – поворот налево, правая рука в сторону;

2 – и.п.;

3 – поворот направо, левая рука в сторону;

4 – и.п.

IV. И.п. – стойка ноги врозь, руки на пояс.

1 – наклон влево, правая рука вверх;

2 – и.п.;

3 – наклон вправо, левая рука вверх;

4 – и.п.

V. И.п. – стойка ноги врозь, руки к плечам.

1 – поворот туловища налево, руки вверх;

2 – наклон туловища вперед;

3 – наклон туловища влево;

4 – и.п.

То же самое с поворотом туловища направо.

VI. И.п. – о.с., руки к плечам.

1 – левая нога вперед на носок, наклон туловища назад, руки вверх;

2 – и.п.;

3 – правая нога вперед на носок, наклон туловища назад, руки вверх;

4 – и.п.

VII. И.п. – о.с., руки к плечам.

1 – выпад левой влево, наклон туловища вправо, руки вверх;

2 – и.п.;

3 – выпад правой вправо, наклон туловища влево, руки вверх;

4 – и.п.

VIII. И.п. – о.с., руки к плечам.

1 – мах левой влево, руки вверх;

2 – и.п.;

3 – мах правой вправо, руки вверх;

4 – и.п.

Из исходного положения в партере.

При выполнении упражнений в партере в исходных положениях сидя и лежа уменьшается вертикальная нагрузка на позвоночник. В то же время общая физическая нагрузка в этих упражнениях высока.

Примерный комплекс.

I. И.п. – сидя упор сзади.

1 – угол;

- 2 – ноги врозь;
- 3 – ноги вместе;
- 4 – и.п.

II. И.п.–упор сидя сзади.

- 1 – угол;
- 2 – согнув ноги положить влево;
- 3 – угол;
- 4 – и.п.

Тоже вправо.

III. И.п.–лежа на спине, руки прижаты к полу.

- 1 – мах левой ногой вперед до вертикали;
- 2 – мах правой ногой вперед до вертикали;
- 3 – 4 и.п.

IV. И.п. – лежа на спине, руки за голову.

- 1 – мах согнутой левой ногой вперед с одновременным наклоном туловища вперед до касания правого локтя;
- 2 – и.п.;
- 3 – мах согнутой правой ногой вперед с одновременным наклоном туловища вперед до касания левого локтя;
- 4 – и.п.

Упражнения из нетрадиционных видов гимнастики.

Стретчинг – система упражнений на растягивание, направленные на развития гибкости в статических положениях [5, с. 247-255].

Примерный комплекс.

I. И.п. – стоя лицом к гимнастической стенке в выпаде на левую ногу, руки упором на уровне плечевого пояса.

- 1 –3 – сгибание левого голеностопного сустава при касании пяткой пола;
- 4 – и.п.

Тоже другой ногой.

II. И.п. – стоя спиной к гимнастической стенке в широкой стойке, кисти упором на уровне тазобедренных суставов.

- 1 – 3 – наклон вперед;
- 4 – и.п.

III. И.п. – о.с.

- 1 – 3 – пружинящие наклоны вперед до касания ладонями пола;
- 4 – и.п.

IV. И.п. – стойка ноги врозь, спиной к стенке.

- 1 – наклон влево, левая рука скользит вдоль туловища;
- 2 – и.п.;
- 3 – наклон вправо, правая рука скользит вдоль туловища;
- 4 – и.п.

Атлетическая гимнастика – система упражнений с различными отягощениями Упражнения атлетической гимнастики направлены на укрепление основных мышечных групп [5, с. 224-233].

Примерный комплекс.

I. И.п. – вис на перекладине.

1 – сгибая руки в локтевых суставах, подтянуться до касания подбородка верхнего уровня перекладины;

2 – и.п.

II. И.п. –упор лежа.

1 – сгибание рук;

2 – и.п.

III. И.п.–стойка ноги врозь, руки за голову.

1 – присесть, не отрывая пяток от пола;

2 – и.п.

IV. И.п. – лежа на спине, руки за голову, ноги закреплены.

1 – наклон туловища вперед;

2 – и.п.

Упражнения системы Джозефа Пилатеса позволяют при минимальной нагрузке на позвоночник укрепить мышечный корсет, не наращивая при этом объема мускулатуры.

Примерный комплекс

I. И.п. – лежа на спине, колени согнутых ног подтянуты к груди, руки на голени.

1 – дугами наружу руки вверх, ноги под углом 60 градусов;

2 – и.п.

II. И.п. – лежа на спине, руки за голову, согнутые ноги подтянуты к груди.

1 – поднять ноги до вертикали;

2 – опустить ноги под углом 60 градусов;

3 – поднять ноги до вертикали;

4 – и.п.

III. И.п. – лежа на спине, руки за голову, согнутые ноги подтянуты к груди.

1 – поворот верхней части туловища направо с одновременным подтягиванием левого колена к правому локтю и выпрямлением правой ноги;

2 – и.п.;

3 –тоже в другую сторону;

4 – и.п.

Калланетика – система упражнений, которая, благодаря многократному повторению упражнений в изометрическом режиме, укрепляет более глубокие мышечные слои [6, с. 459]

Примерный комплекс

I. И.п. – стоя левым боком к опоре, левая нога на опоре, руки вверх, кисти в замок ладонями наружу.

1 – 25 – пружинящие наклоны влево;

1 – 25 – со сменой и.п. пружинящие наклоны вперед.

Тоже правым боком.

II. И.п. – стоя лицом к опоре левая согнутая нога на опоре, руки на уровне стопы.

1 – 3 – отвести таз назад, выпрямить ногу и задержаться в этом положении 25 с.;

4 – и.п. с последующей сменой ног.

Тоже правой ногой.

III. И.п. – сидя в полу-шпагате на левой правая назад, руки упором на гимнастическую стенку.

1 – 25 – махи правой ноги назад;

1 – 25 – смена и.п. с последующими махами левой ноги назад.

IV. И.п. – стоя на коленях лицом к опоре, руки упором на уровне плечевых суставов.

1 – мах левой согнутой ногой назад;

2 – и.п.;

3 – мах правой согнутой ногой назад;

4 – и.п.

В начале учебного года обучающимся в группах первого курса обучения направления подготовки «туризм», «правоведение» и «психология» были предложены тесты на гибкость, силу, скоростно-силовой подготовленности, координации. Выполнение тех же тестов было предложено и в конце первого семестра. Если в начале учебного года в тестах:

– на гибкость (наклон вперед в положении сидя) средний результат у девушек равнялся – 13,5 см., то по итогам первого семестра – 15,2 см., у юношей соответственно – 7,5 см. и 9,4 см.

– на силу (сгибание – разгибание рук в упоре лежа) у девушек – 8 раз и 10 раз, у юношей 25 раз и 32 раза; (подтягивание на перекладине) – юноши 7 раз и 11 раз

– скоростно-силовые качества (прыжки в длину с места) у девушек – 172 см. и 175 см., у юношей – 225 см. и 228 см.; (поднимание туловища из положения лежа в положение сидя в 1 минуту) у девушек – 35 раз и 40 раз, у юношей – 43 раза и 48 раз.

– координационные качества (челночный бег 4х9м.) у девушек – 10,5 с. и 10,1с., у юношей – 8,2 с. и 7,8 с.

По итогам первого семестра виден прирост результатов, поэтому можно утверждать, что средства базовой гимнастики увеличивает динамику данных физических качеств.

Во втором семестре вместе с упражнениями базовой гимнастики были включены упражнения из нетрадиционных видов гимнастики. Студенты выполняли те же тесты, что и в первом семестре:

– на гибкость (наклон вперед в положении сидя) средний результат по итогам первого семестра – 15,2 см., по итогам второго – 15,8 см. у юношей соответственно – 9,4 см. и 9,6 см.

– на силу (сгибание – разгибание рук в упоре лежа) у девушек – 10 раз и 12 раз, у юношей 32 раза и 34 раза; (подтягивание на перекладине) – юноши 11 раз и 13 раз.

– скоростно-силовые качества (прыжки в длину с места) у девушек – 175 см. и 180 см., у юношей 228 см. и 230 см.; (поднимание туловища из положения лежа в положение сидя в 1 минуту) у девушек – 40 раз и 48 раз, у юношей – 48 раз и 52 раза.

– координационные качества (челночный бег 4х9м.) у девушек – 10,1 с., и 9,9с., у юношей – 7,8 с. и 7,6 сек

Благодаря разнообразию здоровьесберегающих компонентов, применяемых на занятиях физической культурой, были повышены показатели по физической подготовленности обучающихся. Такая работа преподавателей в этом направлении, к тому же, дает возможность обучающимся овладеть методикой здорового образа жизни, подбором и применением средств физической культуры, которые способствуют, не только сохранению собственного здоровья, но и вырабатывают у них собственный образ жизни. Большинство обучающихся стали

следить за своим питанием, контролировать физическую нагрузку в процессе занятий и вести дневник своего здоровья.

#### **Список используемой литературы:**

- 1.Бауэр, В. Г. Социальная значимость физической культуры и спорта в современных условиях развития России / В.Г. Бауэр. – М., 2001. – № 1. – С. 50-56.
- 2.Глухова М. Ю. Повышение эффективности учебных занятий по физическому воспитанию в вузе средствами оздоровительной гимнастики/ М.Ю. Глухова. – Образование и наука №7,2008, С. 87 - 94.
- 3.Ланда, Б. Х. Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности: учеб. Пособие / Б.Х. Ланда. – М.: Советский спорт, 2004. – 192 с.
4. Менхин, Ю. В. Оздоровительная гимнастика: теория и методика / Ю. В. Менхин, А. В. Менхин. – Ростов Н/Д: Феникс, 2002. – 384 с.
5. Петров П.К. Методика преподавания гимнастики в школе: учеб. для студ. высш. учеб. завед / П.К. Петров. –М: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2000.– 448с.
- 6.Холодов Ж.К. Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – 5-е изд., стер. – М.: Издательский центр «академия», 2007. – 480с.

*УДК 796.06*

**Кабуш Владимир Трофимович**

доктор педагогических наук  
профессор кафедры педагогики и менеджмента  
Государственного учреждения образования  
«Академия последипломного образования»  
г. Минск, Республика Беларусь

### **ЗДОРОВЬЕ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**Аннотация.** В статье обозначаются проблемы в сфере формирования культуры здоровья школьников, рассматриваются основные аспекты здоровья человека, описывается содержание проблемы, предлагаются конкретные пути ее решения.

**Ключевые слова:** здоровье, физический аспект, психологический аспект, социальный аспект, человек и культура, здоровый образ жизни, ответственность человека за свое здоровье.

**Kabush Vladimir Trofimovich, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor of the Department of Pedagogy and Management of the State Educational Institution "Academy of Postgraduate Education" Republic of Belarus, Minsk**

**Annotation.** The article identifies the problems in the field of shaping the health culture of schoolchildren, the main aspects of human health are considered, the content of the problem is described, specific ways of its solution are offered.

**Keywords:** health, physical aspect, psychological aspect, social aspect, man and culture, healthy lifestyle, human responsibility for their health.

В современной системе образования обозначилось множество проблем. Одной из приоритетных является решение проблемы ориентации всей системы образования на здоровьесберегающее обучение и воспитание. Весомыми аргументами в пользу актуализации данной проблемы являются следующие:

1. Состояние здоровья школьников характеризуется наличием негативных тенденций, которые привели практически к критическому ухудшению здоровья нации уже в начале XXI века. К этим тенденциям относятся: стрессовая педагогическая практика в обучении школьников; несоответствие многих методик и технологий обучения возрастным и гендерным особенностям; нерациональная организация учебно-воспитательного процесса; нарушение санитарно-гигиенических норм и правил; отсутствие научно-обоснованной системы воспитания здорового человека.

2. Большая нагрузка врачей общего профиля практически сводит на нет их главную работу – профилактику заболеваний, предупреждение осложнений болезней детей, работу с больным ребенком до полного восстановления его функциональных возможностей. Школьный врач, фельдшер, медсестра делают прививки, ведут документацию, выдают справки о состоянии здоровья, но не трудятся совместно с педагогическим коллективом на равных над сохранением здоровья детей. Препятствует такой работе и подготовка врачей. Сегодня ни один медицинский вуз не готовит специалистов для дошкольных и школьных учреждений образования.

3. Образ жизни современных людей во многом не соответствует понятию «здоровый образ жизни», а значит, не может положительно влиять на психологическое, духовно-нравственное и физическое здоровье подрастающего поколения.

4. Школа, вопреки провозглашаемым идеям гуманизации и демократизации остается во многом авторитарной и заформализованной.

Чтобы хотя бы частично решить данные проблемы необходимо предпринимать реальные действия по сохранению и укреплению у учащихся здоровья, учитывая следующие аспекты:

Физический аспект: утренняя гимнастика; занятия в спортивных секциях и кружках; самостоятельная организация физической деятельности (посещение бассейна, тренажерного зала, занятия йогой, шейпингом и т. п.), активный отдых (походы, игры на свежем воздухе, катание на коньках и лыжах); закаливание; занятия лечебной физкультурой; ежедневные прогулки на свежем воздухе (не менее 1,5 часа в день); полноценный сон (не менее 9 часов); регулярное и полноценное питание; использование биологических добавок, иммуностимуляторов и витаминов; регулярное посещение поликлиники с профилактической целью, прививки (в том числе от гриппа).

Психологический аспект: интерес к приобретению знаний, умений и навыков поддержания психического здоровья; готовность обратиться к специалисту-психологу при наличии проблем, связанных с нарушением психического здоровья; коррекция саморегуляции в поведении и общении. Социальный аспект: стремление избегать социально рискованного поведения; желание поступать в соответствии с нравственными, эстетическими и иными (в том числе гендерными) социальными нормами поведения; интерес к экзистенциальным

проблемам, соотнесение их со своей жизненной практикой, поступками; стремление к духовному самосовершенствованию.

Человек и культура. Человек как субъект культуры. Материальная и духовная культура человека. Материальная: человеческая телесность, предметы и орудия труда, социальные организации и др.; духовная культура: знания, общечеловеческие ценности, идеальные образы, нравственные, религиозные проекты и др. Духовная культура как степень развития самого человека.

Физическая и гигиеническая культура человека. Физическая культура – результат здорового образа жизни. Спорт как средство формирования тела. Культура телодвижений. Грациозность и легкость женского тела. Сила и гибкость мужского тела. Функциональная развитость движений. Этикет спортивных занятий и спортивного костюма. Культура жилья. Гигиена девочки. Гигиена мальчика. Уход за телом, волосами, полостью рта. Культура питания, одежды. Культура режима и распорядка дня. Режим работы, отдыха, увлечений. Культура отношений человека к вещам. Материальные потребности человека и возможности их удовлетворения.

#### Содержание проблемы

Здоровье как научная проблема, охватывающая комплекс медико-биологических, психологических, социально-философских и гуманитарных наук. Важнейшие проблемы социального здоровья. Разрушение здоровья как следствие недостаточности культуры. Проблема взаимосвязи духовного, нравственного и физического здоровья, потребностей и образа жизни, творческой деятельности и долголетия человека. Здоровый образ жизни. Здоровье в представлении и опыте народа.

Следует каждого обучающегося сориентировать на следующие аспекты здоровья:

а) физический аспект: объективные характеристики норм физического развития; нормы физической нагрузки; санитарные нормы для своего возраста и статуса, включая режим дня; идентификация физического состояния (способность определить отклонения от нормы, болезнь);

б) психический аспект: причины нарушения психического здоровья; знания о стрессе и его возможных факторах; об основах релаксации; идентификация психических состояний; знания о конструктивных способах решения конфликтных ситуаций;

в) социальный аспект: знания о возможных социальных рисках, о нравственных нормах и их реализации в повседневной жизни.

Тревога за физическое существование человеческого рода. Здоровье человека. Здоровье как ценность жизни человека. Здоровье как физическая и нравственная красота человека. Умеренность – союзник природы и страж здоровья. Невоздержание – гибель тела. Деятельность человека – источник его здоровья. Физическая бездеятельность – смерть человека. Физическая закалка и нравственное здоровье. Бодрость духа – основа физического здоровья. Упадок духа – болезнь души и тела. Труд, физкультура, спорт, народное творчество и промысел как средства формирования оптимизма, культуры, бодрости.

Установка на здоровье как ценность и мотивация на его укрепление. Школьник должен считать здоровье важным, понимать необходимость поддержания психического и физического здоровья, стремиться в любой ситуации сохранить социально правильное поведение; предпринимать реальные действия по сохранению и укреплению здоровья.

В Концепции непрерывного воспитания детей и учащейся молодежи в Республике Беларусь указано, что содержание воспитательной работы по формированию здорового образа жизни основано на усвоении обучающимися многогранности понятия «здоровье», воспитании общечеловеческой и личностной ценности; воспитании бережного отношения к здоровью своему и окружающих; на приобщении к занятиям в спортивных кружках и секциях; формировании культуры питания, труда и отдыха; предупреждении вредных зависимостей. В этом же документе указаны и условия здорового образа жизни: сотрудничество учреждений образования с семьей; пропаганда здорового образа жизни; внедрение в воспитание здоровьесберегающих технологий; систематическое занятие физической культурой; учет возрастных особенностей воспитанников и др.

Одновременно здоровый образ жизни предполагает формирование у воспитанников правильных представлений о категориях добра и зла как точек отсчета нравственного и безнравственного; формирование потребности и способности корректировать собственную жизнедеятельность. Все это проводится в образовательных учреждениях с целью научить воспитанников строить собственную жизнь, изменяя обстоятельства и самого себя. Особое внимание уделяется изучению самостоятельности школьников во всех видах деятельности, формированию правил овладения ситуациями, реальной ответственности за принятие решений, свободного выбора поступков, способов саморегуляции поведения.

Реализация содержания начиналась с представлений воспитанников о категориях добра и зла, о мнимом и истинном благе. Педагоги раскрывают на конкретных примерах содержание добра и зла в социальной культуре народа; показывают безнравственное и противоправное поведение человека. В беседах, разговорах, во время диспутов они помогают детям понять, что человек может быть сам себе другом и врагом, акцентируют внимание на вредных привычках – курении, алкоголизме, наркомании, токсикомании, сексуальной распущенности. Для этого используют игры-доказательства: «Суд над пороками людей», «Суд над наркоманией», «Суд над алкоголизмом», «Суд над воровством». С целью противостояния вредным привычкам проводят откровенные разговоры в кругу друзей на темы: «Моя самооценка», «Мне обо мне», «Доброе слово о себе и о других», «А каков же я?», «Расскажи мне обо мне».

Для формирования у учащихся умений противостоять вредным привычкам во многих школах по месту жительства создаются социально-психологические центры «Сотвори себя сам», «Познай самого себя» и др. Они помогают вооружать учащихся знаниями, умениями, навыками самоанализа, самооценки, самокоррекции.

Памятка «Что могут делать сами воспитанники, чтобы быть здоровыми»

1. Вести здоровый образ жизни: соблюдать режим дня; соблюдать правила гигиены; гулять на свежем воздухе; закаляться; заниматься спортом, туризмом; заниматься интересным и полезным делом; бороться с болезнями своей души (невоспитанностью, грубостью, хамством, ленью, скупостью, неблагодарностью и др.); не употреблять в своей речи грубых, грязных, бестактных слов; не обижать и не оскорблять других людей, относиться к ним с уважением; делать добро.

2. Меньше времени проводить у телевизора и компьютера, больше читать.

3. Быть инициаторами и организаторами различных дел, направленных на укрепление здоровья, как в семье, так и в школе, в окружающем социуме (двор, улица, городской микрорайон; село, поселок и др.).

4. Организовать работу таких моделей и структур в органах ученического самоуправления как: совет физкультуры; комитет по культуре здоровья и спорта; школа здоровья для ребят и взрослых; клубы Здоровячков и Неболеек, «Быстрое колесико», «Крылатые сандалии», «Стремительные лыжи», «Шайбу! Шайбу!», «Белая ладья», «Олимпиец», агитбригада «Будем все здоровы!» и др.

6. Быть активными пропагандистами здорового образа жизни.

7. Не поддаваться вредным влияниям улицы, средств массовой информации, влияниям людей, ведущих нездоровый образ жизни.

8. Разумно проводить свой досуг.

9. Организовывать встречи с людьми, сильными духом, людьми, ведущими здоровый образ жизни.

10. Возрождать досуговый опыт народа.

11. Научиться различать добро и зло в этой жизни, противостоять злу, бороться со злом, утверждать добро в себе и окружающей жизни, делать добро.

12. Выполнять рекомендации и советы врачей.

13. Составить собственную программу «Я и мое здоровье» с учетом своих нравственных и физических проблем.

14. Приобщать родителей, друзей, учителей, сверстников к здоровому образу жизни.

Педагогический ресурс

Здоровый образ жизни

Здоровье – естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой отсутствием каких-либо болезненных изменений; состояние полного телесного, душевного благополучия, наличие у человека достаточного количества энергии, энтузиазма и настроения для выполнения или завершения дела (ВОЗ, Е. Минард). Здоровье человека в значительной мере зависит от существующих в обществе систем ценностей, определяющих смысл жизни. Здоровье является личной и общественной ценностью. Формированием такой установки на собственное здоровье занимается новая отрасль знания, получившая название «валеология» – наука о здоровье.

Здоровый образ жизни – это определенный способ переживания смысла жизни и соответствующие этому переживанию формы поведения, способствующие сохранению здоровья. Под здоровым образом жизни следует понимать типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций. В понятие «здоровый образ жизни» можно также включить систему поведенческих стереотипов, способствующих сохранению здорового долголетия.

Здоровый образ жизни предполагает:

а) формирование у воспитанников правильных представлений о категориях добра и зла как точек отсчета нравственного и безнравственного;

б) формирование правильных представлений о благе мнимом и благе истинном;

в) формирование потребности и способности корректировать собственную жизнедеятельность.

Здоровый образ жизни и его компоненты:

1) духовное самосовершенствование; отказ от вредных привычек; правильное питание; соблюдение определенных гигиенических норм (очищение организма в том числе); оптимальное сочетание работы и отдыха;

2) двигательная активность и физическое совершенствование; закаливание; психогигиена;

3) поддержание и самосовершенствование в течение жизни выработанного стиля жизни.

Культура здорового образа жизни направлена:

- на формирование и развитие у воспитанников правильных отношений с самим собой;
- выработку у детей, подростков, юношества необходимых знаний, умений, действий, направленных на выполнение нравственных и правовых норм человеческого общежития;
- формирование правил овладения ситуациями, реальную ответственность за принятие решений, свободный выбор поступков, способов саморегуляции поведения во всех сферах жизнедеятельности.

Связь здорового образа жизни и общей культуры: личная гигиеническая культура – культура поведения – культура мышления.

Качества здоровья человека: позитивные и негативные

Признаки здорового образа жизни: нормальный, оптимальный или соответствующий возрасту уровень двигательной активности; рациональный режим дня или труда и отдыха; правильно организованное питание; правильная реакция на стрессовую ситуацию (конфликт, чувство напряжения, страха, тоски и т. д.) или соблюдение психогигиены; соблюдение правил личной гигиены; отсутствие вредных привычек.

Признаки нездорового образа жизни: недостаточный или ограниченный уровень двигательной активности; несоблюдение или отсутствие режима дня; неправильно организованное питание; повышенная ответная реакция на стрессовую ситуацию (несоблюдение психогигиены); нарушение правил личной гигиены; наличие одной или нескольких вредных привычек (употребление алкогольных напитков, табакокурение, употребление токсических веществ).

#### **Список использованных источников**

1. Азбука этических ценностей : пособие для педагогов учреждений общ. сред. образования / В. Т. Кабуш, А. В. Трацевская [и др.]; под ред. В.Т. Кабуша. – Минск : Нац. ин-т образования, 2013. – 192 с.

2. Кабуш, В. Т. Гуманизация воспитательного процесса в современной школе : пособие для педагогов учреждений общ. сред. образования / В. Т. Кабуш, А. В. Трацевская. – Минск : Нац. ин-т образования, 2012. – 184 с.

3. Кабуш В. Т. Воспитать человека : пособие для педагогов учреждений общего среднего образования / В.Т. Кабуш, Т.В. Плахова А.В. Трацевская. – Минск: «Верасень», 2014. – 223 с.

УДК 796

**Котляров Олег Васильевич,**  
учитель физической культуры  
ГБОУ СОШ им. Г. В. Жукова  
с. Сухая Вязовка  
м. р. Волжский Самарской области, РФ

### **РЕШЕНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И ЕГО РОЛЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ НЕГАТИВНЫХ ЯВЛЕНИЙ**

**Аннотация.** В статье представлен педагогический опыт ГБОУ СОШ им. Г. В. Жукова с. Сухая Вязовка м. р. Волжский Самарской области по формированию здорового образа жизни обучающихся. Раскрыты основные подходы к пропаганде здорового образа жизни не только среди обучающихся, но и жителей села, приобщению их к физической культуре и спорту; отмечены реальные достижения системной работы в этой сфере, раскрыты новые угрозы и вызовы современности, предложены пути их решения в условиях сельской школы.

**Ключевые слова:** здоровье, молодое поколение, вредные привычки, здоровый образ жизни, физическое воспитание, государственная задача, оздоровление нации, личность, двигательная активность, спортивные игры, физическое развитие, спортивные секции, спортивно-массовая работа, соревнования, спартакиада, преемственность.

**Kotlyarov Oleg Vasilyevich, teacher of physical culture GBOU SOSH im. G. V. Zhukov S. Dry Vyazovka M. R. Volzhsky of the Samara region S., Russia**

**Annotation.** The article presents the pedagogical experience of GBOU SOSH im. G. V. Zhukova S. Sukhaya Vyazovka M. R. Volzhsky of Samara region on the formation of a healthy lifestyle of students. The main approaches to the promotion of healthy lifestyles not only among students but also rural residents, their introduction to physical culture and sports are revealed; real achievements of systematic work in this area are noted, new threats and challenges of modernity are revealed, ways of their solution in rural schools are proposed.

**Keywords:** health, the younger generation, bad habits, healthy lifestyle, physical education, state task, improvement of the nation, personality, physical activity, sports games, physical development, sports clubs, sports and mass work, competitions, Olympics, continuity.

В ситуации прогрессирующих в последнее время алкоголизма и наркомании, ведущих к физической и духовной деградации личности, понятна озабоченность человечества здоровьем молодого поколения.

«Вредные привычки резко отрицательно отражаются на трудовой и творческой жизни людей, влекут за собой различные заболевания и социальное неблагополучие, вызывая тяжёлые последствия как для самого человека, так и для его семьи и всего общества» [1, с. 9]

В разрезе молодёжной политики, направленной на решение вопросов оздоровления нации, популяризацию здорового образа жизни, главным звеном данной работы признано физическое воспитание молодёжи.

Задача каждого учителя – внести свой вклад в решение важной государственной задачи оздоровления нации.

В нашей школе и сельском поселении накоплен определённый опыт решения этой проблемы.

«Целью школьного физического воспитания является формирование разносторонне физически развитой личности, способной активно использовать ценности физической культуры для укрепления и длительного сохранения собственного здоровья, оптимизации трудовой деятельности и организации активного отдыха»: [2, с. 4].

Современное понимание здоровья человека включает несколько составляющих: наследственность, семейное благополучие, нормальную экологию окружающей среды, собственно физическую культуру, закаливание и другие аспекты. Среди них особое место занимает правильное, рациональное питание. Поэтому в нашей школе горячим питанием охвачено практически 100% учащихся.

Несомненно, залогом здоровья ребёнка является его двигательная активность, которая имеет в каждой возрастной группе свои особенности.

В начальных классах двигательный режим включает в себя зарядку, физкультминутки, подвижные перемены, часы здоровья и занятия в спортивных секциях.

В средних классах двигательная активность продолжает развиваться с акцентом на изучение элементов спортивных игр: теннис, волейбол, футбол и т.д.

В старших классах происходит процесс оттачивания спортивного мастерства, совершенствование индивидуальных и командных навыков игры.

Главным условием для организации данной работы в любой возрастной группе является соблюдение половых особенностей учащихся, развитие индивидуальных способностей и учёт их психологического состояния.

Важным средством решения задач оздоровления являются подвижные игры, способствующие физическому развитию, эмоциональному восприятию, повышающие уровень активности и коммуникативности, а также спортивные секции, которые призваны формировать у учащихся навыки саморазвития и самоконтроля.

Спортивными секциями в нашей школе охвачены около 70% учащихся 1-11 классов. Дети с интересом посещают занятия по различным видам спорта в соответствии со своими склонностями и желаниями. Данные занятия проводятся бесплатно, что открывает доступ к ним большему числу учащихся.

Большое внимание уделяется спортивно-массовой оздоровительной работе, которая позволяет реализовать каждому ученику его индивидуальные способности. План включает в себя Дни здоровья, первенства школы по кроссу, волейболу, н/теннису, футболу, лыжным гонкам, л/атлетике, конкурсы «Вперёд, мальчишки!», «А ну-ка, парни!» и другие мероприятия.

Результатом систематической спортивно-массовой работы являются победы учащихся в соревнованиях районной спартакиады. Отрадно заметить, что на протяжении 22 лет её существования наша школа завоёвывала 13 раз 1 место, 8 раз 2 место и 1 раз 3 место. Среди учащихся есть победители и призёры зональных и областных турниров по футболу, лёгкой атлетике, н/теннису.

Гордостью школы являются футбольная команда девочек, участница областных финальных соревнований «Лето с футбольным мячом» 2013 и 2017 годов, сборная команда по настольному теннису, являющаяся призёром ежегодных районных соревнований.

О серьёзном подходе к решению оздоровительных задач говорит режим работы спортивного зала, который бывает открыт с 8.30 до 22 часов.

Кроме спортивного зала, большую нагрузку несут также тренажёрный зал, спортплощадка, три спортивных зоны, лыжная база.

Во время проведения вечерних секций одновременно со спортзалом используется также весь первый этаж школы для занятий н/теннисом, л/атлетикой, подвижными играми.

Созданы все условия для максимального отвлечения детей от бесцельного проведения времени на улице. Посетить секцию разрешается любому ученику, не включённому в список занимающихся. В спортзале ждут всех, у кого появляется свободное время.

Для посещающих спортивные секции разработаны свои правила, по которым обязательным является допуск врача, наличие спортивной формы, чистой спортивной обуви, соблюдение дисциплины и техники безопасности, режим отказа от курения на время занятий.

Об эффективности выбранных форм и методов оздоровительной работы говорят показатели роста количества учащихся, делающих выбор в пользу здорового образа жизни, имеющих негативное отношение к вредным привычкам.

Положительно то, что в работе школы и сельского поселения наблюдается преемственность, и вот уже несколько лет идёт процесс успешной интеграции детского, юношеского и взрослого спорта. По окончании школы наши учащиеся продолжают активно заниматься физкультурой, включившись в спортивную жизнь села.

Сухая Вязовка исторически является спортивным селом. Она всегда славилась своими спортивными достижениями. И сегодня, участвуя в районной Спартакиаде, жители села добиваются высоких результатов. Выступая в 11

Спартакиадах, суховязовцы заняли два раза 1 место, семь раз 2 место и два раза 3 место.

В 2013 и 2016 годах с. п. Сухая Вязовка занимало 1 место в региональном этапе Всероссийского смотра-конкурса организации физкультурно-спортивной работы в сельской местности.

Придя в наш спортивный зал, и ребёнок, и взрослый может найти себе занятие по душе (волейбол, мини-футбол, баскетбол, настольный теннис, шахматы, шашки, дартс, стрельба, лёгкая атлетика, бильярд, тренажёрный зал). Для жителей села, возраст которых превысил 35 лет, открыта секция «Спортивное долголетие».

Регулярно проводятся соревнования по разным видам спорта. Традиционными мероприятиями являются Вечера активного отдыха, конкурсы «А ну-ка, парни!», «Папа, мама, я – спортивная семья», Рождественский турнир по настольному теннису, Кросс Победы, где участвуют жители поселения, дети и их родители.

Мы убеждены, что именно такая преемственность, обеспечивающая непрерывность и систематичность занятий спортом, помогает формировать здоровое поколение.

В 2013 году в селе была построена универсальная спортивная площадка, ставшая любимым местом отдыха не только детей, но и взрослых. Зимой она превращается в ледовую площадку, на которой организуются массовые катания, хоккейные турниры, праздничные мероприятия. Здесь всегда весело: звучит музыка, раздаются звонкие голоса детей, кипят хоккейные страсти. Здесь мы вместе встречаем Новый год. Работа площадки чётко спланирована и отвечает потребностям всех желающих вести активный здоровый образ жизни.

«Спортивная и физкультурная деятельность, являясь одним из системообразующих факторов здорового образа жизни, позволяет молодому человеку реализовать свое право на общественно полезное занятие, вести активную творческую работу, проявить себя как личность, является «стартовым фундаментом» для карьерных продвижений, необходимым условием для занятия высоких социальных позиций, способствует перераспределению времени в пользу досуга».[3, с. 312-313]

Отрадно, что постепенно общими усилиями мы формируем в сознании молодёжи мысли о том, что сегодня должно быть модно заниматься бегом, ходить на лыжах, играть в футбол, волейбол, хоккей, теннис и другие игры, кататься на роликах, коньках, велосипеде, вести активный, здоровый образ жизни. Всё это должно стать надёжной альтернативой бутылке пива и сигарете.

Здоровье каждого человека находится в его собственных руках, но долг каждого из нас – помочь молодёжи в осознании этой непреложной истины и приложить все усилия для решения важной государственной задачи оздоровления нации.

#### **Список использованных источников**

1. Баранова С. В. Вредные привычки: Избавление от зависимостей / С. В. Баранова. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 186 с.
2. Лях В. И. Физическая культура. Примерные рабочие программы. Предметная линия учебников В, И. Ляха. 1-4 классы: учеб. пособие для общеобразоват. организаций / В. И. Лях. - 6-е изд. – М.: Просвещение, 2019. – 64 с.
3. Покровская Т. Ю. Роль физической культуры и спорта в профилактике асоциальных проявлений в молодежной среде [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://readera.ru/rol-fizicheskoy-kultury-i-sporta-v-profilaktike-asocialnyh-projavlenij-v-142208645>, – свободный. – (дата обращения: 31.05.2019).

УДК 373.3

**Плахова Татьяна Владимировна,**  
специалист в области воспитания,  
ГБУ «Самарский областной институт повышения квалификации  
и переподготовки работников образования»,  
г. Самара, РФ

### **ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С ПОЗИЦИИ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА**

**Аннотация.** Автор статьи предлагает посмотреть на проблему формирования у школьников культуры здоровья и здорового образа жизни с позиций системного подхода, показывая примеры нестандартного решения вопросов поднятой проблемы с использованием эффективных форм общения и деятельности, примеров авторских целенаправленных воспитательных систем и проектов.

**Ключевые слова:** Здоровье как ценность, культура здоровья и здорового образа жизни, системный и возрастной подходы, общение (просвещение), деятельность, системный проект

**Plakhova Tatiana Vladimirovna, The system approach in the problem of students' healthy lifestyle education. Education specialist, SIPKRO, Samara, RF.**

**Annotation.** The author of the article suggests to observe the problem of students' healthy lifestyle education using the system approach, gives the examples of effective ways to ensure students lead a healthy life, runs a number of her own educational programmes and projects about healthy living

**Keywords:** Health as a value, health culture, healthy lifestyle, system and age approach, education, activity, system project.

В современной системе российского образования обозначилось множество проблем. Одной из приоритетных является решение проблемы ориентации всей системы образования на здоровьесберегающее обучение и воспитание.

Весомыми аргументами в пользу актуализации данной проблемы являются следующие. Мы сегодня много говорим о нездоровье детей, о том, как сохранять и укреплять здоровье. Но в реальной практике часто ведутся беспрестанные разговоры о негативных факторах здоровья, делается на них особый акцент, что не приносят успеха, а наоборот заостряет на них внимание детей. А между тем, если мы не научим детей работать над улучшением и сохранением своего здоровья, мы никогда не решим проблемы. Поэтому, во-первых, важным является решение проблемы образования школьников без потерь для их здоровья. Во-вторых, жизненно необходимо обучать их науке быть здоровым в особой системе воспитания, где наряду с коллективной деятельностью по овладению данной наукой, предусматривается индивидуальная деятельность самих воспитанников, а также педагогов и родителей в рамках личностных программ «Я и мое Здоровье». Отметим также то, что проблема выживания человека является не только философской, социальной, экономической, медицинской, но и педагогической проблемой. Именно поэтому развитие здоровых сил человека начинается с решения такой значимой для детей, подростков, юношества и взрослых проблемы, как проблема сохранения, поддержания и укрепления нравственного, психологического и физического здоровья. Определение понятия такой общечеловеческой ценности как здоровье, постановка значимых целей воспитания – настраивает педагогов, родителей и самих воспитанников на системное и целенаправленное решение проблемы сохранения и укрепления своего здоровья [1].

В процессе выстраивании системы воспитания здорового человека субъектам воспитания нужно дать возможность задуматься над рядом проблем, понимание которых даст пищу для размышления и необходимые материалы для программирования деятельности субъектов воспитания в реализации поставленной цели: определить социальные болезни общества, семьи и школы и серьезно поговорить о них, пригласив людей, которые хорошо владеют информацией, работают над разрешением проблем, касающихся духовного, нравственного и физического здоровья человека;

- выделить наиболее распространенные нравственные и физические болезни педагогов, воспитанников и их родителей;
- задуматься над тем, от кого и от чего нужно защищать здоровье педагогов, воспитанников и их родителей, окружающих людей;
- совместными силами субъектов воспитания разработать образ системы воспитания здорового человека;

– разработать ряд системных целевых программ и проектов по проблеме здоровья для совместной их реализации силами детей и взрослых, разумно распределив их силы в реализации программируемой и проектируемой деятельности.

Безусловно, определяющую роль в решении проблемы воспитания здорового человека призвана сыграть программа «Здоровье», которая должна представлять собой комплексную систему воспитания здоровых физически и нравственно, разносторонне развитых, инициативных и раскрепощенных, с развитым чувством собственного достоинства людей. Из понимания смысла содержания понятия «Здоровье» формулируем воспитательные цели:

- формирование в сознании субъектов воспитания идеи ценности здоровья;
- пробуждение желания трудиться над своим здоровьем, овладеть культурой здорового образа жизни;
- разработка системы воспитания здоровых физически, духовно и нравственно, разносторонне развитых, инициативных и раскрепощенных, с развитым чувством собственного достоинства людей.

Генеральная задача педагогов, воспитанников и их родителей: научиться быть здоровыми, вести здоровый образ жизни с детства.

Программа «Здоровье» может содержать в себе следующие разделы:

1. Психологическое оздоровление воспитанников.
2. Духовно-нравственное становление личности воспитанников.
3. Педагогическая поддержка детства в игровых и досуговых формах.
4. Обеспечение безопасности жизнедеятельности субъектов воспитания.
5. Приобщение субъектов воспитания к физической культуре и спорту.
6. Педагоги и родители в системе воспитания здорового человека.
7. Создание условий, способствующих реализации программы «Здоровье» на

разных этапах ее развития.

Рассмотрим краткое содержание некоторых из данных направлений.

Духовно-нравственное становление личности воспитанников.

Сегодня как никогда становится ясно, что проблема воспитания здорового человека требует своего решения в контексте его духовного роста и совершенствования. Задачу восхождение человека к вершинам духовности можно решать с детьми и подростками путем:

- глубоких размышлений о высшем предназначении человека;
- воспитания доброты, сердечности, совестливости, отзывчивости, стимулирования в воспитанниках добронравия в делах и помыслах;
- введения в систему обучения и воспитания ценностного компонента (идеалы: Добро, Правда, Истина, Красота, Свобода, Справедливость, Достоинство, Ценность жизни; общечеловеческие ценности: Человек, Жизнь, Семья, Отечество, Земля, Мир, Знания, Культура, Труд, Здоровье):
- изучения ориентаций воспитанников на истинные идеалы и ценности жизни, общение просвещение с опорой на систему идеалов и ценностей жизни человека;
- опоры на такие духовные родники ребенка как: книга; сказка; народная мудрость; этикет; полноценный досуг; общение с Другими людьми, природой, миром прекрасного; походы, путешествия, экскурсии; кино, видео, телепрограммы (отобранный материал, общение после просмотра).

- духовное, творческое и терапевтическое общение с природой как источником красоты, гармонии, здоровья;
- поощрения работы ребенка по программам самовоспитания, самосовершенствования, саморазвития, самореализации;
- преодоления легкомысленного, поверхностного, одномерного мышления;
- воспитания внутренней свободы и ответственности;
- разъяснения и показа ложных ценностей, оберегания от безвкусицы, пошлости и невежества;
- показа достижений науки и техники через призму гуманных целей и ценностей;
- приобщения к духовности с помощью средств искусства на всех этапах образования и воспитания.

#### Психологическое оздоровление воспитанников

Психологическое оздоровление воспитанников педагоги и родители должны рассматривают как систему личностного развития ребенка, особенно тех ее граней, которые определяют способность человека к самопознанию, самосознанию, самосовершенствованию и самореализации.

В данной системе можно выделить следующие направления:

- обучение воспитанников психологическим аспектам здоровья;
- совместный поиск учителем, ребенком и родителями позитивного пути развития личности (в личностном, человеческом становлении, на пути к успеху в учебной и других видах деятельности, в укреплении и сохранении своего здоровья);
- корректировка условий жизни, нравственной и эмоциональной атмосферы в семье и школе.

Педагогическая поддержка детства в игровых и досуговых формах.

Досуг – это отдых. Отдых – необходимый фактор здорового образа жизни. Активный отдых – это переключение с одного вида деятельности на другой. Пассивный отдых исключает любые энергозатраты, кроме затрат основного обмена. Поэтому будут так важны на досуге и такие практические формы совместной деятельности субъектов воспитания как: прогулки на свежем воздухе; праздники, вечера отдыха; часы и минуты общения; спортивно-игровые программы (осенние, зимние, весенние, летние игры и забавы на свежем воздухе, на природе); туристические слеты, походы [2].

Приобщение субъектов воспитания к физической культуре и спорту.

Физическая культура и спорт в здоровьесформирующей и здоровьесберегающей системе воспитания должны занять свое особое и значимое место. Вовлечение воспитанников в спорт, в другую двигательную практику, будет способствовать формированию важнейших черт национальной психологии: духа соперничества, культа молодости, желания и умения продлевать жизнь. Приобщение детей и взрослых к физической культуре и спортивно-оздоровительной деятельности будет способствовать: укреплению жизненных, духовных и физических сил; выработке волевых качеств, закаливанию характера; развитию устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды; формированию ценностного отношения к собственной жизни и здоровью.

Средства реализации цели:

Общение-просвещение

Возможные темы общения-просвещения детей и взрослых: «Путешествие в историю Спорта»; «Физкультура – путь к силе и бодрости, путь к здоровью»; «Физическая гармония и способы ее достижения»; встречи с врачами, физиотерапевтами, спортсменами, чемпионами из числа взрослых и самих детей в «Звездной гостиной»; «Спорт в стране ЗОЖ»; «Торопитесь из страны толстяков!»; «Подружиться со спортивной игрой!»; и т.д.

Разработка и реализация проектов: «Наш спортивный календарь, или Спорт круглый год»; «Спортивно-игровой комплекс – своими руками»; «Спортивная игротка в спортивном зале»; «Тур-град».

Деятельность, включающая внутренние силы и природную потребность человека в активном движении: товарищеские встречи по различным видам спорта; спортивные кроссы, спортивные эстафеты, игры и забавы; туристические эстафеты, туристическая полоса препятствий; спортивные праздники; Спартакиады народов России; Игры Доброй Воли; Малые Олимпийские игры; программы «Веселые старты» и «Старты надежд»; соревнования по различным видам спорта; работа спортивных секций, клубов и т.д.

#### Обеспечение безопасности жизнедеятельности

Вопрос о том, как бороться с травматической «эпидемией», особенно поразившей сегодня улицу, стоял всегда, но сегодня он стоит в ряду первоочередных вопросов, касающихся здоровья людей. Необходимо помнить также и о том, что проблема борьбы с травматизмом – это во многом проблема психологическая. Вот почему так важно наряду с обучением науке распознавания опасности и умения противостоять ей, обучать науке самовоспитания.

#### Воспитательные цели:

- воспитание чувства ответственности за собственную жизнь, жизнь окружающих людей, природы, братьев наших меньших;
- обучение воспитанников науке распознавания опасности и умения противостоять ей.

Общение-просвещение: «Травматическая «эпидемия»; «Откуда и почему приходит к людям беда?»; «От кого и от чего можно ждать беды?»; «Как нужно вести себя, чтобы избежать беды?»; «Прививки» против травм»; «Самая первая «скорая помощь»; «Мужество или неоправданный риск?»; «Добрые и вредные привычки»; «От не хочу и не могу – к надо!»; «Как стать несчастным человеком без посторонней помощи»; «Ты сам себе и друг, и враг...» и т.д.

#### Деятельность:

1. Создание условий для безопасного пребывания воспитанников в ОО.
2. Организация занятий в ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ по вопросам безопасности жизнедеятельности «Осторожно – беда!».
3. Проведение Минутки по профилактике несчастных случаев.
4. Проведение встреч с сотрудниками службы безопасности и МЧС, служащими пожарных частей, патрульно-постовой службы, спасателями и др.
5. Проведение практических занятий по обучению действиям в ситуациях опасности.

Эффективные средства и формы приобщения воспитанников к ценности здоровья.

Как показывает опыт, использование в работе учителей педагогики мероприятий в сфере здоровьесбережения, опоры в просвещении детей на негативные факторы жизни

человека (наркомания, алкоголизм, табакокурение и др.) не приносит эффективных результатов ни в плане глубокого осмысления ценности здоровья, ни в плане овладения культурой здорового образа жизни, ни в плане овладения умениями работать над своим здоровьем. Чтобы добиться желаемых результатов, необходимо использовать в решении проблемы эффективные средства и формы воспитания, а не одноразовые мероприятия. К таким средствам, прежде всего, относятся средства общения (просвещения) и деятельности. Данные средства и формы помогут нам посмотреть на рассматриваемую проблему с позиций системного подхода, наполнят духовно-нравственной основой [3]. Приведем ряд примеров.

Формы общения просвещения:

У источников: мудрости, болезней века; болезней человеческой души; болезней духа; болезней тела; вредных пристрастий человека.

Уроки нравственности. В системе обучения науке быть здоровыми уроки нравственности имеют особое значение. Актуальные темы: «Как слово наше отзовется»; «Строим Понимающий Мир, начиная с себя»; «О достоинствах и болезнях души человека»; «Человек человеку – лекарство (!)(?)(...)»; «О достоинствах и болезнях души человека»; «Тему урока напишем Добро»; «Посеем семена Добра, куда сеять можем»; и др.

Вечера Вместе: обсуждение проблем нравственного, духовного, физического здоровья, проблемы выживания человека в современном сложном мире. Вечера Вместе – это вечера, которые проводятся вместе с врачами, с подвижниками здорового образа жизни, с психологами, с психотерапевтами, с народными целителями, с сильными духом людьми, с религиозными деятелями и др.

Вечера актуальных проблем: «Здоровье как общечеловеческая ценность и как проблема»; «Здоровье как философия»; «Здоровье и духовность»; «Нравственность и здоровье»; «Вечные темы – любовь, духовность, нравственность, здоровье»; «Родители – лучшие врачи для своего ребенка»; «Откуда в детях эти гены зла?»; «Когда из мира уходит милосердие»; «Эмоции и здоровье»; и др.

У очага наших предков – групповая форма, позволяющая узнать и осмыслить воззрения наших предков на здоровье, на его укрепление и сохранение. Так темами общения ребят и взрослых у «Очага наших предков» могут стать темы: «Представление наших предков о здоровье и нездоровье»; «Системы оздоровления наших предков»; «Как лечились наши предки?»; «Взаимоотношения наших предков и Природы, как источника красоты, гармонии и здоровья»; и др.

Консультации по вечным проблемам здоровья – это консультации, которые проводят врачи, психологи, психотерапевты для воспитанников, их родителей и педагогов. Такие консультации проводятся в системе. Тематика их различна. Например: «Если ты заболел»; «Как поставить болезни преграду?»; «Как справляться со своими проблемами?»; «Как регулировать свое самочувствие?»; «Программа здоровья для тебя»; и др.

Деятельность

– проведение исследований духовного, нравственного и физического здоровья субъектов воспитания;

– проведение цикла различных форм общения (просвещения) и деятельностных форм, способствующих осознанию ценности здоровья и проблем, связанных с этим ценным качеством человека;

- проведение встреч с людьми, владеющими данными о состоянии здоровья детей и взрослых, здоровья нации в целом;
- разработка концептуального проекта;
- разработка образа (модели) системы воспитания здорового человека;
- разработка совместными усилиями воспитанников и взрослых целевых системных программ и проектов, способствующих осознанию ценности здоровья и обучающим науке быть здоровыми на практике; реализация программ и проектов;
- разработка и реализация целевого проекта: «Мы выбираем Здоровье!»;
- создание условий для реализации разработанных субъектами воспитания программ и проектов: функциональное оформление ОО;
- создание методической и материальной базы;
- разработка Памяток-ориентиров для педагогов и сотрудников ОО, воспитанников, родителей.

Практические уроки Культуры Здоровья: гигиенические, духовно-нравственного содержания, физической активности, закаливания, здорового питания, предупреждающие увлечения вредными привычками.

Конкурсы программы «Здоровье» могут быть как серьезными, так и веселыми, сориентированными на разный возраст и пол воспитанников. Систему конкурсов необходимо продумывать на весь учебный год. Например: «На зарядку становись!»; «Мы спортивная семья»; конкурс художников, поэтов и прозаиков, ораторов, которые воспевают Здоровье как ценное качество человека; конкурс Грации, Красоты и Обаяния для девушек; конкурс на призы богатырей былинных для юношей; конкурсы бегунов, прыгунов, лыжников, саночников, конькобежцев и др.

Системные проекты:

Школа здоровья для девочек-девушек-женщин: уроки нравственного здоровья, уроки здоровья души, уроки Гигиен-Богини здоровья, уроки целомудрия, уроки закаливания, уроки Красоты (внутренней и внешней), уроки здорового питания, уроки «Осторожно! – Беда!», уроки физиотерапии, уроки эстетотерапии, уроки игротерапии, уроки музыкальной терапии, уроки танцевальной терапии (уроки Терпсихоры).

Школа здоровья для мальчиков-юношей-мужчин:

Уроки общения (просвещения): встречи с представителями медицинских профессий, подвижниками здорового образа жизни, с людьми сильными духом и др.; «В здоровом теле здоровый дух»; «Здоровье – это та вершина, которую каждый должен покорить сам»; «Закаляйся как сталь!»; «Здоровым быть – со спортом дружить»; «Питание для настоящих мужчин»; «Осторожно! Беда!».

Практические уроки Здоровья для юношей: физкультминутки, комплексы физических упражнений с учетом проблем со здоровьем и проблем физического развития; закаливание; занятия в спортивном зале и на спортивных площадках в любое время года; игры для настоящих мужчин (народные, спортивные, интеллектуальные и др.); оздоровительные системы; ралли выживания; на туристических тропах.

Целенаправленные системные проекты, имеющие опыт разработки и реализации на базе пилотных площадок: «Академия красоты и здоровья человека XXI в.»; «Школа – территория здоровья»; «Семья – территория здоровья».

Спортивно-оздоровительный центр «Будь здоров!». Из возможных подструктур в структуре центра могут действовать: Школа Здоровья; Банк «Будь здоров!»; спортивные секции и клубы; клуб «Турист»; Общество здоровых духом и телом людей (общество подвижников здорового образа жизни) [3].

Академия Красоты и Здоровья человека XXI века» является масштабным проектом, реализуемым как проект проектов. Каждый локальный проект имеет свою сферу и программу деятельности. Например: «Лаборатория ЗОЖ», «Школа здоровья для девочек-девушек-женщин «Здравушка», «Школа здоровья для мальчиков-юношей-мужчин», «Школа психологической грамотности»; Кафедры: игротерапии, смехотерапии, библиотерапии, музыкальной терапии, здорового питания; «Спортивно-туристическое объединение»; центр «Досуг – наш Друг»; клубы: Здоровячков и Неболеек (нач. кл.), «Берегиня», «Олимпийский резерв»; «Игро-Мир»; Экологическая служба; творческие мастерские; службы: милосердия, заботы о школе и др.

Принимаясь за дело становления и развития здоровьесберегающей и здоровьесберегающей системы воспитания, педагогам необходимо позаботиться о включении самих воспитанников в деятельность по сохранению, поддержанию и укреплению своего здоровья и здоровья других людей.

Опыт включения воспитанников в деятельность по сохранению, поддержанию и укреплению своего здоровья и здоровья других людей доказывает, что при умелой и мудрой поддержке взрослых участников воспитательного процесса дети и подростки могут делать очень многое: самостоятельно приобретать знания и овладевать умениями в системе овладения культурой здоровья и здорового образа жизни; разрабатывать проекты и программы, позволяющие овладевать культурой здоровья и здорового образа жизни; пропагандировать здоровый образ жизни; участвовать в движении милосердия, экологической и природоохранительной, трудовой, творческой и досуговой деятельности.

Самостоятельное приобретение знаний и умений в системе овладения культурой здоровья и здорового образа жизни подразумевает: работу с различными источниками, несущими нужную информацию; практическую деятельность по сохранению и укреплению своего здоровья в рамках индивидуализированных программ «Я и мое здоровье».

Пропаганда здорового образа жизни. Воспитанники ОУ могут вести пропаганду здорового образа жизни, проводить профилактическую работу по предупреждению несчастных случаев; оказывать доврачебную помощь; организовывать физкультурно-оздоровительную работу и др.

Результатом организации педагогики здоровья в школе должны стать:

- способность строить взаимоотношения в первичных коллективах и в целом в школе на нравственной основе, что будет способствовать улучшению психологического, нравственного и физического здоровья субъектов воспитания;
- готовность вступать в продуктивное взаимодействие во всех сферах школьной жизни, в том числе и в сфере сохранения и укрепления своего здоровья;
- действующая и постоянно развивающаяся система воспитания здорового человека.

#### **Список использованных источников**

1. Кабуш В. Т. Воспитать человека: пособие для педагогов учреждений общего среднего образования / В.Т. Кабуш, Т.В. Плахова А.В. Трацевская. – Минск: «Верасень», 2014 – 223 с.
2. Плахова Т.В. Настольная книга классного руководителя». Серии «ФГОС. Воспитательные системы». Издательство «Учитель». 2015
3. Спутник классного руководителя. Электронное пособие. Серия «ФГОС. Воспитательные системы. Издательство «Учитель». 2015.

УДК 796+165

**Посохов Владимир Павлович,**

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры теоретических основ физического воспитания

Самарского государственного социально-педагогического университета,

г. Самара, РФ

**Бочкарева Татьяна Игоревна,**

кандидат биологических наук,

доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

г. Севастополь, РФ

## **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК НАУЧНАЯ ПРОБЛЕМА**

**Аннотация.** В нашей стране у большинства граждан приоритет здоровья и здорового образа жизни не сформирован. Здоровый образ жизни представляется как научная проблема в различных аспектах. Ведущая роль в формировании здорового образа жизни подрастающего поколения должна принадлежать физическому воспитанию в семье и школе.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, здоровье, научная проблема, физическое воспитание.

**Posokhov V.P., Bochkaryova T.I. Healthy lifestyle as a scientific problem. Samara State University of Social Sciences and Education. Samara, Russia. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russia**

**Annotation:** In our country the majority of its citizens have no priority of health and healthy lifestyle. Healthy lifestyle is a scientific problem in various aspects. Family and school should play the leading role in formation of healthy lifestyle of the growing generation.

**Keywords:** healthy lifestyle, health, scientific problem, sports education.

Специальные исследования показывают, что корни очень многих заболеваний, в том числе и так называемых болезней цивилизации, следует искать в детском и юношеском возрасте. Тем не менее в нашей стране у большинства граждан приоритет здоровья и здорового образа жизни как жизненной ценности не сформирован. На формирование образа жизни действуют стереотипы отношений между людьми, их жизненный опыт и социальные условия, которые определяются средой. В связи с этим повышенный интерес медицинских

работников, педагогов, психологов и социологов вызывают проблемы, связанные с взаимовлиянием образа жизни людей и их здоровья.

Отечественный ученый И.И. Брехман в 1980 году ввел понятие «валеология» (как производное от латинского «valeo» - «здоровье», «быть здоровым»), тем самым подчеркивалась необходимость создания новой науки и учебной дисциплины [2]. В начале текущего столетия под валеологией понималось межнаучное направление познаний о здоровье человека, о путях его обеспечения, формирования и сохранения в конкретных условиях жизнедеятельности. Центральной проблемой валеологии представлялось отношение к индивидуальному здоровью и воспитание культуры здоровья в процессе индивидуального развития личности [3].

На рубеже XX – XXI столетий в нашей стране предпринималась попытка внедрить в программы среднего и высшего образования дисциплину «Валеология» в качестве учения о здоровье и здоровом образе жизни. Однако специалисты-валеологи нечетко представляли предмет своего исследования и преподавания: одна школа отдавала предпочтение нетрадиционным методам оздоровления, другая ограничивалась изучением проблемы наркомании, третья основывала свою деятельность на весьма далекой от науки системе «Детка» П.К. Иванова, и т.д. Многие учебные пособия по валеологии представляли собой бессистемный подбор мыслей и теоретических положений, не связанных основной идеей. Отсутствовала и сама идея – какой же человек нужен российскому обществу и государству.

Кроме того, до сих пор нет общепринятого и обоснованного наукой определения понятия «здоровье». В руководствах по физической культуре и спорту здоровье понимается очень широко и включает физическое развитие, физическую подготовленность, отсутствие болезней и повреждений и т.д. Подобную ситуацию можно объяснить отсутствием официальной государственной идеологии, что выражается в так называемом плюрализме (свободе) мнений и методологическом эклектицизме. Таким образом, отсутствие критерия научности (основополагающей научной теории) предопределило неуспех внедрения дисциплины «Валеология» в учебный процесс. Однако важность курса «Основы здорового образа жизни» в средней и высшей школе бесспорна.

Мы рассматривает проблему здоровья в контексте смысла жизни и человеческого счастья. Смысл жизнь заключается в достижении счастья, когда в душевном состоянии преобладают положительные эмоции. Успех достижения счастья во многом зависит от таких качеств человека как воля, разум, здоровье. Например, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков зачастую возникают когда человек утратил смысл жизни, или когда он еще не определен (у подростков). Алкоголизация и наркотизация организма на начальных этапах вызывают приятные ощущения – эйфорию. Происходит своеобразная адаптация человека к антигуманистическим условиям. Но это суррогатное счастье, так как одновременно идет ослабление разума, воли, здоровья, и постепенно развиваются тяжелые соматические и психические заболевания. Таким образом, становясь тяжело больным, человек утрачивает объективные и субъективные возможности достижения истинного счастья в творческом труде и всем многообразии социальной активности. Следовательно, здоровье – необходимое условие достижение счастья и, одновременно, - одна из важнейших его составляющих.

Что касается образа жизни, то анализ современной научной литературы показывает отсутствие единой научно обоснованной точки зрения относительно данного понятия. Здоровый образ жизни и здоровье в целом представляют собой еще более сложную проблему,

которая изучается на протяжении многих лет в философском, медико-биологическом, педагогическом и социальном аспектах.

Здоровый образ жизни – это сложившийся у человека способ организации производственной, бытовой и культурной сторон жизнедеятельности, позволяющий в той или иной мере реализовать свой творческий потенциал. Стиль здорового образа жизни обусловлен личностно-мотивационным воплощением своих социальных, психологических и физических способностей.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), образ жизни – это способ существования, основанный на взаимодействии между условиями жизни и конкретными моделями поведения. «Здоровая» модель поведения для данных конкретных условий устраняет риск возникновения заболеваний. При этом разные условия жизни предполагают различные модели «здорового» поведения.

Попытка дать наиболее полную характеристику здорового образа жизни представлена в документе «К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний». Авторы данной разработки [4], [6] отмечают, что здоровый образ жизни – это, прежде всего, «поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья», под которым понимаются «мероприятия по сохранению и увеличению уровня здоровья населения для обеспечения полного физического, духовного и социального благополучия».

Отечественными исследователями показано, что здоровье человека на 75% определяется условиями его формирования в детском возрасте [5]. Следовательно, система образования представляет собой важнейший механизм в мотивации человека на здоровый образ жизни, воспитании практических навыков сохранения и укрепления здоровья. Таким образом, любая приемлемая в образовательном учреждении педагогическая технология должна быть здоровьесберегающей. Это положение сформулировано в законе РФ «Об образовании», где утверждается, что «образовательное учреждение создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников».

Не вызывает сомнения, что ведущая роль в формировании здорового образа жизни подрастающего поколения должна принадлежать физическому воспитанию в семье и школе. Результатом образования в области физической культуры должно быть создание устойчивой потребности к здоровому и продуктивному стилю жизни, физическому самосовершенствованию.

Показана низкая эффективность участия семьи в формировании культурного человека, способного организовать свою жизнедеятельность с установкой на здоровый образ жизни. Это обстоятельство обусловлено тем, что у большинства родителей школьников отсутствуют элементарные знания в области физической культуры. Следовательно, они не могут грамотно участвовать в физическом воспитании своих детей [7].

Другая сторона проблемы заключается в том, что в современных общеобразовательных учреждениях процесс физического воспитания направлен, главным образом, на развитие физических качеств учащихся и воспитание физически подготовленного человека, отвечающего определенным потребностям государства. В то же время формирование системы знаний, умений и навыков, способствующих построению здорового образа жизни, существенно отстает [1]. Чаще всего речь идет о путях повышения физкультурной грамотности детей и молодежи, формировании и расширении их знаний о своем организме и

физическом состоянии, различных его параметрах: состоянии здоровья, физической подготовленности, телосложении, различных средствах воздействия на них (физических упражнениях, спортивных направлениях).

Учитывая непростое положение, которое складывается в настоящее время со здоровьем школьников, и роль в этом отношении образовательной среды, особое значение приобретает профессиональная деятельность учителя, направленная на разрешение этой проблемы.

Реализация задачи формирования у учащихся установки на здоровье и обучение основам здорового образа жизни требует от учителя достаточной компетенции в вопросах организации и содержания здоровой жизнедеятельности. Большое значение имеет и личный пример учителя.

Кроме того, формирование установки на здоровье и обучение здоровому образу жизни в условиях общеобразовательной школы требует от учителя освоения методических и дидактических подходов, которые помогли бы ему воспитать учащихся активными участниками образовательного процесса, с целью повышения валеологической грамотности [3].

Формирование здорового образа жизни является комплексной проблемой. При этом учитываются не только методы и способы укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Необходимо также уделить достаточно внимания повышению роли личностных качеств человека в сознательном и волевом принятии принципов здорового образа жизни, заботе о здоровье. Другими словами, принципы здорового образа жизни должны стать ценностными мотивами поведения.

Таким образом, анализ доступных литературных источников показывает, что до настоящего времени нет общепринятых научных определений «здоровье» и «здоровый образ жизни». Эти понятия рассматриваются в философском, медико-биологическом, социологическом и педагогическом аспектах.

Для формирования здоровья и здорового образа жизни необходим определенный уровень знаний, запас которых требуется постоянно пополнять. Кроме того, от человека требуются волевые усилия для использования знаний на практике, ответственность за свое здоровье и другие качества социально зрелой личности.

Здоровый образ жизни обязательно включает следующие компоненты: оптимальный режим двигательной активности, исключение вредных привычек, валеологическое образование, культура половых и общественных отношений, творческая трудовая деятельность.

Специальные исследования подтверждают, что источники большинства заболеваний следует искать в детском и юношеском возрасте. В нашей стране приоритет здоровья и здорового образа жизни у населения, в целом, не сформирован. Таким образом, система образования играет важнейшую роль в мотивации человека на здоровый образ жизни, воспитании практических навыков и умений сохранения и укрепления здоровья. Основной составляющей здорового образа жизни является физическая культура.

Педагогическими экспериментами отечественных исследователей показана эффективность использования средств физической культуры в валеологическом воспитании школьников.

### Список использованных источников

1. Бальсевич В.К., Лубышева Л.И. Физическая культура: молодежь и современность // Теория и практика физической культуры. – 1995. – № 4. – С. 2 - 8.
2. Брехман И.И. Человек и биологически активные вещества. М.: Наука, 1980. 120 с.
3. Вайнер Э.Н. Валеология: учебник для вузов. М.: Флинта, Наука, 2007. 416 с.
4. Зелинская Д.И. О состоянии здоровья детей в России // Школа здоровья. – 1995. – № 2. – С. 10 –12.
5. Новик Г.В. Оздоровительные занятия для учащихся младшего школьного возраста с учетом особенностей физического развития: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 1997.
6. Онищенко Г.Г. О санитарно-эпидемиологической обстановке в России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1997. – № 2. – С. 3 – 9.
7. Шкитырь О.Н. Пути внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях // Современные проблемы развития физической культуры, спорта и туризма: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Ухта: УГТУ, 2007. – С. 267 – 269.

УДК 796 : 614

**Смирнова Зоя Михайловна,**  
преподаватель, Севастопольское государственное  
образовательное учреждение профессионального образования  
«Севастопольский медицинский колледж имени Жени Дерюгиной»,  
г. Севастополь, РФ

### ВНЕДРЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

**Аннотация.** В статье актуализируется проблема формирования здорового образа жизни в медицинском колледже в формате компетентностного подхода как поэтапный процесс через внедрение в рабочие программы, изучаемых общеобразовательных и клинических дисциплин формирующей информационной основы здорового образа жизни и систему активных форм и методов учебных и воспитательных технологий.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, здоровьесберегающие технологии, компетентностный подход, формирующая информационная основа здорового образа жизни.

**Smirnova Z.M. Implementation of health saving educational technologies in the educational process. Sevastopol state budgetary educational institution of professional education «Zhenya Deryugina Sevastopol Medical College», Sevastopol, Russia**

**Annotation.** The article actualization of the problem of a healthy lifestyle in a medical college in the format of a competence approach as a systematic process through the introduction into work programs of general educational and clinical disciplines that form the basis of a healthy lifestyle and a system of active forms and methods of educational and educational technologies.

**Keywords:** healthy lifestyle, health-saving technology, competence approach, formative informational basis for a healthy lifestyle.

Проблема формирования здорового образа жизни и укрепления здоровья детей и подростков – приоритетное направление современных образовательных организаций. Задача первостепенной важности – укрепление здоровья детей и молодежи, формирование здорового образа жизни, борьба с вредными привычками, профилактика употребления психотропных веществ.

Существующая проблема определила разработку комплексной программы «Технология здоровья» в севастопольском медицинском колледже, направленная на формирование здорового образа жизни и здоровьесберегающей образовательной среды, предусматривающая воспитание позитивной, устойчивой ориентации на сохранение здоровья как необходимого условия жизнеспособности и будущей эффективной профессиональной деятельности. [3, с.4]

Исходя из нормативно-правовых документов к образовательным учреждениям, основными направлениями программы «Технология здоровья» являются:

- создание здоровьесберегающей инфраструктуры колледжа;
- рациональная организация образовательного процесса;
- организация системы просветительской и методической работы с участниками образовательного процесса по вопросам здорового и безопасного образа жизни;
- внеучебная деятельность: организация конкурсов, диспутов, экскурсий и др. мероприятий ЗОЖ;
- физкультурно-оздоровительная и спортивно-массовой работа;
- работа с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья;
- медико-педагогический мониторинг состояния здоровья обучающихся.

Одно из направлений деятельности в рамках данной программы посвящено организации учебно-методического и информационного обеспечения образовательного процесса по вопросам здорового образа жизни в форме просветительско-воспитательной работы, ориентированную на развитие мотивационно-ценностного отношения к здоровью. Принципы здорового образа жизни, укрепление здоровья, профилактика заболеваний должны стать ценностно-смысловыми мотивами поведения студентов медицинского колледжа, т.к. профессиональные и общие компетенции медицинских работников требуют от обучающихся глубоких знаний здорового образа жизни.

Обучающиеся медицинского колледжа – будущие медицинские работники должны в первую очередь, сами проникнуться философией здоровья, в процессе обучения изучить теорию и методы формирования у людей положительной мотивации на сбережение здоровья и вооружить людей знаниями здорового образа жизни.

Создание условий для мотивации здорового образа жизни – важнейшая задача. С этой целью в рабочие программы, изучаемых общеобразовательных и клинических дисциплин в качестве обязательного минимума включена формирующая информационная основа здорового образа жизни, создающая мировоззренческую систему научно-практических знаний, содействующая приобретению опыта творческой и практической деятельности. На этой основе происходит построение разнообразных по направленности и содержанию форм и способов образовательной деятельности с обязательным учетом их новизны и доступности. Суть информационного обеспечения здорового образа жизни состоит в формировании у обучающихся компетентности в области сохранения здоровья. При изучении дисциплин и профессиональных модулей обучающиеся на основе новых знаний о себе и возможностях

формирования здоровья, занимаются мотивированным реальным изменением своего образа жизни.

Формирование здорового образа жизни в Севастопольском медицинском колледже организован в формате компетентностного подхода, внедрения реальных проектов в учебный процесс и реализуется через следующие этапы:

I – формирование познавательной и социальной мотивации через организацию информационно-пропагандисткой системы о влиянии факторов риска на здоровье – формирование здорового образа жизни обучающихся на основе образовательных компетенций.

*Цель этапа* – готовность к здоровьесберегающей деятельности;

II – формирование и развитие социально значимых качеств, профессиональных компетенций в области сохранения здоровья на основе активной жизненной позиции и развитие творческого мышления.

*Цель этапа* – формирование системы личностных качеств, обеспечивающих продуктивную деятельность в определенных условиях (социальных, профессиональных, экологических и др.);

III – развитие аналитического и творческого мышления – эффективная исследовательская деятельность связанная с здоровьесберегающими компетенциями.

*Цель этапа* – формирование высококвалифицированного, творчески мыслящего специалиста, способного самостоятельно решать возникающие перед ним задачи.

Таким образом, компетентностный подход к формированию здорового образа жизни – это непрерывный многоуровневый образовательный процесс, который обязательно отражает системность, научность, эффективность результата и включает в себя воспитание побуждений (мотивации) к здоровому образу жизни.

Работа организована системой активных форм и методов учебных и воспитательных технологий, реализуемые преподавателями, обучающимися колледжа и их родителями в тесном взаимодействии с администрацией колледжа. Здоровьесберегающее образование молодежи в медицинском колледже осуществляется в виде технологической модели обучения, в которой обучающиеся самостоятельно учатся приобретать знания, умения и навыки, формируя у себя целостную структуру здоровьесберегающих знаний.

В основе работы по формированию здорового образа жизни лежат технологии проектно-созидательного обучения, в которых творческая деятельность студентов при разработке конкретных проектов в учебно-исследовательской работе, играют основополагающую роль.

*На первом этапе работы с обучающимися* создается информационная образовательная среда, связанная с вопросами ЗОЖ и создания здоровьесберегающей среды:

– определена формирующая основа ЗОЖ при освоении учебных дисциплин и профессиональных модулей, устанавливаются причинно-следственные и ассоциативные связи изучаемых теоретических вопросов с сохранением здоровья своего и окружающих;

– разработан план проведения бесед кураторами и лекторскими группами студентов по профилактике курения, алкоголизма, наркомании, представленные в информационно-методическом сборнике медицинского колледжа по формированию здорового образа жизни. На том этапе формируются умения воспроизводить, анализировать и структурировать информацию, развивается логика мышления.

*Второй этап – приобретения умений*, реализуется при выполнении обучающимися самостоятельной работы, на практических занятиях и во внеурочной деятельности, где обучающиеся приобретают умения и формируют профессиональные компетенции, создается практико-ориентированная образовательная среда, связанная с вопросами ЗОЖ. Этот этап характеризуется систематизацией и углублением знаний, формированием практических умений при решении определенных проблем, объединением работы с соревнованием, игрой, конкурсом, активизацией самостоятельной работы обучающихся по получению знаний, умений, навыков.

Приоритетным направлением этапа является вовлечение студенческой молодежи колледжа в практико-ориентированную деятельность волонтерских движений «Стоп ВИЧ/СПИД», «Должен знать!», «Подари детям сердце» и др., а также в студенческое самоуправление «Новое поколение выбирает ЗОЖ». Важной частью деятельности является умение общаться, отстаивать свои права, разрешать конфликты, отказываться от нежелательных и опасных форм поведения.

На этом этапе у обучающиеся колледжа, полученные ранее знания преобразуются в умение обучать пациентов навыкам здорового образа жизни и методам борьбы с вредными привычками, проводить профилактические беседы о рациональном питании, правильном режиме дня и др. на практике.

*Третий, заключительный этап* – организация кружковой работы и проектной деятельности по вопросам здоровьесбережения и ЗОЖ, результатом которой является приобщение обучающихся первых курсов к научной работе. Исследования обучающихся по вопросам здоровья и его охраны оформляются в виде докладов, с которыми обучающиеся выступают на научно-практических конференциях, участвуют в конкурсах и публикациях. На последних курсах обучения работы обучающихся могут быть положены в основу курсовых и дипломных работ.

На этом этапе обучающиеся выступают не в роли пассивного объекта – получателя готовой информации, а в роли субъекта познавательного процесса.

Третий этап – самый высокий уровень обучения, именно учебно-исследовательская работа обучающихся способствует формированию интереса к познавательной, творческой и практической деятельности, повышает учебную мотивацию, создает условия для профессионального и социального роста, формирования научного мышления, развития интереса к выбранной профессии [2, с. 57].

Таким образом, создание образовательной среды, эффективная и системная работа при организации этапов формирования ЗОЖ и здоровьесбережения обучающихся, обеспечит повышение качества учебного процесса, будет содействовать формированию и развитию деятельностно-практической способности выпускника колледжа к здоровьесберегающей деятельности [4, с.21].

Работа достигнет эффективных результатов, если будет создана единая система ЗОЖ, по организации и реализации в образовательном пространстве колледжа системы формирования здорового образа жизни, обеспечивающей становление профессионально компетентной, социально активной и физически здоровой личности.

Критерием обученности является сформированность у выпускников колледжа компетенции, обеспечивающей не только сохранность своего здоровья, но и готовность к здоровьесберегающей деятельности.

### **Список использованных источников**

1. Федеральные требования к образовательным учреждениям по охране здоровья обучающихся, воспитанников (Приказ №2106 от 28.12.2010).
2. Зеер Э. Ф., Павлова А.М., Сыманюк Э.Э., Модернизация профессионального образования: компетентностный подход : учебное пособие для вузов по специальности "Профессиональное обучение (по отраслям)" : рек. УМО вузов РФ / Э. Ф. Зеер, А. М. Павлова, Э. Э. Сыманюк ; гл. ред. Д. И. Фельдштейн ; Моск. психолого-социальный ин-т. – Москва : МПСИ, 2005. – 216 с.
3. Пастухова И.П., Тарасова Н.В. Основы учебно-исследовательской деятельности студентов: учебно-методическое пособие для студ. средн. проф. учеб. заведений /И.П. Пастухова, Н.В. Тарасова. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 160 с.
4. Кондратьев О.Е., Зотова Р.А., Цветкова Н.А. Ценностное ядро в системе жизненных смыслов старшеклассников. Научно-методический журнал «Проблемы науки». / О.Е. Кондратьев, Р.А. Зотова, Н.А. Цветкова. – М., – 2015. – №7. – С. 5.
5. Пичугина И. В. Здоровьесбережение как один из факторов профессионального роста и продвижения будущего специалиста / И. В. Пичугина Педагогический менеджмент в здоровьесберегающем образовании: тематический сборник научных трудов / федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования /И.В. Пичугина.– «Уральский государственный университет физической культуры». Челябинск, 2015. С. 107-112.

УДК 796.06

**Терницкая Светлана Викторовна**

кандидат педагогических наук

доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

**Русаков А.А.**

магистрант кафедры физической культуры,

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

г. Севастополь, РФ

### **СОЦИАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ УНИВЕРСИТЕТА (ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР)**

**Аннотация.** В статье автор исследует социальные функции физкультурно-спортивной деятельности, анализирует методологические основы этого явления; изучает современное образовательное пространство. Особое внимание уделяется физкультурно-оздоровительной деятельности в высших учебных заведениях являющейся неотъемлемым компонентом и условием функционирования образовательной системы. В работе анализируется специальная

литература на предмет классификации социальных функций физкультурно-спортивной деятельности в образовательном пространстве университета, обращается внимание на отсутствие методологической ясности и последовательности в выделении ключевых ее направлений. В работе выделены и рассмотрены двигательно-компенсаторная, экзистенциальная, воспитательная, здоровьесберегающая, консолидирующая функции.

Особым вкладом автора в исследование темы является дифференцированное изучение отдельных социальных функций физкультурно-спортивной деятельности, что может играть значительную роль в исследовании возможных путей оптимизации учебно-образовательного процесса в целом.

**Ключевые слова:** функции, социальные функции; физкультурно-спортивная деятельность; образовательное пространство университета; физическое воспитание.

**Ternitskaya S. V. Rusakov A. A. Social functions of physical education and sports activities in the contemporary educational space of the university (typological revive). Sevastopol Economics and Humanities Institute (branch) «V.I. Vernadsky Crimean Federal University», Sevastopol, Russian Federation**

**Abstract.** The paper addresses social functions of physical culture and sports activities, investigates methodological basis of this phenomenon; studies contemporary educational space. It focuses on sports and recreation activities in higher education institutions which are an integral component and condition for the functioning of the educational system. The paper provides insight into specialized literature on classification of the social functions of physical culture and sports activities in the educational space of the university, refers to the lack of methodological clarity and consistency in identifying its key directions. It highlights and considers motor and compensatory, existential, educational, health-saving, consolidating functions.

The author's special contribution to the subject is the differentiated study of certain social functions of physical culture and sports activities, which can play a significant role in the study of potential ways to optimize educational and training process in general.

**Keywords:** functions, social functions; physical culture and sports activities; educational space of the university; physical education.

Условия существования Российского государства в современном мире предъявляют безусловное требование перманентного, неуклонного повышения эффективности функционирования всех образовательных сред и всех видов деятельности в них. Особую роль в развитии общества и усилении многокомпонентного потенциала страны играет система высшего образования.

Физкультурно-спортивная деятельность в высших учебных заведениях, в частности в университетах, является неотъемлемым компонентом и условием функционирования образовательной системы, а физическое воспитание - обязательным элементом комплексной воспитательной работы.

Современная наука утверждает, что физкультурно-спортивная деятельность является не только доминирующим фактором в развитии физической культуры личности. Она играет значительную роль в формировании важнейших социально-личностных и личностно-профессиональных компетенций (например, морально-нравственное совершенствование, культура мышления, самовоспитание и самодисциплина, умение обучаться и работать в коллективе, здоровый патриотизм и любовь к Родине и т.д.).

Исходя из этих положений, можно отметить, что социальные функции физкультурной и спортивной деятельности весьма важны, имеют выраженную воспитательную и педагогическую направленность, поэтому их структура требует изучения и углубленного исследования.

Рассматривать особенности и функции физкультурно-спортивной деятельности в образовательном пространстве университета нужно применительно к его макросреде. Во-первых, в университетской системе только кафедра физического воспитания интегрально отвечает за эту область учебно-образовательного процесса. Во-вторых, условия для проведения физкультурно-оздоровительной и спортивной работы (административные, финансовые и пр.) создает именно макросреда ВУЗа.

Анализируя специальную литературу на предмет классификации социальных функций физкультурно-спортивной деятельности в образовательном пространстве университета, можно отметить отсутствие методологической ясности и последовательности в выделении ключевых ее направлений. В методической литературе преобладает подход на разделение физической культуры в рамках высшего учебного заведения на специальный спорт (имеющий чисто спортивную, соревновательную, достиженческую функцию) и социальную физкультурную деятельность (имеющую функцию направленного обучения и развития). Такой подход, по нашему мнению, является общим, не полным, не раскрывающим многие важные нюансы социальной интеграции и социализации личности, а также оздоровительные эмоциональные, рекреативные, коммуникативные, зрелищные, эвристические, консолидирующие функции физической культуры.

Обращает на себя внимание, также, что при рассмотрении социальных функций как детско-юношеского, так и студенческого спорта многие авторы касаются этой темы поверхностно и поэтому часто делают необоснованные, умозрительные заключения.

В этой связи возникает необходимость систематизации, актуализации и выделения ключевых социальных функций университетской физкультурно-спортивной деятельности с позиций альтернативной методически-обоснованной типологии.

Термином «функции» обозначают определенные устойчивые характеристики объекта, интегральная составляющая которых дает представление о его роли и месте в происхождении, существовании и развитии как глобального целого, так и отдельных его элементов. Под «функциями спортивной деятельности» следует понимать объективные ее свойства, заключающиеся в возможности воздействия на личность и межличностные отношения, а также удовлетворения общественных и государственных потребностей.

Исходя из вышесказанного, под функциями физкультурно-спортивной деятельности в образовательном пространстве университета следует понимать объективно присущие ей свойства, заключающиеся в возможности развития и удовлетворения определенных потребностей личности (обучающиеся, преподаватели), общества (университетская макросреда) и государства (государственная система высшего образования). Как нам кажется, подобный триединый подход (личность – общество – государство) является наиболее полным в выявлении социальных функций физкультурной и спортивной деятельности в университетской среде.

Рассмотрим данный вопрос, сначала, в соотнесении с личностью. В этом ракурсе, физкультура и спорт направлены, прежде всего, на удовлетворение сходных потребностей субъектов спортивной деятельности. (Имеется ввиду, например, имманентное стремление

людей к проявлению духа). Удовлетворение этих потребностей воспринимается человеком субъективно как счастье, позволяет почувствовать «бытие» во всей его полноте.

Для студенческого (юношеского) возраста проявление духа через движение, состязание, игру является природной, генетически обусловленной потребностью, способом самоутверждения и познания мира. Физкультурная и спортивная деятельность позволяет в социально-приемлемых формах удовлетворять юношескую потребность в движении, сохранять высокий уровень двигательных качеств. Таким образом, мы можем говорить о *двигательно-компенсаторной функции* физкультурно-спортивной деятельности в университетской среде.

В студенческие годы занятия спортом очень часто приобретают черты внутренне мотивированной, целенаправленной, структурированной свободной деятельности, не имеющей высшей внешней цели и не являющейся социальной обязанностью. Сознательное занятие спортом происходит под действием внутреннего стремления к образцу, идеалу и является одной из форм самореализации. Психологически подобная деятельность приносит удовольствие через осознание спортсменом высокой, «идеальной» формы собственного бытия во всей его полноте в последовательности событий.

Таким образом, мы можем выделить *экзистенциальную функцию спортивной деятельности*. Причем в этом аспекте можно рассмотреть как *собственно экзистенциальную функцию*, так и *опосредованно-экзистенциальную функцию*. (Под опосредованно-экзистенциальной функцией подразумевается, например, личностное приобщение к спортивным успехам студента-спортсмена представителей администрации, преподавательского состава, однокурсников и одногруппников).

Некоторые ученые рассматривают физическую культуру и спорт как одну из форм сублимации чрезмерной активности, присущей детско-юношескому возрасту. Существуют положения, в соответствии с которыми значительная часть юношеского потенциала, если дать ему бесконтрольно реализоваться, будет иметь разрушительные последствия. Спорт же, имея жесткие правила проявления двигательной активности, является компромиссом между юношеским стремлением к «подлинному бытию» и стремлением общества к стабильности и порядку. Однако мы считаем, что подобная постановка вопроса относится больше к детскому спорту, и для студенческого спорта *функция сублимации* является второстепенной, несущественной ввиду социальной и личностной зрелости субъектов рассматриваемого нами вида деятельности.

Говоря о социальных функциях университетской физкультурной и спортивной деятельности по отношению к обществу, под последним в данном случае мы подразумеваем достаточно большую группу людей, объединенных общим видом деятельности на ограниченной социальной территории, подчиняющихся общим правилам и имеющих общую доминирующую цель.

В этом ракурсе, прежде всего, можно выделить функции подготовки субъекта физкультурно-спортивной деятельности к достижению высоких успехов в спорте, которые позволят остальным членам общества ярче осознать коллективное бытие через приобщение к идеальному. Можно обозначить эту *функцию как олимпийскую*.

Социальное значение олимпийской функции физкультурно-спортивной деятельности весьма велико. Спортивное соперничество людей, имеющее нуминозную окраску, имеет в своей основе приобщение к очередной победе человеческого «духа» над «смертью»

(природой), «заражает» их вдохновением, близким к восторгу и даже катарсису. Глубинная суть олимпийской функции заключается в том, что общество (в данном случае университетская макро среда), подготавливая своего представителя к демонстрации высокого физкультурно-спортивного уровня, приобщает остальных членов к архетипам своей культуры

Далее необходимо отметить *прикладную социальную функцию* физкультурно-спортивной деятельности. Эта функция очевидна и заключается в формировании средствами физической культуры специфических качеств, полезных для выполнения общественной деятельности, не связанной непосредственно со спортивной деятельностью. Исследователи, разрабатывающие и углубляющие теорию и методику физической культуры, очень часто прикладную функцию спорта, состоящую в воспитании полезных для общества физических и психологических качеств личности, ставят на первое место по значимости. Создавая различные модели физкультурно-спортивной деятельности, можно целенаправленно влиять на формирование необходимых обществу способностей и развитие трудовых навыков членов коллектива.

Чрезвычайно важна и *здоровьесберегающая функция* университетской физкультурно-спортивной деятельности. Функционирование общества напрямую зависит от поддержания здоровья отдельных его членов, и студенческий спорт выступает эффективным методом и средством выполнения этой задачи.

Практически все исследователи в области детско-юношеского спорта в той или иной мере подчеркивают *воспитательную функцию* физкультурной и спортивной деятельности. Несомненно, в соотнесении с университетской макро средой эту функцию нельзя не отметить и в нашем обзоре. Тезис о воспитательном значении физкультурно-спортивной деятельности является общепринятым. Физическая культура и спорт несут в себе прообраз идеального поведенческого стереотипа и приемлемые именно для данного общества определяющие фундаментальные личностные характеристики. Т.е. мы можем говорить о проекции абсолютных идей на социальную реальность рассматриваемого общества, т.е. внедрении определенной идеологии средствами физической культуры. В данном случае, под «идеологией» следует понимать пропаганду культурного коллективного идеала. В общественном ракурсе этого понятия подразумевается, что физическая культура является частью педагогической системы университетской макросреды, способствующей обучению студентов азам и правилам общественной кооперации, единения и коллективной борьбы.

Рассматривая воспитательную социальную функцию физкультурно-спортивной деятельности, можно охарактеризовать ее как «воспитание со спортивной ориентацией». Речь идет о комплексе целенаправленных воздействий со стороны общества на личность студента, которые приводят к усвоению им тех норм и ценностей физической культуры, которые, прежде всего, признаются коллективом в качестве особо важных.

Можно сказать, что в основе воспитательной функции физкультуры и спорта лежит их высокая вариативность и интегрированность, что является основой социальности.

Общественное значение олимпийской, прикладной, здоровьесберегающей и воспитательной функции университетского спорта диктует необходимость надежного функционирования механизмов поддержания относящихся к нему социальных практик. Эта функция относится к ведомству государства – властно-политической структуре, интегрирующей учреждения и институты (в том числе, в области образования), обладающей

специальным аппаратом управления и принуждения, устанавливающей правовой порядок с целью защиты и поддержания целостности всего общества.

Можно выделить следующие социальные функции университетской физкультурно-спортивной деятельности в отношении к государству.

Университетский спорт часто является базой для подготовки атлетов в области высших спортивных достижений, выполняет выраженную *консолидирующую функцию*. Деятельность спортсменов такого высокого уровня способствует осознанию гражданами принадлежности к государству.

Наиболее яркие представители студенческого спорта могут входить в спортивную элиту нашего государства, представляя его на международных соревнованиях различного уровня, стимулируя позиционирование сограждан по отношению к гражданам других государств. Таким образом, можно говорить о *суверенной функции* университетской физкультурно-спортивной деятельности.

Очень важна *функция общественной консолидации и гегемонии государства*. Физкультурно-спортивная деятельность в образовательном пространстве университета выступает в роли весомого консолидирующего фактора, помогающего демонстрировать и поддерживать государственный суверенитет.

Подводя итог нашему обзору, можно отметить, что наш подход к выявлению социальных функций физкультурно-спортивной деятельности в университетской среде, основанный на ее соотнесении с бытием отдельной личности (экзистенциальные функции), университетской макросредой (общественные функции) и бытием государства (государственные функции) позволяют выделить основные приоритеты и направления совершенствования не только средств и методов физической культуры, используемых в системе университетского образования. Дифференцированное изучение отдельных социальных функций физкультурно-спортивной деятельности может играть значительную роль в исследовании возможных путей оптимизации учебно-образовательного процесса в целом.

#### **Список использованных источников**

1. Бальсевич В.К., Лубышева Л.И. Теория и технология спортивно ориентированного физического воспитания в массовой общеобразовательной школе // Физическая культура : воспитание, образование, тренировка. 2005. № 5. С. 50-53.
2. Гафиатулина Н.Х., Любецкий Н.П., Самыгин С.И. Социальное здоровье российской молодежи в эпоху глобализации. М.: РУСАЙНС, 2016. 235 с.
3. Гречишников А. Л. Понятие «массовый спорт» как объект рассмотрения социологии управления // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6.
4. Данкова Р. Е. Физкульт-ура! Книга будущих чемпионов. М.: Оникс, 2012. 128 с.
5. Лубышева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека. М.: ГЦОЛИФК, 2013, 215 с.
6. Матвеев Л.П. Общая теория спорта: Учеб. книга для завершающих уровней высшего физкульт. образования. М.: 4-й филиал Воениздата, 1997. 304 с.
7. Нужденов К.Э. Спорт как инструмент политического воздействия на современное общество: автореф. на соиск. ученой степ. канд. полит. наук: 23.00.02 М., 2012. 29 с.

8. Пономарев И.Е., Литвинов В.А., Пономарев О.И. Состояние общества, здоровье человека и проблемы воспитания, образования и оздоровления студентов средствами физической культуры // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2016. №4.
9. Физическая культура студента: учебник / под ред. В.И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000. 448 с.
10. Шаповаленко И.В. Психология развития и возрастная психология. М.: Юрайт-Издат, 2012. 567 с.

УДК 37.037.1

**Фурманец Александра Игоревна,**  
магистрант кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
**Строшков Валерий Пантелеймонович**  
кандидат технических наук, доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
г. Севастополь, РФ

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕТЬЕГО УРОКА ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ВНЕКЛАССНОЙ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ У ШКОЛЬНИКОВ**

**Аннотация.** В современных условиях при создании разнообразных оздоровительных программ для детей и молодежи зачастую происходит копирование основ и принципов программ, разработанных в Европе и США, без учета специфики состояния здоровья, менталитета обучающихся и инфраструктуры системы образования Российской Федерации. Целью нашего исследования является изучение организации и проведения эффективной внеклассной физкультурно-оздоровительной работы школьников во время третьего урока физической культуры.

**Ключевые слова:** внеклассная физкультурно-оздоровительная работа, здоровый образ жизни, развитие физических качеств.

**The use of the third physical education lesson for extracurricular physical education and health work among schoolchildren**

**Annotation.** In modern conditions, when creating a variety of wellness programs for children and young people, there is often a copying of the fundamentals and principles of programs developed in Europe and the USA, without taking into account the specific health status, mentality of students and the infrastructure of the educational system of the Russian Federation. The purpose of our study is to study the organization and conduct of effective extracurricular physical education and health activities of students during the third physical education lesson.

**Key words:** extra-curricular physical-health-improving work, healthy lifestyle, development of physical qualities.

В условиях современного мира проблема ухудшения состояния здоровья детей наблюдается не только на территории Российской Федерации, но и носит глобальный характер. Ослабевают возможности организма ребенка противостоять воздействию внешних и внутренних факторов. Одной из задач образовательной системы является популяризация здорового образа жизни среди детей и обучение их верному выбору средств и методов, используемых при оздоровлении организма и профилактике возникновения заболеваний. Значительную роль играет внеклассная физкультурно-оздоровительная работа в школе.

Предмет исследования: система организации и планирования внеклассной физкультурно-оздоровительной работы школьников 6-8 классов.

Целью исследования является изучение организации и проведения эффективной внеклассной физкультурно-оздоровительной работы школьников во время третьего урока физкультуры.

К проведению исследования было привлечено 20 девушек в возрасте от 12 до 14 лет, которые были разделены на контрольную и экспериментальную группы. Обе группы посещали уроки физической культуры, причем для участниц экспериментальной группы третий урок физкультуры был организован в секции спортивного туризма. Педагогический эксперимент длился четыре месяца.

Во время проведения третьего урока физкультуры у экспериментальной группы использовался комплекс упражнений, направленных на развитие силы, выносливости и гибкости, а именно:

1. Для развития силы:

- упражнение «тачка» – ходьба на руках, ноги зафиксированы партнером, выполняется в 3 подхода по 10 – 20 раз;
- приседания – глубокие приседания, при которых ступни не отрываются от пола, руки поднимаются вперед, выполняется в 3 подхода по 10 – 20 раз;
- отжимания от пола с широкой постановкой рук – выполняется в 3 подхода по 5 – 10 раз.

2. Для развития выносливости применялся тест Купера – 12-минутный бег с переходом на ходьбу;

3. Для развития гибкости использовались наклоны туловища вперед из положения сидя – упражнение выполняется в 3 подхода по 10 – 15 раз.

Также ученицы, входящие в состав экспериментальной группы, принимали участие в двух однодневных туристических походах.

В качестве тестовых методик, позволяющих определить эффективность выбранного комплекса, были выбраны:

- челночный бег 4х9 м: с низкого старта участницы по команде тренера выполняют бег с максимальной скоростью, перенося от старта до финиша две эстафетных палочки. Время на финише фиксируется с помощью электронного секундомера, за результат принимается лучшая из двух попыток;
- подъемы туловища: подъем корпуса из исходного положения лежа на спине с согнутыми в коленях ногами под углом 90°, ступни должны быть зафиксированы, а руки перекрестно фиксируются на плечах, при котором локти касаются колен, при опускании корпуса лопатки касаются пола. Фиксировалось максимальное количество правильно выполненных движений за 60 секунд;

– наклон вперед: из положения сидя на полу, пятки расположены на расстоянии 10 см друг от друга на нулевой отметке измерительной ленты, производится глубокий наклон руками вперед с фиксацией пальцев на измерительной ленте в течение 1 секунды;

– прыжок в длину с места: из произвольной стойки с ногами врозь на линии нулевой отметки измерительной ленты выполняется прыжок вперед с места при помощи толчка ногами и маха рук;

– бег на выносливость: с высокого старта выполняется бег по стадиону протяженностью 1 км, результат фиксируется при помощи электронного секундомера.

Данные тесты были выполнены участницами контрольной и экспериментальной групп в начале и в конце эксперимента. Результаты тестирования участниц контрольной группы представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Динамика роста показателей физической подготовленности участниц контрольной группы**

Начало эксперимента					Конец эксперимента				
Челночный бег, с	Подъем туловища, раз	Наклон вперед, см	Прыжок в длину, см	Бег, мин.	Челночный бег, с	Подъем туловища, раз	Наклон вперед, см	Прыжок в длину, см	Бег, мин.
10,78± 0,16	38,7± 1,21	4,40± 1,76	129,5± 3,83	5,97± 0,15	10,07± 0,14	47± 1,27	9,0± 1,43	136,5± 3,94	5,75± 0,16

Результаты тестирования участниц экспериментальной группы представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Динамика роста показателей физической подготовленности участниц экспериментальной группы**

Начало эксперимента					Конец эксперимента				
Челночный бег, с	Подъем туловища, раз	Наклон вперед, см	Прыжок в длину, см	Бег, мин.	Челночный бег, с	Подъем туловища, раз	Наклон вперед, см	Прыжок в длину, см	Бег, мин.
10,5± 0,13	39,7± 2,16	10,8± 1,40	148±2 ,91	5,72± 0,14	9,79± 0,12	41,7± 2,18	12,9± 1,18	152± 2,67	5,65± 0,14

Из анализа представленных данных видно, что средняя скорость при прохождении челночного бега в контрольной группе возросла на 2,6%, в то же время в экспериментальной группе этот показатель составил 6,6%. Количество верно выполненных подъемов туловища возросло в контрольной группе на 15%, в экспериментальной – на 17%. Время, затраченное на

прохождение 1 километра, в контрольной группе уменьшилось на 10,8%, в основной – на 14,9%.

Таким образом, данные свидетельствуют об эффективности комплекса упражнений, применяемых на третьем уроке физкультуры в секции спортивного туризма, в развитии физической подготовленности обучающихся.

#### **Список использованных источников**

1. Барин Л.Г. Медико-социальные основы здоровья / Л.Г. Барин. – СПб.: Питер, 2005;
2. Васильков А.А. Физкультура и здоровье / А.А. Васильков. – М.: Физкультура и спорт, 2001;
3. Виленский М.Я., Горшков А.В. Физическая культура и здоровый образ жизни школьника / М.Я. Виленский, А.В. Горшков. – М.: Гардарики, 2007;
4. Запорожченко В.Г. Образ жизни и вредные привычки / В.Г. Запорожченко. – М.: Медицина, 2004;
5. Ковч Ю.Н. Здоровый образ жизни в школе и дома / Ю.Н. Ковч. – М.: Олма-пресс, 2005;
6. Лебедева Н.И. Формирование здорового образа жизни школьников / Н.И. Лебедева. – М.: ИВЦ Минфина, 2005;
7. Чумаков Б.Н. Валеология. Избранные лекции / Б.Н. Чумаков. – М.: Российской педагогическое агентство, 2001.

*УДК 37.015.323*

**Чугунова Наталья Петровна,**  
учитель русского языка и литературы,  
заместитель директора по УВР  
ГБОУ СОШ с. Кошки  
муниципального района Кошкинский Самарской области  
с. Кошки Самарской области, РФ

#### **ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ С ОДАРЁННЫМИ ДЕТЬМИ И ОПЫТ ИХ РЕШЕНИЯ**

**Аннотация.** На современном этапе развития психолого-педагогической мысли одаренность рассматривается как особого рода девиация – одарённые дети представляются во многих случаях носителями "отклонений от норм", что создаёт немало проблем при работе с ними.

В данной статье рассматриваются проблемы в работе с одарёнными детьми, представляются пути их предупреждения и опыт их решения.

**Ключевые слова:** одарённые дети, проблемы, пути решения, предупреждение.

**Chugunova N.P., the teacher of Russian language and literature, Deputy Director of the school, Koshki, Samara region, Russia PROBLEMS IN THE WORK WITH GIFTED CHILDREN AND EXPERIENCE THEIR SOLUTIONS**

**Annotation.** The modern period of development in psychological-pedagogical teaching considers talent as a kind of deviation. Talented children in many cases are believed to be carries of anomalies (aberrance) and this creates a lot of problems in cooperation with them. The article deals with

problems in work with talented children and offers the ways and methods to avoid ones, it shows personal experience in dealing as well.

**Key vocabulary:** talented children, problems, experience in dealing.

Современное образование в качестве своей приоритетной цели ставит признание личности ученика основным субъектом образования. Такая постановка цели особенно актуальна, когда речь идет об одарённых детях, представляющих собой особую надежду государства.

На современном этапе развития психолого-педагогической мысли одаренность рассматривается как особого рода девиация – одарённые дети представляются во многих случаях носителями "отклонений от норм", что создаёт немало проблем при работе с ними.

#### **Проблемы в работе с одарёнными учащимися**

1. Парадоксально, но факт: есть случаи несогласия родителей с тем, что их ребёнок одарённый (способный). Такая позиция существенно затрудняет формирование и организацию системы работы с одарённым ребёнком.

2. Одарённые дети чрезмерно чувствительны, поэтому у них возникают трудности во взаимоотношениях со сверстниками (проблема межличностной коммуникации). Возможны проявления жёсткости и нетерпимости.

3. Неадекватная самооценка (как завышенный вариант, так и заниженный).

4. Рациональный выбор целей, форм и методов обучения одарённых обучающихся.

5. Соблюдение баланса в отношениях с одарёнными детьми: недостаток внимания ведёт к внутренней неудовлетворённости и, как следствие, к потере интереса к исследовательской деятельности, гиперопека также может привести к печальным последствиям – обожествлению самого себя и унижению других, а также к отказу от дальнейшего самосовершенствования.

6. У одарённых детей есть риск развития неприязни к школе, если учебная программа скучна и неинтересна.

Из перечисленного кто-то может сделать вывод, что одарённость – процесс аномальный и ему всегда сопутствуют разнообразные трудности. Не стоит впадать в крайности. Одаренный ребенок развивается по-другому, он требует коррекции установившихся норм взаимоотношений участников образовательных отношений, других учебных программ – это и составляет содержание основного проблемного поля при работе с данной категорией обучающихся.

#### **Пути предупреждения и решения проблем в работе с одарёнными детьми**

**I.** Одарённые дети – особые обучающиеся, они требуют внимания не меньше, чем дети с ОВЗ. И для одних, и для других мы должны создать безбарьерную образовательную среду. Необходима *система курсовой подготовки учителей по данному направлению педагогической деятельности*. Современный учитель обязан непрерывно самосовершенствоваться, быть компетентным, а не отмахиваться фразой: "Я не умею писать исследовательские работы" или "Лишь бы двоек не было!" и т.п.

**II.** Организация *психолого-педагогической работы* с одарёнными, высокомотивированными обучающимися и их родителями.

**III.** В моей педагогической практике при работе с одарёнными обучающимися сложились определённые принципы.

### Принципы работы с одарёнными детьми

**1. «Не навреди!»** (Это врачебный принцип, однако он очень актуален и для учителей: врачи лечат тело, а учителя работают с мировоззрением подрастающего поколения, формируют систему духовно-нравственных ценностей школьников).

Этот принцип работы должен быть ко всем учащимся, но при работе с одарёнными обучающимися – особенно. Подросткам свойственен максимализм, поэтому работать с ними следует очень осторожно, аккуратно, особенно в плане научно-исследовательской деятельности. Исследовательские работы не являются для учащихся обязательными, поэтому важна грамотно выстроенная *система мотиваций*. Важно не оттолкнуть, не погасить интерес. Разочаровавшись, школьники могут никогда больше не вернуться к такой форме работы.

Всемирная организация здравоохранения включает одарённых детей в "группу риска" наряду с малолетними правонарушителями, детьми алкоголиков. Почему? Им необходимы специальные индивидуальные программы, специально подготовленные учителя, специальные школы (школы, где знают и учитывают особенности и проблемы одаренного ребенка, где он будет развиваться согласно своим задаткам и способностям).[1; 18]

**2. Не навязывай! Не ограничивай** (в плане исследовательского любопытства).

**3. Стимулируй** (Ситуация успеха рождает сильный дополнительный импульс к активной работе, содействует становлению достоинств ученика, становится основным фактором развития творческой и целеустремленной личности. Я твердо уверена, что успех порождает успех. Они должны отмечаться **вслух и при ровесниках**)

**4.** У каждого юного исследователя – своя научно-исследовательская траектория. (*Принцип гуманизации*: ориентация образовательного процесса на личность ученика, что проявляется в выборе содержания, методов, средств обучения и воспитания. Ученик находится в центре образовательного процесса, он субъект).

**5.** Каждый исследователь – личность. (*Принцип индивидуализации*: учёт индивидуальных психологических различий учащихся: их темперамента, типа мышления, динамики психических процессов и т.д.)

**6.** Каждому – своё. (*Принцип дифференциации*: следует учитывать и использовать разноуровневые формы исследовательской деятельности (от мини-исследования в рамках одного упражнения, до полноценного исследования)

*Стратегическая идея работы с одарёнными школьниками*: способны все дети, только эти способности различны по своему спектру и характеру проявления.

**IV.** В работе с каждым одарённым обучающимся должна быть продумана индивидуальная *система работы (развития)*. Однако есть и общие моменты:

#### Этапы работы с одарёнными детьми

В моей педагогической практике сложился традиционный порядок работы (этапы).

**1.** Диагностический (выявление одарённых учащихся): мониторинги (учащихся и родителей), диагностики, анкеты (учащихся и родителей), тестирование, контрольные работы, творческие задания, педагогическое наблюдение ...

**2.** Аналитический.

**3.** Практический (создание условий для развития и реализации способностей одаренных учащихся, разработка индивидуальных образовательных маршрутов).

Рефлексия (коррекция, если она необходима).

**V.** Талант не терпит "закостенелости" – *формы работы* с одарёнными детьми должны быть разнообразными, многовекторными:

- нестандартные уроки;
- занятия внеурочной деятельности;
- научно-практические конференции;
- олимпиады;
- творческие конкурсы;
- творческие мастерские;
- сотрудничество с другими школами, ВУЗами,
- сотрудничество с социальными партнёрами.

Требуется мониторинг актуальных конференций, конкурсов и олимпиад и своевременное информирование о них.

В этой связи особую актуальность приобретают предметные недели в школе, а их стратегическая миссия требует определённой адресности, дифференциации.

**VI.** Проведение *общешкольной недели "Мы таланты"*, в рамках которой организовать презентацию способностей учащихся школы в разных формах (конференция, выставка, концерт, соревнование, конкурс и т.д.). Например, понедельник – спортивное направление, вторник – научно-практическая конференция, среда – концерт, выставка художников, четверг – мастер-класс конструкторов и т.д.

Присутствие родителей весьма желательно.

**VII.** Разветвлённая *система поощрений* одарённых детей:

- бесплатная поездка на развлекательное, образовательное, научно-просветительское мероприятие,
- система школьных званий,
- информирование о значимых достижениях ребёнка по месту работы родителей;
- информация об успехах и достижениях на сайте школы.

**Главное - помнить:** способны все дети, только эти способности различны по своему спектру и характеру проявления.

#### Список использованной литературы

1. Леви В. Нестандартный ребенок, или Как воспитывать родителей. – М.: Клуб "36,6", 2017. – С. 18
2. Богоявленская Д.Б., Брушлинский А.В., Бабаева и др. Рабочая концепция одаренности / под ред. В.Д. Шадрикова. – М., 2002.

## **НАУЧНО-ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ**

УДК 616-1

**Алтынбекова Зарэма Бауэровна,**  
кандидат медицинских наук,  
доцент кафедры физической культуры;  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
**Герасименко Наталья Евгеньевна,**  
магистр кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
г. Севастополь, РФ

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Аннотация.** В данной статье рассматривается и оценивается эффективность схемы реабилитационных мероприятий, включающих занятия скандинавской ходьбой и талассотерапию в сочетании с медикаментозной коррекцией гипертонической болезни II стадии в условиях поликлиники.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, физическая реабилитация, скандинавская ходьба, талассотерапия.

**Altynbekova Z. B., Gerasimenko N. E. The study of effectiveness of clinic physical rehabilitation methods of hypertonic disease. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia**

**Annotation.** The article deals with and evaluates the effectiveness of rehabilitation measures scheme including nordic walking and thalassotherapy in combination with drug correction of second stage hypertonic disease in clinic.

**Keywords.** Hypertonic disease, physical rehabilitation, nordic walking, thalassotherapy.

Проблемы своевременной диагностики, лечения, реабилитации и профилактики гипертонической болезни постоянно находятся в центре внимания различных специалистов органов здравоохранения и адаптивной физической культуры [1,3,6]. Физическая реабилитация при гипертонической болезни располагает большим арсеналом средств активного воздействия на функциональное состояние различных систем организма больных. К ним относятся ЛФК, массаж, физиотерапия, талассотерапия, бальнеотерапия и другие. Своевременные методики и средства адаптивной физической культуры с помощью дозированных физических нагрузок воздействуют на сердечно – сосудистую, дыхательную систему, способствуют тренировке и укреплению органов кровообращения [4]. Позитивный эффект дозированных физических нагрузок способствуют повышению толерантности к

физической нагрузке и восстанавливают физическую работоспособность больных гипертонической болезнью. Различные формы лечебной физической культур при гипертонической болезни в сочетании с медикаментозным лечением, диетой и другими средствами оказывают восстанавливающее действие на организм больного. В связи с большой распространенностью гипертонической болезни существует необходимость постоянного совершенствования средств, форм, методов и методик лечебной физической культуры.

Целью работы явилось исследование эффективности схемы реабилитационных мероприятий, включающей занятия скандинавской ходьбой и талассотерапию для больных гипертонической болезнью II стадии на поликлиническом этапе.

По мнению ряда авторов, гипертоническая болезнь – это хроническое заболевание сердечно-сосудистой системы, характеризующееся первичным (эссенциальным) повышением артериального давления с функциональными, а затем и органическими изменениями в органах-мишенях: почках, сердце, ЦНС [7].

Выделяют 3 наиболее существенные причины ГБ:

- хроническое психоэмоциональное перенапряжение – повторяющиеся стрессы, конфликтные ситуации, длительное чрезмерное напряжение внимания и т.п.;
- генетически обусловленный дефект почечно-объемного механизма регуляции АД;
- наследственный дефект ионных насосов клеточных мембран, приводящий к нарушению обмена [6].

Основные факторы, определяющие уровень АД это сердечный выброс и общее периферическое сосудистое сопротивление. Выделяют ряд факторов, участвующих в развитии ГБ [8].

- Генетические факторы не вызывают сомнения, так как ГБ очень часто носит семейный характер, и наследование имеет полигенную форму.
- Эмоциональный стресс, особенно длительное нервно психическое расстройство.
- Диета с большим потреблением поваренной соли.
- Расовые факторы
- Избыточная масса тела
- Курение и злоупотребление алкоголем
- Профессиональные вредности
- Гиподинамия, малоподвижный образ жизни

Прогноз течения заболевания лиц с ГБ и решение о дальнейшей тактике их ведения зависит не столько от уровня АД, сколько от наличия сопутствующих факторов риска, вовлечения в процесс «органов-мишеней», а также наличия ассоциированных клинических состояний. В связи с этим, в современную классификацию ГБ введена классификация больных в зависимости от степени риска.

Чтобы оценить, суммарное влияние нескольких факторов риска на прогноз заболевания экспертами ВОЗ предложена (1999 г.) и одобрена экспертами Всероссийского научного общества кардиологов (2001 г.) классификация риска по четырем категориям (низкий, средний, высокий и очень высокий риск) [11].

В Российской Федерации по-прежнему актуально, особенно при формулировке диагностического заключения, использование 3-х стадийной классификации ГБ.

- При I степени давление 140-159/90-99 мм рт.ст. Отсутствует изменение в органах-мишенях
- II степень характеризуется повышением давления 160-179/100-109 мм рт.ст. Изменение со стороны одного или нескольких органов-мишеней. Ремиссии не продолжительны, и более редкие.
- Артериальное давление при III степени стабильно повышено 180 и выше/110 и выше ммрт.ст. Опасным сигналом является его понижение, это может значить наступления сердечной слабости.

II и III степень в основном всегда осложняется атеросклерозом. Появляются непривычные боли в области сердце, развивается сердечная недостаточность. Могут возникать приступы сердечной астмы, часто это происходят по ночам. У пациентов появляются жалобы на быструю утомляемость, продолжительные головные боли и головокружения, при сильной головной боли появляется тошнота. Отмечаются нарушения сна. Так же нарушается функция работы почек. Нарушения так же происходят со стороны сосудов сетчатки глаза, что может заканчиваться кровоизлиянием в нее [11].

Если вовремя не заниматься профилактикой и лечением I и II степени, она переходит в третью, и затем осложняется гипертоническими кризами. Если отсутствует правильное лечение кризов, они будут повторяться чаще, что может привести к инфаркту или инсульту.

Целью восстановительного лечения больных АГ является не только снижение показателей АД, но и устранение по возможности её причины. Для достижения этой цели требуется не только снижения АД до нормального уровня, но и коррекция всех факторов риска: курения, дислипидемии, гипергликемии, ожирения, и лечение сопутствующих заболеваний — сахарного диабета и др. Медикаментозное лечение, назначаемое врачом, должно быть постоянным, в течение многих лет. Исчезновение неприятных ощущений и снижение АД не дают оснований прекращать лечение. А вот мероприятия по нормализации образа жизни, зависят от самого пациента. Это и нормализация режима труда и отдыха, исключение стрессов, увеличение физических нагрузок и двигательной активности. Это – снижение потребления соли и жидкости, исключение алкоголя, кофе и стимулирующих нервную систему напитков и веществ. При большом весе ограничение калорийности пищи за счет отказа от жирного, мучного, жареного и пряного и увеличение потребления растительной пищи, уменьшением потребления животных жиров, увеличением в рационе калия, кальция, содержащихся в овощах, фруктах, зерновых, и магия, содержащегося в молочных продуктах [8]. То есть, восстановительное лечение данной категории больных, наряду с медикаментозной терапией обязательно должно включать все аспекты физической реабилитации.

Исследование проводилось на базе городской поликлиники г. Евпатории с 01.11.2018 по 31.01.2019 года. В исследование были включены 20 мужчин, страдающих гипертонической болезнью II стадии. Возраст пациентов варьировал в пределах 50-55 лет. Критериями отбора были отсутствие сопутствующих заболеваний, стабильный и постепенный характер развития заболевания. Главным критерием служила степень повышения артериального давления. При этом систолическое АД находилось в пределах 140-160 мм рт. ст.. Диастолическое АД не выходило за пределы 80 – 95 мм рт. ст. Обследуемые случайным образом были разделены на две одинаковые группы по 10 человек в каждой. Все больные находились под наблюдением своих участковых терапевтов и получали медикаментозную терапию. Больным была предложена программа реабилитации, получено их информированное согласие.

Больные экспериментальной и контрольной группы в процессе исследования занимались скандинавской ходьбой [2]. В контрольной группе наряду со скандинавской ходьбой также проводилась талассотерапия. Реабилитация проходила через день. Обе группы собирались вместе в 8-00 утра в начале маршрута в любую погоду. Первый этап скандинавской ходьбы продолжался 30 минут. Он проходил на дистанции 1,5 км от центра города до полосы городского пляжа. Непосредственно на пляже больные контрольной группы во время 10-минутного перерыва в ходьбе возвращались обратно. В то же самое время пациенты основной группы выполняли короткую процедуру талассотерапии. Они медленно заходили в воду до пояса, затем трижды погружали все тело в воду до уровня подбородка. После этого больные выходили на берег и растирали себя полотенцем. Само купание занимало полторы-две минуты.

По окончании 10-минутного перерыва начинался второй (заключительный) этап скандинавской ходьбы, который проходил в том же темпе, что и первый – 1,5 км за 30 минут. Данный темп позволял поддерживать ЧСС во время нагрузки на уровне не более 125 уд/мин. Субъективное состояние всех пациентов контролировалось, в большинстве случаев появление жалоб не отмечалось. Общая продолжительность каждого занятия составила 1 час 10 минут. Артериальное давление и величина пульса контролировались утром перед ходьбой и по завершении занятия.

Для определения эффективности реабилитации до и после курса занятий определялись проба Мартине-Кушелевского и проба PWC 150 для определения физической работоспособности [9,10].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась параметрическими методами с использованием t-критерия Стьюдента.

До начала исследования тестируемые показатели были схожи, что свидетельствовало об однородности групп. Величина числа сердечных сокращений в исследуемых группах была незначительно выше верхней границы нормы частоты сердечных сокращений в покое для здоровых (верхняя граница нормы = 80 уд/мин).

По завершении реабилитационных мероприятий результаты измерения частоты сердечных сокращений у больных гипертонической болезнью в обеих группах улучшились. В экспериментальной группе достоверно снизилось с  $85,60 \pm 1,85$  до  $78,60 \pm 2,03$  при  $p \leq 0,05$ , а в контрольной группе с  $86,00 \pm 1,94$  до  $80,10 \pm 1,73$  при  $p \leq 0,05$ .

До начала исследования показатели АД были практически одинаковыми, и соответствовали артериальной гипертонии 2 степени. После применения комплексной реабилитации показатели артериального давления (СД, ДД) изменились следующим образом: основная группа показатели САД достоверно снизились с  $165,00 \pm 1,25$  до  $158,00 \pm 1,10$  ( $p \leq 0,01$ ), показатели ДАД так же снизились со  $105,00 \pm 1,25$  до  $99,40 \pm 1,38$  при ( $p \leq 0,05$ ). В контрольной группе, показатели САД также достоверно снизились со  $165,50 \pm 2,17$  до  $159,00 \pm 1,90$ , так же как, показатели ДАД снизились с  $98,50 \pm 2,89$  до  $91,00 \pm 1,63$  при ( $p \leq 0,05$ ). Достоверное снижение артериального давления в обеих группах, нельзя объяснить, только применением реабилитационных мероприятий, так как наряду с ними, исследуемые применяли медикаментозную терапию по назначению врача.

До начала реабилитационных мероприятий по результатам пробы Мартине-Кушелевского увеличение частоты сердечных сокращений составляло 77% в экспериментальной группе и 75% в контрольной, что расценивается как

неудовлетворительное состояние сердечно-сосудистой системы. Также фиксировалось значительное повышение САД (до 220-250 мм.рт.ст). Такой тип реакции встречается у лиц пожилого возраста и при физическом перенапряжении ССС. После проведения комплексной реабилитации в обеих исследуемых группах отмечалось улучшение отдельных показателей. Так по завершении реабилитации результаты пробы несколько улучшились. При этом увеличение частоты сердечных сокращений на пробу в экспериментальной группе составило 30%, что можно рассматривать как удовлетворительное состояние сердечно-сосудистой системы, а в контрольной группе показатель пробы по результатам пробы Мартине-Кушелевского улучшился незначительно, однако оставаясь в границах удовлетворительной оценки сердечно сосудистой системы (увеличение на 62%). Таким образом, по пробе Мартине-Кушелевского в экспериментальной группе отмечен более выраженный реабилитационный эффект, по сравнению с контрольной группой. Аналогичные результаты получены при изучении динамики артериального давления пробы Мартине-Кушелевского. Так, повышение систолического артериального давления в экспериментальной группе, до начала реабилитации, по результатам пробы Мартине-Кушелевского, составляло 52%, а в контрольной – 67%. По завершении реабилитационных мероприятий, повышение артериального давления на пробу, составило 25%, а в контрольной - 48%. Полученные данные, так же свидетельствуют о большей эффективности реабилитационных мероприятий в экспериментальной группе, по сравнению с контрольной.

При анализе результатов пробы PWC 150 при последовательных нагрузках в 50 и 75 W наблюдалось раннее увеличение пульса после пробы до субмаксимальных величин, как в экспериментальной, так и в контрольной группах. В экспериментальной группе перед реабилитацией, при нагрузке 50W, пульс  $92,4 \pm 1,8$  повысился до  $131,1 \pm 1,5$  уд/мин; при нагрузке 75W - до  $151,6 \pm 2,1$ , а в контрольной, при нагрузке 50W, пульс  $90,3 \pm 1,6$  увеличился до  $129,3 \pm 0,9$  уд/мин; при нагрузке 75W - до  $149,4 \pm 1,8$  уд/мин. Должная величина частоты сердечных сокращений в  $120 \pm 15$  уд/мин - при нагрузке 50W и должная частота сердечных сокращений -  $140 \pm 15$  при нагрузке 75W были рассчитаны по формуле З.Л. Карпмана. Приведенные данные могут свидетельствовать о снижении толерантности к физической нагрузке и ограничении физической работоспособности у данной категории больных до начала реабилитационных мероприятий.

По завершении реабилитационных мероприятий, реакция сердечно сосудистой системы на пробу была следующей: частота сердечных сокращений после пробы в экспериментальной группе снизилось и приблизилось к должной величине на обеих ступенях пробы, что можно расценивать как улучшение толерантности к физической нагрузке и, это подтверждается достоверным ( $p \leq 0,05$ ) повышением физической работоспособности с  $1256,7 \pm 2,15$  до  $1290 \pm 2,15$ . Эти данные свидетельствуют о положительном эффекте сформированной и примененной схемы реабилитационных мероприятий в экспериментальной группе. В контрольной группе по показателям реакции сердечно сосудистой системы на пробу не наблюдалось изменений, которые бы свидетельствовали о формировании толерантности к физической нагрузке, что демонстрирует показатель физической работоспособности, который практически не изменился в ходе исследования ( $1249,7 \pm 1,41$  - до и  $1252,20 \pm 1,62$  по завершении).

Ежедневная скандинавская ходьба в сочетании с талассотерапией и элементами закаливания эффективно нормализует гемодинамические показатели, улучшает

функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и повышает толерантности к физической нагрузке, что достоверно подтверждается повышением физической работоспособности.

Применение скандинавской ходьбы без талассотерапии в контрольной группе не привело к достоверным изменениям тестируемых показателей.

Положительная динамика тестируемых показателей в экспериментальной группе по завершении исследования, свидетельствуют о положительном эффекте сформированной и примененной схемы реабилитационных мероприятий, и позволяет считать данный комплекс эффективным методом реабилитации для больных гипертонической болезнью II стадии.

#### **Список использованных источников**

1. Абдулина А.С. ЛФК при сердечно-сосудистых заболеваниях // монография.: М.: Академия, 2010. – 365с.
2. Айдинов С.И. Руководство по скандинавской ходьбе. – П., 2014 – 217 с.
- 3.Амосов Н.М. Физические упражнения и сердце // М: Физкультура и спорт, 2009. – 51 с.
4. Барановский А. Ю., Симоненко В.И. Немедикаментозное лечение болезней сердечно-сосудистой-системы // монография. Спб.: Диалект, 2010. – 456 с.
6. Беркинбаев С.Ф. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, классификация, клиническое течение, диагностика и лечение// монография. М. : Актобе, 2010. – 248 с.
7. Беркинбаев С.Ф. Гипертоническая болезнь // монография. М.: Актобе, 2010 – 325 с.
8. Волков В.К. Лечение и реабилитация больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники // монография. М.: Медицина, 2009. – 256с.
9. Гамза Н.А. Основы врачебно-педагогических наблюдений // монография. СПб.: Питер,2014. – 46 с.
10. Генш Н.А. Справочник по реабилитации // Ростов н/д: Феникс, 2008. – 348 с.
11. Гогин Е.Е. Артериальная гипертензия //монография Спб.: 2013 .– 354с.

УДК 617.3

**Глобенко Римма Рифкатьевна**

старший преподаватель кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

**Куцюруба Максим Викторович,**

магистрант кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

г. Севастополь, РФ

#### **МИОФАСЦИАЛЬНОЕ РАССЛАБЛЕНИЕ КАК СРЕДСТВО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Аннотация:** В данной статье отражены вопросы физической реабилитации взрослых людей с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Выявляются характерные особенности остеохондроза, описываются реакции миофасциальных тканей на поражение позвоночника, определяются методы тестирования функционального состояния позвоночника, рассматриваются программы физической реабилитации. Целью является анализ влияния техники миофасциального расслабления на результативность реабилитационного процесса. Производится сравнение эффективности программы физической реабилитации, включающей занятия лечебной физической культурой и сеансы классического лечебного массажа спины с программой, которая включает сеансы миофасциального расслабления с последующим включением занятий лечебной физической культурой. Особое внимание уделено проблеме обострения болевого синдрома на первых этапах реабилитационных мероприятий.

В статье раскрывается содержание понятия миофасциального расслабления, проводится обзор техник, рассматривается физиология их воздействия на миофасциальные ткани. Определяются ключевые этапы физической реабилитации: исходное тестирование, непосредственный процесс реабилитации, промежуточное и конечное тестирование.

По результатам проведенного исследования, делается вывод, что применение метода миофасциального расслабления существенно повышает эффективность физической реабилитации взрослых людей с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, а также снижает риск обострения болевого синдрома на первых этапах реабилитационных мероприятий.

Материал статьи будет интересен специалистам в области адаптивной физической культуры, физической реабилитации, мануальной терапии и неврологии.

**Ключевые слова:** остеохондроз, позвоночник, пояснично-крестцовый отдел, физическая реабилитация, миофасциальное расслабление, лечебная физкультура, классический массаж, мануальная терапия.

**Globenko R.R., Kutsyuruba M.V. Myofascial relaxation as a means of physical rehabilitation of adults with osteochondrosis of the lumbosacral spine. Crimean Federal University named after VI. Vernadsky, Sevastopol, Russia**

**Annotation:** This article addresses the issues of physical rehabilitation of adults with osteochondrosis of the lumbosacral spine. Characteristic features of osteochondrosis are identified, reactions of myofascial tissues to spinal lesions are described, methods for testing the functional state of the spine are determined, and physical rehabilitation programs are considered. The goal is to analyze the impact of myofascial relaxation techniques on the effectiveness of the rehabilitation process. A comparison is made of the effectiveness of the physical rehabilitation program, which includes classes of therapeutic physical training and sessions of classical therapeutic back massage with a program that includes sessions of myofascial relaxation, followed by the inclusion of classes of therapeutic physical culture. Particular attention is paid to the problem of exacerbation of pain in the early stages of rehabilitation measures.

The article reveals the content of the concept of myofascial relaxation, provides a review of techniques, examines the physiology of their impact on myofascial tissues. The key stages of physical rehabilitation are determined: initial testing, direct rehabilitation process, intermediate and final testing.

According to the results of the study, it is concluded that the use of the myofascial relaxation method significantly increases the effectiveness of physical rehabilitation of adults with osteochondrosis of the lumbosacral spine, and also reduces the risk of exacerbation of pain in the first stages of rehabilitation.

Article material will be of interest to specialists in the field of adaptive physical education, physical rehabilitation, manual therapy and neurology.

**Key words:** osteochondrosis, spine, lumbosacral, physical rehabilitation, myofascial relaxation, therapeutic exercise, classical massage, manual therapy.

Остеохондроз позвоночника – это дегенеративно-дистрофическое процесс, который сопровождается обезвоживанием, разволокнением, истончением пульпозного ядра межпозвонкового диска. Фиброзное кольцо диска утрачивает прочность, надрывается и расслаивается [3, с. 23].

При сохранении плотности ядра, фиброзное кольцо не может полноценно противодействовать процессам расширения ядра при увеличении нагрузки. Дорсальные отделы фиброзного кольца при этом испытывают максимальные напряжения и часто разрываются. Таким образом, внутренние ткани диска выдавливаются за пределы фиброзного кольца, формируется экструзия, сопровождающаяся целым комплексом сопутствующих симптомов [3, с. 61].

Ввиду изменения биомеханики фасеточных суставов, обусловленной истончением диска и утратой стабильности в позвоночно-двигательном сегменте, возрастает нагрузка на суставные поверхности с формированием межпозвонкового артроза – спондилоартроза. В результате раздражения менискоидов фасеточных суставов, происходит рефлекторный спазм межпозвонковых мышц – т.н. функциональный блок позвоночно-двигательного сегмента. Организм вынужден подстраиваться под заблокированный сегмент, в результате чего возникает стойкая контрактура мышц сначала паравертебральных, а затем и экстравертебральных с формированием триггерных точек, утрачивается подвижность пораженного отдела позвоночника. Далее следует сужение локализации миофиксации до уровня сегментарной и мышечная контрактура сохраняется только вокруг пораженного позвоночно-двигательного сегмента. Это состояние соответствует последним стадиям остеохондроза [3, с. 87].

Данная миофиксация меняет естественный поясничный лордоз на локальный кифоз, происходит изменение кривизны позвоночника. Включаются компенсаторные механизмы с формированием гиперлордозов в других отделах позвоночника с целью сохранения центра тяжести тела [6, с. 239].

Таким образом, остеохондроз позвоночника не является заболеванием отдельных дисков, позвонков или позвоночно-двигательных сегментов, т.к. реактивные компенсаторно-биомеханические изменения происходят по всем миофасциальным цепям опорно-двигательного аппарата.

Как показывает практика, при симптомах, характерных для прогрессирующего остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, занятия лечебной физической культурой нередко провоцируют усиление болевого синдрома. Лечебный классический массаж, также в ряде случаев провоцирует обострение. Таким образом, физическая

реабилитация приостанавливается и начинается медикаментозная терапия, направленная на обезболивание и снятие воспалительных процессов [7, с. 66].

Анализ мягких, безопасных и эффективных методов физической реабилитации показал, что одним из таковых является миофасциальное расслабление.

Мягкие мануальные техники миофасциального расслабления, практически полностью исключают возможность обострения болевого синдрома, при физической реабилитации и обладают возможностью глубокого воздействия на соединительно-тканые структуры тела, тем самым ускоряя процесс реабилитации и уменьшая вероятность рецидива болевого синдрома [8, с. 120].

Именно мягкое воздействие техник миофасциального расслабления, исключающее возможность обострения, быстрое восстановление тканей организма и высокая результативность процесса физической реабилитации взрослых людей с пояснично-крестцового отдела позвоночника, обусловили актуальность данного исследования.

Миофасциальное расслабление – это метод мягкого мануального воздействия на мышцы и фасциальные слои тела. Миофасциальные техники относятся к большой группе техник, использующих принципы тканевой местной перестройки [8, с. 124].

При описании техник миофасциального расслабления, следует наиболее подробно остановиться на фасциях.

Ранее считали, что повреждения фасциальной ткани не имеют клинического значения и не требуют лечения [1, с. 63]. Но с развитием техник мягкой мануальной терапии стало очевидно, что фасция нуждается в лечении в первую очередь. Рассмотрим схему реакции фасциальной ткани на травмирующий фактор.

В норме, опорно-двигательный аппарат функционирует слаженно и гармонично, однако в следствии внешнего силового воздействия или внутреннего компенсаторного напряжения возникает ответная реакция организма – усиление жесткости локального мышечного корсета, которое сопровождается сокращением фасциальной ткани. Ввиду того, что фасция содержит большее количество проприорецепторов, фасциальное напряжение является более жестким, что в последствии нарушает трофику тканей и провоцирует хронический воспалительный процесс с дальнейшими фиброзными изменениями [2, с. 8]. Фиброз фасциальной ткани не позволит мышце корректно выполнять двигательную функцию [8, с. 23]. Следует обратить внимание на то, что классический лечебный массаж не может оказать полноценное влияние на фасциальную ткань. С этой задачей справляются лишь техники миофасциального расслабления.

В данном исследовании использовались следующие техники миофасциального расслабления [8, с.136]:

– Метод сближения тканей – стрейн-контрстрейн. Заключается в смещении пораженной ткани в направлении наиболее свободного движения и удержании в крайнем положении до расслабления 1-1,5 минуты.

– Метод ортобиомии. В этом случае воздействие на пораженную ткань осуществляется через сустав, к которому она крепится. В течение одной минуты происходит компрессия по оси сустава, которая соответствует наибольшему расслаблению ткани.

– Метод раскручивания. Зафиксировав в нейтральном положении пораженную ткань, выбирается направление, в котором она легче всего смещается. Затем следует смещение

ткани по всем плоскостям, исключительно сопровождением, без принудительного давления. После остановки следует расслабление миофасциальных структур.

Локализация воздействия миофасциальных техник – пояснично-крестцовая зона, паравертебральные мышцы спины, мышцы таза.

Исходное состояние исследуемых и его изменения на фоне проводимых реабилитационных мероприятий оценивались с помощью теста минимальной силы Крауса и теста подвижности в поясничном отделе позвоночника Шобера.

В исследовании приняли участие 40 мужчин в возрасте 35-45 лет. Исследование проходило на базе школы физической реабилитации «Манумед» (г. Севастополь).

Исследуемые контрольной группы (20 человек) занимались по программам реабилитации, включающей занятия лечебной физической культурой (30 минут) и сеансы классического лечебного массажа спины (30 минут). Занятия и массаж проводились через день.

Программа физической реабилитации исследуемых экспериментальной группы (20 человек) отличалась от контрольной группы и включала в себя следующие мероприятия. Сеансы миофасциального расслабления, длительностью 60 минут, проводились три раза в неделю. Через две недели, после промежуточного контроля динамики процесса реабилитации, были введены занятия по лечебной физической культуре (30 мин) через день, сразу после которых проводились сеансы миофасциального расслабления, длительность которых сократилась до 30 минут.

Длительность курса физической реабилитации в контрольной и экспериментальной группах составила один месяц.

Целью применяемых комплексов стало устранение болевого синдрома, восстановление полноценной подвижности позвоночника и нижних конечностей, восстановление нормотонуса мышц спины, таза и нижних конечностей.

Исходное тестирование минимальной силы мышц методом Крауса-Вебера выявило неудовлетворительный результат у 100 % испытуемых.

Определение подвижности в поясничном отделе позвоночника при помощи теста Шобера показало также неудовлетворительные результаты.

В процессе эксперимента, после первой недели занятий, ввиду обострения болевого синдрома, из контрольной группы выбыл один испытуемый. После двух недель применения миофасциального расслабления, в экспериментальной группе были проведены промежуточные тесты, по результатам которых, в программу реабилитации была введена лечебная физическая культура. В конце программы физической реабилитации в контрольной и экспериментальной группе было проведено конечное тестирование (табл. 1).

Таблица 1

**Таблица результатов тестирования в исследуемых группах**

<b>Группа</b>	<b>Тест</b>	<b>Тест Крауса-Вебера, баллы</b>	<b>Тест Шобера, см</b>
---------------	-------------	----------------------------------	------------------------

<b>Контрольная группа</b>	Исходное тестирование	17±3,1 неудовлетворительно	2,61±0,28 неудовлетворительно
	Конечное тестирование	37,9±4,1 хорошо	3,6±0,71 удовлетворительно
<b>Эксперимент. группа</b>	Исходное тестирование	15,9±1,6 неудовлетворительно	2,72±0,36 неудовлетворительно
	Промежуточное тестирование	31,9±2,1 удовлетворительно	3,0±0,4 удовлетворительно
	Конечное тестирование	51,6±2,8 отлично	4,7 ± 0,4 хорошо

По результатам проведенного исследования видно, что применение в экспериментальной группе техник миофасциального расслабления в процессе физической реабилитации, с последующим применением лечебной физической культуры существенно повысило результативность реабилитации, в сравнении с контрольной группой, и исключило вероятность обострения болевого синдрома у испытуемых.

#### Список использованных источников

1. Анатомия и физиология человека / А. Фаллер, М. Шюнке; пер. с англ. – 2-е изд. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014
2. Боль в спине: гендерные особенности / А. Е. Барулин, О. В. Курушина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, №2., приложение (Нервные болезни).
3. Заболевания межпозвонковых дисков / Юрген Кремер; пер. с англ.; под общ. ред. проф. В. А. Широкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2013.
4. Консервативное лечение остеоартроза / Носков С.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
5. Методика коррекции нарушений оптимальной статики опорно-двигательного аппарата лиц молодого и зрелого возраста с синдромом дорсопатии на поясничном уровне: учеб. -метод. издание / А. Н. Якушева. – Челябинск: Южно-Уральское книжное изд-во, 2013.
6. Мышцы. Анатомия. Движения. Тестирование / Клаус-Петер Валериус [и др.]; пер. с англ. под ред. М.Б. Цыкунова. – М. : практическая медицина, 2016
7. Остеохондроз позвоночника / В.А. Епифанов. – М.: Эксмо, 2015.
8. Практическое руководство по мануальной терапии. / Мерзенюк О. С. – Новокузнецк, 2015.

УДК 617.3

**Глобенко Римма Рифкатьевна**

старший преподаватель кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
**Нетяга Полина Николаевна**  
магистрант кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
г. Севастополь, РФ

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕТРАДИЦИОННЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПРИ СКОЛИОЗЕ 1 СТЕПЕНИ**

**Аннотация:** Применение нетрадиционных видов лечебной физической культуры в реабилитации женщин, больных сколиозом, может быть весьма эффективным. В статье рассматриваются причины и негативные следствия нарушений в работе опорно-двигательного аппарата, ведущие к развитию сколиоза, а также приводятся результаты применения упражнений трехмерной коррекции сколиоза 1-й степени по методу Катарини Шрот в условиях спортивного зала для реабилитации женщин 30 – 35 лет. Эффективность реабилитационной программы оценивалась по динамике изменения морфофункционального состояния позвоночного столба. Результаты эксперимента свидетельствуют об эффективности применения шрот-терапии в условиях спортивного зала при реабилитации женщин первого зрелого возраста, больных сколиозом 1-й степени.

**Ключевые слова:** сколиоз, реабилитация, шрот-терапия, позвоночный столб, спортивный зал, ЛФК, дыхательная ортопедия, ассиметричное дыхание.

**Globenko R.R., Netiaga P.N. The effectiveness of non-traditional types of therapeutic physical training in the rehabilitation of women with scoliosis I degree**

**Annotation:** The use of non-traditional types of medical physical culture in the rehabilitation of women with scoliosis can be very effective. The article discusses the causes and negative consequences of disorders in the musculoskeletal system, leading to the development of scoliosis, as well as the results of the use of exercises of three-dimensional scoliosis of the 1st degree according to the method of Katharina Schroth in a gym for the rehabilitation of women 30 - 35 years. The effectiveness of the rehabilitation program was assessed by the dynamics of changes in the morphofunctional state of the spinal column. The results of the experiment indicate the prospects for the use of meal-therapy in the rehabilitation of women of the first mature age, patients with 1st degree scoliosis.

**Key words:** scoliosis, rehabilitation, shrot therapy, spinal column, gym, exercise therapy, respiratory orthopedics, asymmetric breathing.

Одной из главных проблем жизнедеятельности современного человека является резкое снижение двигательной активности, имеющее крайне негативные последствия для функционального состояния его организма. Механизация, компьютеризация, роботизация различных областей человеческой деятельности, несомненно, облегчает и оптимизирует процессы производства и улучшает быт. Однако, параллельно, из-за значительного уменьшения объема важных двигательных действий и физической работы, выполняемой людьми, упрощение физической деятельности может быть причиной гиподинамии,

провоцирует возникновение нарушений в опорно-двигательном аппарате, отрицательно влияет на работу дыхательной, сердечнососудистой, эндокринной, пищеварительной системы, приводит к ухудшению общего функционального и психофизического состояния.

Нарушения в работе опорно-двигательного аппарата из-за недостатка двигательной активности – настоящий бич современного общества. Они вызывают ухудшение работы всех органов и систем организма человека, приводят к появлению лишнего веса и ожирения, атеросклероза, ишемической болезни сердца, гипертонии, диабета и пр. У лиц среднего и старшего возраста эти процессы усугубляются естественными возрастными изменениями, происходящими в организме. Из-за дегенеративных процессов в нервных, костных и мышечных тканях негативные изменения в опорно-двигательном аппарате могут приводить к изменению осанки и прогрессировать в сколиотическую болезнь, которая приводит к деформации грудной клетки и таза, вызывая дополнительную нагрузку на дыхательную, сердечнососудистую и пищеварительную систему. С течением времени, прогрессирующий сколиоз может приводить к потере трудоспособности и к инвалидности [1, 3].

В развитом обществе вопросы физического здоровья женщины трудоспособного возраста, на плечи которой современным социумом возложены многообразные трудовые, общественные и семейные функции, является особо актуальными. Сохранять и поддерживать должный уровень физического и психического состояния в мире с высоким темпом жизни, перманентной социально-экономической и политической нестабильностью, особо проблематично женщинам зрелого возраста.

Повышение двигательной активности, систематические физические нагрузки задерживают инволютивные изменения в мышечной и костной ткани (такие, как атрофия, запустевание части кровеносных сосудов, уменьшение числа нервных приборов, остеопороз, разрастание волокнистой соединительной ткани и пр.), восстанавливают их функции. Лечебная физическая культура является прекрасным профилактическим средством предупреждения многих заболеваний опорно-двигательного аппарата, а также восстановления и реабилитации больных сколиозом.

Современные лечебные учреждения и медицинские центры предоставляют широкий круг традиционных средств лечения и профилактики заболеваний ОДА. Однако из-за высокого темпа жизни и недостатка свободного времени, современный человек трудоспособного возраста к врачам обращается лишь в крайних случаях, когда болезнь уже находится на серьезной стадии. Например, при сколиозе 1-й степени многие женщины зрелого возраста стараются вообще не обращать внимания на проблему, сосредотачивая повседневную деятельность на многочисленных «неотложных» повседневных заботах [2].

В последние десятилетия постоянно возрастает интерес мужчин и женщин разного возраста и социального положения, к различного рода нетрадиционным видам двигательной активности, к оздоровительным занятиям и фитнес-тренировкам в условиях спортивного зала. Профилактические и реабилитационные программы под руководством опытных тренеров и инструкторов по ЛФК являются настоящей панацеей для укрепления психофизического здоровья современного человека, для профилактики и реабилитации многих заболеваний, в том числе и сколиотической болезни.

Фитнес-индустрия, как нетрадиционный вид двигательной активности, ее научно-методический компонент в наши дни шагнул далеко вперед. В настоящее время фитнес рассматривается как системный целенаправленный комплекс оздоровительных занятий, один

из эффективных, удобных и широко распространенных способов улучшения соматического и психоэмоционального состояния. Заслуживает внимания тот факт, что многие нетрадиционные оздоровительные системы, переживающие в наши дни настоящий бум, были изобретены и успешно опробованы еще в начале прошлого века.

Одним из очень интересных и перспективных реабилитационных методов, применяемых во многих мировых клиниках для борьбы со сколиозом, является метод Катарини Шрот (или «шрот-терапия»), которому в нашей стране уделяется совершенно недостаточно внимания. Достаточно сказать, что в современной Германии шрот-терапия является главным консервативным методом лечения сколиоза и даже входит в систему ОМС [4].

Катарина Шрот родилась в 1894 году, была физиотерапевтом по образованию, сама страдала от сколиоза и деформации грудной клетки. В основе разработанного ей метода лежала идея ассиметричного дыхания, при помощи которого можно «выравнивать» сколиоз, как выравнивают вмятины на мячиках, вдвывая в них воздух. Первую клинику К. Шрот открыла в 1921 году, где успешно применяла разработанную ей систему специальных изометрических упражнений и лечила от сколиоза людей со всего мира. Основываясь на многолетнем опыте борьбы со сколиозом, Катарина Шрот довела свою методику до совершенства, объединив ряд наиболее эффективных специфических упражнений. Благодаря специальной лечебной физкультуре производилась коррекция патологических изгибов позвоночника в горизонтальной, сагиттальной и фронтальной плоскостях. Ныне описываемый метод называется «трехмерная коррекция сколиоза», или «дыхательная ортопедия по методу Катарини Шрот» [5].

Если коротко, суть метода состоит в следующем. Инструктор, исходя из данных медицинского освидетельствования, задает пациенту правильное положение на полу (лежа, сидя или стоя, с использованием специальных вспомогательных средств – гимнастической стенки, мяча, валика и пр. – или без оных) (рис.1). Пациент на вдохе делает максимальные растягивающие усилия, приводя ребра в правильное положение. На выдохе, через сжатые губы, пациент старается сократить расстояние между ребрами на стороне выпуклости.



Рис. 1 – Использование вспомогательных средств на занятиях по методике Катарини Шрот ( фото из открытых источников)

Многочисленное повторение упражнений позволяет осознанно принимать скорректированное инструктором положение уже без его присутствия и специальных приспособлений. При этом нужно отметить, что методика Катарини Шрот может иметь общие и временные противопоказания, необходимо также учитывать определенные факторы риска.

Если коррекция позвоночника при сколиозе 1-й степени успешно проводится под руководством инструктора по ЛФК, то исправление сколиоза более высокой степени следует проводить под наблюдением врача-физиотерапевта [4].

Для выявления эффективности применения упражнений дыхательной ортопедии по методу Катарини Шрот, нами были отобраны 10 женщин первого физиологического зрелого возраста 30 – 35 лет, страдающих сколиозом 1-й степени и не применяющих дополнительных лечебных и реабилитационных средств и процедур. Женщины не имели противопоказаний к занятиям лечебной физкультурой в условиях спортивного зала под руководством инструктора ЛФК. Занятия проводились на базе фитнес-студии красивого тела «ФитнесМания», ул. Геловани 11, г. Севастополь.

Перед началом занятий, всем женщинам, принявшим участие в эксперименте, были подробно разъяснены индивидуальные особенности персональных сколиотических изменений, дислокация зон западения и выпуклости, а также то, какие мышцы необходимо расслаблять, а какие тренировать в процессе выполнения упражнений.

В общем виде, обучение правильному дыханию начинается в положении лежа на животе. Начальный массаж западающей зоны помогает пациенту сконцентрироваться именно на ней. Далее, по команде, пациент приподнимает руку инструктора, делая вдох именно этой половиной грудной клетки. На следующем этапе пациент должен на вдохе дотронуться до ладони инструктора, расположенной над грудной клеткой над проблемным местом. Отработка осознанного вдоха производится поэтапно, снизу вверх, и заканчивается в положении сидя лицом к инструктору.

Нами применялись четыре вида упражнений – на пассивное выпрямление, на аутоэлонгацию, вдох искривленными зонами и упражнения активной коррекции. Для закрепления рефлексов каждое упражнение выполнялось не менее тридцати раз, для самоконтроля использовалась зеркальная стенка. Всего с каждым пациентом было проведено 32 занятия (4 раза в неделю в течении двух месяцев). Во второй половине курса тренировки проводились с применением фитболов и мягких валиков, с помощью которых пациенты во время занятий могли принимать оптимальные положения тела.

Для исследования эффективности применения метода Катарини Шрот при коррекции сколиоза 1-й степени, нами оценивалась динамика изменения морфофункциональных показателей позвоночного столба женщин, участвующих в исследовании. Мы применяли методику измерения фронтальной кривизны позвоночника при помощи гониометра, также определяли величину сколиоза по методу Кобба. Исследуемые параметры замерялись в начале, в середине и в конце двухмесячного эксперимента.

При проведении изменения углов бокового наклона с помощью гониометра, нами были получены следующие результаты (рис.2).

В начале эксперимента среднее значение параметра у занимающихся составляло  $3,5 \pm 0,1$  град. Через 16 занятий угол уменьшился до  $3,1 \pm 0,1$  град., а после окончания программы реабилитации средний угол бокового наклона составлял  $1,9 \pm 0,1$  град.

При оценивании величины сколиоза с использованием рентгенограмм, угол Кобба уменьшился с  $8,9 \pm 0,2$  град. в начале занятий до  $7,2 \pm 0,2$  град. через 16 занятий, а после окончания эксперимента этот показатель составил  $4,9 \pm 0,2$  град. Изменения обоих параметров статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

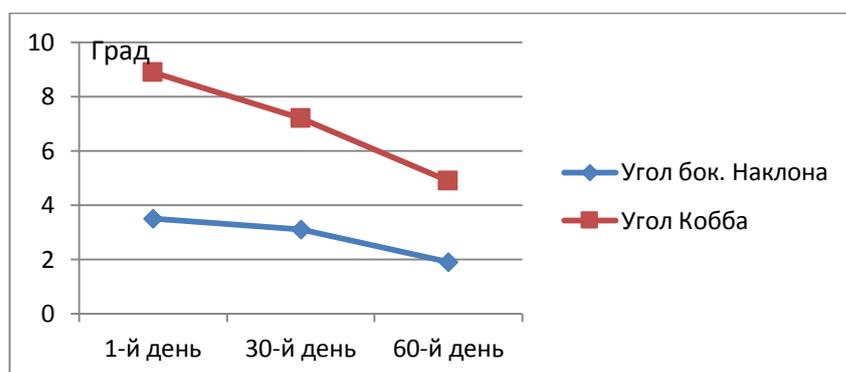


Рис.2 – Результаты изменения морфофункционального состояния позвоночного столба в ходе реабилитации

Таким образом, на примере использования упражнений трехмерной коррекции сколиоза по методу Катарини Шрот, мы можем видеть, что применение нетрадиционных видов лечебной физической культуры в реабилитации женщин при сколиозе 1-й степени, может быть весьма эффективным. Даже относительно недолгое применение комплекса упражнений шрот-терапии в условиях спортивного зала оказало значительное положительное влияние на морфофункциональное состояние позвоночного столба женщин среднего возраста, страдающих сколиозом 1-й степени. Нам кажется, что использование метода Ассиметричного дыхания Катарини Шрот в реабилитации людей со сколиозом 1-й степени под руководством инструктора ЛФК имеет отличные перспективы. Эффективность применения специальных изометрических упражнений «шрот-терапии» в условиях спортивного зала требует дальнейшего комплексного исследования.

#### Список использованных источников

1. Амосов В. Н. Искривление позвоночника. Сколиоз у детей и взрослых / В.Н. Амосов. – М.: Вектор, 2010. – 319 с.
2. Гитт, В. Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов / В.Д. Гитт – М.: Единение, 2010. – 346с.
3. Ченцов В.Н. Вся правда о сколиозе / В.Н. Ченцов. – М.: "Издательство "Питер", 2008. – 298 с.
4. Васильев В.Г. Шрот-терапия [Электронный ресурс]/ В.Г. Васильев – 2009 – URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=36278> (дата обращения: 03.01.2019)
5. Некрасова А.Н. Катарина Шрот [Электронный ресурс]/ А.Н. Некрасова – URL: <https://spina-expert.ru/fizkultura/katarina-shrot/> (дата обращения: 01.12.18).
6. Тименко А.В. Гимнастика Катарини Шрот при сколиозе: основной принцип действия и выполнения упражнений [Электронный ресурс]/ А.В. Тименко – URL: <https://spinatitana.com/pozvonochnik/grudnoj-otdel/skolioz/gimnastika-katariny-shrot-pri-skolioze-osnovnoj-printsip-dejstviya-i-vypolneniya-uprazhnenij.html> (дата обращения 15.02.19)

УДК 376.23

**Десяк Наталья Владимировна,**  
обучающаяся кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

**Строшкова Нина Тадэушевна**

кандидат педагогических наук,

доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

г. Севастополь, РФ

## **КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Аннотация.** Разработана методика комплексной физической реабилитации детей дошкольного возраста, имеющих диагноз детский церебральный паралич средствами лечебной гимнастики и метода Войта-терапии. Данная методика способствует увеличению объема движений в суставах, снижению мышечного тонуса, и позволяет сформировать новые двигательные навыки.

**Ключевые слова:** рефлекс нормализующая гимнастика, метод Войта-терапии, детский церебральный паралич.

### **COMPLEX PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE WITH CHILDREN'S CEREBRAL PARALISM**

**Annotation.** The technique of complex physical rehabilitation of preschool children who have a diagnosis of cerebral palsy by means of medical gymnastics and the Vojta-therapy method has been developed. This technique helps to increase the volume of movements in the joints, reduce muscle tone, and allows you to create new motor skills.

**Keywords:** normalizing gymnastics reflex, Vojta-therapy method, cerebral palsy.

Актуальность темы. На сегодняшний день существует большое количество средств и методов, направленных на реабилитацию детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Часто специалистам и родителям не хватает знаний о лечебной физкультуре – одном из ведущих методов лечения двигательных нарушений церебральной природы. Не каждому специалисту в физической реабилитации известен метод «Войта-терапия», который широко используется в реабилитационных центрах. В 2019-2020 годах Международное общество Войты проведет обучение врачей с целью ранней реабилитации детей с двигательными нарушениями [3]. Также существуют противоположные мнения по поводу необходимости в лечебной гимнастике, направленной на уменьшение влияния патологических рефлексов [1,2].

Цель исследования – практическое обоснование использования средств и методов физической реабилитации детей дошкольного возраста с диагнозом ДЦП. Объектом нашего исследования явился процесс адаптивного физического воспитания детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом. Нами были изучены средства и методы комплексной физической реабилитации детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

В ходе работы были выполнены следующие задачи:

- исследована информация по использованию рефлекс нормализующей гимнастики и метода Войта-терапии для детей дошкольного возраста с ДЦП;
- была разработана и апробирована методика использования средств рефлекс

нормализующей гимнастики и метода Войта-терапии в комплексной физической реабилитации детей дошкольного возраста с ДЦП.

Исследования проходили в одном из специализированных центров для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики города Севастополя, продолжительность исследования составила 5 месяцев.

Дети с церебральным параличом в группах имели спастическую диплегию у 40% и спастический тетрапарез у 60% в анамнезе.

Организация исследования проходила в три этапа:

- На первом этапе был проведен анализ и обобщение сведений научной литературы.
- На втором этапе составлена программа комплексной физической реабилитации для детей дошкольного возраста с церебральным параличом.
- На третьем этапе проведено апробирование программы реабилитации, анализ динамических изменений двигательной активности с помощью средств математической статистики.

Для диагностики уровня физического развития и двигательных нарушений были использованы следующие тестовые методики: оценка мышечно-скелетной системы (функциональная гониометрия); оценка функциональных возможностей (навыков); определение мышечного тонуса.

Результаты исследования на констатирующем этапе представлена на рисунке 1. 1- Сгибание плеча; 2-разгибание в локтевом суставе; 3-супинация предплечья; 4-разгибание в лучезапястном суставе; 5-разгибание в лучезапястном суставе с одновременным разгибанием пальцев кисти; 6-подколенный угол (Хамстринг-тест);

7-разгибание в коленном суставе; 8-дорсифлексия в голеностопном суставе при согнутом колене; 9- дорсифлексия в голеностопном суставе при разогнутом колене; 10-отведение бедра.

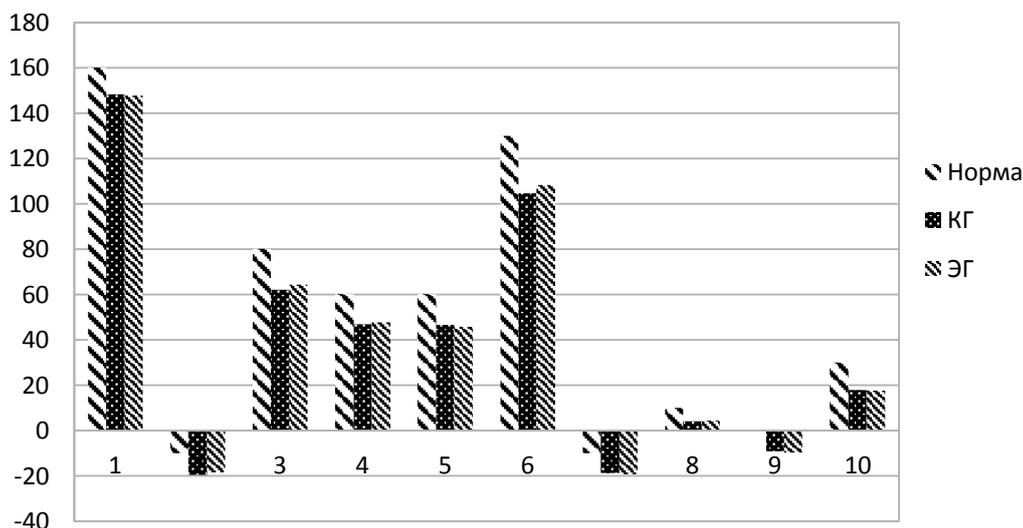


Рисунок 1 - Показатели гониометрии до эксперимента в контрольной и экспериментальной группах

Результаты диагностики функциональных возможностей (навыков) в обеих группах показали отсутствие навыков или владение этими навыками с помощью взрослого в силу влияния симметричного шейного тонического и лабиринтного тонического рефлексов, а также ассиметричного шейного тонического рефлекса.

На рисунке 2 представлены показатели мышечного тонуса верхних конечностей в обеих группах до эксперимента.

*0 баллов – тонус не изменен; 1 балл - легкое повышение (незначительное сопротивление); 2 балла - тонус повышен, но сопротивление нетрудно преодолеть; 3 балла - Выраженное повышение (сопротивление преодолевается с трудом)*

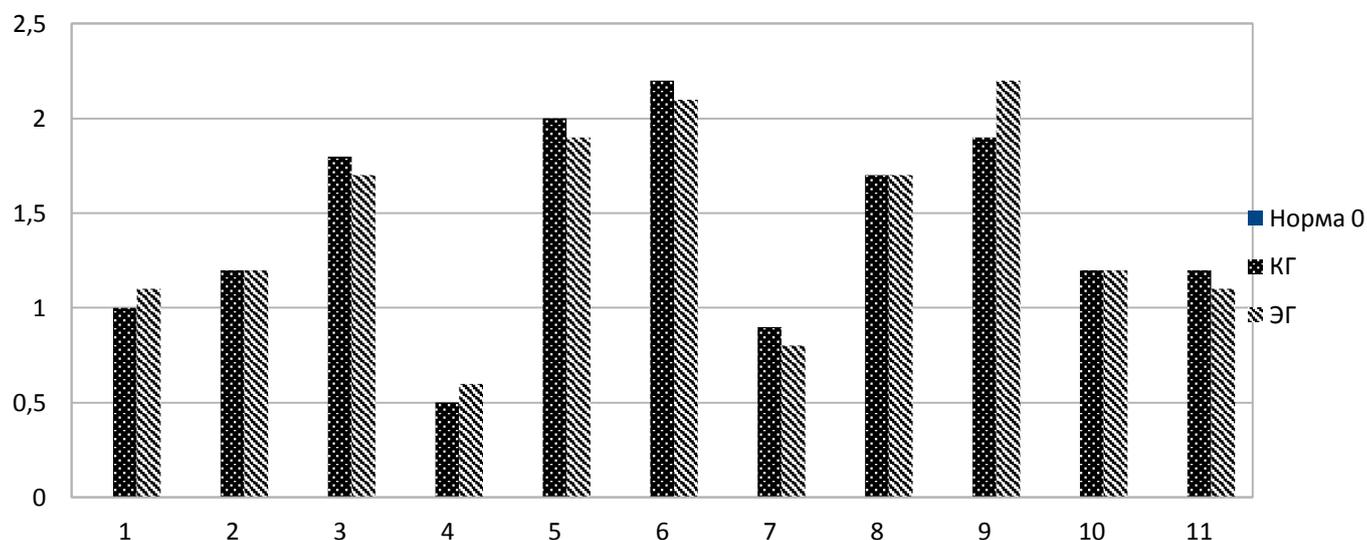


Рисунок 2 - Показатели мышечного тонуса верхних конечностей в обеих группах до эксперимента

В результате диагностики мышечного тонуса нижних конечностей у детей со спастической диплегией и спастическим тетрапарезом до эксперимента выявлено выраженное повышение тонуса мышц (сопротивление преодолевается с трудом) в таких пассивных движениях как: разгибание в коленном суставе в КГ 2,8 б и 2,9 б в ЭГ, подколенный угол (Хамстринг-тест) в КГ 2,9 б и 3 б в ЭГ, дорсифлексия в голеностопном суставе при разогнутом колене 2,8 б в КГ и 2,9 б в ЭГ.

Программа развития двигательных способностей у детей дошкольного возраста с ДЦП включала в себя комплекс упражнений, состоящих из лечебной гимнастики, направленной на уменьшение влияния патологических рефлексов, а также использовался метод «Войта-терапия».

Общий принцип упражнений на снижение влияния тонических рефлексов - создание и выполнение сначала пассивно, а затем пассивно-активно поз и активно движений головы,

туловища и конечностей ребенка, противоположных позам, которые вызываются этими рефлексам.

Комплекс физической реабилитации состоит из двух блоков: первый – упражнения, направленные на уменьшение влияния патологических рефлексов; второй блок – Войта-терапия. Блок 1 состоит из десяти упражнений, направленных на уменьшение влияния патологических рефлексов: лабиринтно-тонический рефлекс (ЛТР), ассиметричный шейно-тонический рефлекс (АШТР), симметричный шейно-тонический рефлекс (СШТР); стимуляцию лабиринтно-установочного рефлекса (ЛУР); на развитие способности контролировать положение головы, воспитание опорной функции верхних конечностей. Блок 2 состоит из четырех упражнений, направленных на активацию рефлекторной локомоции, а именно рефлекторное ползание и рефлекторное переворачивание.

Упражнения, направленные на уменьшение влияния патологических рефлексов, выполнялись 2 раза в день утром и вечером. Метод «Войта-терапия» 3-4 раза в день с интервалом 2,5-3 часа. После проведенной комплексной физической реабилитации детей дошкольного возраста с церебральным параличом со спастической диплегией и спастическим тетрапарезом в анамнезе отмечена положительная динамика в обеих группах.

Исследование объема пассивных движений в суставах детей дошкольного возраста с церебральным параличом после комплексной физической реабилитации показало, что в обеих группах показатели гониометрии выросли: супинация предплечья (средние показатели) на 5° в КГ и 12,5° в ЭГ, разгибание в лучезапястном суставе на 7,1° в КГ и 10,65° в ЭГ, разгибание в лучезапястном суставе с одновременным разгибанием пальцев кисти на 6,3° в КГ и 9,45° в ЭГ. Также изменились значения гониометрии нижних конечностей: при измерении подколенного угла (Хамстринг-тест) на 3,4° в КГ и 5,1° в ЭГ, разгибание в коленном суставе на 3,8° в КГ и 5,7° в ЭГ, дорсифлексия в голеностопном суставе при разогнутом колене на 4,6° в КГ и 6,9° в ЭГ, дорсифлексия в голеностопном суставе при согнутом колене на 3,8° в КГ и 5,8° в ЭГ, отведение бедра на 5,6° КГ и 8,4° ЭГ.

По результатам анализа функциональных возможностей (навыков) в группах после эксперимента показал увеличение навыков в ЭГ на 55%, что в 2,2 раза больше, чем в КГ. В контрольной группе по тестовому заданию «реципрокное ползание» увеличился в КГ на 0,1, в экспериментальной - на 0,3; наклон головы вперед в КГ - на 0,4, в экспериментальной - на 0,6; поворот со спины на живот в КГ - на 0,1, в ЭГ — на 0,3. В обеих группах улучшился контроль головы: в КГ на 12%, в ЭГ на 60%.

Мышечный тонус верхних конечностей снизился: супинация предплечья в КГ на 0,2 балла (б), в ЭГ — 0,9 б; разгибание в локтевом суставе в КГ на 0,2 б, в ЭГ — 1 б; разгибание в лучезапястном суставе с одновременным разгибанием пальцев кисти в КГ на 0,2 б, в ЭГ — 1,1 б.

По результатам оценки мышечного тонуса нижних конечностей у детей со спастической диплегией и спастическим тетрапарезом после комплексной физической реабилитации показатель мышечного тонуса снизился в контрольной группе на 20%, в экспериментальной – на 93% выраженное повышение тонус (сопротивление преодолевается с трудом) в таких пассивных движениях как: разгибание в коленном суставе в КГ на 0,2 б, в ЭГ – на 0,9 б; подколенный угол (Хамстринг-тест) в КГ на 0,2 б, в ЭГ – на 1,1 б; дорсифлексия в голеностопном суставе при разогнутом колене в КГ на 0,2 б, в ЭГ – на 1,1 б.

Из всего комплекса реабилитационных мероприятий нами были выбраны две методики:

лечебная гимнастика, направленная на снижение влияния патологических тонических рефлексов, а также метод Войта-терапии. При детском церебральном параличе выявляется зависимость между влиянием патологических тонических рефлексов – лабиринтного и симметричного шейно-тонического, а чаще их сочетанного влияния и формированием контрактур и деформаций нижних конечностей. Это определило необходимость использования специальных упражнений лечебной гимнастики, имеющих целью снижение или подавление патологических тонических рефлексов. Метод «Войта-терапия» основан на онтогенетических принципах двигательного развития ребенка, что говорит о необходимости применения этого метода для формирования двигательной активности у детей с ДЦП.

Таким образом, комплексная реабилитация с использованием средств рефлекс нормализующей гимнастики, направленной на уменьшение влияния патологических рефлексов, а также метод «Войта-терапия», доказали свою эффективность.

#### **Список использованных источников**

1. Бадалян, Л. О. Детская неврология. / Бадалян Л.О. — Москва : Медицина, 1984. - 576 с.
2. Исанова, В. А. Нейрореабилитация: руководство по медико-социальной и педагогической реабилитации / В. А. Исанова. - Казань : Плутон, 2004. - 288 с.
3. Войта, В. Принцип Войты. Игра мышц при рефлекторном поступательном движении и в двигательном онтогенезе / В. Войта. - ГК "Мадин", 2014. - 171 с.
4. Vojta, V, Die zerebral Bewegungsstorungen im Kindersalter, 6 Stuttgart, 2000.

УДК 796.035

**Иванов Владимир Анатольевич,**

кандидат медицинских наук,  
доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

**Алтынбекова Зарема Бауэровна,**

кандидат медицинских наук,  
доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

**Мягкова Наталья Анатольевна,**

магистрант кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

г. Севастополь, РФ

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИ ПОЗВОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСЦОВОГО ОТДЕЛА НА ПРИМЕРЕ ЙОГИ**

**Аннотация.** В данной статье отражены вопросы физической реабилитации методом занятий йогой взрослых людей при позвоночных грыжах пояснично-крестцового отдела. Выявляются особенности межпозвоночных грыж, определяются методы тестирования функционального состояния позвоночника, рассматриваются программы физических упражнений. Целью является анализ эффективности занятий йогой на результативность реабилитационного процесса. Материал статьи будет интересен специалистам в области адаптивной физической культуры, физической реабилитации

**Ключевые слова:** грыжи, позвоночник, пояснично-крестцовый отдел, физическая реабилитация, йога, лечебная физкультура, лечебный массаж

**Ivanov, Vladimir A., Myagkova N. A. The effectiveness of unconventional methods to physical exercise when the vertebral hernias of the lumbosacral for example yoga. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia**

**Annotation:** The article reflects the issues of physical rehabilitation by yoga adults with spinal hernias of the lumbosacral Department. The features of intervertebral hernias are revealed, the methods of testing the functional state of the spine are determined, the programs of physical exercises are considered. The aim is to analyze the effectiveness of yoga on the effectiveness of the rehabilitation process. The material of the article will be of interest to specialists in the field of adaptive physical culture, physical rehabilitation

**Key words:** hernia, spine, lumbosacral Department, physical rehabilitation, yoga, physical therapy, therapeutic massage

Грыжа позвоночника в последнее время стала все более распространенной проблемой. Причинами могут быть как сидячий образ жизни, низкая физическая активность большинства людей, стрессы, а также с неправильное питание [2]. Ведь здоровье позвоночника сильно зависит от состояния мышечного корсета спины и от наличия в организме определенных питательных веществ.

Позвоночный столб человека состоит из отдельных позвонков, соединенных мышцами и связками. Между ними есть мягкая хрящевая прокладка – межпозвоночный диск. Он состоит из эластичного фиброзного кольца и мягкого пульпозного ядра. Диск эластичен, поэтому обеспечивает подвижность позвоночника, а также амортизирует все удары и толчки [1].

Но по разным причинам фиброзное кольцо может начать разрушаться, из-за чего диск теряет свои амортизационные свойства. Пульпозное ядро выпячивается через трещины, и образуется грыжа. Это может происходить из-за недостатка питательных веществ или жидкости, повышенных нагрузок или слабости мышечного корсета. Обычно грыжа чаще всего диагностируется у спортсменов, людей, занятых тяжелым физическим трудом, а также в пожилом возрасте. Подвержены этому заболеванию люди с остеохондрозом или искривлением позвоночника, часто поднимающие тяжести или ведущие малоподвижный образ жизни.

Именно поэтому грыжа позвоночника сейчас встречается все чаще. Ведь большинство людей почти весь день проводят в сидячем положении. Мышцы спины слабеют, и малейшая нагрузка может привести к смещению диска. А если к тому же в организме не хватает питательных веществ или жидкости для поддержки эластичности дисков, велик риск образования грыжи [4].

Наиболее часто встречаются грыжи дисков поясничного отдела позвоночника (100-150 случаев на 100 000 населения в год), значительно реже встречаются грыжи в шейном и грудном отделах. В большинстве случаев межпозвоночные грыжи возникают у людей в возрасте от 30 до 50 лет. Диагностируя у пациента позвоночную грыжу, медики назначают регулярное выполнение физических упражнений [3]. Восточная гимнастика является в таком случае идеальным вариантом, поскольку она корректирует организм, позволяет обрести гармонию и баланс, благодаря чему органы восстанавливаются. Йога назначается как метод лечения при, остеохондрозе и сколиозе, а вот данных о применении йоги в физической реабилитации больных с межпозвоночными грыжами и протрузиях позвоночника недостаточно[5]. Это и определила актуальность нашей работы.

Исследование проводилось на базе ГБУЗС Городской больницы №1 в 3 поликлиническом отделении. Для этого было обследовано 20 женщин с диагнозом: межпозвоночная грыжа пояснично-крестцового отдела позвоночника в возрасте от 35 до 45 лет, которых разделили на 2 группы. По 10 человек. Исследуемые контрольной группы получали лечебный массаж 15 дней, через день, в течение 30 дней и через день лечебную гимнастику. Лечебная гимнастика проводилась по классическому комплексу сформированному для больных, страдающих грыжами поясничного отдела позвоночника.

Больные экспериментальной группы 10 человек, получали так же лечебный массаж 15 дней, через день в течение 30 дней и через день лечебную гимнастику, основу которой составили упражнения йоги на протяжении 30 дней. Обе группы были однородны по полу, возрасту и диагнозу.

Исследование включало в себя следующие тесты: проба Шобера, определение выраженности болевого синдрома по 10-бальной аналоговой шкале (ВАШ), оценка восприятия нагрузки по шкале Борга, оценка объема активных и пассивных движений в поясничном отделе. На начальном и конечном этапах исследования проводилось исследование функционального состояния пояснично-крестцового отдела позвоночника у больных обеих групп.

Динамика показателей функционального состояния пояснично-крестцового отдела позвоночника больных до и после курса реабилитации контрольной группы в процентах представлена в табл. 1.

Таблица 1

**Динамика показателей контрольной группы до и после курса реабилитации, %**

Показатель	Проба Шобера		Сгибание позвоночника вперед		Разгибание позвоночника а		Наклон влево		Наклон вправо	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Высокий	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний	0	50	-	-	-	-	-	-	-	-
Низкий	100	50	-	-	-	-	-	-	-	-
Отлично	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0

Продолжение таблицы 1

Хорошо	-	-	0	30	0	10	0	20	0	20
Удовлетворительно	-	-	30	50	40	70	40	50	40	70
Неудовлетворительно	-	-	70	20	60	20	60	30	60	10

Проба Шобера применялась для выявления ограничения подвижности в поясничном отделе позвоночника. В контрольной группе на начальном этапе исследования у всех пациентов группы (100%) наблюдался низкий результат пробы Шобера, что свидетельствовало о резком ограничении подвижности. По окончании процесса реабилитации самочувствие и состояние пациентов в данной группе улучшилось незначительно, и было далеко от желаемого, о чем свидетельствуют средний (50%) и низкий результат пробы Шобера.

Критериями динамики эффективности физической реабилитации является определение объема активных и пассивных движений в поясничном отделе позвоночника. В контрольной группе на начальном этапе исследования 70% испытуемых показывали неудовлетворительные результаты сгибания позвоночника вперед, 30% – удовлетворительные. Хороших и отличных результатов не было. На заключительном этапе отличных результатов не было, большинство больных (50%) показали удовлетворительный результат, а 30% - хороший. У 60% больных данной группы фиксировались неудовлетворительные показатели разгибания позвоночника, что объясняется ограничением подвижности за счет болевого синдрома. По окончании исследования показатели улучшились, у большинства больных (70%) наблюдались удовлетворительные показатели и даже 10% дали хороший результат. При выполнении наклонов влево на начальном этапе в контрольной группе у 60% больных наблюдался неудовлетворительный результат, у 40% – удовлетворительный. На завершающем этапе 50% испытуемых показывали удовлетворительный результат, 30% – неудовлетворительный, 20% – хороший. Отличных результатов не было. При выполнении наклонов вправо на начальном этапе 60% испытуемых демонстрировали неудовлетворительный результат, 40% – удовлетворительный. На завершающем этапе 70% показали удовлетворительный результат, 20% – хороший, 10% – неудовлетворительный. Отличных результатов не было. То есть в целом динамика наблюдалась только у 50% больных, при этом у 30% из них совсем небольшая, что является свидетельством низкой эффективности стандартной программы реабилитации.

В экспериментальной группе также было проведено обследование функционального состояния пояснично-крестцового отдела позвоночника больных до и после курса реабилитации.

Динамика показателей функционального состояния пояснично-крестцового отдела позвоночника больных до и после курса реабилитации экспериментальной группы в процентах представлена в табл. 2.

Таблица 2

**Динамика показателей экспериментальной группы до и после курса реабилитации, %**

Показатель	Проба Шобера		Сгибание позвоночника вперед		Разгибание позвоночника		Наклон влево		Наклон вправо	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Высокий	0	50	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний	10	50	-	-	-	-	-	-	-	-
Низкий	90	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Отлично	-	-	0	50	0	60	0	50	0	50

В экспериментальной группе на начальном этапе исследования 90% больных показали низкий результат пробы Шобера, 10% – средний, высокого результата не было. По завершению реабилитационного процесса по 50% испытуемых показали высокий и средний результат. Низких результатов не было, что свидетельствует об улучшении подвижности в поясничном отделе позвоночника за счет эффективности программы реабилитации больных экспериментальной группы.

На начальном этапе исследования 70% больных из экспериментальной группы показали неудовлетворительный результат сгибания позвоночника вперед, 30% – удовлетворительный. Отличных и хороших результатов не было. После завершения реабилитации 50% больных показали отличный результат, по 20% – хороший и удовлетворительный, 10% – неудовлетворительный, что гораздо выше, чем результаты контрольной группы, и говорит о более высокой эффективности программы реабилитации экспериментальной группы.

Тест на разгибание позвоночника на начальном этапе у 70% больных из экспериментальной группы показали неудовлетворительный результат, 30% – удовлетворительный. Отличных и хороших результатов не было. По завершению процесса реабилитации положительная динамика наблюдалась у 90% больных.

При выполнении наклонов влево на начальном этапе 70% участников из основной группы показали неудовлетворительный результат, 30% – удовлетворительный. Отличные и хорошие результаты отсутствовали.

По завершению процесса реабилитации у 50% наблюдался отличный результат, у 30% – хороший, по 10% продемонстрировали удовлетворительный и неудовлетворительный результаты. В наклонах вправо на начальном этапе 60% больных из основной группы показали неудовлетворительный результат, 40% – удовлетворительный. На завершающем этапе в целом 80% больных показали позитивную динамику, что еще раз свидетельствует об эффективности проведенной реабилитации для больных из экспериментальной группы.

На начальном этапе исследования 100% больных из контрольной и экспериментальной групп испытывали сильную боль по шкале ВАШ. После завершения реабилитации в контрольной группе только 20% жаловались на сильную боль, то есть состояние улучшилось у 80% больных, однако из них 50% испытывали умеренную боль, а 30% – слабую боль. После завершения реабилитации 60% из экспериментальной группы отметили отсутствие боли, 30% – слабую боль, 10% – умеренную. На сильную боль не жаловался никто, то есть в целом положительная динамика отмечена у 100 % больных, что является свидетельством эффективности программы реабилитации.

**Сравнительная динамика показателей исследуемых групп**

Тест	Контрольная группа			Основная группа		
	До реабилитации	После реабилитации	p	До реабилитации	После реабилитации	p
Проба Шобера	0,76±0,23	1,22±0,31	> 0,05	0,73±0,32	3,43±1,03	≤0,05
Разгибание позвоночника	7,1±2,08	11,0±3,3	> 0,05	7,0±2,16	23,3±4,47	≤0,01
Наклон влево	6,9±2,33	11,0±4,11	> 0,05	7,1±2,13	22,1±6,61	≤0,05
Наклон вправо	7,9±2,33	11,5±3,34	> 0,05	7,2±2,57	22,4±5,74	≤ 0,05

При сравнительном анализе полученных результатов представленных в таблице 3, в контрольной группе результаты исследования после реабилитации улучшились незначительно ( $p > 0,05$ ). В основной же группе все тестируемые показатели после реабилитации достоверно улучшились ( $p \leq 0,05$ ). Это свидетельствует о том, что реабилитация с включением лечебной гимнастики, основу которой, составили упражнения йоги в основной группе достоверно ( $p \leq 0,05$ ) показала большую эффективность.

Таким образом, в экспериментальной группе отмечается довольно значительная динамика функционального состояния пояснично-крестцового отдела позвоночника больных, из чего можно сделать вывод, что программа реабилитации с включением лечебной гимнастики, основу которой, составили упражнения йоги, состоящая из комплекса упражнений (асан) на вытягивание, расслабление и укрепление мышц позвоночника даже за короткий срок, достаточно эффективна в процессе реабилитации больных с межпозвоночными грыжами пояснично -крестцового отдела позвоночника.

**Список использованных источников**

1. Белоголовский Г.Г. Анатомия человека (для массажистов) //Изд-во ЙОКНЕАМ ИЛЛИТ, 2007. - 635 с
2. Бубновский С. М. [Грыжа позвоночника – не приговор!](#) // Москва; Эксмо; 2010
3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура // Учебное пособие для вузов. М.: Издат. дом «ГЭОТААМЕД», 2012. С. 560.
4. Дикуль В. И. Лечим спину от грыж и протрузий // Издательство «Эксмо». 2011.
4. Дубровский В. И., Федорова В. Н. Биомеханика // «Издательство ВЛАДОС-ПРЕСС», 2003 стр550
6. Коваленко М. Ф., Коваленко В. М. Йога при болях в позвоночнике и суставах // Коваленко М. Ф., Коваленко В. М. – «Диля» -2012- 184 с.
7. Мошков В.Н. Общие основы лечебной физкультуры. ЛФК и массаж – М.: 2006 – №7(31). – с. 58-62.

**Коновалова Галина Сергеевна,**  
магистрант кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
**Строшкова Нина Тадэушевна**  
кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
г. Севастополь, РФ

## **ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

**Аннотация.** Разработан новый метод воздействия в терапии ДЦП – метод кинезиотейпирования. Методика кинезиотейпирования включает рецепторный аппарат пациента, тем самым перестраивая патологический стереотип движения, а в условиях применения других методов, таких как занятия, в тренажерном зале увеличивает эффективность их воздействия. Преимуществом методики кинезиотейпирования можно назвать стандартный подход, который позволяет применять метод ко всем пациентам без потери эффективности лечебного воздействия.

**Ключевые слова:** кинезиотейпирование, детский церебральный паралич, средства реабилитации.

### **The use of kinesiotherapy in the rehabilitation of various forms of cerebral palsy**

**Annotation.** Developed a new stimulation technique in therapy of cerebral palsy – a method of kinesiotherapy. The method of kinesiotaping includes the patient's receptor apparatus, thereby rebuilding the pathological stereotype of movement, and in the conditions of application of other methods, such as training, in the gym increases the effectiveness of their impact. The advantage of the method of kinesiotaping can be called a standard approach that allows you to apply the method to all patients without losing the effectiveness of therapeutic effects.

**Key words:** kinesiotaping, cerebral palsy, means of rehabilitation

Актуальность темы. Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, обусловленное поражением головного мозга и характеризующееся нарушением статистической и динамической функций. Детские церебральные параличи остаются одним из распространенных и трудных для абилитации заболеваний нервной системы у детей. У большого количества больных уже в начале заболевания формируются порочные позы и патологические двигательные стереотипы.

В связи с распространённостью ДЦП проблема поиска методов реабилитации/абилитации детей с данным заболеванием, на сегодняшний день, является чрезвычайно актуальной.

Цель нашего исследования проведенного в одном из восстановительных центров заключается в апробировании метода кинезиотейпирования в практике реабилитации детей с ДЦП.

Детский церебральный паралич, как было сказано выше, заболевание, характеризующееся рядом серьезных двигательных нарушений. По Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), существуют следующие виды ДЦП:

- спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия) (G80.0);
- спастическая диплегия (G80.1);
- детская гемиплегия (гемипаретическая форма) (G80.2);
- дискинетический церебральный паралич (гиперкинетический, атетоидный церебральный паралич) (G80.3);
- атаксический церебральный паралич (атонически-астатическая форма) (G80.4).

Детский церебральный паралич, это заболевание центральной нервной системы, при котором страдает именно нервно-мышечный аппарат, который и отвечает за воспроизведение двигательных действий человека, и если оставить без внимания эти проблемы, то это может привести к тяжелым контрактурам, деформациям верхних и нижних конечностей и как следствие к инвалидности ребенка.

Основными причинами появления такого заболевания ученые называют: осложненное течение беременности, травмы, полученные в ходе родовой деятельности, гемолитическая болезнь новорожденных («ядерная желтуха»), острые и хронические заболевания матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, анемия и т.д.). По мнению большинства ученых можно назвать до 400 различных патологий, при которых рождается ребенок с данным заболеванием, поэтому и процесс реабилитации такого ребенка достаточно сложен. Но тем не менее возможен. Ученые из разных областей знаний (медицинские работники, психологи, специалисты в области адаптивной физической культуры, и другие) пытаются разрабатывать эффективные методики, позволяющие ускорить процесс восстановления утраченных или не сформированных двигательных навыков, ведь помимо двигательных нарушений, такие дети имеют и ряд сопутствующих заболеваний: контрактуры и деформации суставов, гипертензионно-гидроцефальный синдром, судорожный синдром, нарушение вегетативной нервной системы, нарушение слуха, речи, психические нарушения в виде расстройств эмоционально-волевой сферы, познавательной деятельности, задержка психического развития.

Проблема спастичности, присущая детям с ДЦП не потеряла своей актуальности и сегодня. Самой распространенной формой (до 60%) является спастическая диплегия, она же является наиболее перспективной в отношении социальной адаптации, обучения и получения профессиональных навыков в будущем. У таких больных, как правило, серьезным нарушениям подвержена моторика нижних конечностей.

Спастика – это произвольное болезненное сокращение мышц, при этом, сам ребенок это сокращение не может контролировать, так как нарушена связь с мозгом, а сами мышцы, накопив энергию, должны ее расходовать, этот процесс и приводит к таким произвольным сокращениям. Боль, возникающая в процессе спастических сокращений, имеет хроническую форму. Соответственно, мышцы, находящиеся в сокращенном состоянии, находятся в напряжении и рост их замедляется. В тоже время рост кости продолжается, что со временем и приводит к заметной разнице между длиной мышцы с сухожилием и костью. По этой причине пораженная конечность укорачивается, что приводит к появлению тугоподвижности в суставах, контрактуры, частым переломам конечности.

Главной целью реабилитационных мероприятий больного с ДЦП является достижение максимально возможной самостоятельной двигательной активности и социальной адаптации в обществе.

Сегодня в реабилитации/абилитации используются, как правило, традиционные формы, такие как: медикаментозная терапия, физиотерапевтические процедуры, лечебный массаж, гидротерпия, лечебная физическая культура, различные технические приспособления (нагрузочный костюм «Адели», «Гравистат», пневмокостюм «Атлант»).

Таким образом, используя комплекс реабилитационных мероприятий можно добиться положительной двигательной динамики больных.

Одним из современных и перспективных методов абилитации больных с неврологической патологией является кинезиотейпирование.

Кинезиотейпирование как метод включает в себя комплекс приемов для выполнения аппликаций специально разработанным эластическим пластырем на кожных покровах, которые способны оказывать влияние на различные моторные стереотипы посредством воздействия на покровные ткани тела и их рецепторный аппарат. Также кинезиотейпирование помогает оптимизировать течение локального воспалительного процесса за счет снижения внутритканевого давления, а значит обеспечения, адекватного уровня микроциркуляции и лимфодренажа.

Кинезиотейп представляет собой специально разработанный эластический пластырь, сходный по толщине и растяжению поверхностному слою кожи (эпидермису), выполненный из 100% хлопковой ткани и эластического полимера с волнообразно нанесенным на него клеящим акриловым термочувствительным слоем с одной стороны.

Механизм действия тейпа заключается в использовании физиологического принципа взаимного влияния афферентной и двигательной частей нервной системы [1]. Аппликация тейпа, позволяет восстанавливать сегментарную иннервацию периферического нервно-мышечного сегмента. Ощущения, которые возникают в результате пассивного движения, подвергаются анализу со стороны мозга, в результате чего снижается тонус мышц.

Ранее такой эффект мог быть достигнут в ходе применения метода мануальной терапии.

Целью тейпирования является улучшение свойств потока тканевой жидкости, а также за счет своей эластичности лечебный бинт увеличивает внутритканевое пространство. Тем самым снижается давление в коже, и стимулируются нервные рецепторы, за счет этого происходит снижение болевых ощущений в мышцах.

Например, тейпирование в спорте, позволяет уменьшить боли в проекции травмы, изменить двигательный стереотип, улучшить микроциркуляцию крови и лимфооттока, разгрузить перенапряжение мышц.

Сегодня спортсмены в различных видах спорта успешно используют процесс тейпирования, кинезиотейп прикрепленный к поверхности сустава может выполнять роль механической его поддержки, т.е его можно использовать в виде мягкого ортеза. Применяя такой ортез, возможно скорректировать движение в пространстве.

Показаниями к применению кинезиотейпирования в спорте являются:

- травмы опорно-двигательного аппарата;
- закрытые травмы мягких тканей;
- нарушение осанки сколиоз;

- артрозы и артриты;
- миофасциальные болевые синдромы;
- венозная недостаточность и лимфостаз;
- грыжи;
- профилактика спортивного и профессионального травматизма.

Коррекция мышечного тонуса должна начинаться с оценки спастичности.

В наших исследованиях приняли участие 20 детей в возрасте от 6 до 9 лет с диагнозом детский церебральный паралич, имеющих в анамнезе спастическую диплегию. Продолжительность исследования составила 21 день, время пребывания детей в условиях оздоровительного санатория.

Дети были разделены на две равные группы по 10 человек в каждой. Одна контрольная группа (КГ) занималась в тренажерном зале с использованием средств лечебной физической культуры и упражнений на тренажерных устройствах, другая – экспериментальная (ЭГ) использовала при выполнении упражнений ЛФК и при работе на тренажерах тейпы.

По шкале спастичности у 20% было определено легкое повышение мышечного тонуса, проявляющееся напряжением мышцы менее чем в половине всего объема пассивных движений, у 30% наблюдалось умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, 40% - имели значительное повышение мышечного тонуса, 10% имели паретичную конечность.

Для оценки уровня физической активности определялись следующие показатели: амплитуда движений в пораженных суставах нижних конечностей до исследования и после него.

В контрольной и экспериментальной группах, были показаны следующие результаты (Табл. 1)

Таблица 1

**Показатели амплитуды движений в суставах в контрольной и экспериментальной группах до начала эксперимента**

Амплитуда движений в суставах (градусов)	Тазобедренный			Коленный		Голеностопный	
	Сгибание	Разгибание	Отведение	Сгибание	Разгибание	Подошвенное сгибание	Тыльное сгибание
КГ	105	165,7	21,8	80,9	170,1	110,5	81,0
ЭГ	105,2	162,2	21,5	80,7	169,7	110,2	80,5

Анализ показателей не выявил достоверных различий в этих двух группах.

В обеих группах были использованы средства лечебной физической культуры и упражнения на тренажерных устройствах (Таблица 2).

Таблица 2

### Комплекс упражнений экспериментальной группы

Часть занятия	Упражнения	Дозировка	Примечание
<b>Понедельник</b>			
Подготовительная	1) Сушавная гимнастика для рук и ног; 2) «Бокс» 3) «Смена рук» 4) «Мост» 5) Наклоны колена; 6) Упражнения для косых мышц живота	8-10 повторений каждого движения	Упражнения выполняются в положении лежа на спине
Основная	1) Упражнение «смена рук»; 2) «Крылья»; 3) «Лодочка»; 4) Отведение и приведение бедра	3-4 подхода по 12-15 повторений	Упражнения выполняются в положении лежа на животе
Основная	1) Отведение бедра; 2) Сгибание/разгибание бедра 3) Попеременное поднимание бедра вправо и влево	2 подхода по 10 повторений	Упражнения на боку Упражнение выполняется в упоре на коленях
	1) Зашагивание на ступеньку; 2) Приседание с поддержкой	3 подхода по 12 повторений	Упражнение выполняется стоя
	1) Орбитрек; 2) Ходьба на тредбане; 3) Обратная гиперэкстензия 4) Peck-Deck (бабочка)	3 подхода по 8 повторений	Эллипсоидный тренажер
Заключительная часть	1) Стретчинг; 2) Ортопедическая укладка	10-15 минут	
<b>Среда</b>			
Подготовительная	1) Сушавная гимнастика для рук и ног; 2) «Дровосек»; 3) «Ножницы»; 4) «Колена к груди»; 5) «Велосипед»;	8-10 повторений каждого движения	Упражнения выполняются в положении лежа на спине

## Продолжение таблицы 2

Основная	1) Упражнение для мышц живота; 2) «Плавание»; 3) Упражнения с гимнастической палкой в руках (палку вперёд и за голову); 4) Отжимания от пола; 5) «Кошка».	2 подхода по 10 повторений 3 подхода по 10 повторений  2 подхода по 10 повторений	Упражнения выполняются в положении лежа на спине. Упражнения выполняются в положении лежа на животе Упор на четыре точки
	1) Наклоны у «шведской стенки»; 2) Ходьба в брусках.	3 подхода по 10 повторений 15-20 минут	Упражнение выполняется стоя
	1) Сгибание голени, лёжа; 2) Разведение/сведение ног, сидя; 3) Тяга верхнего блока, сидя.	3 подхода по 8 повторений	
Заключительная часть	1) Стретчинг; 2) Ортопедическая укладка.	10-15 минут	
<b>Пятница</b>			
Подготовительная	1) Суставная гимнастика для рук и ног; 2) «Бокс»; 3) «Смена рук»; 4) «Ножницы»; 5) Отведение и приведение бедра; 6) «Мост».	8-10 повторений каждого движения	Упражнения выполняются в положении лежа на спине
Основная	1) «Лодочка»; 2) С гимнастической палкой (вперёд-к груди); 3) «Квадрат» (одновременное разгибание руки и ноги, по диагонали); 4) Ходьба на коленях.	3 подхода по 10-12 повторений	Упражнения выполняются в положении, лежа на животе Упор на четыре точки
	1) Ходьба в брусках; 2) Наклоны у «шведской стенки».	15-20 минут  3 подхода по 10 повторений	Упражнение выполняется стоя

Продолжение таблицы 2

	1) Разгибание голени, сидя; 2) Sissy-приседания;  1) Упражнения в Cross-over (разгибание бедра; колено к груди; «берёзка»).  4) Упражнения с гантелями в руках (сгибание плеча и предплечья; отведение плеча; жим из-за головы)	3 подхода по 8-10 повторений	С фиксацией голени  Упражнения выполняются в положении, лежа на спине. На щиколотке должна быть манжета. Для выполнения упражнения ноги поочерёдно и вместе крепятся тросом за манжету к верхнему блоку тренажера.  Упражнения выполняются сидя. Вес гантелей – 1-2 кг
Заключительная часть	1) Стретчинг; 2) Ортопедическая укладка.	10-15 минут	

Тейпирование в экспериментальной группе осуществлялось следующим образом:

– *в тазобедренном суставе*: больной располагался на правом или левом боку, колено пораженной конечности было слегка согнуто и располагалось впереди туловища на уровне бедра противоположной ноги. Первым накладывался широкий тейп с большим процентом эластичности. Далее тейп шел полукругом и заворачивался вниз до коленного сустава.

– *коленный сустав*. Тейпирование выполнялось при сгибании сустава. Середина тейпа приходилась на уровень коленного сустава. Концы ленты были одинаково удалены от сустава. При выраженном нарушении функции сустава накладывались дополнительные ленты на уровне бедра и голени в месте окончания основных лент.

– *голеностопный сустав*: Во время процедуры голеностоп находился в среднефизиологическом положении. Первый виток начинался с подошвы стопы и там же заканчивался. Следующий виток располагался от подошвы с внутренней стороны лодыжки до лодыжки малоберцовой кости. Аналогичное расположение тейпов осуществлялось и с наружной части голеностопа.

Тейпирование проводилось с периодичностью 1 раз в 5 дней. Оценка результатов в данном исследовании была ограничена 4-5 сеансами тейпирования. Использовались тейпы марки ВВ-Таре, эти тейпы проявили себя очень эластичными, мягкими и растяжимыми.

Результаты исследования амплитуды движения в суставах, после проведенного эксперимента, представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Показатели амплитуды движений в суставах в контрольной и экспериментальной группах после эксперимента**

Амплитуда движений в суставах (градусов)	Тазобедренный			Коленный		Голеностопный	
	Сгибание	Разгибание	Отведение	Сгибание	Разгибание	Подопшвенное сгибание	Тыльное сгибание
КГ	90,8	170,9	31,8	70,7	172,6	115,7	78,7
ЭГ	84,4	170,3	38,9	65,8	173,9	119,2	74,8

В таблице 4 приведен сравнительный анализ показателей амплитуды движений в суставах до и после эксперимента.

Таблица 4

**Сравнительный анализ показателей амплитуды движений в суставах в контрольной и экспериментальной группах до и после эксперимента**

Амплитуда движений в суставах (градусов)		До эксперимента		После эксперимента	
		КГ	ЭГ	КГ	ЭГ
Тазобедренный	Сгибание	105	105,2	90,8	84,4
	Разгибание	165,7	162,2	170,9	170,3
	Отведение	21,8	21,5	31,8	38,9
Коленный	Сгибание	80,9	80,7	70,7	65,8
	Разгибание	170,1	169,7	172,6	173,9
Голеностопный	Подопшвенное сгибание	110,5	110,2	115,7	119,2
	Тыльное сгибание	81,0	80,5	78,7	74,8

Таким образом, проведенное исследование показало, что: во-первых, были снижены болевые ощущения при выполнении упражнений, во-вторых, за счет наложения тейпа улучшились проприоцептивные ощущения, в-третьих, увеличилась амплитуда движений в суставах.

**Список использованных источников**

1. Гарри Пяйнаппел. Руководство по медицинскому тейпунгу. – М.: 2012. – 224с.
2. [Субботин Ф. А. Пропедевтика функционального терапевтического кинезиотейпирования](#) — М.: Школа комплементарной медицины, – 2014. – 192с.
2. Киселев, Д. А. Реабилитация больных с гиперкинетической формой поражения ЦНС с использованием метода функциональной регуляции движения / Д. А. Киселев, О. А. Лайшева

// Научно-практический журнал «Лечебная физкультура и спортивная медицина», №7 (79), 2010. – С. 49–56. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://lfksport.ru/archive201007/>.

4. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика.– Минск, 1978, 512 с. <https://studfiles.net/preview/5913005/page:35/>.

УДК 37.037.1

**Крюков Иван Александрович**  
магистрант кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
**Строшкова Нина Тадэшевна**  
кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
г. Севастополь, РФ

### **МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРРЕГИРУЮЩИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ 13-14 ЛЕТ НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

**Аннотация.** В статье обосновывается разработанная методика коррекции осанки средствами адаптивной физической культуры на уроках в общеобразовательной школе. Методика позволяет улучшать состояние осанки школьников 13-14 лет. В этот период происходит интенсивный рост в тела длину и поэтому необходимо использовать коррегирующие упражнения для коррекции осанки, при этом включать в занятия упражнения для развития силы мышц спины и живота.

**Ключевые слова.** Сколиоз, коррекция осанки, методика коррекции осанки, школьники, упражнения силовой направленности.

#### **THE METHOD OF USING CORRECTIVE EXERCISES TO CORRECT POSTURE OF SCHOOLCHILDREN 13-14 YEARS ON THE LESSONS OF PHYSICAL CULTURE**

**Annotation.** The article substantiates the developed method of posture correction by means of adaptive physical culture in the classroom in secondary school. The technique allows to improve the posture of students 13-14 years. During this period, there is an intense growth in the body length and therefore it is necessary to use corrective exercises to correct posture, while including exercises for the development of the strength of the muscles of the back and abdomen.

**Keywords:** scoliosis, posture correction, posture correction technique, schoolchildren, strength exercises.

Сегодня проблема нарушения осанки у детей очевидна. Причин этого заболевания достаточно, а последствия могут сказываться на качестве жизни, а могут привести и к инвалидности ребенка.

Сколиоз заболевание, характеризующееся трехмерной деформацией позвоночного столба. Формирование этой патологии в большинстве случаев происходит в детском возрасте, что и обуславливает важность своевременного ее выявления и коррекции. Развитие этого заболевания приводит к нарушению функций лёгких, сердца, органов малого таза, а так же к дегенеративным - дистрофическим изменениям [1].

Возраст 13-14 лет характеризуется достаточно серьезными изменениями в организме, происходит дальнейшее формирование скелета, к 14 годам срастаются кости таза, наступает постоянство кривизны позвоночника в поясничной его части, происходит уменьшение хрящевого кольца межпозвоночных суставов. Мышцы тела по своему составу практически ничем не отличаются от мышечного корсета взрослого человека. Вес мышц мальчиков в 12 летнем возрасте составляет 29,4% всего веса тела, а к 15 годам этот показатель увеличивается до 33,6% в среднем. Увеличивается абсолютная и относительная сила мышц.

При этом недостаточно развиты мышцы живота, косые мышцы туловища, приводящие мышцы ног, отводящие мышцы верхних конечностей, и мышцы задней поверхности бедра. Поэтому особое внимание необходимо обращать именно на формирование мышечного корсета спины и живота, которые и поддерживают позвоночный столб подростка. Поэтому силовые упражнения лучше всего выполнять в партере, чтобы исключить статическую нагрузку на позвоночный столб.

Целью проведенного исследования с группами школьников 13-14 лет являлось обоснование использования коррегирующих упражнений в сочетании с упражнениями силового характера для коррекции осанки.

В исследованиях принимали участие две группы учащихся одной из общеобразовательных школ города Севастополя. Группы были однородны по составу и являлись учащимися 7-х классов. В каждой группе было по 15 мальчиков. Контрольная группа (КГ) занималась по программе «Физическая культура» и имела 3 урока в неделю. Экспериментальная группа также занималась три раза в неделю, в программу занятий были включены наряду с традиционными средствами физической культуры, разработанные нами коррегирующие комплексы упражнений, направленных на коррекцию осанки. Исследование продолжались 4 месяца.

Перед началом исследования были оценены следующие параметры: ЖЕЛ (жизненная емкость легких (л)), ЧСС (уд./мин.), функциональные пробы ОДА глубина наклона вперед (ГНв), вправо (ГНвп), влево (ГНвл) и разница глубины наклона вправо и влево, измеряемая в сантиметрах, асимметрия тела (см), оценка статической и динамической выносливости мышц СВМж (с). Для измерения физической работоспособности были использованы проба Мартине (%).

Полученные измерения до и после использования коррегирующих мероприятий были обработаны при помощи математической статистики, t- критерия Стьюдента.

Результаты оценки измерений представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Результаты исследования в контрольной и экспериментальной группах на начало эксперимента**

Группы	ГНв (см)	Ассиметрия (см)	ГНвп (см)	ГНвл (см)	Δ ГНпр-вл, (см)	ЧСС (уд/мин)	ЖЕЛ (л)
КГ	4,6 ±0,3	1,6± 0,1	24,3 ±0,7	23,3 ±0,6	2,7 ±0,3	85,5 ±1,7	3,2 ±0,1
ЭГ	4,6 ±0,3	1,6± 0,1	24,3 ±0,7	23,3 ±0,6	2,7 ±0,3	86,4 ±1,7	3,1 ±0,1

Комплексы упражнений были составлены с учетом выявленных отклонений и чередовались в зависимости от задач урока (таблица 2).

Таблица 2

**Комплексы коррегирующих упражнений**

Упражнения	1 мезоцикл	2 мезоцикл	3 мезоцикл	4 мезоцикл
1. Построение, ходьба с движениями рук, ходьба на носках.	+	+	+	+
2. И. п. — основное положение. Поднимание прямых рук вверх — вдох, опускание — выдох (3—4 раза). Темп медленный.	+	+	+	+
3. И. п. — основная стойка, руки на поясе. Сгибание колена к животу и возвращение в и. п. (3—4 раза каждой ногой).	+		+	
4. И. п. — основная стойка, гимнастическая палка в опущенных руках. Поднимание палки вверх — вдох, опускание — выдох (4—5 раз).		+		+
5. И. п. — основная стойка, палка на лопатках. Наклон корпуса вперед с прямой спиной и возвращение в и. п. (4—5 раз). При наклоне корпуса — выдох, при выпрямлении — вдох.	+		+	+
6. И. п. — основная стойка, палка в опущенных руках. Приседание с вытягиванием рук вперед и возвращение в и. п. Спина прямая (4—5 раз).		+		+
7. И. п. — основная стойка, руки перед грудью. Разведение рук в стороны ладонями вверх — вдох, возвращение в и. п. — выдох (3—4 раза).	+	+	+	+
8. И. п. — стоя у гимнастической стенки, взявшись руками за рейку на уровне плеч (рука, соответствующая выпуклой стороне искривления, на одну перекладину ниже другой руки). Глубокое приседание и возвращение в и. п. (3—5 раз).		+	+	+

Продолжение таблицы 2

9. И. п. — лежа на спине, на наклонной плоскости, взявшись руками за рейку гимнастической стенки. Подтягивание согнутых ног к животу — выдох, выпрямление — вдох (3—4 раза).	+		+	+
10. И. п. — лежа на животе на наклонной плоскости, взявшись руками за край (ручки). Попеременное разгибание ног в тазобедренных суставах (2—4 раза каждой ногой)	+	+	+	
11. И. п. — лежа на спине, руки вдоль тела ладонями вниз, ноги согнуты в коленных суставах. Поднимание таза с опорой на ладони, плечи, стопы — вдох, возвращение в и. п., выдох (3—5 раз).		+	+	+
12. И. п. — лежа на спине, руки вдоль тела. Движения ногами, как на велосипеде (10—12 раз).	+		+	
13. И. п. — лежа на боку; под выпуклую часть грудной клетки подложен ватный валик, ноги разведены. Вытягивание руки вверх с вогнутой стороны искривления позвоночника — вдох, опускание руки — выдох (3—5 раз).		+	+	+
14. И. п. — лежа на животе, руки с вогнутой стороны искривления вытянуты вверх. Поднять корпус — вдох, возвратиться в и. п. — выдох (3—4 раза).			+	+
15. И.п. — лежа на животе. Отведение ноги в сторону на стороне выпуклости (при поясничном сколиозе); вытягивание руки вверх с вогнутой стороны искривления (при грудном сколиозе) и возвращение в и. п. (4—5 раз).	+	+		+
16. И. п. — лежа на животе; нога (со стороны выпуклости в поясничном отделе) отведена в сторону, руки согнуты на затылке. Развести локти в стороны, слегка прогнув позвоночник — вдох, вернуться в и. п. — выдох (3—4 раза).		+	+	
17. И. п. — лежа на коврик, на животе; руки вытянуты вперед, опираются на пол. Вытянуться, оттягивая носки ног и вытягивая руки до предела вперед — вдох, расслабить мышцы — выдох (3—5 раз).	+	+		+

После завершения реабилитационных мероприятий были повторно произведены измерительные исследования, показали, что при применении корригирующих упражнений, можно добиться восстановления функций опорно-двигательного аппарата (Таблица 3).

Таблица 3

**Результаты исследования в контрольной и экспериментальной группах в конце эксперимента**

Группы	ГНв (см)	Ассиметрия (см)	ГНвп (см)	ГНвл (см)	Δ ГНпр-вл, (см)	ЧСС (уд/мин)	ЖЕЛ (л)
КГ	4,9 ±0,3	1,7± 0,1	24,1 ±0,7	23,1 ±0,3	2,6 ±0,4	86,4 ±1,7	3,1 ±0,1
ЭГ	5,9 ±0,3	1,6± 0,1	24,3 ±0,7	23,3 ±0,6	2,7 ±0,3	83,6 ±1,7	3,2 ±0,1

В таблице 4 представлен анализ показателей, до и после реабилитационных мероприятий.

Таблица 4

**Анализ динамики изменения показателей в конце эксперимента в контрольной и экспериментальной группах**

	До реабилитационных мероприятий	После реабилитационных мероприятий
ГНв (см)	4,6 ±0,3	5,9±0,3
Ассиметрия(см)	1,6±0,1	1,6±0,1
ГНвп (см)	24,3±0,7	24,3±0,7
ГНвл (см)	23,3±0,6	23,3±0,6
ΔГНпр-вл, (см)	2,7±0,3	2,7±0,3
ЧСС(уд/мин)	86,4±1,7	83,6±1,7
ЖЕЛ(л)	3,1±0,1	3,2±0,1

Таким образом, используя корригирующие упражнения, применяемые в сочетании с силовыми упражнениями, направленными на укрепление мышечных групп спины, для учащихся 13-14 лет, позволили выявить статистически достоверные результаты. По нашему мнению эти упражнения необходимо использовать на уроках ежедневно, начиная с первого класса. Так как упражнений направленных на формирование правильной осанки на уроках используется недостаточно. Поэтому в каждый раздел программы по физической культуре необходимо включить эти и другие упражнения, с учетом физиологических особенностей и выявленных патологий.

### **Список использованных источников**

1. Алексеева Л.М. Комплексы детской общеразвивающей гимнастики. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 208 с.
2. Брыксина З.Г., М.Р. Сапин. Анатомия и физиология детей и подростков.- Академия, 2009. - 432 с.
3. Горбачев М.С. Осанка младших школьников // Физическая культура в школе, 2005. – 8. с 25 – 28.
4. Ловейко И.Д., Фонарев М.И. Лечебная физическая культура при заболеваниях позвоночника у детей. - Л.: Медицина, 1988. - 143 с.

*УДК 796-378*

**Лукаш Виктория Анатольевна,**  
магистрант кафедры физической культуры,  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
**Строшкова Нина Тадэушевна**  
кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

### **КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД**

**Аннотация.** Статья посвящена вопросу восстановления функций опорно-двигательного аппарата средствами физической реабилитации постинсультных больных. Предлагается рассмотреть эффективность комплексной реабилитации больных в постинсультный период с использованием лечебного массажа, что ускоряет и улучшает качество реабилитационного процесса.

**Ключевые слова:** инсульт, постинсультный период, физическая реабилитация, функциональные показатели.

**Lukash V.A. Bochkaryova T.I. Complex physical rehabilitation of patients in the post-stroke period. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol Institute of Economics and Humanities (branch) Department of Physical Education, Sevastopol, Russia**

**Annotation.** The article is sanctified to the question of renewal of functions of locomotorium by facilities of physical rehabilitation of post-stroke of patients. It is suggested to consider efficiency of complex rehabilitation with the use of massotherapy that accelerates and improves quality of rehabilitation process.

**Key words:** stroke, post-stroke period, physical rehabilitation, functional indexes.

Серьезную социальную проблему представляют тяжесть нарушений при инсультах, высокий уровень инвалидизации, обуславливающий значительную потребность в постороннем уходе. Поиски новых методов реабилитации людей с неврологическими заболеваниями повлияли на повышение качества жизни [5].

Благодаря достижениям научных исследований в последние годы увеличилась продолжительность и качество жизни больных с данной проблемой. На данный момент работа с ними направлена на восстановление утраченных способностей, адаптации к их новым условиям.

Одним из направлений оптимизации процесса двигательной реабилитации больных, перенесших инсульт, является сочетанное применение различных реабилитационных технологий.

Актуальность заключается в том, что ишемический инсульт является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности в городе Севастополь.

Целью работы является совершенствование методики физической реабилитации для коррекции двигательных нарушений у людей, перенесших ишемический инсульт физическими упражнениями с использованием лечебного массажа.

В исследовании принимали участие две группы пациентов, находившихся в постинсультном периоде – основная и контрольная, каждая по 10 человек. Средний возраст больных обеих групп составил 46,95, min - 39лет, max – 57лет.

Реабилитация пациентов обеих групп в постинсультном периоде проходила в течении 4 месяцев. Участники контрольной группы получали комплекс реабилитационных мероприятий с использованием физических упражнений по общепринятой методике, участникам основной группы, помимо этого, проводился лечебный массаж [3].

Пациенты экспериментальной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту, полу, давности заболевания. Причина развития у данных больных - атеросклеротическое поражение сосудов мозга, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма сердца, тромбоэмболия и другие заболевания сердечно – сосудистой системы.

Основные параметры включения в данное исследование постинсультных больных были: ясное сознание, достаточным для выполнения инструкций; отсутствие тяжелой соматической патологии, острого системного заболевания, неконтролируемой синусовой тахикардии выше 125 уд. в минуту, дефектов опорно-двигательного аппарата, сахарного диабета, отсутствие грубой сенсорной афазии и когнитивных расстройств. Все восстановительные мероприятия в группах проводились индивидуально под ежедневным контролем артериального давления и частоты сердечных сокращений. Занятия физическими упражнениями не проводились больным, включенным в исследование в случае: систолического АД в покое в день занятия выше 190 мм рт. ст., диастолического АД - выше 120 мм рт. ст.; ортостатического снижения артериального давления на 20 мм рт. ст. и более. Перед каждым занятием у больных контролировалось общее состояние, болевые ощущения и другие жалобы. Всем больным до и после курса комплексной реабилитации проводилась: клинико-функциональное обследование [3].

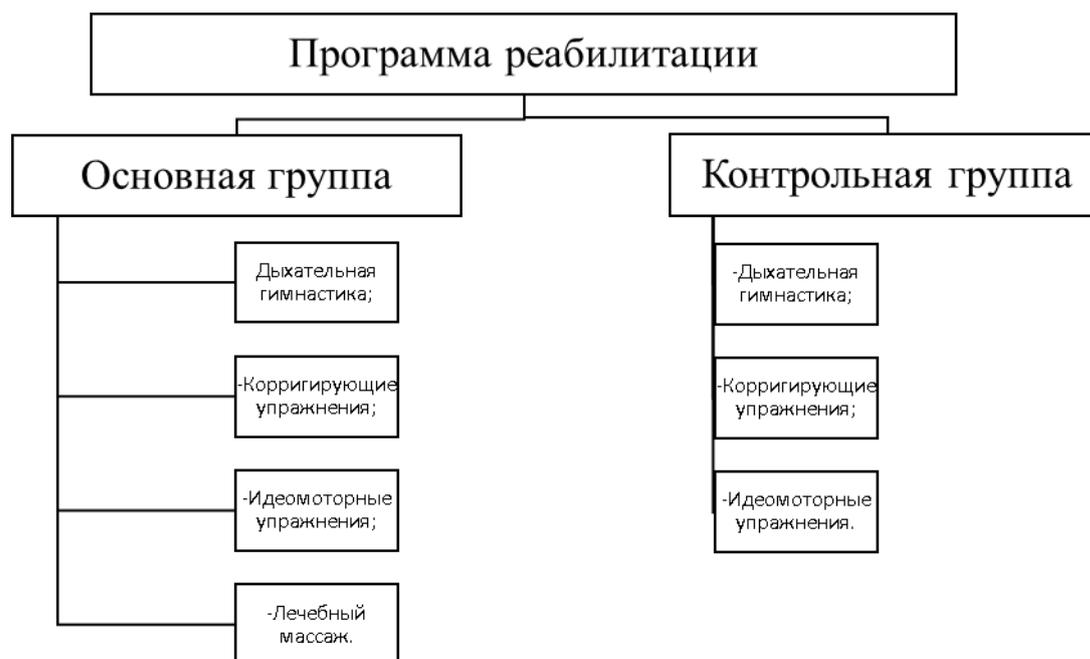


Рис. 1. – Программа реабилитации в группах исследования

В качестве диагностических показателей были использованы методы исследования:

- проба с комфортной задержкой дыхания на выдохе;
- проба с гипервентиляцией;
- ортостатическая проба при переходе из положения лежа в положение сидя;
- гониометрия;
- мануальное мышечное тестирование;
- оценка двигательной активности по схеме Vobaht.

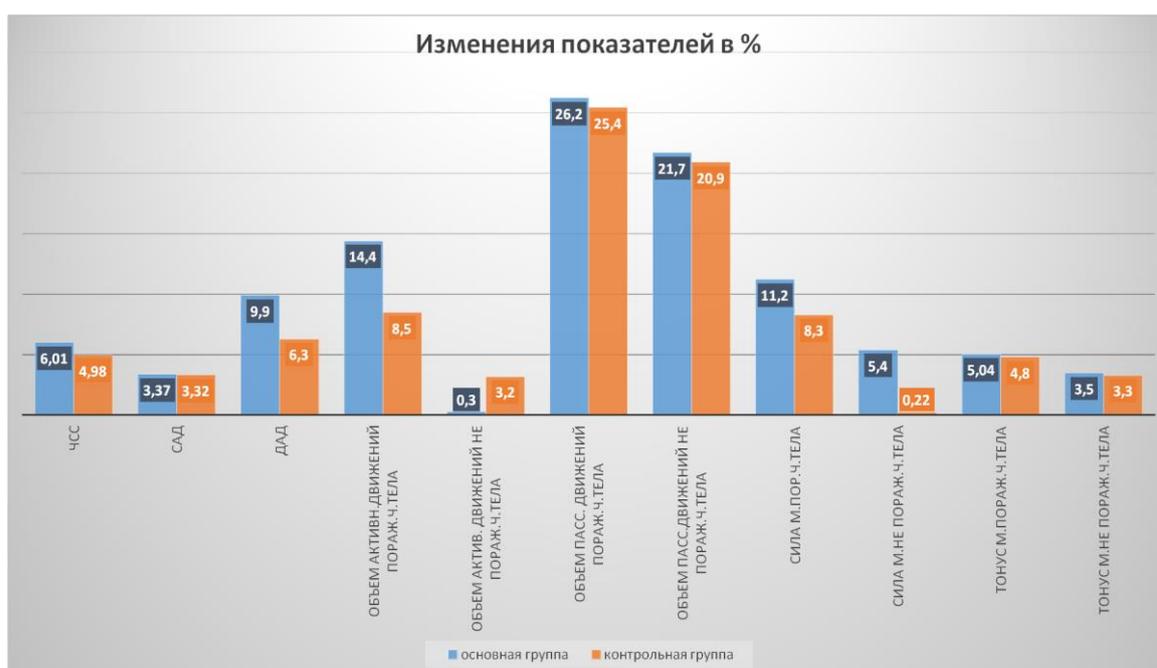


Рис. 2. – Динамика изменения показателей в основной и контрольной группах

Результаты исследований наглядно продемонстрировали эффективность настоящей методики. В процессе исследования показатели ЧСС в основной группе изменились на 6,01% ( $p \geq 0,05$ ), в контрольной группе на 4,98 % ( $p \leq 0,05$ ), разница в показателях – 1,03%; показатели САД в основной группе изменились на 3,37 % ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной группе на 3,32%, разница в показателях – 0,05%; показатели ДАД в основной группе изменились на 9,9% ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной группе на 6,3% ( $p \leq 0,05$ ), разница в показателях – 3,6%.

Показатели объема активных движений пораженной части тела в основной группе изменилась на 14,4 % ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной – на 8,5% ( $p \leq 0,05$ ), разница показателей – 5,9%; показатели объема активных движений не пораженной части тела в основной группе изменились на 0,3% ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной группе – на 3,2% ( $p \leq 0,05$ ), разница показателей – 2,9 %.

Показатели объема пассивных движений пораженной части тела в основной группе изменились на 26,2% ( $p \geq 0,05$ ), в контрольной группе – на 25,4% ( $p \geq 0,05$ ), разница показателей – 0,8%; показатели объема пассивных движений не пораженной части тела в основной группе изменились на 21,7% ( $p \geq 0,05$ ), в контрольной группе – на 20,9% ( $p \geq 0,05$ ), разница показателей – 0,8%.

Показатели силы мышц пораженной части тела в основной группе изменились на 11,2% ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной группе – на 8,3 % ( $p \leq 0,05$ ), разница показателей – 2,9%; показатели силы мышц не пораженной части тела в основной группе изменились на 5,4% ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной группе – на 0,22 ( $p \leq 0,05$ ), разница показателей – 5,18%.

Показатели тонуса мышц пораженной части тела в основной группе изменились на 5,04% ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной группе – на 4,8% ( $p \leq 0,05$ ), разница показателей – 0,24%; показатели тонуса мышц не пораженной части тела в основной группе изменились на 3,5% ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной группе – на 3,3 ( $p \leq 0,05$ ), разница показаний – 0,2%.

В основной группе изменения двигательной активности по схеме Vobaht по сравнению с контрольной группой имеют лучшие показатели ( $p \leq 0,05$ ).

Сравнительный анализ полученных в процессе исследования результатов свидетельствует о наличии реабилитационного эффекта в большинстве показателей основной группы, тогда как в контрольной группе не во всех показателях зафиксированы статистически достоверные различия, можно говорить только о тенденции роста результатов. На основании вышесказанного, можно сделать вывод об эффективности комплексной программы физической реабилитации с применением физических упражнений и лечебным массажем, возможности рекомендации ее в практической деятельности города Севастополь.

#### **Список использованных источников**

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А. Н. Белова – Н. Новгород, 2000г. с 34-39.
2. Большая Российская энциклопедия. Т 11. –: Из-во Большая Российская энциклопедия, 2008 г., с 499-767.
3. Васильев А.С., Шмырев В.И., Андреева Н.Я. и др. Новая система комплексной диагностики и реабилитации больных, перенесших полушарный ишемический инсульт, 2000г. с 22-24.

4. Ворлоу Ч.П. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных – 1998г. с 10.
5. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии изд. Политехника Санкт- Петербург, 2006г. 600с.
6. Дамулин И.В., Парфенов В.А, Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге/ В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей, 2001 г. – 231-302с.

УДК 616.89-008.444.4

**Лысенко Виктор Иванович**  
кандидат психологических наук,  
директор, Институт дельфинотерапии,  
г. Евпатория, РФ

### **НОВАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И ОТВЕТЫ**

**Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы реновации реабилитационных технологий как традиционных, которые себя хорошо зарекомендовали, так и апробированные в мировой практике новые методы и техники реабилитации. Предложены варианты взаимного дополнения и повышения эффективности методов при комбинированном и сочетанном их проведении на принципах комплексного подхода.

**Ключевые слова:** реабилитация, дельфинотерапия, гипоксия, коррекционное плавание, электроэнцефалография.

**Lisenko V.I. Innovations in rehabilitation: new challenges and answers**

**Keywords:** rehabilitation, dolphintherapy, hypoxia, corrective swimming, electroencephalography .

**Annotation.**The article considers the issues of renovation of rehabilitation technologies, both traditional, which have proven themselves well, and new methods and techniques of rehabilitation tested in world practice. Variants of mutual complementing and increasing the efficiency of methods are proposed for combined and combined implementation of them on the principles of an integrated approach.

Методы реабилитации всегда имеют региональную специфику. В силу ряда особенностей Крымского полуострова он стал родиной отечественной и европейской дельфинотерапии. Мультидисциплинарный подход изначально определял формирование и развитие дельфинотерапии в Крыму [1, с. 177]. Уже в 1998 г. была официально утверждена Программа медико-психологической реабилитации методом дельфинотерапии, которая была подготовлена и апробирована в НИИ детской курортологии и физиотерапии (Г. Евпатория). Эффективность этого комплекса достигалась синергическим воздействием факторов гидрокинезотерапии, талассотерапии, ультразвуковой и акустической терапии, телесно-ориентированной психотерапии и психологией общения.

В настоящее время пилотный проект «Измени судьбу ребенка» трансформировался в реализуемую одноименную программу. В основе данной программы лежит реабилитационная триада: клиническая дельфинотерапия, коррекционное плавание и активная талассотерапия

[2, с. 103-104]. Из-за своих значимых эффектов в виде модификации и коррекции поведения, улучшений в когнитивной сфере, роста мотивации к выздоровлению, дельфинотерапия служит идеальным средством для проведения комплексного восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий. Метод является мощным катализатором для проведения начальных «jump starts» (эффект стартового прыжка) в сочетании с другими методами терапии и лечебными процедурами.

Удалось добиться синергического эффекта от сочетания психологической составляющей метода и физиотерапевтической (сонофорез). Сам сонофорез приводит к увеличению потока ферментов, особых гормонов, проникающего через мембраны клетки в результате кавитации. Сонофорез как прямой результат эхолокационного воздействия дельфина, может объяснять, и химические и электрические изменения, которые наблюдались в ЦНС.

Сонофоретическая модель воздействия дельфинотерапии на психосоматику человека во время лечебных сеансов следующая: акустическая эмиссия дельфина способствует положительным изменениям в функционировании головного мозга пациента, активизации, нормализации и синхронизации работы полушарий мозга. Происходит одновременное повышение уровня волн в альфа-диапазоне и нормализации уровня медленных волн в тета-диапазоне. Очень важно, что нами в настоящее время детально разработана объективизация подобной динамики с помощью нейрофизиологических исследований – электроэнцефалографии (ЭЭГ) с функциональными пробами (фото-, фоностимуляции и гипервентиляции).

Но имеется определенный сдерживающий фактор – это незначительное число дельфинариев с центрами дельфинотерапии. В силу этих причин нами была разработана составляющая триады с аналогичными эффектами дельфинотерапии [3, с. 29-33]. Наибольшее число новаций содержит в себе именно коррекционное плавание. Как правило, плавание у детей направлено исключительно на коррекцию физической сферы. Нам же удалось добиться эффективной коррекции не только физической, но и психической сферы. Совместно с руководством Параолимпийской сборной Российской Федерации был проведен предварительный анализ теоретической базы и практических эффектов ранее проводимой в различных клиниках и институциях у наших пациентов методов гипоксии и гипероксии. Зачастую использование элементов гипоксии у детей (нозологические группы – в основном ДЦП и РДА) осуществлялось по методу Глена Домана. Мы существенно трансформировали проведение этого метода, когда нами была разработана, апробирована и предложена управляемая и контролируемая гипоксия в период занятий плаванием. Дыхательная гимнастика с элементами гипоксии проводится при объективном (тренер-реабилитолог) и субъективном (сам пациент) контролируемом варианте в период коррекционного плавания. Ребенок становится не пассивной стороной, как до этого он был при проведении гипоксии по Г. Доману либо при проведении процедур оксигено-баротерапии, а самостоятельно дозирует свое пребывание под водой при участии тренера-реабилитолога. Тренер-реабилитолог со специализацией в области плавания мотивирует ребенка с помощью предметов и игровых ситуаций к заныриванию и максимальному нахождению под водой на задержке дыхания. Очень важно, что были подготовлены специфические методы объективного контроля как при разработке и проведении дельфинотерапии. Современные нейроконтроллеры позволяют

более компактно и оперативно (чем ЭЭГ) оценить нейроактивность головного мозга непосредственно до и после занятий плаванием прямо в бассейне.

Само коррекционное плавание проводится в бассейнах Паралимпийского центра (г. Евпатория). Параллельное проведение спирометрического исследования позволяет получить информацию о динамике объемных и скоростных показателей дыхания испытуемого.

Реабилитация в рамках этой триады значительно потенцирует эффективность проведения сеансов плавания, дельфинотерапии и синергически воздействует психофизический статус у детей.

#### **Список использованных источников**

1. Лысенко В.И., Загоруйченко И.В., Батозский Ю.К. Использование дельфинотерапии в реабилитации детей, пострадавших от критических инцидентов // Неотложные состояния у детей: Материалы 6-го Конгресса педиатров России – Москва, 2000. – С.177.
2. Лысенко В.И. Новое направление в дельфинотерапии // Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей: материалы VI Международной научно - практической конференции (Москва, 7-8 ноября 2016 г.) - Москва, 2016.– С.103-104.
3. Каладзе Н.Н., Лысенко В.И., Нуволи А.В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: методы коррекции на санаторно-курортном этапе. Методические рекомендации. – Евпатория, 2014.- 40 с.

*УДК 159.98*

**Христофорова Валентина Кельсиевна,**  
кандидат педагогических наук,  
магистр психологических наук,  
Старший преподаватель кафедры педагогики,  
психологии и социальных дисциплин  
Академия «Кайнар», г. Алматы, Республика Казахстан

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**Аннотация.** Словосочетание «арт-терапия» в научно-педагогической интерпретации понимается как забота об эмоциональном самочувствии и психологическом здоровье личности, средствами спонтанной художественной деятельности. В данной работе обсуждается возможность использования арт-терапевтических методов в работе с детьми, имеющими эмоциональные нарушения.

**Ключевые слова:** арт-терапевтические методы, эмоциональные нарушения, эмоциогенный фактор, безопасная психологическая атмосфера, полисенсорная стимуляция, деятельностный паттерн.

**Christophorova V. K. Use of art-therapeutic methods in working with children with emotional disorders Kainar Academy, Almaty, Republic of Kazakhstan**

**Annotation.** The phrase "art therapy" in scientific and pedagogical interpretation is understood as a concern for emotional well-being and psychological health of the individual by means of spontaneous artistic activity. This paper discusses the possibility of using art-therapeutic methods in working with children with emotional disorders.

**Keywords:** art-therapeutic methods, emotional disorders, emotional factor, safe psychological atmosphere, polysensory stimulation, activity pattern.

Актуальность проблемы использования арт-терапии в работе с детьми обусловлена большим интересом, вызванным потенциальными возможностями этого относительно нового метода. В 1990-е годы рядом психологов и педагогов нашей страны начинаются исследования, связанные с изучением здоровьесберегающего потенциала искусства в системе образования. Выходит множество специализированных публикаций, посвященных арт-терапии (авторы – Бетенски М., Копытин А.И., Киселева М.В., Свистовская Е.Е., Мадалиева З.Б. и др.) [3].

Ведущий ученый психолог Джакупов С.М. уделял большое внимание гуманистическому направлению эмоционального и профессионального выгорания педагогов. Он обращал внимание в своих научных трудах, что рост исследований и коррекционно-развивающих технологий имеют большое значение в развитии творческого самовыражения и психологической защиты педагогов и детей в образовательном процессе [1].

Цель данного исследования заключается в выявлении возможностей использования арт-терапевтических методов в работе с детьми, имеющими эмоциональные нарушения.

Работа с детьми, имеющими эмоциональные нарушения, носит многогранный характер и может быть наиболее эффективной в результате объединенных усилий педагогов, психологов, а так же родителей. В этой связи хочется отметить повышение интереса к арт-терапии со стороны системы образования. Как отмечает А.И. Копытин, председатель «Арт-терапевтической ассоциации», в настоящее время арт-терапевтическая работа проводится в школах и дошкольных образовательных учреждениях, интернатах и домах ребенка, психолого-медико-педагогических центрах и учреждениях по работе с подростками и молодежью [4].

Арт-терапевтические методы находят свое применение не только в психологии, но и в педагогике. Здесь можно упомянуть работы Алексеевой М.Ю. («Практическое применение элементов арт-терапии в работе учителя»), Аметовой Л.М. («Педагогическая технология использования арт-терапии в начальной школе»), Лебедевой Л.Д. («Арт-терапия в педагогике»), Мадалиевой З.Б. («Арт-терапия в снятии эмоционального выгорания») [6].

Рассматривая особенности развития эмоциональной сферы младших школьников, необходимо отметить, что эмоциогенным фактором для младших школьников является не только общение со сверстниками, но и успехи в учебе и оценка этих успехов учителем и одноклассниками. Свои и чужие эмоции слабо осознаются и понимаются, что приводит к неадекватным реакциям младших школьников.

По словам С.Л. Рубинштейна, «если стремление подавить или искоренить эмоции в корне неверно, то умение регулировать их появление необходимо» [8].

Развитие эмоционального интеллекта в школьном возрасте может помочь снизить агрессию учащихся, может служить профилактикой возникновения таких нарушений, как депрессия, раздражительность, застенчивость, повышенная тревожность. Словосочетание «арт-терапия» в научно-педагогической интерпретации понимается как забота об

эмоциональном самочувствии и психологическом здоровье личности средствами спонтанной художественной деятельности [4].

Искусство, художественная деятельность неразрывно связаны с эмоциональной сферой человеческой личности, именно поэтому решение проблемы гармонизации эмоций с помощью арт-терапии представляется нам перспективным направлением в работе психологов и педагогов, дающим позитивные результаты, сопровождающиеся высоким лечебно-коррекционным и развивающим эффектом.

Как указывает Л.Д. Лебедева, «безопасная психологическая атмосфера, без оценочное принятие любого изобразительного продукта независимо от его эстетической ценности, доброжелательные отношения- необходимые условия для самопознания, обращения к собственному внутреннему миру, личностного роста участников арт-терапевтических занятий любого возраста, начиная с 6-7 лет» [6].

Ключом к пониманию исцеляющих возможностей искусства служит реализация творческого потенциала человека. По существу, данная мысль иллюстрирует базовую характеристику арт-терапевтического подхода к интерпретации изобразительного продукта. Наиболее важные мысли и переживания человека легче передаются в виде образов, нежели словами. Рисование как художественное самовыражение настолько открыто и искренне повествует о мире тонкой реальной личности, что образно может быть названо невербальной исповедью автора. Спонтанная изобразительная деятельность сопровождается терапевтическими эффектами. Возможно, именно поэтому арт-терапию образно называют «исцеляющим искусством».

Анализ теоретических источников по данной проблеме позволяет сделать вывод о том, что арт-терапевтические методы можно активно использовать в диагностике и коррекции эмоциональных нарушений у младших школьников, что эти методы можно считать эффективной формой терапевтического контакта с детьми, направленной на снижение уровня тревожности, работу с заблокированными эмоциями, развитие способности понимать и выражать свои чувства.

С целью подтверждения вышеизложенных теоретических выводов было проведено экспериментальное исследование, в котором приняли участие 32 человека, учащиеся 3-4 классов школы Аль-Фараби Енбекшиказахского района.

В ходе эксперимента были использованы следующие психодиагностические методики: Тест «Дом.Дерево.Человек.», «Несуществующее животное» [7,9].

Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса.

Все показатели тревожности были распределены по трем уровням: низкий, средний, высокий. Результаты исследования уровня тревожности по тестам «Дом.Дерево.Человек», «Несуществующее животное» и по опроснику Филлипса достаточно однородны. По представленным результатам всех трех методик выявлен средний уровень тревожности у обследуемых детей.

Обследование по результатам методики «Дом.Дерево.Человек» продемонстрировало отсутствие высокого уровня тревожности у всех испытуемых.

По результатам методики «Несуществующее животное» и тесту Филлипса высокий уровень тревожности составил соответственно 6,2 % и 3,1 %.

Средний уровень тревожности по результатам теста «Дом.Дерево.Человек»-53,4%, по результатам РНЖ-62,5%, по тесту Филлипса-59,3 %. Таким образом, данные по результатам различных методик расходятся незначительно.

Индивидуальные результаты по рисуночным методикам близки по значениям к результатам психометрического теста Филлипса, что может свидетельствовать о возможности эффективной диагностики эмоциональных нарушений у детей младшего школьного возраста средствами арт-терапии. Проведенные диагностические мероприятия по выявлению тревожности у обследуемых детей показали возможность использования арт-терапевтических методов в работе с детьми с эмоциональными нарушениями.

Подводя итоги обзору полученных данных об эмоциональном развитии детей, можно подчеркнуть, что диагностика выявила общую закономерность-проявление повышенного уровня тревожности у большого количества обследуемых детей.

Таким образом, по результатам диагностики можно сделать вывод о необходимости проведения коррекционной работы по гармонизации эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста.

В работе с детьми можно использовать следующие приемы: рисование для выявления отработки страхов, рисование сказочных сюжетов, декораций и костюмов для спектаклей, композиций на различные темы, создание серийных рисунков и рассказов.

В целом для гармонизации эмоциональной сферы детей можно порекомендовать: тематический рисунок «Образы эмоций», арт-терапевтическую технику «Карта эмоций», раскрашивание матриц-фракталов, технику акватипии, создающую богатые возможности для снятия напряжения, полисенсорной стимуляции и отреагирования эмоций.

В качестве примера коррекционной программы можно предложить работу С.Н. Ивановой «Диагностика и коррекция цветом и рисунком». В данной авторской методике основной диагностики и коррекции является цвет и образ. Цель методики - коррекция эмоциональных нарушений у детей, в том числе повышенной тревожности [2].

Таким образом, подводя итог всему вышесказанному, можно утверждать, что арт-терапевтические методы предоставляют широкие возможности для психологической работы с детьми с эмоциональными нарушениями. В младшем школьном возрасте уже возможно достаточно эффективно использовать потенциал арт-терапевтических средств, учитывая возрастающий уровень рефлексии у детей данного возраста и формирующееся умение осуществлять обратную вербальную связь по поводу продукта собственного творчества.

Арт-терапия может применяться «здесь и теперь» как экстренная психологическая помощь в кризисной ситуации с целью обозначения и коррекции актуальных изолированных проблем, конфликтов, прояснения психотравмирующих переживаний, а так же как система психологической работы с лечебными целями в случае, при нарушениях в эмоциональной сфере младших школьников, в частности, повышенной тревожности.

Арт-терапевтические методики обращают основное внимание на выявление эмоционального потенциала личности и связанного с ним поведенческого и деятельностного паттернов. Они открывают широкие возможности для развития эмоциональной сферы в целом.

Особенно важно попытаться скорректировать чувство хронической тревоги, снять повышенный уровень тревожности у детей в период формирования и становления

эмоционально - личностной сферы, с тем чтобы в дальнейшем подобные нарушения не мешали полноценному развитию личности.

Таким образом, рассматривая проблему коррекции эмоциональных нарушений в контексте развития взаимоотношений участников педагогического процесса, можно предположить, что арт-терапевтические методы благодаря своей гуманистической направленности и эффективности применения получат свое дальнейшее развитие во всех сферах системы образования.

#### **Список использованных источников**

1. Джакупов С.М. Общая психология: введение: учеб. // М.; Каз. нац. ун-т им. аль-Фараби.- Алматы: Қазақ университеті, 2014.- 162 с.
2. Иванова С.Н. «Диагностика и коррекция цветом и рисунком. // ООО "Национальный книжный центр", 2017 г.- 184 с. ISBN 978-5-4441-0182-7
3. Киселев М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе // СПб. Речь, 2007.
4. Копытин А.И., Свитковская Е.Е. Руководство по детско-подростковой и семейной арт-терапии // СПб. Речь, 2010.
5. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности // СПб. Речь, 2006.
6. Лебедева Л.Д., Никонорова Ю.В., Тараканова Н.А.. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии // СПб. Речь, 2010
7. Маховер К. Проективный рисунок человека. // М. Смысл, 2009.
8. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии // СПб. Питер, 1999.
9. Суркова Е.Г. Проективные методы диагностики. Психологическое консультирование детей и подростков // М. Аспект Пресс, 2008.

УДК 614.8.086.2

**Щёкин Денис Витальевич**

старший преподаватель кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

**Ковтуненко Сергей Леонидович**

магистрант кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
Севастополь, РФ

#### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ СРЕДСТВАМИ ПАССИВНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ С ВИБРАЦИОННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ**

**Аннотация:** В статье рассматриваются вопросы повышения эффективности реабилитационного процесса после сложных переломов верхних конечностей на раннем

постиммобилизационном этапе восстановления с использованием средств пассивной лечебной гимнастики и вибрационных воздействий.

Главной задачей лечебной физической культуры на постиммобилизационном этапе является тренировка ведущих параметров двигательной системы с постепенным и дозированным увеличением амплитуды и скорости движения, силы мышечного сокращения. Реабилитация пострадавших с посттравматическими контрактурами после снятия иммобилизации начинается с выполнения пассивных, затем пассивно-активных и активных движений.

Пассивные движения осуществляются с помощью средств механотерапии, под руководством и с помощью врача или инструктора ЛФК. Производятся реверсивные относительные движения суставных концов в заданной области граничных углов и скоростей. Движения должны производиться в одной плоскости с обязательной фиксацией сегментов конечностей, их скорость должна быть оптимальна для достижения максимального объема движений. Параллельно должен контролироваться момент противодействующего сопротивления мышечной реакции пациента при напряжении мышц.

Одним из главных и перспективных направлений оптимизации реабилитационного процесса при тренировке пассивным движением является снижение болевых ощущений. Существуют инновационные методики снижения болевых ощущений с использованием специальных средств механотерапии с вибрационным воздействием на определенную мышцу либо в момент предельного растяжения, либо в течении всего времени выполнения упражнения.

**Ключевые слова:** травма, перелом, верхние конечности, реабилитация, лечебная гимнастика, массажер, вибрация, пронация, мышца, сустав.

**Shchekin D.V., Kovtunenکو S.L. The restoration of motor activity of the upper extremities at the post-immobilization stage of rehabilitation by means of passive therapeutic gymnastics with vibration exposure. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia**

**Annotation:** The article discusses issues of improving the efficiency of the rehabilitation process after complex fractures of the upper limbs in the early post-mobilization stage of recovery using the means of passive therapeutic gymnastics and vibration effects.

The main task of medical physical culture at the post-immobilization stage is to train the leading parameters of the motor system with a gradual and dosed increase in the amplitude and speed of movement, the strength of muscle contraction. Rehabilitation of victims with post-traumatic contractures after removal of immobilization begins with the performance of passive, then passive-active and active movements.

Passive movements are carried out with the help of mechanotherapy, under the guidance and with the help of a doctor or an instructor LFK. Reverse relative movements of the articular ends in a given area of boundary angles and velocities are performed. Movement should be made in the same plane with the obligatory fixation of limb segments, their speed should be optimal for achieving the maximum amount of movement. At the same time, the time of the opposing resistance of the patient's muscle response during muscle tension should be monitored.

One of the main and promising areas of optimization of the rehabilitation process during training with a passive movement is to reduce pain. There are innovative methods of reducing pain with the use of special means of mechanotherapy with vibration effects on a specific muscle, either at the time of ultimate stretching or during the entire exercise time.

**Key words:** injury, bone fracture, upper limbs, rehabilitation, therapeutic exercises, massager, vibration, pronation, muscle, joint.

Особенности профессиональной деятельности военнослужащих таковы, что вероятность получения физических повреждений и травм во время выполнения служебных задач очень высока. Причем, речь идет не только о заданиях, выполняемых в горячих точках и о боевых дежурствах, но и о повседневной службе, связанной с разнообразной физической активностью. Поддержание высокой боеготовности Вооруженных Сил требует оптимального лечения и быстрого восстановления пострадавших, максимально полной их реабилитации и скорейшего возвращения в строй. Поиск новых методов и средств реабилитации военнослужащих, находящихся на раннем, постиммобилизационном этапе восстановления после сложных переломов (в том числе с повреждением нервов), несомненно, является актуальной задачей.

Переломы костей и травмы опорно-двигательного аппарата составляют примерно 4/5 всех повреждений человека, при этом половина от этого числа - травмы верхних конечностей. Травмы верхних конечностей человека могут иметь различный характер: ушибы, синдром позиционного сдавления, растяжения, разрывы связок, вывихи, открытые и закрытые переломы.

По статистике, более 50% всех травм верхних конечностей составляют переломы костей. Характер и дислокация места перелома зависит от характера травмирующего воздействия. Например, причиной перелома плечевой кости чаще всего является падение на руку либо удар, а перелом случается, как правило, в области анатомической или хирургической шейки, по длине кости. Очень часто встречающаяся травма верхних конечностей – перелом лучевой кости – характеризуется, при локализации повреждения в области головки и шейки, затрудненной и болезненной супинацией предплечья [1].

При переломе плечевой кости или костей предплечья со смещением отломков возможно повреждение нервов и сосудов. Повреждение нервов имеет характерные внешние признаки и симптомы. Например, при повреждении лучевого нерва кисть зафиксирована в положении сгибания, частично нарушена чувствительность пальцев. При повреждении локтевого нерва кисть находится в положении разгибания в лучезапястном суставе, чувствительность пальцев частично нарушена, их кончики полусогнуты, движения кисти затруднены. При повреждении срединного нерва у травмированного нарушается пронация и сгибание кисти, которая отклонена в сторону локтя. Может наблюдаться атрофический парез или паралич сгибателей кисти. Чувствительность пальцев и ладонной поверхности нарушена. Повреждения нервов при переломе является основанием для немедленной госпитализации пострадавшего, лечение и восстановление после подобных травм длительное [2].

Реабилитационно-восстановительный процесс строится с учетом давности и тяжести травмы и особенностей микрохирургической пластики поврежденных нервов. Он делится на три основных этапа: начальный иммобилизационный (острый), постиммобилизационный (ранний восстановительный) и поздний восстановительный период. Если основным средством в иммобилизационном периоде, который продолжается до 4 недель с момента получения травмы, является лечение положением, а главной целью – активизация процессов де- и регенерации поврежденного нерва и предупреждение осложнений, связанных с иммобилизацией, то во втором, раннем постиммобилизационном периоде главной целью

является скорейшее и максимально полное восстановление функций травмированной конечности, уменьшение болевых ощущений, восстановление трофики тканей и регионарного кровообращения и т.д. [6].

Существует большое разнообразие средств реабилитации, применяемых на раннем восстановительном этапе. Прежде всего, это лечебная физическая культура (лечебная гимнастика), упражнения проприорецепторного нервно-мышечного облегчения (целью которых является активизация функционального движения по облегчению задержки, расслаблению и укреплению мышц), многоканальное программируемое электростимулирование, гидрокинезотерапия, массаж и пр.

Одним из главных осложнений, вызванных переломами верхних конечностей с повреждением нервов, является развитие стойких контрактур. Денервированная мышца теряет нормальный тонус и находится в состоянии расслабления. Она постепенно растягивается и не имеет возможности противостоять действию здоровой мышцы-антагониста.

Главной задачей лечебной физической культуры на постиммобилизационном этапе является тренировка ведущих параметров двигательной системы с постепенным и дозированным увеличением амплитуды и скорости движения, силы мышечного сокращения. Реабилитация пострадавших с посттравматическими контрактурами после снятия иммобилизации начинается с выполнения пассивных, затем пассивно-активных и активных движений [3,4].

Пассивные движения осуществляются с помощью средств механотерапии, под руководством и с помощью врача или инструктора ЛФК. Производятся реверсивные относительные движения суставных концов в заданной области граничных углов и скоростей. Движения должны производиться в одной плоскости с обязательной фиксацией сегментов конечностей, их скорость должна быть оптимальна для достижения максимального объема движений. Параллельно должен контролироваться момент противодействующего сопротивления мышечной реакции пациента при напряжении мышц.

Основным препятствием к быстрому восстановлению нормального объема движений и двигательных функций поврежденной конечности является возникновение сильных болевых ощущений в момент оптимального предела движений при разгибании-сгибании и вращении сустава. Т.е. существует прямая зависимость результатов и времени реабилитации, а значит и эффективности восстановительного процесса от болевого порога пациента: чем ниже болевой порог и сильнее болевые ощущения, тем дольше и сложнее период реабилитации.

Одним из главных и перспективных направлений оптимизации реабилитационного процесса при тренировке пассивным движением является снижение болевых ощущений. Существуют инновационные методики снижения болевых ощущений с использованием специальных средств механотерапии с вибрационным воздействием на определенную мышцу либо в момент предельного растяжения, либо в течении всего времени выполнения упражнения. Лечебно-реабилитационный процесс с использованием устройств и тренажеров с параллельным вибрационным воздействием назначается с учетом медицинских показателей и предлагается использовать до полного восстановления функций конечности [5].

По нашему мнению, метод вибрационного воздействия на разрабатываемую мышцу перспективен и имеет прочное анатомо-физиологическое обоснование. Применение средств

механотерапии значительно упрощает и облегчает процесс реабилитации. Тем не менее, существующие методики, безусловно, эффективные и инновационные, имеют некоторые недостатки. Например, осциляционное и вибрационное воздействие на реабилитируемую конечность носит общий характер, не предусмотрена глубокая персонализация процедурных мероприятий. Мы предположили, что использование инструктором ЛФК во время пассивной тренировки ведущих параметров двигательной системы пациента шариковых механических или электрических массажеров позволяет повысить эффективность вибрационного воздействия на нужную мышцу. Тем самым, можно локализовать и усилить реабилитационный эффект, максимально полно учесть характер травмы и индивидуальные особенности пациента, оптимально и эффективно варьировать мощность, время и зону вибрационного воздействия.

Мы проверяли нашу гипотезу на базе Военно-клинического госпиталя № 1 г. Новочеркасск. В исследовании принимали участие 16 военнослужащих, находящихся на раннем восстановительном, постиммобилизационном этапе реабилитации после сложных переломов верхних конечностей примерно одинаковой этиологии. Реабилитационные мероприятия средствами ЛФК, назначенные пациентам, включали на начальном этапе упражнения пассивной лечебной гимнастики в сочетании с активной лечебной гимнастикой для здоровых мышц поврежденной конечности и в неповрежденной руке, с целью развить сгибательные движения кисти и пальцев, пронацию предплечья, противопоставление I пальца остальным. Во время упражнений пассивной лечебной гимнастики для воздействия на разрабатываемые мышцы нами использовались ручные механические шариковые массажеры с шипами (рис. 1) и шариковые электро-массажеры для тела Medisana ITM, имеющие несколько уровней мощности и два вида насадок (рис. 2).



Рис.1 – Ручной механический шариковый массажер с шипами



Рис.2 – Электро-массажер Medisana ITM

Испытуемые были разбиты на три группы. В I группе (пять человек) применялась традиционная методика пассивной лечебной гимнастики (без дополнительного

вибрационного воздействия), во II группе (пять человек) для снятия болевых ощущений во время выполнения пассивных упражнений и увеличения их эффективности использовались механические массажеры, в III группе (шесть человек) использовались электрические массажеры. Эффективность курса пассивной лечебной гимнастики в группах мы оценивали через исследование увеличения объема сгибательно-разгибательных движений и пронации локтевого сустава травмированной конечности в ходе десятидневного реабилитационного курса. Результаты эксперимента представлены в табл. 1.

Из результатов эксперимента видно, что объем движений у всех испытуемых повысился. Можно констатировать, что пассивная лечебная гимнастика с использованием вибрационного и массирующего воздействия на разрабатываемые мышцы для снятия болевых ощущений оказалась значительно эффективнее: в первой группе средние относительные изменения составили  $18,4 \pm 1,3 / 16,8 \pm 1,5$ , во второй  $31,2 \pm 1,8 / 26,8 \pm 1,2$ , а в третьей  $26,83 \pm 1,6 / 24,17 \pm 1,9$  процентов (рис.3).

Вероятно, вибрационное и массирующее воздействие приводит к уменьшению болевых ощущений, в том числе, из-за блокирования прохождения сигнала боли по нервным каналам, и увеличению эластичности мышечно-связочного аппарата реабилитируемого сустава, а также за счет увеличения трофики тканей и улучшения кровоснабжения.

Таблица 1

**Результаты увеличения объема движения (сгибание-разгибание/пронация) локтевого сустава поврежденной конечности в ходе комплексной реабилитации с использованием средств пассивной ЛГ (%)**

Пациент / Группа	I	II	III
1-й	13 / 12	28 / 25	27 / 20
2-й	18 / 15	30 / 29	25 / 19
3-й	20 / 20	25 / 23	20 / 23
4-й	19 / 17	35 / 20	30 / 28
5-й	22 / 20	38 / 37	29 / 30
6-й	-	-	30 / 25
X'±SX'	$18,4 \pm 1,3 / 16,8 \pm 1,5$	$31,2 \pm 1,8 / 26,8 \pm 1,2$	$26,83 \pm 1,6 / 24,17 \pm 1,9$

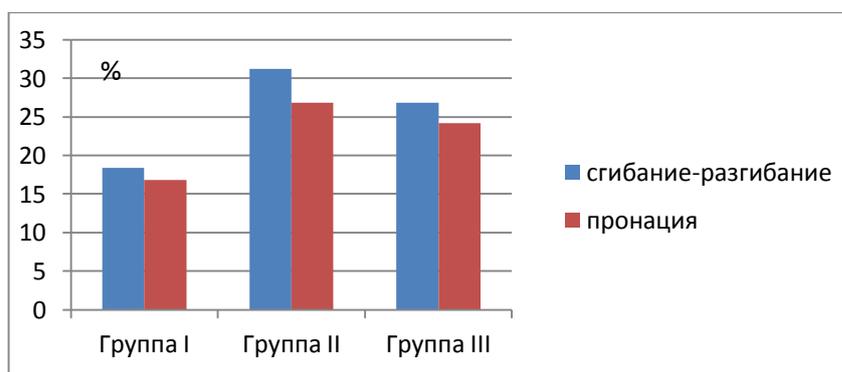


Рис. 3 – Относительные изменения объема движения сгибания-разгибания и пронации локтевого сустава травмированной конечности

Ввиду малочисленности экспериментальных групп мы не можем назвать результаты статистически значимыми и можем говорить лишь о тенденции в динамике изменения

исследуемых параметров. Тем не менее, обращает на себя внимание тот факт, что использование механического массажера дало лучшие результаты, чем массажера электрического. Вероятно, это связано с лучшим психологическим и тактильным взаимодействием пациента и инструктора ЛФК, более широкими возможностями последнего варьировать силу, мощность, частоту и локализацию механического воздействия на мышцы.

В любом случае, работа в данном направлении представляется весьма перспективной и требует дальнейшего углубленного исследования

#### **Список использованных источников**

1. Клиническая хирургия: Справочное пособие по анестезиологии, хирургии, травматологии-ортопедии, онкологии, нейрохирургии (под ред. Усенко Л.В., Березницкого Я.С.), Усенко Л. В., Березницкий Я. С., Белый И. С.: Изд. «Нева», 2001. - 496 с.

2. Краснов А. Ф., Аршин В. М., Аршин В. В. Травматология. Справочник. Изд.: Феникс, 1998 г – 398 с.

3. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: руководство для врачей / под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. М.: Медицина, 2007. - 400 с.

4. Попов С.Н. Физическая реабилитация [Электронный ресурс]. URL: <http://www.likar.info/bolezni/Nevrit> (дата обращения: 28.01.2019).

5. Филоненко А.Б., Филоненко Б.Ф., Шелякина О.В. Способ восстановления двигательной активности суставов верхних и нижних конечностей путем пассивного движения [Электронный ресурс]. URL: <https://findpatent.ru/patent/252/2523635.html> (дата обращения 01.03.2019)

6. Хоймов В.В. Переломы [Электронный ресурс]. URL: [http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_neurology/neuritis](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_neurology/neuritis) (дата обращения: 13.12. 2018)

## **МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА, ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

УДК 796.06

**Бочкарева Татьяна Игоревна**

кандидат биологических наук

доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

**Самойлов Александр Александрович,**

магистрант кафедры физической культуры,

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

г. Севастополь, РФ

### **ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРИНЦИПЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ**

**Аннотация.** Избыточная масса тела, обусловленная ожирением, является одной из актуальных проблем состояния здоровья современного общества. В статье рассматриваются наиболее рациональные подходы в плане профилактики и коррекции ожирения, основанные на современных представлениях об этиологии и патогенезе данного заболевания. Здоровый образ жизни, включающий рациональное питание и физическую тренировку, представляется главным принципом профилактики и коррекции ожирения.

**Ключевые слова:** ожирение, рациональное питание, физические тренировки. **Bochkareva T. I., Samoylov. A.A. Implementation of organizational and managerial models of student sport clubs. Sevastopol economic and humanitarian Institute (branch) «V.I. Vernadsky Crimean Federal University», Sevastopol, Russia**

**Annotation.** Obesity and overweight are one of the urgent health problems of modern society. On the basis of modern views on the etiology of obesity, the most topical issues of correction of this disease are considered. The combination of diet, physical training and behavioral skills aimed at adherence to the principles of rational nutrition and active lifestyle contributes to the prevention and correction of obesity.

**Keywords:** obesity, excessive body weight, overweight, diet, exercise.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения в экономически развитых странах до 30% населения имеет избыточную массу тела, обусловленную ожирением. Ожирение существенно повышает риск развития артериальной гипертензии, атеросклероза, ишемической болезни сердца, инсулиннезависимого сахарного диабета и онкологии [4]. У лиц с избыточной массой тела вследствие ожирения наблюдается весьма низкий уровень функциональных резервов, аэробных возможностей и общей физической работоспособности

при напряжении вегетативных функций организма в состоянии мышечного покоя [5]. Таким образом, происходит снижение продолжительности и качества жизни.

В настоящее время тенденция к увеличению количества лиц с избыточной жировой массой тела имеет место в большинстве развитых стран мира [5].

Под ожирением понимается хроническая патология обмена веществ, характеризующаяся прогрессирующим избыточным развитием жировой ткани, имеющая определенный круг осложнений и обладающая высокой вероятностью рецидива.

Диагностическим критерием ожирения в настоящее время представляется избыток общей массы тела по отношению к норме, установленной статистически. При этом тяжесть заболевания определяется, уровень избыточной жировой массы. Таким образом, соотношение жировой и мышечной массы, существенно влияет на интегральные показатели здоровья.

Максимальная избыточная масса тела, обусловленная ожирением, обычно наблюдается у мужчин и женщин в возрасте 45-55 лет. В пожилом и старческом возрасте частота ожирения снижается, что, по мнению большинства ученых, связано с уменьшением мышечной массы при сохраненной жировой, либо с более ранней смертностью тучных людей от сопутствующих заболеваний.

Ожирение чаще встречается у жителей крупных городов, у работников умственного труда. При этом научные результаты показали, что люди с более высоким уровнем образования имеют лучшее представление о вреде ожирения для здоровья и пытаются использовать профилактические меры для борьбы с избыточной массой тела [3].

Гипокинезия, нерациональное питание и наследственная предрасположенность являются главными факторами, приводящими к ожирению.

Уже давно В.В. Бунак (1931) установил тесную взаимосвязь между биохимическими особенностями жизнедеятельности организма и конституцией человека. Под биохимическими особенностями автор понимал метаболические процессы, которые влияют на степень жиросотложения и развития скелетной мускулатуры.

Учет индивидуальных особенностей человека становится все более существенным фактором при рассмотрении проблемы здоровья. Принадлежность к определенному морфофункциональному типу определяется наследственным кодом и не зависит от человека. Но построение образа жизни с учетом данного фактора, безусловно, может сделать его жизнь здоровой и долгой [2].

Гипокинезия, или недостаток движения, вызывает комплекс неблагоприятных функциональных изменений в организме, который обозначается как гиподинамия. Гиподинамия характеризуется тем, что все системы жизнеобеспечения (кровообращение и дыхание, кровь и пищеварение, эндокринные железы, терморегуляция и т.д.), которые обслуживают функцию опорно-двигательного аппарата и работают «на движение», в меньшей степени востребованы в своих максимальных возможностях. Вследствие этого возникают проблемы со здоровьем, обусловленные гиподинамией: нарушения обмена веществ и снижение функциональных резервов, нарастание психического напряжения, подавление иммунитета и т.д.[2].

Для коррекции метаболических процессов и расширения функциональных возможностей у лиц с ожирением широко используются физические нагрузки. При этом существенно увеличивается потенциал кислородтранспортной системы: повышается

максимальная производительность сердца при нагрузках в сочетании с экономизацией его функционирования в покое [5].

При физической работе, окисление жира значительно повышается, что объясняет необходимость включения физических тренировок в комплекс лечения ожирения. Вместе с тем, до настоящего времени не отработаны оптимальные режимы нагрузок. Полагают, что определенным преимуществом обладают нагрузки небольшой интенсивности, на уровне 30-50% от максимального потребления кислорода, но продолжительные по времени (например, длительные пешие, лыжные или велосипедные прогулки, а так же плавание). Так как, именно при таких нагрузках в основном расходуются триглицериды, тогда как при нагрузках большей интенсивности преимущественно расходуются углеводы.

Необходимо подчеркнуть, что физические нагрузки должны войти в образ жизни пациента, так как при их отсутствии после окончания лечения возможно резкое снижение окисления жира в организме, что может привести к рецидиву заболевания.

Что касается проблемы питания, то в настоящее время она приобрела особую остроту. Сформированная в процессе эволюции структура питания в значительной степени нарушена. Как правило, пище придается значение удовольствия, а не физиологической потребности. При этом пищевые вещества подвергаются многообразным технологическим воздействиям, которые в значительной степени сказываются на здоровье.

Подчеркивается, что ни одна из сторон жизнедеятельности человека не связана с таким количеством псевдонаучных представлений, как питание, потому что стройной научной теории в этой области до сих пор нет [2].

Современный человек превратил прием пищи в удовольствие и ест не при ощущении голода, а при появлении аппетита. Если чувство голода обусловлено физиологическими предпосылками – снижением концентрации питательных веществ в крови, то аппетит имеет психологическую основу (предвкушение удовольствия). Таким образом, чаще всего получение пищи не требует значительных физических затрат, что вместе с ее приятными вкусовыми качествами усиливает тягу к ее приему.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует в настоящее время систему питания со сниженной калорийностью и ограничением жиров. Предлагаемое потребление жиров должно составлять 25-30 % от общей калорийности рациона, с содержанием не более 8-10% насыщенных жиров. Насыщенные жиры содержатся в продуктах животного происхождения. Предпочтение отдается растительным жирам, которые (за исключением кокосового и пальмового) содержат преимущественно ненасыщенные жирные кислоты и не содержат холестерина.

С учетом вышесказанного, тактика профилактики и коррекции ожирения должна включать: во-первых, соблюдение принципа гипокалорийности диеты и принципа преимущественного ограничения диетического жира. Во-вторых, для стабилизации веса после лечения, требуется не столько ограничение углеводов, или калорий, сколько ограничение жиров. Ограничение жира легко переносится пациентами и, в отличие от дефицита углеводов, не сопровождается чувством голода, изменениями поведения и настроения. В-третьих, физические нагрузки, как фактор, увеличивающий окисление жира мышцами, должны быть в качестве компонента комплексной терапии ожирения [3].

Проблема ожирения имеет большую социальную значимость. Тем не менее в обществе преобладает точка зрения, что профилактика ожирения представляется личным делом каждого

человека. Кроме того, во многих популярных периодических изданиях ведется пропаганда профилактики ожирения, которая зачастую не имеет обоснованной научной аргументации. Необходимо также подчеркнуть, что приоритет здорового образа жизни у большинства населения Российской Федерации не сформирован.

Приходится констатировать, что современное состояние коррекции ожирения остается неудовлетворительным [6].

Согласно мнению большинства исследователей, лучшим в плане поддержания достигнутого эффекта является сочетание диеты, физических тренировок и поведенческих навыков, направленных на соблюдение принципов рационального питания и активного образа жизни.

#### **Список использованных источников**

1. Бунак А.А. Методика антропометрических исследований. – М.-Л., 1931. – 260 с.
2. Вайнер Э.Н. Валеология: учебник для вузов. – М.: Флинта: Наука, 2007. – 416 с.
3. Гинзбург М.М., Козупица Г.С., Котельников Г.П. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения – Изд-во Самарского Госмедуниверситета. Самара, 1997. 48 с.
4. Дробышевская В.А. Эпидемиология ожирения // Проблемы здоровья и экологии. 2006.– С. 69-74.
5. Лазарева Э.А., Виноградов С.Н. Уровень работоспособности у лиц с повышенной массой тела. Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Нижневартовск: изд-во Нижневарт. гос. ун-та, 2018. – 637 с.
6. Хамнуева Л. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И.Н. Ожирение. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение: учебное пособие. И., 2007. 33 с.

УДК 159.9

**Глухова Татьяна Георгиевна,**  
кандидат психологических наук,  
доцент кафедры Философия и история науки  
Самарский государственный университет путей сообщения  
Самара, РФ

#### **АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО АКТУАЛИЗАЦИИ ВОСПРИЯТИЯ ПЕДАГОГАМИ СВОЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**Аннотация.** В данной статье рассматривается одна из социально важных проблем – сохранение профессионального здоровья педагога. От того, насколько здоров педагог, во многом зависит и здоровье его обучающихся. По данным исследователей, риск накопления тяжелых форм неврозов характерен именно для педагогов как профессиональной группы. Создание системы психологического сопровождения педагогов, выбор средств воздействия – потребность образования и общества.

Среди показателей профессионального здоровья выделяются, такие, как эмоциональная и поведенческая гибкость, что позволяет педагогу конструктивно реагировать в сложных

жизненных и профессиональных ситуациях, понимать, осознавать и оценивать переживания обучающихся, выражать собственные эмоции. Рассматриваются также последствия, связанные с низким уровнем эмоциональной гибкости, такие как психологический дискомфорт, возникновение синдрома эмоционального выгорания, снижение работоспособности.

Особое внимание уделяется такому компоненту профессионального здоровья педагогов, как креативность, так как творческий подход, нестандартность и гибкость мышления позволяет принимать решения, ведущие к успеху, находить адекватные стратегии и тактики, развивать у учащихся их творческий потенциал.

Актуализировать восприятие педагогом его профессионального здоровья как жизненно важной ценности возможно разнообразными средствами, в том числе, в процессе организации и проведения социально-психологического арттерапевтического тренинга, позволяющего развивать способность к самопринятию, самораскрытию, творческому самовыражению, преодолению ригидных паттернов поведения, эмоционального неблагополучия, жёстких ролевых установок, создать условия для развития эмоциональной и поведенческой гибкости. Такой тренинг проводился с различными группами педагогов школ, преподавателями высшей школы и показал свою результативность.

**Ключевые слова:** арт-терапевтический тренинг, профессиональное здоровье, эмоциональная гибкость, поведенческая гибкость, синергия, креативность, компетентность во времени, локус контроля

**Glukhova Tatyana Georgievna, candidate of psychological Sciences, associate Professor of the Department "Philosophy and history of science" Samara state transport University ART THERAPY TRAINING AS A MEANS OF ACTUALIZATION OF THE PERCEPTION BY TEACHERS OF THEIR PROFESSIONAL HEALTH**

*Annotation:* This article discusses one of the important social problems - the preservation of occupational health educator. The health of his students largely depends on how healthy the teacher is. According to the researchers, the risk of accumulation of severe forms of neuroses is typical for teachers as a professional group. Creating a system of psychological support of teachers, the choice of means of influence – the need for education and society.

Among the indicators of professional health stand out, such as emotional and behavioral flexibility, which allows the teacher to respond constructively in difficult life and professional situations, to understand, understand and evaluate the experiences of students, to Express their own emotions. The article also considers the consequences associated with a low level of emotional flexibility, such as psychological discomfort, the emergence of burnout syndrome, decreased performance.

Special attention is paid to such component of professional health of teachers as creativity, as creative approach, non-standard and flexibility of thinking allows to make decisions leading to success, to find adequate strategies and tactics, to develop students ' creative potential.

It is possible to actualize the teacher's perception of his professional health as a vital value by a variety of means, including in the process of organizing and conducting socio-psychological art therapy training, which allows to develop the ability to self-acceptance, self-disclosure, creative self-expression, overcoming rigid patterns of behavior, emotional distress, rigid role settings, to create conditions for the development of emotional and behavioral flexibility. This training was conducted with various groups of teachers of schools, teachers of higher education and showed its effectiveness.

**Keywords:** Art therapy training, occupational health, emotional, behavioral flexibility, synergy, creativity, competence over time, locus of control

Проблема сохранения и укрепления здоровья – она из социально значимых проблем. Здоровье педагогов как одной из профессиональных групп, подверженных риску, требует серьёзного осмысления со стороны специалистов различных сфер, и главное, внимания самих педагогов, администрации образовательных учреждений, государства и общества в связи с тем, что от того, насколько физически и психологически здоров учитель, зависит психологическое здоровье, эмоциональное благополучие и успешность школьного пути обучающихся.

Объективными причинами нарушения профессионального здоровья являются большая физическая нагрузка, напряжённость труда педагога, постоянно возрастающие требования и экспектации со стороны государства и общества, изменения в образовании, требующие способности к быстрой перестройке и принятию нового, авторитарный стиль управления педагогическими кадрами. Всё вышесказанное привело нас к мысли о том, что нужны активные средства работы с педагогами.

В исследованиях Б.Г.Ананьева, В.А.Ананьева, В.М.Бехтерева, Л.Ф. Бурлачука, О.С.Васильевой, Е. Ю. Коржова, Л.М.Митиной, Ф.Р.Филатова и др., посвящённых этой проблеме, называются показатели физического и психологического здоровья педагогов, свидетельствующие о неблагополучии. Эти показатели снижаются по мере увеличения стажа педагогической деятельности, при этом отметим, что острота проблемы состоит в том, что именно педагоги «накапливают» тяжёлые формы неврозов, что негативно сказывается на качестве их работы, взаимоотношениях с учащимися, меняют их жизнь в целом.

Работа по созданию системы психологического сопровождения педагогов находится на начальном уровне, и здоровье педагогов остаётся вне пристального внимания специалистов. Оценивая степень научной разработанности проблемы, отметим, что отсутствует единая точка зрения относительно понимания структуры профессионального здоровья, не определены оптимальные условия для его сохранения, недостаточно изучена полисистемная связь здоровья педагогов с их профессиональной деятельностью, а разработанные технологии здоровьесбережения не учитывают специфики труда педагогов, их интересы и потребности. Нерешённость выше названных вопросов, связанных с низкими показателями здоровья педагогов, породила большое количество проблем, в частности одна из которых – это проблема отсутствия средств, способствующих актуализации восприятия педагогами своего здоровья как главной ценности, как важнейшей характеристики профессиональной деятельности.

В связи с этим можно говорить о явном противоречии между потребностью общества в здоровом учителе, способном обучать и воспитывать личность, увлечённого своим предметом и погружённого в свою профессиональную деятельность, и отсутствием механизмов актуализации восприятия педагогом профессионального здоровья как профессионально-личностной ценности. Необходимо разработать модель профессионального здоровья педагога, отобрать такие психологические средства, которые позволят воздействовать на личностный компонент профессионального здоровья педагога.

Профессиональное здоровье в нашем понимании – сложное многоуровневое образование, включающее в свою структуру смыслообразующие и саморегулирующие

компоненты. Главный механизм актуализации восприятия педагогом своего профессионального здоровья мы определяем как механизм осознания им физического уровня «Я», что позволяет осознать психологический и профессиональный уровень. Моделируя пути сохранения профессионального здоровья педагогов, необходимо говорить о выработке у него необходимых качеств и навыков обнаружения и накопления таких резервов организма, которые позволят быть профессионально успешным, через актуализацию личностных потенциалов, повышение аутентичности.

Показателями профессионального здоровья являются эмоциональная и поведенческая гибкость, позволяющие педагогу адекватно реагировать в сложных жизненных и профессиональных ситуациях, понимать, осознавать и оценивать переживания учащихся, выражать собственные эмоции. Низкий уровень эмоциональной гибкости может привести к психологическому дискомфорту, возникновению синдрома эмоционального выгорания, снижению работоспособности.

Важным компонентом профессионального здоровья является креативность, так как творческий подход, нестандартность и гибкость мышления позволяет педагогу принимать решения, ведущие к успеху, находить адекватные стратегии и тактики, развивать у учащихся их творческий потенциал.

Компетентность во времени в нашем представлении – это способность воспринимать жизнь во всей её полноте: принимать прошлое с его удачами и неудачами, жить настоящим и выстраивать перспективу на будущее. Такое восприятие времени свидетельствует о высоком уровне самоактуализации личности. Синергия как показатель профессионального здоровья педагогов – это способность к целостному восприятию мира и людей, к пониманию своей миссии в мире, пониманию самоактуализации как способности к реализации потенциалов личности.

Важным показателем профессионального здоровья является и внутренний локус контроля, позволяющий педагогу принимать ответственность за то, что происходит с ним самим и его окружением, стремиться к изменению того, что ведёт к негативным результатам, руководствоваться в профессиональном поведении собственными целями, установками и принципами. Фактором, определяющим нарушения профессионального здоровья, является низкий уровень самоотношения, самоуважения, аутосимпатии.

Среди известных интерактивных психологических средств следует назвать различные виды социально-психологических тренингов. Выбор арт-терапевтического тренинга как средства работы по актуализации восприятия педагогами профессионального здоровья как важнейшей ценности определялся тем, что именно арт-терапия с её богатыми возможностями для личностного роста, самопознания и самовыражения позволяет получить конструктивные изменения. Цель тренинга – оптимизация психологической составляющей профессионального здоровья, ориентация на самоизменение, расширение форм опыта. Достижение цели арт-терапевтического тренинга обеспечивалось решением ряда взаимосвязанных задач: развитие креативности, оптимизации саморегуляции, самоанализа эмоций и состояний в процессе выполнения арт-терапевтических упражнений и взаимодействия с коллегами, совершенствование социальной перцепции, развитие способности к самовыражению, спонтанности.

Отбор арт-терапевтических техник должен осуществляться с учётом индивидуальных особенностей педагогов, принимающих участие в тренинге, их возраста, мотивации к

групповой работе, отношения к себе и своему здоровью. Экспериментальное исследование профессионального здоровья проводилось с педагогами, обучающимися на курсах повышения квалификации, давшими согласие на участие в эксперименте.

Анкетирование педагогов, принявших участие в эксперименте, позволило выявить, что 24% педагогов профессиональное здоровье понимают как способность к развитию, 64% – как умение противостоять жизненным и профессиональным стрессовым ситуациям, 37% – как способность к саморегуляции, 46% – как самопонимание и понимание других. Более половины педагогов, принявших участие в эксперименте (61%), не считают проблему профессионального здоровья актуальной. В то же время, среди важнейших ценностей педагоги называют здоровье, уверенность в себе, интересную работу, любовь. Таким образом, представления у педагогов о здоровье как физическом состоянии является жизненно важным, а профессиональное здоровье не воспринимается как ценность. После проведения арт-терапевтического тренинга снизился процент педагогов, не воспринимающих профессиональное здоровье как профессионально-жизненную ценность (с 61% до 37%). Используемый диагностический инструментарий позволил проследить динамику выделенных показателей профессионального здоровья: увеличилось число педагогов с высокими показателями аутосимпатии, самопринятия, компетентности во времени, креативности.

В то же время не выявлено значительных изменений по таким показателям профессионального здоровья, как синергия, личностная тревожность, локус контроля, что объясняется устойчивостью этих показателей.

Выявлено, что наиболее низкий уровень самопринятия имеют женщины-педагоги, у них различия в локусе контроля значительны по сравнению с группой мужчин-педагогов. Наиболее низкий уровень самопринятия у педагогов в возрасте от 30 до 40 лет. Реакция самообвинения и высокая реактивная тревожность более выражены у педагогов от 40 до 50 лет, что мы объясняем нарастанием хронической усталости, симптома эмоционального выгорания. Проблемы молодых педагогов – высокий уровень самообвинения, низкий уровень поведенческой гибкости – объясняются проблемами процесса социально-психологической адаптации в образовательных учреждениях, отсутствием механизмов сопровождения вхождения в педагогическую деятельность. Личностными достижениями тренинга стало то, что педагоги осознали наличие собственных личностных ресурсов по сохранению профессионального здоровья, необходимость изменения отношения к нему (более 50%).

Проведённое исследование позволило сформулировать следующие выводы: существуют особенности восприятия педагогами профессионального здоровья: в иерархии ценностей здоровье лидирует, но для большинства эта проблема не актуальна. Созданная программа арт-терапевтического тренинга позволила получить позитивную динамику: у педагогов изменилось восприятие профессионального здоровья как важной личностной и профессиональной ценности.

#### **Список использованных источников**

1. Ахмерова С.Г. Профессиональная деятельность и здоровье педагога. – М.: [Арсенал образования](#), 2011, 160с.
2. Глухова Т.Г. Адаптивные и неадаптивные стратегии поведения педагогов в ситуациях профессиональной деятельности /Педагогический процесс как культурная

деятельность. Материалы и тезисы докладов 2 Международной конференции 4-8 декабря 2000г. – Самара: СИПКРО, 2000

3. Глухова Т.Г. Профессиональное здоровье учителя как приоритетное направление деятельности школьного психолога. – /Актуальные проблемы деятельности педагога-психолога. – Самара: СИПКРО, 2001.

4. Глухова Т.Г. Социально-психологический тренинг как средство преодоления жесткого ролевого поведения педагога /Педагогический процесс как культурная деятельность 11-13 октября 2011г., Самара: СИПКРО, 2011.

УДК: 796.01:612

**Корепанов Алексей Львович**

доктор медицинских наук,

профессор кафедры психологии

Севастопольский государственный университет

г. Севастополь, РФ

## **ОЦЕНКА СОКРАТИМОСТИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ Г. СЕВАСТОПОЛЯ**

**Аннотация.** Изучены показатели и индексы сократимости сердечной мышцы подростков и юношей в ходе образовательного процесса в школе и университете. Показано, что адаптационные ресурсы и сократимость сердца ниже у юношей – студентов, чем у подростков – школьников, что подтверждается увеличением индекса напряжения миокарда, снижением адаптационного потенциала сердца у студентов в сравнении со школьниками. Полученные данные будут использованы при разработке методик оптимизации тренировочного процесса.

**Ключевые слова:** сократимость сердца, современные спортивные технологии, подростки, юноши, адаптационные резервы, сердечно – сосудистая система.

**Korepanov A.L. Evaluation of the contraction of the cardiac muscle in adolescents and youths in the city of Sevastopol. Sevastopol State University, Sevastopol, Russia**

**Annotation.** The indices of contractility of the cardiac muscle of adolescents and young men were studied during the educational process at school and university. It is shown that adaptation resources and cardiac contractility are lower among young men - students than among teenagers - schoolchildren, which is confirmed by an increase in the myocardial stress index and a decrease in the adaptive potential of the heart among students in comparison with schoolchildren. The obtained data will be used in the development of methods for optimizing the training process.

**Key words:** cardiac contractility, modern sports technologies, adolescents, youths, adaptation reserves, cardiovascular system.

Современные технологии медико-биологического сопровождения подготовки юных спортсменов базируются на всесторонней оценке функционального состояния организма подростков, юношей и девушек до начала тренировочного процесса и в ходе спортивной подготовки. Адаптационные резервы сердечно-сосудистой системы и сократимость сердечной мышцы во многом определяют и лимитируют спортивные показатели. В настоящее время

наблюдается увеличение патологии сердца у детей [1]. Отмечен рост числа случаев артериальной гипертензии и неблагоприятных реакций сердца на аэробные нагрузки у юношей [2]. Развивающиеся у будущих спортсменов – подростков и юношей функциональные нарушения сердечной деятельности являются причиной возникновения сердечной патологии после начала интенсивных тренировок [3]. Установлено, что параметры сердечной производительности различны у детей с разными темпами роста и выше у подростков и юношей с низкими темпами физического развития [4,5]. Изложенное определяет значимость исследования сократимости сердца и его функциональных резервов у будущих спортсменов для ранней диагностики и профилактики развивающейся патологии сердца подростков и юношей.

Целью работы явилась сравнительная оценка адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы у мальчиков-подростков и юношей – студентов в ходе образовательного процесса в школе и университете.

**Методика и контингент.** В исследовании приняли участие 3 группы подростков и юношей общей численностью 68 человек. Первую группу (24 человека) составили учащиеся 8-9 классов (мальчики) 13 – 14 лет, вторую (18 человек) – студенты первого курса обучения (юноши), третью (26 человек) – студенты 5 курса обучения (юноши). Исследование проводилось посредством компьютерной поликардиографии с использованием кардиоанализатора МТК-30 (г. Краснодар). Регистрировали синхронно 3 отведения ЭКГ по Эйтховену, фонокардиограмму и дифференциальную сфигмограмму сонной артерии. По рабочему алгоритму программы определялись следующие показатели фазовой структуры сердечного цикла и индексы: фаза асинхронного сокращения, фаза изометрического сокращения, период напряжения, период изгнания, акустическая систола, общая систола, индекс напряжения миокарда, ускорение подъема АД, уровень мобилизации сердца, уровень испытываемого стресса, адаптационный потенциал сердечно – сосудистой системы. Материалы статистически обрабатывали с помощью пакета программ STATISTICA for WINDOWS 6.0.

**Результаты и их обсуждение.** Установлены достоверные различия показателей сократимости сердца у мальчиков – подростков и юношей (таблица 1). Показано, что длительность фазы изометрического сокращения больше у юношей, обучающихся на 5 курсе университета, чем у школьников 8-9 классов. Такое увеличение, при отсутствии достоверных различий большинства параметров фазового анализа сердечного цикла, отражает снижение сократимости сердца у студентов, что подтверждается динамикой индексов сократимости сердца. У школьников индекс напряжения миокарда и уровень мобилизации сердца были ниже, чем у обучающихся в университете. Установлен больший уровень адаптационных ресурсов сердца у школьников в сравнении со студентами и по показателю адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы. У юношей - студентов 5 курса уровень стресса оказался выше, чем у мальчиков – подростков. У всех исследуемых зарегистрирован сердечно – сосудистый стресс на уровне «выше среднего».

Таблица 1

**Показатели работы сердца и вариабельности сердечного ритма ( $M \pm m$ ) у мальчиков – подростков и юношей-студентов 1 и 5 курсов**

Показатель	Подростки (24)	Студенты 1 курса (18)	Студенты 5 курса (26)
Фаза асинхронного сокращения, мс	48,8±2,2	49,3±2,7	49,8±2,3
Фаза изометрич. сокращения, мс	27,1±1,3	29,3±1,6	32,6±1,4 [1]
Период напряжения, мс	75,9±3,9	78,8±4,2	82,3±3,6
Период изгнания, мс	244,2±17,2	239,8±13,1	231,2±16,9
Акустическая систола, мс	302,8±13,7	291,6±14,7	298,3±18,9
Общая систола, мс	320,8±9,6	313,9±11,2	315,6±12,8
Индекс напряжения миокарда, %	23,4±1,1	25,9±1,0 [1]	25,7±1,1 [1]
Ускорение подъема АД, усл. ед.	1308±92	1589±74 [1]	1531±61 [1]
Уровень мобилизации сердца, усл.ед.	1,41±0,06	1,7±0,07 [1]	1,66±0,06 [1]
Уровень стресса, усл. ед.	1,58±0,04	1,66±0,06	1,72±0,07 [1]
Адаптационный потенциал, усл. ед.	1,65±0,03	1,68±0,05	1,88±0,04 [1,2]

Примечание: [1] –  $p < 0,05$  при сравнении с показателями подростков, [2] –  $p < 0,05$  при сравнении с показателями студентов 1 курса.

**Заключение.** Анализ результатов свидетельствует о снижении сократимости сердечной мышцы и адаптационных ресурсов сердечно – сосудистой системы у обучающихся в университете в сравнении со школьниками. Отрицательная динамика наблюдалась и в ходе обучения в университете. Работа сердечной мышцы школьников более эффективна, чем юношей, обучающихся в университете, о чем можно судить по увеличению фазы изометрического сокращения, снижению адаптационного потенциала, увеличению индекса напряжения миокарда, уровня мобилизации сердца и уровня стресса у юношей-студентов в сравнении с подростками. Влияние негативных средовых факторов, действующих на студентов, снижает качество адаптации сердечно-сосудистой системы и уменьшает ее функциональные резервы [4]. Полученные данные будут использованы при разработке методик оптимизации тренировочного процесса и профилактики патологической трансформации сердца подростков и юношей.

#### Список использованных источников

1. Долгих В.В. Роль психоэмоциональных и социальных факторов в развитии эссенциальной артериальной гипертензии у подростков / В.В. Долгих, Ж.В. Прохорова, Н.А. Фомина // Педиатрия. – 2011. – № 5. – С. 25-28.
2. Каташинская Л.И. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы школьников и студентов г. Ишима / Л.И. Каташинская // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2009. – №3. – С.175-181.
3. Basavarajaiah S. Physiological left ventricular hypertrophy or hypertrophic cardiomyopathy in an elite adolescent athlete: role of detraining in resolving the clinical dilemma / S. Basavarajaiah [et al.]// Br. J. Sports Med. – 2006. – № 40. – P.727–729
4. Корепанов А.Л. Функциональные показатели деятельности сердца у подростков с разными темпами физического развития / А.Л. Корепанов // Теория и практика физической культуры. – 2016. – №12. – С.49-51.

5. Корепанов А.Л. Функциональные показатели деятельности сердца у мальчиков-подростков и юношей г. Севастополя / Корепанов А.Л. О.Н. Головки, И.Ю. Василенко, С.Е. Моторная // Теория и практика физической культуры– 2018. -№ 7. –С. 53-55

УДК 378.096

**Нам Владислав Михайлович,**  
мастер спорта по восточным единоборствам,  
заместитель директора  
Казахской Академии боевых искусств,  
**Мусиенко Елена Аркадьевна,**  
руководитель «Центра Елены Безруковой»  
кандидат психологических наук, бизнес-тренер,  
г. Алматы, Республика Казахстан

### **IQDO – СИСТЕМА ГАРМОНИЧНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ЧЕРЕЗ СИМБИОЗ ФИЗИЧЕСКОЙ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

**Аннотация.** Данная программа является первой на территории СНГ, соединяющей несколько принципов обучения, которые направлены на совершенствование физических и интеллектуальных способностей, двигательных рефлексов в одну гармоничную систему развития личности.

**Ключевые слова:** развитие, боевые искусства, интеллектуальные способности, многозадачность, совмещение двигательных и интеллектуальных упражнений, кинезиология.

**Нам V.M. Mysienko E.A. Iqdo-a sistem of harmonious development of personality through a symbiosis of physical and intellectual training . Kazakh Academy of martial arts, «Elena Bezrukova Center», Almaata, Republic of Kazakhstan.**

**Annotation.** Tthis program is the first in the CIS, combining several principles of training, which are aimed at improving physical and intellectual abilities, motor reflexes in one harmonious system of personal development..

**Keywords:** development, martial arts, intellectual abilities, multitasking, combining motor and intellectual exercises, kinesiology.

В поведении людей проявляется такой парадокс, что большинство из тех, кто заботится о своем внешнем виде, не развивают свои интеллектуальные способности, и наоборот: человек, занимающийся только развитием умственных навыков, осознанно исключает любую физическую нагрузку. Однако, современные реалии таковы, что перед нами стоят задачи, требующие взаимодействия сразу нескольких аспектов каналов восприятия одновременно.

Например, каждая женщина, заботящаяся о своем ребенке, регулярно на автоматическом уровне задействует несколько психических процессов (восприятие, внимание, мышление), одновременно совершая асинхронные движения, связанные с многозадачностью жизни мамы. Также и водители автомобилей вместе с выполнением бессознательных движений по управления машиной воспринимают по нескольким каналам информацию, поступающей от ситуации на дороге и дорожных знаков, перерабатывают ее и принимают решение, мгновенно выполняя его.

О необходимости качественного развития как умственных, так и физических способностей писали многие известные ученые. Академик И.П. Павлов говорил: «Всю мою жизнь, я любил и люблю умственный труд, а физический, пожалуй, даже больше чем первый». Древнегреческие философы также являются доказательством того, что необходимо развивать себя всецело, совершенствуя тело и разум вместе. К примеру, Платон называл движение «целительной частью медицины», он являлся чемпионом олимпийских игр по панкратиону. Писатель и историк Плутарх называл физкультуру «кладовой жизни», следует отметить, что он носил звание олимпийского чемпиона по борьбе. Пифагор был чемпионом по кулачному бою, а Гиппократ занимал первое место по борьбе в олимпийских играх[3].

Современное общество заинтересовалось влиянием двигательной активности на эффективность развития интеллектуальных способностей. К примеру П.Ф. Лесгафт в фундаментальном труде «Руководство по физическому образованию детей школьного возраста» отмечал: «Между умственным и физическим развитием человека существует тесная связь, вполне выясняющаяся при изучении человеческого организма и его отправлениях. Умственный рост и развитие требуют соответствующего развития физического». Японский психолог Масару Ибука считает, что физические упражнения во младенчестве и раннем детстве стимулируют развитие интеллекта[1]. Согласно его исследованиям во младенчестве мозг ребенка не развивается отдельно от тела, то есть интеллектуальное развитие происходит наряду с физическим.

На основе данных исследований и опыте казахстанских преподавателей, которые в 2015 году решили разнообразить курсы ментальной арифметики введением кинезиологических упражнений для активации межполушарного взаимодействия, и возникла идея о создании системы гармоничного целостного развития личности с использованием тренировки навыков самообороны – IQDO.

Система IQDO – система упражнений, которые направлены на развитие нескольких зон головного мозга вместе с обретением и развитием условных рефлексов самообороны. Главным смыслом системы саморазвития является параллельное развитие ума, чести и силы. Из мировой практики боевых искусств в IQDO собраны самые эффективные приемы, которые способствуют формированию духовной и физической устойчивости человека против неблагоприятных условий среды [2].

В настоящее время человеку становится необходимо ежедневно перерабатывать огромные потоки информации при ограниченных условиях времени. Поэтому упражнения в системе IQDO ориентированы на формирование многозадачности, а если быть точнее – скорости переключения между задачами. Для эффективного саморазвития личности важно именно данное качество, т.к. в ходе исследования французских ученых было выявлено, что мозг не может выполнять более двух запросов одновременно. Сильвен Шаррон (Sylvain Charon) и Этьен Кошлен (Etienne Koechlin) на основе МРТ мозга испытуемых выявили, что мозг разделяет две задачи между двумя своими полушариями, выполнение же третьей и последующих задач — блокируется[3].

Согласно нашей системе развитие взаимодействия между полушариями мозга производится с помощью физических и умственных упражнений. На первом этапе ученик проходит тестирование персональных возможностей, с целью выявления сильных и слабых сторон его личности. На базе тестирования составляется индивидуальная программа для гармоничного развития. В последующие этапы обучающиеся тренируются согласно

составленной программе, после чего проходят итоговую диагностику интеллектуальных и физических достижений.

Основным методом обучения в данной системе является соединение простых асинхронных асимметричных движений. Овладев данными навыками, ученик далее изучает самые эффективные приемы самообороны одновременно с упражнениями по формированию и совершенствованию различных умственных способностей (10-ти видов интеллекта, 3 видов памяти и скоростного мышления). Изучение какого-либо приема подразумевает прохождение подготовительных упражнений, а затем многократное повторение одного и того же движения с целью доведения его до совершенства. Программа IQDO содержит в себе разделы: философия боя и уклонение от боя в элитных войсках, работа с учебным холодным оружием, основы ментальной арифметики, запоминание иностранных слов, тренировка визуальной и аудиальной памяти, развитие логики.

Система саморазвития IQDO показала свою эффективность после введения ее в программу обучения детей. Тренируя учеников сочетанию двигательных упражнения с умственными, мы выявили положительные тенденции в их развитии. Из 43 учеников пятеро принимали участие в Республиканской Олимпиаде по ментальной арифметике, по результатам которого ученики заняли призовые места, в том числе и первое. Также было установлено, что успеваемость детей в школах возросла на 26%. Учащиеся по системе IQDO усовершенствовали свои навыки не только в интеллектуальной деятельности, но и в сфере боевых искусств. Так 4 ученика нашей школы на чемпионате города Алматы по ДжонРиТайкванда заняли первое место, два вторых и два третьих места. В целом около 40% учащихся по нашей программе занимали первые места в различных интеллектуальных и спортивных соревнованиях.

Следует отметить, что была замечена положительная динамика в изменении психологического климата в семьях детей, а также в ученических коллективах. У всех учеников качественно улучшились взаимоотношения между сверстниками, а также возросло понимание с родителями.

Наша методика IQDO в долгосрочной перспективе поможет ученикам овладеть способностью мгновенно и эффективно принимать оптимальное для данной ситуации решение. Система предполагает развитие мудрости у учащихся, способности побеждать интеллектуально, психологически, т.е. без боя. Технология сочетания физических упражнений с умственными предоставит детям существенное преимущество на интеллектуальных играх, научных олимпиадах, спортивных соревнованиях, а также в дальнейшем поможет сформировать психологическую устойчивость к неблагоприятным ситуациям внешней среды.

#### **Список использованных источников**

1. Бакулев, С.Е. Прогнозирование индивидуальной успешности спортсменов-единоборцев с учетом генетических факторов тренируемости : автореф. дис. . д-ра пед. наук / С.Е. Бакулев. СПб., 2012. - 49 с.
2. Белых, С.И. Формирование творческого мышления у квалифицированных кикбоксеров / С.И. Белых // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. 2005. - № 1. — С. 3-9.
3. Березина, Т.Н. О взаимодействии физических и интеллектуальных способностей / Т.Н. Березина // Психология и психотехника. 2012. - № 1. - С. 1-24.

4. Джандаров. М., 2003. – 27 с. Запорожец, А.В. Происхождение и развитие сознательного управления движениями у человека / А.В. Запорожец // Вопросы психологии. 1958. -№ 1. - С. 3-11.

*УДК 159.9*

**Суровикова Анна Александровна,**  
психолог отдела организации отдыха детей,  
Федеральное государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
«Медицинский реабилитационный центр  
«Сергиевские минеральные воды»  
Федерального медико-биологического агентства,  
пос. Серноводск, Самарская область, РФ

### **ПРОФИЛАКТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ**

**Аннотация:** Статья посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме распространения компьютерной зависимости среди детей и подростков. Автор рассказывает об отрицательном влиянии компьютерной зависимости на здоровье, а также отмечает проявления игровой компьютерной зависимости у детей, отдыхающих и оздоравливающихся в детском круглогодичном лагере санаторно-курортного типа. В работе представлены результаты исследования распространения компьютерной зависимости среди детей и подростков, отдыхающих и оздоравливающихся в педиатрическом отделении ФГБУЗ МРЦ «Сергиевские минеральные воды» ФМБА России. Результаты диагностики подтверждают распространение увлечения компьютерными играми среди подрастающего поколения и свидетельствуют о необходимости проведения работы по профилактике и коррекции компьютерной зависимости. Автор отмечает, что лучшая профилактика игровой компьютерной зависимости – это вовлечение детей в активную деятельность, приобщение их к живому общению друг с другом, пробуждение в них интереса к творческой деятельности. Именно эти задачи реализует воспитательная программа детского оздоровительного лагеря, а также занятия по профилактике компьютерной зависимости, включенные в программу психологического сопровождения воспитательного процесса. В статье автор приводит пример тренингового занятия, которое включает диагностику компьютерной зависимости, а также упражнения, направленные на формирование у детей положительного отношения к живому общению, вовлечение их в игровое взаимодействие и создание положительной эмоциональной атмосферы в отряде. В работе подробно описывается ход занятия и оценка его результатов.

Статья может быть полезна психологам, педагогам-психологам и специалистам организаций отдыха и оздоровления детей.

**Ключевые слова:** профилактика, компьютерная зависимость, игромания, диагностика, программа психологического сопровождения, игра, живое общение.

**Surovikova A.A. Prevention of computer dependence in the conditions of children's health camp. Federal State Budgetary Institution of Health "Medical Rehabilitation Center**

**"Sergievsky Mineral Waters" of the Federal Medical and Biological Agency, Sernovodsk, Samara Region, Russia**

**Annotation:** The article is devoted to the current problem of the spread of computer addiction among children and adolescents. The author talks about the negative impact of computer addiction on health, and also notes the manifestations of gaming computer addiction in children, having a rest and improving their health in the children's year-round sanatorium-resort-type camp. The paper presents the results of the study of the spread of computer addiction among children and adolescents, having a rest and improving their health in the pediatric department of the Federal State Budgetary Institution of Health "Medical Rehabilitation Center "Sergievsky Mineral Waters" of the Federal Medical and Biological Agency. The diagnostic results confirm the spread of computer games hobbies among the younger generation and indicate the need for work to prevent and correct computer addiction. The author notes that the best prevention of gaming computer addiction is the involvement of children in active activities, their introduction to lively communication with each other, the awakening of interest in creative activities in them. These tasks are implemented by the educational program of the children's recreation camp, as well as classes on the prevention of computer addiction, included in the program of psychological support of the educational process. In the article, the author gives an example of a training session, which includes the diagnosis of computer addiction, as well as exercises aimed at developing a positive attitude to live communication among children, involving them in game interaction and creating a positive emotional atmosphere in the detachment. The paper describes in detail the course of the lesson and the assessment of its results.

The article may be useful to psychologists, educational psychologists and specialists from organizations for the recreation and health of children.

**Keywords:** prevention, computer addiction, gambling, diagnostics, psychological support program, game, live communication.

Проблема компьютерной игровой зависимости настолько остро стоит в нашем обществе, что в 2018 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила видео- и цифровую игроманию в список расстройств, связанных с зависимостью. Как поясняется в Международной классификации болезней (МКБ-11), «игровое расстройство – это модель поведения при игре в цифровые или видео игры, отличающаяся нарушением контроля за игрой, отведением игре все большего приоритета до такой степени, что ей отдается предпочтение перед другими интересами и повседневными занятиями. Такое расстройство может быть диагностировано в том случае, если модель поведения влечет за собой нарушения в личной, семейной, социальной и иных областях и наблюдается в течение не менее 12 месяцев» [3].

Еще более усиливают компьютерную зависимость глобальные сети, где человек играет уже не с компьютером, а с миллионами живых людей. Сеть тоже представляет собой сублимат ролевых игр. Здесь «играющий» придумывает своего персонажа, т.е. самого себя, выдавая себя придуманного тысячам собеседников за себя реального [1, с.21].

Зависимость от компьютерных игр отрицательно сказывается на здоровье человека. Со временем у него ухудшается зрение, появляются проблемы с позвоночником и суставами. Многие «зависимые» страдают головной болью, бессонницей. В результате долгого сидения за компьютером у человека возникает слабость, повышенная утомляемость, снижается аппетит.

Игровая зависимость ведет к перегрузке центральной нервной системы, в головной мозг человека постоянно поступают возбуждающие импульсы. Через некоторое время у больного наблюдается снижение настроения, общего самочувствия, социальной активности, наблюдается повышенная тревожность и нарушение адаптации в обществе. Компьютерные игры у детей развивают те участки головного мозга, которые ответственны за зрение и движение. Игромания приостанавливает развитие лобных долей, которые несут ответственность за тренировку памяти, обучения, эмоции. Дети с зависимостью от компьютерных игр мало времени проводят на свежем воздухе, не занимаются спортом. Чаще всего такие дети имеют бледный вид, «синяки» под глазами, плохо развитую костно-мышечную систему [4].

В педиатрическом отделении ФГБУЗ МРЦ «Сергиевские минеральные воды» ежемесячно отдыхают и оздоравливаются до 200 детей. С каждым новым заездом становится все больше детей, которые не проявляют интереса к мероприятиям, проводимым в лагере, неохотно посещают процедуры и учебные занятия. Некоторые из них выражают желание все время сидеть в комнате и играть на телефоне. Ребята ходят с телефонами на процедуры, на уроки, на мероприятия, прогулки и даже в столовую. Очень показательны ситуации, когда из-за пристрастия к компьютерным играм страдают дружеские или семейные отношения.

Для определения масштабов распространения компьютерной зависимости среди детей, отдыхающих в педиатрическом отделении ФГБУЗ МРЦ «Сергиевские минеральные воды», нами была проведена скрининговая диагностика компьютерной зависимости, разработанная Л.Н.Юрьевой и Т.Ю.Большот. Отличительными признаками предложенного способа является использование промежуточных вариантов ответов, а именно — «редко» и «часто», как дополнительных оценочных критериев, присвоение баллов, например от 1 до 4, как показателей симптоматических проявлений компьютерной зависимости. Это выводит ожидаемые ответы к более достоверной области, содействует гибкой интерпретации состояния личности, поэтому позволяет дать объективный конечный результат [2, с. 140] .

Нами было опрошено 100 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет. По результатам проведенной диагностики из 100% опрошенных детей только 9% (9 человек) не имеют риска развития компьютерной зависимости. Большая часть опрошенных, 56 человек (56%), находятся на стадии увлеченности: игра на этой стадии имеет ситуационный характер, но у ребенка уже начинает формироваться новая потребность – потребность играть на компьютере. Риск развития компьютерной зависимости диагностирован у 34% (34 человека) опрошенных ребят, а уже сформировавшаяся компьютерная зависимость есть только у одного человека (1%).

Разработчики «Методических рекомендаций по профилактике игровой, компьютерной и интернет-зависимости» считают, что у детей разного возраста по-разному складываются отношения с компьютером и Интернетом и в зависимости от этого выделяют четыре возрастные группы: 5-6 лет, 7-8 лет, 9-12 лет и 13-17 лет. В нашем исследовании участвовали 12 детей 7 и 8 лет, 44 ребенка с 9 до 12 лет, а также 38 подростков в возрасте 13-16 лет. Несколько ребят – 6 человек – не указали возраст.

Исследование показало, что в возрастной группе с 7 до 8 лет больше всего ребят (25% опрошенных) не имеют риска развития компьютерной зависимости, поэтому эту возрастную категорию можно считать наиболее благополучной. В возрасте 9-12 лет больше всего детей находятся на стадии увлеченности (61% опрошенных), что может свидетельствовать о некоем

переходном этапе, а среди подростков 13-16 лет 53% опрошенных ребят находятся на стадии увлеченности, 37% детей подвержены риску развития компьютерной зависимости и у 2% опрошенных диагностировано наличие компьютерной зависимости (табл. 1).

Таблица 1

**Результаты скрининговой диагностики компьютерной зависимости**

Стадия развития	Возрастная категория				Всего
	7-8 лет	9-12 лет	13-16 лет	Без указания возраста	
Нет риска развития компьютерной зависимости	25% (3 чел)	7% (3 чел)	8% (3 чел)	-	9% (9 чел)
Стадия увлеченности	42% (5 чел)	61% (27 чел)	53% (20 чел)	67% (4 чел)	56% (56 чел)
Риск развития компьютерной зависимости	33% (4 чел)	32% (14 чел)	37% (14 чел)	33% (2 чел)	34% (34 чел)
Наличие компьютерной зависимости	-	-	2% (1 чел)	-	1% (1 чел)
Всего опрошено, чел.	12 чел.	44 чел.	38 чел.	6 чел.	100 чел.

По результатам проведенной диагностики 35% всех опрошенных ребят нуждаются в помощи специалиста по профилактике и коррекции компьютерной зависимости.

Лучшей профилактикой игровой компьютерной зависимости мы считаем вовлечение детей в активную деятельность, приобщение их к живому общению друг с другом, пробуждение в них интереса к творческой деятельности и т.д. Поэтому в нашем учреждении реализуется воспитательная программа «СМВ – страна детей», в рамках которой ежедневно проводятся общелагерные мероприятия, отрядные игры и конкурсы, тематические вечеринки и дискотеки, для детей работают творческие кружки, организуются спортивные соревнования; в игровой комнате установлены аэрохоккей, настольный футбол, теннисные столы и другие увлекательные игры. Каждую неделю для детей организуются яркие необычные представления, такие как «Шоу мыльных пузырей», «Бумажная вечеринка», фейерверки и др.

Программа психологического сопровождения воспитательного процесса, реализующаяся в нашем учреждении, также является одним из инструментов профилактики игровой компьютерной зависимости. В программу включены практические занятия, направленные на решение этой проблемы.

Задачами этих занятий являются предупреждение детей о риске развития у них компьютерной зависимости, формирование у детей положительного отношения к живому общению, вовлечение их в игровое взаимодействие, создание положительной эмоциональной атмосферы в отряде. На занятиях используются методы групповой дискуссии, игровой и сказкотерапии, а также психодиагностика.

Занятие мы начинаем с упражнения «Презентация». Мы предлагаем детям представиться так, как если бы они заполняли личную информацию на страничке в социальной сети, используя для этого такие параметры: статус, главное в жизни, главное в людях, отношение к алкоголю, отношение к курению, что вдохновляет, любимая музыка, фильмы, телешоу, книги и игры.

Затем ведущий зачитывает ответы, а ребята угадывают, кто это написал. Детям очень нравится это упражнение, они часто отмечают, что узнали много нового и интересного друг о друге. Таким образом, это упражнение помогает сблизить ребят, пробудить в них интерес друг к другу, создать благоприятные условия для развития дружеских отношений во временном детском коллективе.

После завершения упражнения «Презентация» мы предлагаем ребятам узнать, есть ли у них компьютерная зависимость. С этой целью мы проводим скрининговую диагностику компьютерной зависимости, разработанную Л.Н.Юрьевой и Т.Ю. Больбот. Выбранный нами способ диагностики подходит детям всех возрастных групп, отдыхающих в нашем учреждении, вопросы понятные и простые, учитывают, на наш взгляд, все основные признаки компьютерной зависимости. Также диагностика по этому методу занимает небольшое количество времени, подсчет баллов простой, и дети сразу узнают свой результат. Большинство детей с интересом отвечают на вопросы и внимательно слушают рекомендации по итогам диагностики.

В завершение занятия мы предлагаем ребятам поиграть в игру «Паутина». Дети встают в круг, закрывают глаза и берутся за руки в произвольном порядке. Когда они открывают глаза, оказывается, что они «запутались» друг с другом. Ведущий рассказывает «легенду» игры: «Вы запутались во всемирной паутине Интернета. Вам необходимо срочно освободиться из ее плена, но не отпуская рук». После того, как дети распутаются, ведущий предлагает им поаплодировать друг другу. Эта игра снимает мышечные зажимы, сближает ребят, позволяет детям испытать радость, удовлетворение и другие позитивные эмоции, что помогает усилить эффективность этого упражнения и всего занятия в целом и достигнуть поставленной цели.

#### **Список использованных источников**

1. Методические рекомендации по профилактике игровой, компьютерной и интернет-зависимости. Разработчики: Петрова И. В., Меринова Е. В., Петрова Г. А. и др. – Екатеринбург, 2012. – 61 с.
2. Л.Н.Юрьева, Т.Ю.Больбот. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 196 с.
3. ВОЗ включила зависимость от видеоигр в перечень болезней и расстройств. [Электронный ресурс] // ТАСС, информационное агентство, 2018. URL: <https://tass.ru/obschestvo/5299966> (Дата обращения 03.04.2019)
4. Причины, симптомы и лечение зависимости от компьютерных игр: [Электронный ресурс] // оДепрессии: онлайн журнал по психиатрии, 2015. URL: <https://odepressii.ru/zavisimost/ot-kompyuternyh-igr.html> (Дата обращения: 03.04.2019)

УДК 796.894

**Щёкин Денис Витальевич,**  
старший преподаватель кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

### **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ НАГРУЗКИ В ТЕЧЕНИИ ЗАНЯТИЯ В ТРЕНАЖЕРНОМ ЗАЛЕ НА ИЗМЕНЕНИЯ ОХВАТНЫХ ОБЪЕМОВ ТЕЛА У ЖЕНЩИН 30-35 ЛЕТ**

**Аннотация.** В статье рассматривается методика улучшения физического состояния женщин 30 – 35 лет (физиологический возраст 1-го периода зрелости) в рамках ограниченного времени (2 месяца). Тема особенно актуальна для южных регионов, климатические особенности которых характеризуются быстрым переходом от условной «зимы» к жаркому «лету» и ранним началом пляжного сезона. Для женщин, особенно молодого и зрелого возраста, психологически важно в короткий весенний период быстро восстановить физическую форму и улучшить эстетику фигуры.

Нами была разработана и апробирована комплексная методика ускоренного совершенствования физических и эстетических кондиций женщин 30 – 35 лет в условиях тренажерного зала, которая, как показала практика, эффективно влияет как на улучшение общего физического состояния, так и снижение охватных объемов тела.

**Ключевые слова:** подготовленность, постепенность, физическое развитие, нагрузка, интенсивность, физические упражнения, питание, самодисциплина, жиросжигание.

**Shchekin D. V., Influence of different load modes during the exercise in the training hall on changes of body-rate in women 30-35 years. Sevastopol Institute of Economics and Humanities (branch) CFU V.I. Vernadsky, Sevastopol, RF.**

**Annotation.** The article discusses the method of improving the physical condition of women aged 30–35 years (the physiological age of the 1st period of maturity) within a limited time frame (2 months). The topic is particularly relevant for the southern regions, the climatic features of which are characterized by a rapid transition from a conventional “winter” to a hot “summer” and an early start to the beach season. For women, especially young and mature people, it is psychologically important in the short spring period to quickly restore physical shape and improve the aesthetics of the figure

We have developed and tested a complex method of accelerated improvement of physical and aesthetic conditions of women aged 30 to 35 years old in a gym, which, as practice has shown, effectively influences both the improvement of general physical condition and the decrease in the total body volume.

**Keywords:** preparedness, gradualness, physical development, exercise, intensity, exercise, nutrition, self-discipline, fat burning.

Главная задача отечественной науки и практики физической культуры состоит в сохранении и укреплении здоровья населения нашей страны. Как отмечают многие исследователи, именно в возрасте 30 – 35 лет наблюдается резкое уменьшение количества женщин, занимающихся физической культурой и спортом [2, с. 83, 3, с. 183].

Крымский регион, в котором летний период начинается раньше, чем в других регионах страны, характеризуется быстрым переходом от использования «закрытой» зимней одежды к «открытой» летней и ранним началом пляжного сезона. Для женщин, особенно молодого и зрелого возраста, психологически важно быстро восстановить физическую форму и улучшить эстетику фигуры. Об этом свидетельствует, в том числе, возрастающее в разы в феврале – марте количество молодых женщин, желающих посещать тренажерные залы.

В условиях ограниченного времени, тренерам необходимо детально подходить к процессу оздоровительных занятий, тонко использовать все свои умения и знания, учитывать индивидуальные факторы занимающихся: возрастные особенности, степень физической подготовленности, психологическое состояние. Именно от этого зависит качество проделанной работы [4, с. 35].

В нашем исследовании, которое водилось в тренажерном зале «РУБИКОН» приняло участие 30 женщин 30 – 35 летнего возраста, не имевших опыта систематических занятий физической культурой и явных отклонений в состоянии здоровья. При разработке комплексной оздоровительной программы, мы исходили из предположения, что применение трех основных факторов (а именно: режим питания, подбор соответствующих физических упражнений и различные режимы нагрузки в течение занятия) должно эффективно влиять на уменьшение охватных объемов тела, а также на уровень общей физической и функциональной подготовленности.

Перед началом занятий нами было проведено анкетирование женщин, которое позволило выявить «проблемные» анатомические зоны, психологически важные для участниц оздоровительной программы. Таким образом, были определены мышцы и мышечные группы, направленное физическое воздействие на которые должно влиять на повышение эстетики женского тела: большие ягодичные мышцы (отметили 98% респондентов); мышцы брюшного пресса (90% респондентов); талия (85% респондентов). Следует отметить и менее значимые мышцы: приводящая мышца бедра (45-50% опрошенных); четырех и двуглавая мышца бедра (20%); мышцы груди и спины (15%). Значительное число занимающихся желало улучшить эстетику зон, через которые проходят бретели купальников и которые могут портить, на взгляд женщин, визуальную структуру груди и спины. Необходимо дополнительно воздействовать на мышцы рук занимающихся, предпочтительно на мышцы трицепса.

Опираясь на данные анкетирования, были выбраны антропометрические параметры, изменение которых могло бы характеризовать эффективность применяемой комплексной оздоровительной программы. Замерялись охватные объемы талии, бедер, а также отдельно левого и правого бедра. В начале и в конце программы оздоровительных тренировок было произведено тестирование функциональных возможностей и уровня физической подготовленности участниц эксперимента.

Продолжительность каждого занятия в тренажерном зале составляла 40 – 80 мин. Использовались различные комбинации повторного, интервального и переменного метода применения физических упражнений. Учитывая короткие сроки подготовки (март – май текущего года), на занятиях в тренажерном зале, которые проводились четыре раза в неделю, мы чередовали «режим жиросжигания» (ЧСС 114 – 133 уд/мин) с режимом силовой выносливости (ЧСС 133 – 152 уд/мин).

Обязательным элементом комплексной оздоровительной программы являлся специальный режим питания, основанный на методе «пирамиды потребления пищи» [1, с. 286].

Результаты тестирования представлены на рисунке 1.

Мы видим достоверные изменения ( $p \leq 0,05$ ) силовых способностей женщин (за исключением силы мышц живота), а также снижение ЧСС до 85,9 уд/мин при выполнении степ-теста (что говорит о значительном повышении функциональных возможностей сердечнососудистой системы).

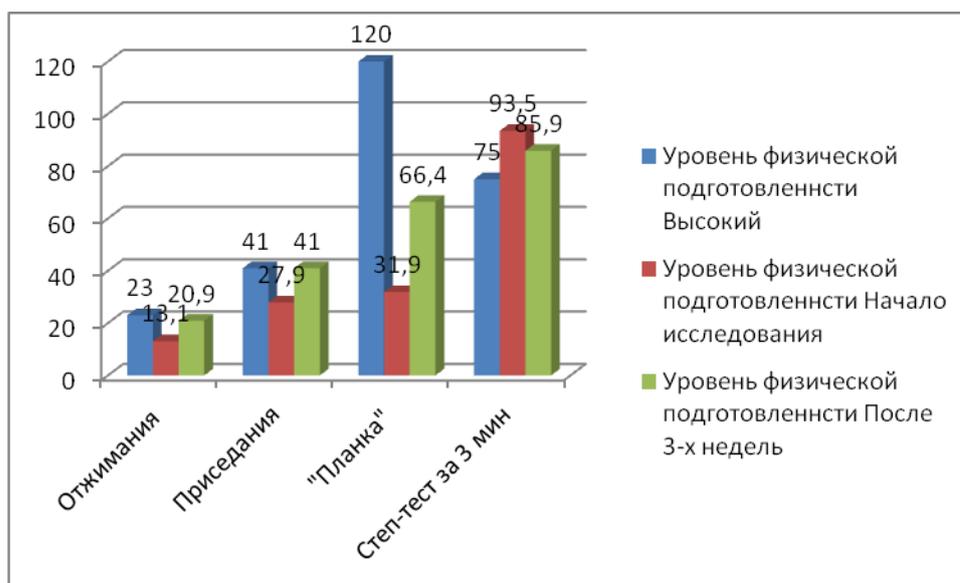


Рис. 1 – Результаты тестирования силовых способностей женщин 30-35 лет (до исследования и после 3 недель занятий)

В результате применения различных режимов нагрузки в течении занятия а также соблюдения специального режима питания, после 60-го дня занятий у женщин наблюдались следующие достоверные ( $p \leq 0,05$ ) изменения антропометрических показателей: охват талии уменьшился на 3,98%, по сравнению с началом исследования, охват бедер снизился 7,3%, зарегистрированы уменьшения объемов каждого бедра, в среднем, на 2,4%.

Таким образом, по результатам применения примененной комплексной оздоровительной программы мы можем сделать следующие выводы. Для эффективной подготовки женщин к «летнему» сезону (повышения эстетики тела и общего физического состояния) необходимо:

а) Строго соблюдать специальный режим питания, направленный на снижение потребления калорий на протяжении дня. (В этом вопросе важна мотивация и ответственность, самодисциплина и настойчивость в достижении поставленной цели самими занимающимися);

б) Правильно подобрать физические упражнения и методику их применения, что определяет оптимальный режим направленного воздействия на определенную мышцу и мышечную группу. При этом важна интенсивность выполняемой работы. Практика показывает, что комбинированное использование различных режимов физической работы (в нашем случае, «режим жиросжигания» и режим силовой выносливости) способствует

изменению формы, силы и эластичности работающих мышц и, следовательно, улучшению их «рельефа».

#### **Список использованных источников**

1. Диетология. 4-е изд. / Под ред. А.Ю. Барановского. – СПб: Питер, 2012. – 1024 с.
2. Коткова Л.Ю. Фитнес-тренинг – как средство оздоровления женщин разных возрастных групп / Л.Ю. Коткова // Проблема сохранения здоровья в Сибири и в условиях Крайнего Севера: сб. материалов Всерос. науч.- практ. конф. – Омск, 2007. – С. 81–86.
3. Кукоба Т.Б. Дифференцированный подход в оздоровительной тренировке с женщинами 20–35 лет на основе использования упражнений изотонического характера с учетом соматотипа / Т.Б. Кукоба // Омский науч. вестн. – 2009. – № 6 (82). – С. 183–186.
4. Романенко Н.И. Влияние занятий фитнесом на физическую подготовленность женщин среднего возраста различного соматотипа / Н.И. Романенко // Культура физическая и здоровье. – 2011. – № 5. – С. 35–38.
5. Савин С. В. Педагогическое проектирование занятий фитнесом с женщинами зрелого возраста: автореф. дис. канд. пед. наук / С. В. Савин. – М., 2008. – 124. с.
6. Филимонова О.С. Особенности влияния занятий фитнес-йогой на физическое состояние женщин 25–35 лет / О.С. Филимонова, Н.И. Романенко // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2014. – № 1. – С. 49–50.

*УДК 614.1*

**Щёкин Денис Витальевич**

старший преподаватель кафедры физической культуры  
ФГАОУ ВО Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

**Горбунов Денис Борисович**

магистрант кафедры физической культуры  
ФГАОУ ВО Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

### **ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ИНВАЛИДОВ-КОЛЯСОЧНИКОВ СРЕДСТВАМИ КЕНДО**

**Аннотация.** В статье рассматривается вопрос о применении занятий кендо, как средство, которое повысит уровень физических способностей инвалидов-колясочников, а также повысит уровень их психологического состояния.

В связи с этим, мы предположили, что применение занятий по кендо среди инвалидов-колясочников станет не только их физической подготовкой, но и повысит уровень психологического состояния. Основными средствами для достижения этого станут физические упражнения, освоение техники кендо, изучение психологических аспектов воздействия, как на противника, так и на управление психическими состояниями (саморегуляция), участие в учебно-тренировочных поединках и соревнованиях.

Программа с использованием средств кендо была разделена на три этапа по три месяца каждый этап. Каждый этап заключался в постепенном перераспределении времени между общей, специальной и психической подготовкой. Это на наш взгляд окажет влияние, в первую очередь, на повышение уровня психического состояния и изменит показатели по шкале Бека и Спилберга в лучшую сторону, а также развитию физических способностей верхней части тела. Так первый этап включал в себя: общую физическую подготовку, на которую отводилось 65% времени, которая включала упражнения с внешним сопротивлением; специальная физическая подготовка составляла 25% времени и включала изучение элементарных технических действий кендо; психологическая подготовка – 10% времени и заключалась в изучение приёмов психического давления на противника, упражнения на моральную устойчивость. Затем снижалась доля общей подготовки, а возрастала доля специальной подготовки, в которую входило изучение и совершенствование техники кендо (II этап общая физическая подготовка – 55%; специальная – 35% и психологическая подготовка – 10%. III этап общая подготовка – 40%; специальная – 55% и психологическая – 5%).

**Ключевые слова:** реабилитация, инвалиды-колясочники, кендо, восточные единоборства, физические упражнения, морально-волевые качества, техника, соревнования.

**Shcheki D.V., Gorbunov S.B. Increase of physical abilities and psychological state of wheelchair users with kendo means. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia**

**Annotation.** The article discusses the use of kendo classes, as a means that will increase the level of physical abilities of wheelchair users, as well as increase their psychological state.

In this regard, we have assumed that the use of kendo classes among wheelchair disabled people will become not only their physical training, but also increase the level of psychological state. The main means to achieve this will be physical exercise, mastering the technique of kendo, the study of the psychological aspects of the impact, both on the enemy and on the management of mental states (self-regulation), participation in training and training fights and competitions.

The program using kendo was divided into three phases of three months each. Each stage consisted in a gradual redistribution of time between general, special and mental preparation. This, in our opinion, will have an impact, first of all, on raising the level of mental state and will change the Beck and Spielberg scores for the better, as well as the development of physical abilities of the upper body. So the first stage included: general physical training, which was given 65% of the time, which included exercises with external resistance; special physical training was 25% of the time and included the study of elementary technical actions of kendo; psychological training - 10% of the time and was to study the techniques of mental pressure on the enemy, exercises on moral stability. Then the share of general training decreased, while the share of special training, which included the study and improvement of kendo techniques, increased (stage II general physical training - 55%; special - 35% and psychological training - 10%. Stage III general preparation - 40%; special - 55% and psychological - 5%).

**Keywords:** rehabilitation, wheelchair users, kendo, martial arts, physical exercise, moral and volitional qualities, equipment, competitions.

С целью привлечения как можно большего числа людей с инвалидностью к активным занятиям физкультурой и спортом, возможно применение новых, нетрадиционных видов спорта, в частности восточных боевых искусств [1]. Практикуя японское боевое искусство Кендо, человек совершенствуется не только физически, но и психологически, развивается

сила воли, боевой дух и уверенность в своих силах. Всё это имеет большее значение для людей с отклонениями в состоянии здоровья. Во многих странах мира открываются секции единоборств для инвалидов, которые принимают участие в соревнованиях наравне со здоровыми спортсменами, что способствует повышению их психологического состояния [6].

В связи с этим, мы предположили, что практикуя Кендо, инвалиды-колясочники не только хорошо разовьют физические способности, но и значительно улучшат психологическое состояние. Основными средствами для достижения этого станут физические упражнения, освоение техники кендо, изучение психологических аспектов воздействия, как на противника, так и на управление психическими состояниями (саморегуляция), участие в учебно-тренировочных поединках и соревнованиях.

Для получения исходных данных исследования, были проведены тесты: на оценку уровня физических способностей и психологического состояния (Шкала депрессии Бека, исследование тревожности Спилбергера). Тестирование физических способностей включало в себя четыре теста: Тест 1 - оценка способностей спинной мускулатуры; Тест 2 - оценка выполнения двигательных действий на точность; Тест 3 – оценка скоростных и координационных способностей. Тест 4 – оценка скорости двигательной реакции. Каждый тест оценивался по 4-х бальной системе.

Проведя тестирования физических способностей подростков с нарушением функций нижних конечностей, были получены результаты, которые представлены на рисунке (рис.1). Полученные данные говорят о низком уровне развития физических способностей: недостаточный уровень развития мышц спины, занимающиеся набрали 2 балла из 4 возможных; в тесте на точность был показан результат 1,5 балла, что говорит о необходимости уделять внимание развитию координационных способностей. Такие же невысокие результаты были получены и по тестам на проявление скоростных способностей. В тестах по оценке психологического состояния наблюдался высокий уровень депрессии по шкале Бека и высокий уровень тревожности по Спилбергеру.

Программа с использованием средств Кендо была разделена на три этапа по три месяца каждый этап. Каждый этап заключался в постепенном перераспределении времени между общей, специальной и психической подготовкой. Это на наш взгляд поспособствует в первую очередь повысить уровень психического состояния и изменить показатели по шкале Бека и Спилбергера в лучшую сторону, а также развитию физических способностей верхней части тела. Так первый этап включал в себя: общую физическую подготовку, на которую отводилось 65% времени, которая включала упражнения с внешним сопротивлением; специальная физическая подготовка составляла 25% времени и включала изучение элементарных технических действий Кендо; психологическая подготовка – 10% времени и заключалась в изучение приёмов психического давления на противника, упражнения на моральную устойчивость. Затем снижалась доля общей подготовки, а возрастала доля специальной подготовки, в которую входило изучение и совершенствование техники кендо (II этап общая физическая подготовка – 55%; специальная – 35% и психологическая подготовка – 10%. III этап общая подготовка – 40%; специальная – 55% и психологическая – 5%).

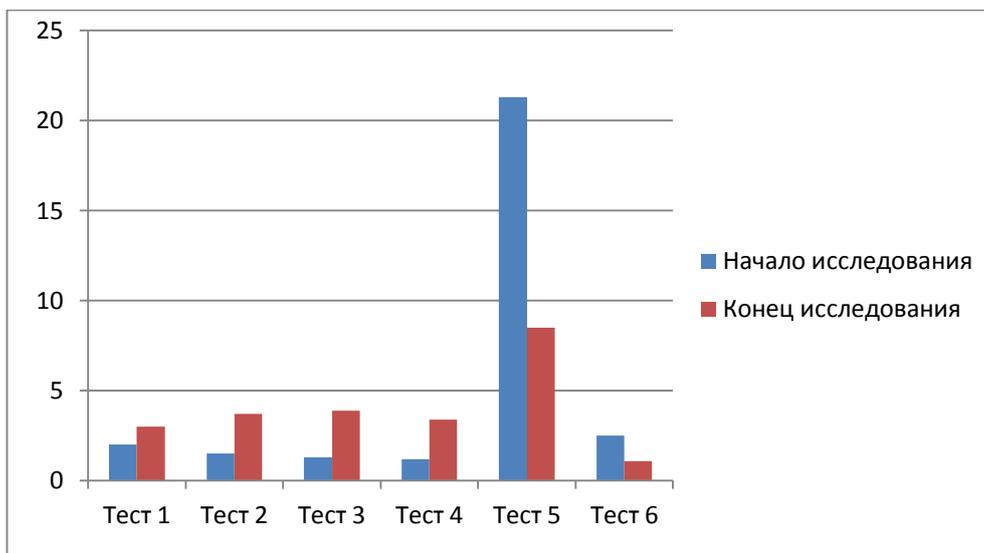


Рис. 1 Результаты функциональных тестов на начало и конец исследования

В результате проведения повторного тестирования был получен достоверный прирост по тесту на оценку спинной мускулатуры на 40% (при  $P \leq 0,05$ ), чему способствовало изучение и совершенствование технических действий с бамбуковым мечом. Возросла точность двигательных действий подростков на 88% (при  $P \leq 0,05$ ), что связано с постепенным увеличением доли специальной подготовки. Оценивая скоростные и координационные способности (Тест 3), был получен также достоверный прирост результата на 100% (при  $P \leq 0,05$ ). В тесте на проявление скорости двигательной реакции результаты достоверно возросли на 95 % (при  $P \leq 0,05$ ). Данные показатели физической подготовленности, а также проведение учебно-тренировочных поединков со здоровыми спортсменами способствовали повышению показателей по психологическому состоянию: снизился показатель депрессии по шкале Бека на 86%, а также снизился уровень тревожности по Спилбергеру на 75%.

Таким образом, в результате использования средств Кендо у инвалидов-колясочников, можно заключить:

А) занятия Кендо ставят перед подростками определенные цели и задачи, которые им необходимо решить в процессе тренировки: изучить технические действия с бамбуковым мечом в совокупности с противодействием вооруженному противнику, что представляет определенную сложность для инвалида-колясочника и способствует повышению уровня психомоторных реакций и общего психологического состояния;

Б) достижение определенных собственных результатов, повышает у занимающихся общее эмоциональное состояние и мотивацию к дальнейшим занятиям, что способствует развитию силы воли и уверенности в своих силах.

#### Список использованной литературы

1. Ватолина, Е.Ю. Процесс передачи традиций в восточных единоборствах в целях гармоничного формирования личности (на примере кендо) [Текст] / Е.Ю. Ватолина // Сборник научных трудов молодых ученых и студентов РГАФК. - М., 2000.
2. Воронов, И.А. Психомоторные упражнения. "72 воинских искусства Древнего Китая": методическое пособие [Текст] / И.А. Воронов. - СПб.: ЛНПС ЦСМ, 1996.

3. Жаров, К.П. Волевая подготовка спортсменов [Текст] /К.П. Жаров. – М.: Физкультура и спорт, 1986.
4. Лукоянов, В.В. Некоторые аспекты психофизической подготовки в спортивно-боевых единоборствах [Текст] / В.В. Лукоянов // Проблемы совершенствования системы физического воспитания: Тез. докл. Всерос. науч. конф. 25—27 апреля. - Карачаевск: Карачаево-Черкесский гос. пед. университет, 1996.
5. Медведев, В.В. Психологические особенности личности спортсменов: Лекция для студентов и слушателей ФПК [Текст] / В.В. Медведев. – М., 1993.
6. Мишин, Б.Н. Технология подготовки «кендоистов» на этапе начальной спортивной специализации с использованием методов контроля психомоторных способностей: Монография [Текст] /Б.Н. Мишин. - Хабаровск: ДВГАФК , 2008.

## **ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

*УДК 378.147*

**Алтынбекова Зарэма Бауэровна,**

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры физической культуры;

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

**Иванов Владимир Анатольевич,**

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры физической культуры;

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

г. Севастополь, РФ

### **АСПЕКТЫ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ БАКАЛАВРОВ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

**Аннотация.** В настоящей работе обсуждаются вопросы компетентностного подхода в образовательном процессе при организации самостоятельной работы обучающихся по направлению подготовки 49.03.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура).

**Ключевые слова:** самостоятельная работа обучающихся, физическая реабилитация, активизация самостоятельной работы

**Altynbekova Z. B., Ivanov V.A. Aspects of competence approach in organization of independent work of bachelor of adaptive physical culture. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia**

**Annotation.** The article deals with organization of independent work for students trained in 49.03.02 physical culture for health deviation programme (adaptive physical culture) In terms of education competency-based approach.

**Keywords.** Students independent work, physical rehabilitation, independent work activation.

В современное время доля самостоятельной работы обучающихся становится определяющей частью подготовки будущего специалиста. Организация самостоятельной работы в вузе требует постоянного переосмысления, коррекции и новых педагогических решений для полноценной подготовки современного специалиста в соответствии с основными обязательными образовательными программами высшего образования. Происходящая перманентно реформа высшего образования связана с переходом от парадигмы обучения к парадигме образования. В связи с этим самостоятельная работа студентов является не просто важной формой образовательного процесса, а становится его основой [4,6].

Реализация федеральных государственных образовательных стандартов нового поколения приводит к необходимости изменения не только учебно-методического содержания подготовки студентов, но и поиска новых форм организации учебного процесса, в которых делается акцент на усилении роли самостоятельной работы студентов [5].

В соответствии со ФГОС ВО 2015 года по направлению подготовки 49.03.02, в результате освоения программы бакалавриата, у выпускника должны были сформированы предложенные документом общекультурные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции [1]. Во ФГОС ВО 2017 года, на основе Федерального Закона «О внесении изменений в трудовой кодекс российской федерации и статьи 11 и 73 федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 02.05.2015 № 122-ФЗ, профессиональные компетенции, устанавливаемые программой бакалавриата, формируются на основе профессиональных стандартов, соответствующих будущей профессиональной деятельности выпускников [2].

Профессиональные компетенции на основе профессиональных стандартов формируются из одной или нескольких обобщенных трудовых функций (ОТФ), соответствующих профессиональной деятельности выпускников, на основе установленных профессиональных стандартом для ОТФ уровня квалификации. Приказом Минтруда РФ от 12 апреля 2013 г. N 148н были утверждены уровни квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов и требований к образованию. Для бакалавриата определен 6 уровень квалификации, в котором хотелось отметить такой показатель, как характер умений, включающий разработку, внедрение, контроль, оценку и корректировку направлений профессиональной деятельности, технологических или методических решений. Например, видом профессиональной деятельности профессионального стандарта «Тренер-преподаватель по адаптивной физической культуре и спорту» является коррекция отклонений в физическом и умственном развитии лиц с ограниченными возможностями здоровья (включая инвалидов) всех возрастных и нозологических групп [4]. А основная цель вида профессиональной деятельности: максимально возможная коррекция отклонений в развитии и здоровье, как можно более полная компенсация ограничений жизнедеятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья (включая инвалидов) всех возрастных и нозологических групп с помощью средств и методов физической культуры.

В связи с вышеизложенным, была пересмотрена самостоятельная работа студентов при изучении дисциплины «Физическая реабилитация при соматических заболеваниях». Для успешного изучения и выполнения программы самостоятельной работы данной дисциплины у обучающегося должны быть знания обеспечиваемых дисциплин, таких как анатомия с физиологией, общая и частная патология, лечебная физическая культура, основы массажа, физиотерапия. Задание для выполнения самостоятельной работы однозначно – это составление схемы реабилитационных мероприятий для конкретного пациента. Однако эти задания отличались изучаемой нозологией, этапом проведения реабилитации и режима двигательной активности определяемом на каждом этапе. На первом этапе получения задания обучающийся должен определить реабилитационный потенциал: определить (выяснить) степени нарушения функции поврежденного органа или системы, определить возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления нарушенных функций поврежденного органа или системы и определить прогноз развития адаптационных и компенсаторных возможностей организма пациента при данном заболевании. Схема

реабилитационных мероприятий должна включать, по возможности все средства физической реабилитации. Как активные: разнообразные физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и др. циклические упражнения и виды спорта, работа на тренажерах, трудотерапия и др., так и пассивные: массаж, мануальная терапия, физиотерапия, естественные и переформированные природные факторы. При необходимости включались психорегулирующие – аутогенная тренировка, мышечная релаксация и вопросы диетического или лечебного питания.

Обязательным считается включение в схему реабилитационных мероприятий различных форм лечебной физической культуры, таких как утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, дозированная ходьба, терренкур, физические упражнения в воде, тренажеры и др., основным средством являются физические упражнения (гимнастические упражнения, спортивно-прикладные игры). Формирование методики физических упражнений на протяжении курса реабилитации зависит от характера заболевания, его течения, состояния и физической подготовленности больного. При этом при применении ЛФК должны учитываться периоды физической реабилитации, характеризующие анатомо-функциональное состояние пораженной системы и всего организма. В соответствии с этим различают три периода: первый – щадящий, назначаемый в острый период заболевания; второй – функциональный, период восстановления функций или формирование компенсаций и третий период – тренировочный, период восстановления не только пострадавшего органа, но и всего организма в целом.

Кроме того обучающиеся должны учитывать тип лечебно-профилактического учреждения: стационар, поликлиника, санаторий или реабилитационный центр, где осуществляется реабилитация. Если схему реабилитационных мероприятий будущий бакалавр АФК формирует для пациента, находящегося в условиях стационара, то периоды применения ЛФК, должны соответствовать двигательным режимам, назначаемым в стационарах (строгий постельный, постельный, палатный и свободный). То есть, интенсивность физической нагрузки должна нарастать от малой, умеренной до, максимальной.

Если схему реабилитационных мероприятий формируется для пациента, находящегося в санатории, профилактории, лечится в амбулаторно-поликлинических условиях или восстановительная терапия происходит в реабилитационном центре, то периоды применения ЛФК, должны соответствовать щадящему, щадяще-тренирующему или тренирующему режимам.

Способы дозировки физической нагрузки должны осуществляться путем выбора исходного положения, подбора физических упражнений, количество повторений, темпа, амплитуды движения, степени силового напряжения, сложности движения, ритма, количества общеразвивающих и дыхательных упражнений.

Обязательным аспектом формируемой схемы реабилитационных мероприятий должно быть клиничко-физиологическое обоснование предлагаемой формы лечебной физической культуры и в ней полностью должен быть представлен примерный комплекс упражнений, включающий исходное положение, вводный, основной и заключительный разделы.

Следующим пунктом схемы реабилитационных мероприятий являются методы физиотерапии. Определение того или иного метода физиотерапии так же зависит от вида ЛПУ: стационар, поликлиника или санаторий. В условиях стационаров и поликлиник в основном

применяются искусственные или преформированные физические факторы, в санаторно-курортных условиях применяются естественные физические факторы на любом этапе реабилитации и при любом двигательном режиме. Какой бы метод физиотерапии не был бы выбран, обязательным условием которого является клинико-физиологическое обоснование назначения и механизм его действия. Описывается методика процедуры, условия и дозирование, продолжительность и количество на курс реабилитации.

При включении в программу массажа, раскрывается его клинико-физиологическое обоснование назначения, указывается разновидность лечебного массажа, механизм его действия, количество сеансов и его сочетание с другими процедурами.

В общую схему реабилитационных мероприятий при многих заболеваниях необходимо включать психорегулирующие методы реабилитации. К ним относятся аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, мышечная релаксация и другие.

Большая часть больных с различной патологией имеют различные существенные нарушения пищевого статуса. Исходные нарушения питания в значительной степени снижают эффективность реабилитационных мероприятий. В связи с этим одно из центральных мест должны занимать коррекция нарушений обмена и адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей в виде включения в реабилитационный процесс основных аспектов рационального или лечебного питания. Обучающимся рекомендовано изучить методические рекомендации, на основе приказа МЗ РФ N 330 от 5 августа 2003 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ» и аргументированно составлять свои рекомендации по питанию, опираясь на них. В методических рекомендациях представлена введенная данным приказом новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов. Внедрение в работу всех лечебно-профилактических учреждений новой системы стандартных диет определяет возможности проведения индивидуального подхода к диетотерапии.

Завершают сформированные схемы реабилитационных мероприятий предполагаемые исходы реабилитации. Это восстановление функциональной способности в той или иной степени (полное восстановление, частичное восстановление, замещение при отсутствии восстановления или компенсация при ограниченном восстановлении функций и отсутствие восстановления). Это и восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни, вовлечение в трудовой процесс, переподготовка, ну и, конечно же, диспансерное обслуживание реабилитируемых пациентов.

На практических занятиях обучающиеся представляют сформированные схемы реабилитационных мероприятий в виде презентаций, оппонируют друг другу и корректируются преподавателем. По завершении изучения дисциплины, будущие бакалавры АФК, готовят курсовую работу, а качественно выполненная самостоятельная работа значительно облегчает её написание. Обучающимся представляется 50 тем для выполнения курсовой работы по дисциплине «Физическая реабилитация при соматических заболеваниях». Какую бы нозологию они не выбрали, в приложении курсовой работе должна быть составленная самостоятельно схема реабилитационных мероприятий с клинико-физиологическим обоснованием.

Таким образом, организация самостоятельной работы по дисциплине «Физическая реабилитация при соматических заболеваниях» вписывается компетентностный подход к образованию, так как формируется современный специалист, способный к самостоятельному решению проблем профессиональной деятельности и к самостоятельному проектированию и к наращиванию своего образовательного капитала, а все это неотъемлемые качества современного выпускника вуза.

#### **Список использованных источников**

1. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по соответствующему направлению подготовки (специальности) ФГОС ВО № 203 от 12 марта 2015 г.; <http://base.garant.ru/70929522/> (дата обращения: 27.10.2017).
2. Приказ Минобрнауки России от 19.09.2017 N 942 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – бакалавриат по направлению подготовки 49.03.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) (Зарегистрировано в Минюсте России 16.10.2017 N48563) / <https://bazanpa.ru/minobrnauki-rossii-prikaz-n942-ot19092017-h3821854/> (дата обращения: 27.10.2018).
3. Приказ Минтруда России от 04.08.2014 n 528н «Об утверждении профессионального стандарта «Тренер-преподаватель по адаптивной физической культуре и спорту» (зарегистрировано в Минюсте России 02.09.2014 n 33933) /.
4. Вавилина А.В. Компетентностный подход в образовании // Новые образовательные стандарты высшей школы: традиции и инновации. Сборник научных статей Всероссийской (с межд.участием) научно-практической конференции. Под ред. Е.Г. Елиной, Е.И. Балакиревой. Саратов, 2012. С.24-27.
5. Кильмасова И. А., Шарипова Э. Ф., Организация самостоятельной работы бакалавров и магистров в контексте компетентностного подхода // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2013. – УДК 378.937 ББК 74.480.26.
6. Смирнова С.А. Организация самостоятельной работы студентов в контексте новых требований ФГОС к изучению иностранного языка в вузе // Педагогические науки. – 2015. – №5 (36), часть 4.– С. 42-43.

*УДК 376*

**Глобенко Римма Рифкатьевна**  
старший преподаватель кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

**ИНКЛЮЗИВНОЕ (ВКЛЮЧАЮЩЕЕ) ОБРАЗОВАНИЕ – ЗАКОНОМЕРНЫЙ  
ЭТАП РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ В КРЫМУ**

**Аннотация:** Инклюзивное образование является своеобразным социальным заказом общества и государства, закономерно возникающим на определенном этапе правового, экономического и культурного развития общества. В Российской Федерации вопросы инклюзии являются приоритетными уже несколько лет. Крымская система образования начала вливаться в российское образовательное пространство только в 2015 г., поэтому развитие инклюзии в Крыму, являясь важным элементом реформы образования, находится на ранней стадии и имеет свои проблемы и особенности.

**Ключевые слова:** инклюзия, инклюзивное образование, образовательное пространство, реформа образования, ограниченные возможности здоровья, Крым.

**Globenko R.R. Inclusive (inclusive) education is a natural stage in the development of the education system in Crimea. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia**

**Annotation:** Inclusive education is a kind of social order of society and the state, naturally arising at a certain stage of the legal, economic and cultural development of society. In the Russian Federation, inclusion issues have been a priority for several years. The Crimean education system began to flow into the Russian educational space only in 2015, so the development of inclusion in Crimea, being an important element of the education reform, is at an early stage and has its own problems and features.

**Key words:** inclusion, inclusive education, educational space, education reform, limited health, Crimea.

Начиная с последних десятилетий XX века, ведущей тенденцией в совершенствовании системы образования в развитых странах (прежде всего, в США и Великобритании, а также в Германии, Швеции, Канаде, скандинавских и других европейских странах) является внедрение и развитие системы инклюзивного (включающего) образования. В общем смысле, суть инклюзии заключается в том, что включенным в образовательный процесс детям с особыми потребностями создаются специальные условия, обеспечиваются поддержка и помощь.

Нужно отметить, что на сегодняшний день не существует единой, универсальной, интернациональной модели инклюзивного образования: в силу ряда исторических, геополитических, национальных, этнических и др. факторов в разных странах внедряется свой подход к идее инклюзии. Однако можно выделить ряд общих, объективных и взаимосвязанных предпосылок для успешной реализации реформы образования в этом направлении:

- демократическое государственное устройство;
- соблюдение прав и свобод личности;
- приоритетное финансирование системы образования;
- наличие реально действующего инструментария в системе специальных образовательных услуг для детей с особыми образовательными потребностями;
- свобода и возможность выбора предоставляемых образовательных услуг;
- принятие обществом людей с особыми потребностями как равноправных членов социума.

Приведенные выше предпосылки отображены в Саламанской декларации, принятой мировым сообществом в 1994-м году, и считающейся начальной точкой отсчета для всеобъемлющей трансформации парадигмы системы образования в цивилизованном мире. Пожалуй, впервые в истории человечества были определены приоритетные принципы

включения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в общеобразовательную систему, как непереносимое условие не только совершенствования сферы дошкольного и школьного образования, но и углубления общемировых гуманистических тенденций. Эти приоритетные принципы включают:

- вариативность организации учебного процесса;
- персонализация и индивидуализация образовательных программ;
- обеспечение возможности взаимодействия, взаимопонимания и взаимоприятия разных детей на гуманистической основе [3].

Считается, что в Россию идеи инклюзии пришли с отставанием примерно на два десятилетия. Перестройка и реформа российской политической и социальной системы, случившаяся в конце прошлого века, несколько отсрочила актуализацию принципов инклюзии в нашей стране. Тем не менее, демократические преобразования, начавшиеся в нашем обществе тридцать лет назад, не могли не отразиться на такой важной области, как образование. Вопросы интегрированного обучения в Российской Федерации постепенно приобрели признаки устойчивых тенденций уже с начала двухтысячных: дети с ОВЗ получали образование в учреждениях специального образования, однако уже в то время встречались случаи успешной интеграции в общеобразовательный процесс школьников с нарушением слуха, зрения и т.п.

В последнее десятилетие проблемы интеграции выходят на передний край реформы современной российской системы образования. Преобразования в этой области, происходящие в развитых демократических странах, показывают перспективность и притягательность инклюзивного подхода к обучению детей с ОВЗ. Однако нужно учитывать, что Россия находится на начальном этапе становления демократических норм и их законодательного закрепления, тогда как Европа прошла многовековой путь развития гуманистических идеалов. Инклюзия для развитых стран – это мировой процесс закономерного совершенствования общества в целом, обусловленный множеством причин различного характера [5]. Т.е. можно определить инклюзию как объективный социальный заказ общества и государства, закономерно возникающий на определенном этапе правового, экономического и культурного развития. Предоставление всем гражданам равных прав и возможностей в сфере образования является существенным шагом на пути к конечной цели - созданию «включающего» общества, каждый член которого, независимо от возраста, пола, этнической принадлежности, наличия или отсутствия нарушений развития и пр., имеет полноценную возможность участвовать в жизнедеятельности социума.

В России право на совместное обучение детей с ОВЗ и детей без отклонений в состоянии здоровья реализуется с 1 сентября 2013 года в соответствии с Законом «Об образовании в Российской Федерации». [1]

Несколько лет подряд, до принятия указанного Закона, в российском обществе шло активное обсуждение положений проекта Специального Федерального государственного образовательного стандарта (СФГОС).

На современном этапе важнейшими задачами инклюзивного образования в нашем государстве является создание научно-методической базы и инструментария моделей включения детей со специальными образовательными потребностями в общеобразовательную среду. Нормативно-правовые и организационно-методические основы, создание специальных

условий для каждой категории «особых» детей занимают в этом вопросе центральное положение [4].

Имея общеизвестные специфические исторические особенности развития, крымская система образования начала полноценно вливаться в общероссийское образовательное пространство лишь с 2015-го года. Четыре года назад идеи инклюзии были новы для крымского образования: на тот момент полностью отсутствовал какой-либо методико-педагогический и прикладной базис для ее внедрения. Тем не менее, проблемы граждан Крыма с ОВЗ, и особенно детей, были весьма актуальными. По данным автономной некоммерческой организации «Координационный Центр сохранения и популяризации культурного, исторического и природного наследия регионов, социальных услуг и патриотического воспитания», на 01.01.2015г. в Крыму было официально зарегистрировано 121 446 инвалидов (что составляло 6,4% от всего населения), причем большую долю от этого числа составляли дети дошкольного и школьного возраста (по разным данным от 5 до 10%). Сопоставим эти цифры с показателями по стране и миру.

По данным Росстата Федеральной службы государственной статистики на начало 2018-го года численность инвалидов в России составляет 11 750 000 человек, причем 9,21% из них - инвалиды с детства. Это примерно 8% от всего населения нашей страны. Детей-инвалидов (граждане до 18 лет), по данным того же Росстата, в России на 01.01.2018 зарегистрировано 655 000, или 5,6% от общего числа инвалидов. В Республике Крым, при населении в 1 912 168 человек, зарегистрировано 6 469 детей-инвалидов (примерно 0,7% от всего населения полуострова) [6].

Цифры поражают масштабностью, но много это или мало по сравнению с мировой статистикой?

По данным ЮНЕСКО (источник: EUROSTAT), доля инвалидов в «‰» от всего населения в некоторых странах Европы следующая [7]:

- Финляндия – 32%;
- Великобритания – 27,3%;
- Нидерланды – 25,4%;
- Франция – 24,6%;
- Эстония – 23,7%;
- Чехия – 20,2%.

По данным ВОЗ (данные открытых источников), количество инвалидов в мире – примерно 23% от всего населения земного шара.

В этом ряду, «российские» 8% смотрятся, на самом деле, весьма неутешительно и даже настораживающе. Столь низкая цифра определяется, предположительно, следующими факторами:

- низкая средняя продолжительность жизни в стране и низкий уровень медицины (как следствие – высокая смертность среди инвалидов по сравнению с другими развитыми странами);

- бюрократические и технические особенности присвоения и ежегодного подтверждения степени инвалидности, как взрослых, так и детей таковы, что многие люди просто отказываются от этой сложной и громоздкой процедуры, а для многих семей она просто неподъемна;

- инклюзия в России находится на самом начальном этапе становления, поэтому родители детей с относительно небольшими отклонениями в здоровье отказываются от статуса инвалидов для своих подопечных ради возможности их обучения в полноценной общеобразовательной среде.

Проблематика последних двух пунктов актуализируется сильным расхождением официальных данных по количеству детей-инвалидов в России (Росстат) с данными ЮНЕСКО: согласно последним, инвалидов среди граждан младше 18 лет в нашей стране около двух миллионов человек.

Приведенная нами статистика свидетельствует о явной и серьезной социальной проблеме, от которой не имеет права отмахнуться общество, претендующее на звание цивилизованного, передового и прогрессивного. Десятки и сотни тысяч граждан нашей страны испытывают значительные трудности в осуществлении жизнедеятельности, оказавшись на обочине экономических и социальных преобразований. Инклюзия – это важный и необходимый этап на пути развития государства, один из обязательных и неотъемлемых компонентов осуществления права на «образование для всех».

Интенсификация внедрения системы инклюзивного образования в образовательное пространство Крыма, осуществляемая в рамках межведомственного плана на текущие годы, происходит, прежде всего, в рамках Федеральной программы «Доступная среда», направленной, в том числе, и на модернизацию общеобразовательных школ. Из федерального бюджета выделяются значительные средства на совершенствование школьной инфраструктуры для детей с ОВЗ. Однако, по мнению экспертов, планы внедрения инклюзии только тогда будут эффективно воплощаться в жизнь, когда будут получать приоритетную поддержку региональных властей.

Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в Республике Крым и г. Севастополе осуществляется в соответствии с п. 1 ст. 79 Федерального закона Российской Федерации от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Согласно этому закону содержание образования и условия организации обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья должны определяться адаптированной образовательной программой, а для инвалидов - в соответствии с индивидуальной программой реабилитации [1].

Несмотря на явную недостаточность темпов внедрения инклюзии в крымскую образовательную систему, можно сказать, что первые шаги в этом направлении сделаны. По данным «Крымского республиканского центра психолого-педагогического и медико-социального сопровождения, в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы, в девяносто семи крымских образовательных организациях созданы условия для инклюзивного образования детей-инвалидов. Разработаны и внедряются мероприятия по созданию условий для получения детьми-инвалидами качественного образования ещё в 28 образовательных организациях. Кроме того, в рамках реализации Государственной программы развития образования Республики Крым на 2016-2018 годы, утвержденной постановлением Совета министров Республики Крым от 16.05.2016 № 204, в 2016- 2017 гг. были выделены средства для создания условий для инклюзивного образования более чем в ста образовательных организациях. В действующей на данный момент Государственной программе развития образования в Республике Крым (с изменениями на 11 февраля 2019 года) также уделено значительное

внимание развитию инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья.

По нашему мнению, если в масштабах Российской Федерации (особенно в развитых ее регионах) на современном этапе развития образовательного пространства на первое место выходят аксиологические аспекты инклюзивного образования, то для органического внедрения инклюзии в крымскую образовательную среду особенно актуальны теоретико-методологические и праксиологические аспекты. Необходимо прорабатывать и применять системные подходы к решению, например, таких насущных задач, как вопросы оптимизации и развития нормативной и правовой базы внедрения инклюзивного образования, создания специальной информационно-технической среды, а также вопросы подготовки кадров для педагогического и психологического сопровождения особой категории обучающихся.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть важную роль всеохватного внедрения инклюзивного образования в общегосударственное и региональное образовательное пространство как необходимого элемента демократизации и гуманизации, а, следовательно, цивилизованного развития и процветания Крымского полуострова.

#### **Список использованных источников**

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Екатеринбург : Ажур, 2013.
2. Б. Инклюзивное образование : сборник статей / сост. М. Р. Битянова. – Москва : Библиотека журнала «Классное руководство и воспитание школьников», 2015. – 224 с.
3. Инклюзивное образование: инновационные проекты, методика проведения, новые идеи : сборник научно-методических материалов / под науч. ред. А. Ю. Белогурова, О. Е. Булановой, Н. В. Поликашевой. – Москва : Спутник+, 2015. – 254 с.
4. Луков В.А. Концептуализация молодежи в XXI веке: новые идеи и подходы // Социологические исследования. – 2012. -№2. - С. 21–30.
5. Симаева И. Н., Хитрюк В. В. Инклюзивное образовательное пространство: swot-анализ / Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. - 2014. - Вып. 5 - С. 31—39.
6. Федеральная служба государственной статистики \ Официальная статистика \ Население \ Положение инвалидов [Электронный ресурс] – URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/) (дата обращения: 01.03.19).
7. European Commission \Eurostat Population \umbrella \Overview [Электронный ресурс] - <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population/overview/> (дата обращения: 02.03.19).

УДК 378.016

**Глобенко Римма Рифкатьевна**

старший преподаватель кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

**Цеван Алиса Викторовна**

магистрант кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ПОДХОДА В ПОДГОТОВКЕ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БАКАЛАВРОВ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ**

**Аннотация:** В статье рассматриваются вопросы необходимости повышения эффективности подготовки к профессиональной деятельности бакалавров физического воспитания за счет внедрения в учебный процесс поликультурного подхода и использования инновационного мирового опыта в области физической культуры.

**Ключевые слова:** физическая культура, бакалавр, образование, профессиональная подготовка, поликультурность, инновационные технологии, вариативные дисциплины.

**Globenko R.R., Tsevan A.V. The relevance of a multicultural approach in preparing for the professional activity of bachelors of physical education. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia**

**Annotation:** The article discusses the need to improve the efficiency of preparation for the professional activities of bachelors of physical education through the introduction of a multicultural approach to the educational process and the use of innovative world experience in the field of physical culture.

**Key words:** physical culture, bachelor's degree, education, professional training, multiculturalism, innovative technologies, variable disciplines.

Современный этап развития человечества характеризуется процессами глобализации и интеграции во всех областях деятельности. Эта тенденция прослеживается, в том числе (а, может быть, и прежде всего), в культуре, если определять ее как набор цивилизационных правил, предписывающих человеку особую форму поведения, с характерным эмоциональным фоном, переживаниями и мыслями, которая оказывает на него определенное управленческое воздействие. Культура является динамичным комплексом устойчивых видов и форм людской деятельности, что является необходимым условием самовоспроизводства, а значит – существования.

Физическая культура, являясь неотъемлемой частью общей культуры и неся на себе отражение самых разных проявлений жизнедеятельности человека, включая самопознание и самовыражение, накопление обществом специфических навыков и умений, не может не быть вовлеченной в диалектически обусловленные макропроцессы трансформации мировой и внутригосударственной системы взаимоотношений фундаментальных элементов общества. Специфическая деятельность человека, как субъекта и объекта физической культуры, находится в непосредственной взаимообусловленной связи с новыми тенденциями, проявляющимися в ней, и поэтому должна постоянно трансформироваться в соответствии с веяниями времени [1].

Говоря о следствиях стремительно нарастающих процессов глобализации и оптимизации коммуникативных возможностей человечества, мы подразумеваем, прежде всего, процессы интеграции на всех геополитических и социальных уровнях, выражающиеся,

в том числе, во взаимопроникновении культур. В современном мире поликультурность становится синонимом цивилизованности и развитости, до конца не раскрытым резервом исторического прогресса [6].

Ощущаемый в настоящее время в российском обществе дефицит разносторонне подготовленных кадров во всех областях (т.е. специалистов, нацеленных на профессиональное совершенствование и личный рост, готовых к работе в поликультурной среде и активному взаимодействию с представителями разных мировоззрений) касается и образования в сфере физической культуры. Образование - это одна из главных, краеугольных основ любой профессиональной деятельности. Бакалавр, выпускник кафедры физической культуры, будущий педагог или тренер, обязан обладать не только определенным багажом специальных знаний и умений, но и толерантным мышлением, адаптированностью к этническим и национальным особенностям людей, с которыми ему предстоит работать.

Поликультурность является важной исторической чертой российского государства, много веков объединяющего на огромной географической территории десятки и сотни больших и малых народностей, представителей различных религий и мировоззрений. В последние же годы явление взаимопроникновения культур приобрело остроту и актуальность в масштабах всей Земли. Система образования в области физической культуры может и обязана быть тем универсальным механизмом, который обеспечивает сближение различных мировых культурных течений и религий, на основе внедрения специфических объединяющих начал, их адаптации и конвергенции в общекультурное цивилизационное поле с последующей трансляцией интегрирующего импульса во все сферы внутригосударственной и мировой общественной жизни [3,6].

Средствами и методами физической культуры и спорта, в том числе через развитие физкультурно-оздоровительных программ и внедрение передовых здоровьесберегающих технологий, можно активировать и расширять диалог культур и углублять человеческие контакты на всевозможных уровнях. Иницилируя взаимовыгодное сотрудничество в области физкультуры и спорта на всех межгосударственных, межнациональных, межконфессиональных уровнях, можно успешно решать задачи интеграции практически всех культурных компонентов (наука; педагогическая, физкультурная спортивная деятельность и пр.) в единое цивилизационное пространство [5, 6].

Нужно сказать, что сфера физической культуры уже длительное время находится под влиянием процессов, описанных выше. Даже неспециалисты в области физической культуры и физического воспитания могут отметить уже много лет происходящую интернационализацию различных видов боевых искусств, музыки, спортивно-бальных танцев, ритмов свободной пластики, физкультурно-оздоровительных систем, нетрадиционных видов физической культуры и реабилитации и др.

Во многих высших учебных заведениях проводятся занятия по указанным направлениям, имеющие, правда, факультативный характер, и потому не способствующие всестороннему и полноценному решению задач толерантности и взаимообогащению культур [2].

Возвращаясь к вопросу подготовки бакалавров по направлению «физическая культура», хотелось бы отметить отсутствие выраженной направленности современного учебного процесса на инновационную творческую поликультурную деятельность. Многие авторы отмечают, что такое положение определяется не только недостатками учебных

программ в высшем учебном заведении, но и базовыми недоработками общей учебно-образовательной системы по физическому воспитанию в цепочке «ДОУ – школа – ВУЗ». Т.е. закладка фундамента поликультурности и толерантности будущих специалистов должна происходить еще на дошкольном уровне, когда формируются основы здоровья, правильного образа жизни, моральных норм и нравственных ценностей. Можно констатировать, что нынешнее молодое поколение, в частности, студенты и выпускники кафедры физической культуры, теряют уникальную возможность использования интернациональных достижений во всех областях (биологической, психологической, физиологической и пр.) спортивной науки не только для адаптации к быстро изменяющимся условиям профессиональной деятельности, но и к активному межнациональному и этническому культурному взаимообогащению [6,7].

Характерно, что анкетирование, проведенное авторами этой статьи в феврале 2019 г. на кафедре физической культуры (ФГАОУ ВО Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)) среди обучающихся по направлению подготовки «физическая культура», показало, что будущие бакалавры, по мере накопления знаний и повышения степени ответственности за собственную профессиональную подготовленность и профпригодность, от курса к курсу все острее ощущают необходимость совершенствования учебного процесса в аспекте поднимаемых нами проблем.

Студентам I-го (10 чел.), II-го (9 чел.) и III-го (11 чел.) курсов было предложено ответить на два вопроса, используя 10-бальную шкалу ( табл. 1).

Таблица 1

**Анкета для опроса студентов**

№п/п	Вопрос	Баллы
1	Насколько полно, по Вашему мнению, учебный процесс отражает современный мировой опыт в плане воспитания толерантности и поликультурности у будущих бакалавров по направлению «физическая культура»?	0 баллов – отражает максимально полно; 10 баллов – совершенно не отражает
2	Нужно ли расширять и углублять программу подготовки бакалавров по направлению «физическая культура» за счет, например, вариативных дисциплин, имеющих поликультурную составляющую?	0 балл – точно не нужно; 10 баллов – безусловно необходимо

Результаты анкетирования отображены на диаграмме (рис. 1).

Результаты анкетирования показывают, что неудовлетворенность студентов содержанием учебного процесса в плане поликультурности и толерантности возрастает к концу обучения более чем в 10 раз по сравнению с первым курсом. Также значительно возрастает потребность в расширении и углублении учебного процесса за счет вариативных дисциплин, имеющих поликультурную составляющую.

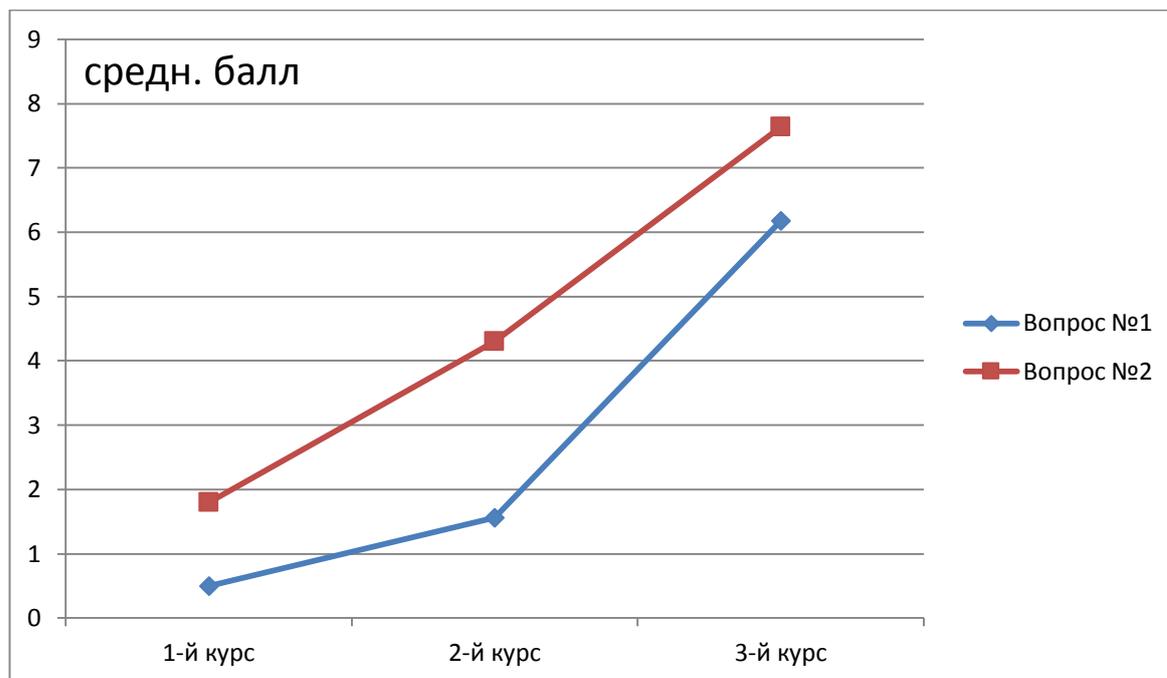


Рис. 1 – Результаты анкетирования среди студентов (средние баллы по курсам)

Можно видеть, что проведенный опрос подтверждает актуальность проблемы совершенствования учебного процесса в подготовке бакалавров по направлению «физическая культура», за счет активизации внедрения поликультурного подхода и использования инновационного мирового опыта в области физической культуры. Указанная проблема, по мнению специалистов и ученых, может быть решена, прежде всего, за счет внедрения в процесс обучения современных фитнес-технологий. (Под фитнес-технологиями в данном случае следует понимать систему общей и физической культуры, имеющую адаптивную и оздоровительную направленность).

Подразумевается, что вариативная часть спортивно-педагогических дисциплин должна быть значительно расширена. Инновационные технологии могут быть представлены в разных разделах подготовки за счет, например, различных видов фитнеса (хореография, спортивный рок-н-ролл, ритмическая гимнастика и пр.), национальных видов борьбы и единоборств, аквааэробики, комплексов и групп фристайловых элементов, рекреационно-экстремальных видов (роликового спорта, скалолазания, слалом-сноуборда и т.д.) [3,6,7].

Нам кажется, что важность темы диктует назревшую необходимость активной разработки, систематизации и внедрения усовершенствованных программ и документов по озвученной нами проблеме, на основе которых будут разработаны методические материалы, позволяющие повысить профессиональную подготовку бакалавров, по направлению «физическая культура», которая отвечала бы требованиям современного рынка труда.

#### Список использованных источников

1. Артамонова Л.Л., Панфилов О.П., Борисова В.В. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура: учеб. пособие [Текст]/под ред. проф. О.П. Панфилова. М.:ВЛАДОС, 2010. - 389 с.
2. Бароненко В.А. Здоровье и физическая культура студента [Текст] / В.А. Бароненко // учеб. пособие. – М.: Аль-аа-М, ИНФРА, 2012. – 276 с.

3. Вальчук, Н.К. Физическая культура личности студента как ресурс его жизнедеятельности [Текст] / Н.К. Вальчук, А.В. Савенко, Д.А. Романов // Ученые записки университета им. Г.Ф. Лесгафта. – 2013. – № 10 (104). – С. 32-35.

4. Лисицкая Т.С., Сиднева Л.В. Аэробика [Текст] / Т.С. Лисицкая, Л.В. Сидиева // Т. П. Частные методики. М.: Федерация аэробики России. 2002. 216 с.

5. Полянский, А.В. Педагогический эксперимент в физическом воспитании студентов [Текст] / А.В. Полянский, Д.А. Романов, Е.Ю. Лукьяненко // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2008. – № 4. – С. 55-60.

6. Теоретико-методологические аспекты проектирования инновационных технологий в подготовке специалиста по физической культуре [Текст] / О.П. Панфилов [и др.] // Культура физическая и здоровье. 2012. № 4(40). С. 36–39.

7. Физкультурно-оздоровительные технологии: монография [Текст] / под ред. Проф. А.А. Горелова, проф. А.В. Лотоненко. М: «Еврошкола», 2011. – 300 с.

УДК 376

**Глобенко Римма Рифкатьевна,**  
старший преподаватель кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

### **АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Аннотация:** В статье рассматриваются педагогические, социально-нравственные, философские основы инклюзивного образования, базисные нормы трансформации образовательного пространства в соответствии с цивилизационными гуманистическими требованиями. Выделяются основные аксиологические проблемы внедрения инклюзии в российское образовательное пространство, определяются первоочередные задачи на пути развития инклюзивного образования в ракурсе аксиологии.

**Ключевые слова:** инклюзия, инклюзивное образование, образовательное пространство, аксиология, гуманизм.

**Globenko R.R. Axiological aspects of inclusive education. V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia** **Annotation:** The article discusses the pedagogical, socio-moral, philosophical foundations of inclusive education and the basic norms of the transformation of the educational space in accordance with civilizational humanistic requirements. The main axiological problems of the inclusion of inclusion in the Russian educational space are highlighted, the priorities for the development of inclusive education are determined from the perspective of axiology.

**Key words:** inclusion, inclusive education, educational space, axiology, humanism.

Сущность образования в социально развитом обществе определяется всеобъемлющим понятием «право». Реализация права на «образование для всех» является одной из центральных проблем современной цивилизации. Самореализация каждого

человека – главная цель социального развития, одна из центральных нормативно-гуманистических задач, стоящих перед мировым сообществом.

Благодаря своей глобальности, эта идея ярко отражается в современной образовательной парадигме, в рамки которой органически вписывается категория «инклюзивное образование».

Социальная инклюзия – явление личностно ориентированное, являющееся закономерным этапом переосмысления путей развития международной и национальной политики в области образования.

В соответствии с нормативными документами ЮНЕСКО, в широком понимании, инклюзивное образование определяется как предоставление всем обучающимся равных прав, а также равных возможностей получать качественное образование, невзирая на различную гендерную, этническую, географическую принадлежность, социальный и экономический статус, возраст, религию, требования специальных условий и т.п. В более узком смысле, под инклюзивным образованием понимается обеспечение всестороннего и равноправного доступа к образованию лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). В этом аспекте необходимо отметить, что индикатором доступности образования в целом, и, как следствие, цивилизованности общества, служит как раз эта категория граждан.

Можно сказать, что инклюзия, с одной стороны (с позиций социальной философии), состоит в вовлечении любого человека в социум и культуру (в соотношении с его референтной группой), что способствует взаимообогащению индивида и общества. С другой стороны, под инклюзией подразумевают включение человека с ОВЗ (прежде всего, ребенка) в образовательную среду здоровых сверстников: в базисной основе современной концепции инклюзивного образования лежит идея совместного обучения здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья. Возможность практической реализации этой идеи определяет реальную способность государства обеспечить право на образование своим гражданам [4].

В развитии системы образования для людей с ОВЗ можно выделить три исторических этапа.

Гуманистические тенденции в продвинутой части европейского общества в первой половине XX века позволили сформулировать образовательную концепцию, получившую название «социальное исключение», и предполагавшую широкое, но изолированное обучение людей с ограниченными возможностями в специализированных заведениях. В 60-х – 80-х годах XX века, пересмотр и развитие цивилизационных морально-нравственных норм в большинстве продвинутых стран привело к трансформации концепции «социального исключения» в концепцию «интеграции», выражающуюся в экспериментальной переориентации на совместное обучение. Третий этап в развитии системы образования для людей с ОВЗ берет начало в 90-х годах XX века. В 1990г. в научный оборот вошло понятие «инклюзия»: мировым сообществом была принята т.н. Джомтьенская декларация, а затем, в 1994г., Саламанская декларация о принципах деятельности в сфере образования лиц с ОВЗ.

Инклюзивное образование – это закономерный и естественный этап в развитии общей системы образования, получивший в последнее десятилетие мощный импульс к развитию не только в передовых странах, но и во всем мире. В этом плане определяющей является Конвенция ООН «О правах инвалидов», которую Российская Федерация

ратифицировала в 2012 году, приняв на себя обязанности по реализации, в том числе, наиболее толерантной и эффективной инклюзивной образовательной практики по предоставлению возможностей всестороннего обучения лицам с особыми потребностями. Положения указанной Конвенции нашли отражение в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации», закрепляющем право равного доступа к качественному образованию для всех обучающихся с учетом особых индивидуальных образовательных потребностей [1, с.5].

Согласно нормативным документам, озвученным в 1999-м году на Генеральной Ассамблее ООН, образовательная среда для лиц с особыми образовательными потребностями должна иметь пять основных характеристик: доступность, осуществимость, финансовая обеспеченность, социальная поддержка и равенство.

Нужно отметить, что согласно ст.2 Федерального Закона об образовании «обучающийся с ОВЗ» определяется как «физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психическом развитии, ... препятствующие получению образования без создания специальных условий». Т.е. этот термин может распространяться как на инвалидов, так и на лиц не являющимися инвалидами. При этом, согласно ст.9 п.4, обучение лиц с ОВЗ может быть организовано как совместно со здоровыми детьми, так и в отдельных классах (группах или организациях) [1, с.5, 102].

Таким образом, в положениях рассматриваемого Закона заложены правовые основы для внедрения и развития как инклюзивного, так и интегрированного и специального коррекционного образования.

Несмотря на то, что со времени принятия Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» прошло более шести лет, инклюзивное образование в нашей стране все еще находится на этапе становления: существует много как объективных, так и субъективных социальных, психологических, юридических и экономических проблем, препятствующих совершенствованию отечественного образовательного пространства.

Проблемы, мешающие эффективному внедрению в образовательную практику идей инклюзии, можно разбить на теоретико-методологические, праксеологические и аксиологические [2].

Первая группа включает в себя вопросы методологии и концепции, а также понятийного аппарата, определяющие основы инклюзии. Группа праксеологических проблем объединяет вопросы оптимизации и развития нормативной и правовой базы внедрения инклюзивного образования, создания специальной информационно-технической среды, а также вопросы подготовки кадров для педагогического и психологического сопровождения особой категории обучающихся.

Аксиологические проблемы включают наиболее важные, сложные и неоднозначные вопросы фундаментального пересмотра системы ценностей в новой образовательной парадигме. Изменения должна претерпеть сама философия построения образовательного пространства. Устаревшая условная концепция «образование ради образования» должна быть заменена на новую концепцию «образование ради развития». Концептуальная схема инклюзивного образования основывается на преодолении социальных, психологических и профессиональных стереотипов по отношению к людям (прежде всего, к детям) с ОВЗ, на формировании толерантного сообщества, разделяющего идеи равноправия и стимулирующего развитие всех своих компонентов. При этом речь должна идти как об

обществе в целом, так и об отдельных, непосредственных участниках образовательного процесса.

Аксиологический подход, если рассматривать его как иерархическую систему ценностей смыслообразующих оснований человеческого бытия (которая, в общем-то, и задает мотивационный вектор человеческой жизнедеятельности) является основой инклюзии. С позиций аксиологии образование, обучение, воспитательная и педагогическая деятельность являются одними из основных человеческих ценностей в концепции взаимосвязанного и диалектически взаимообусловленного мироустройства: всем субъектам образовательного пространства важно научиться осознанно принимать не только объединяющее общее, но и отличное, присущее отдельному индивидууму.

Аксиологический подход можно рассматривать как философскую и методологическую основу инклюзии. Это позволяет воспринимать инклюзивное образование как социокультурное явление, выражающееся в идеях безусловности гуманистических ценностей, фундаментальности идей свободы и равноправия. Инклюзия является практическим воплощением права каждого человека на уважение и принятие обществом его персональных особенностей. Возможность обучения людей с ОВЗ в общеобразовательных учреждениях приравнивает их социальный статус к статусу здоровых людей.

В ракурсе рассмотренных принципов, инклюзивное образование должно включать базовые аксиологические нормы. Основными из них являются следующие: каждый человек имеет право быть услышанным и имеет право на общение; ценность личности абсолютна; качественное образование осуществляется лишь в реальных взаимоотношениях; все люди нуждаются друг в друге, во взаимной поддержке и дружбе с ровесниками; жизнь человека должна быть разнообразна и т.д. [5].

Можно отметить, что человек с ограниченными возможностями жизнедеятельности особенно нуждается в образовании, так как оно дает ему импульс к духовному и телесному саморазвитию.

Итак, аксиологический подход к инклюзивному образованию выражается в реализации принципа «образование для всех», во включении всех детей в образовательную систему при обеспечении их равноправия. Нам видится, однако, что на практике в этих вопросах вырисовывается ряд серьезных проблем, которые требуют дополнительного осмысления. Выделим три, по нашему мнению, основные.

Проблема №1. Очень часто на локальных уровнях инклюзия понимается как механическое включение индивидов с ОВЗ в существующую систему образования. Но на самом деле главная задача инклюзии заключается не в том, чтобы механически интегрировать человека с особыми потребностями в процесс обучения здоровых людей, а в том, чтобы трансформировать систему таким образом, чтобы она отвечала потребностям всех учащихся. Т.е. требуется изменение самой парадигмы национального образовательного пространства.

Проблема №2. Инклюзия в социальном аспекте – явление глобальное и всеобъемлющее, которое не может замыкаться лишь в рамках системы школьного, профессионального и высшего образования. В ракурсе аксиологического подхода становление инклюзивной системы образования возможно лишь в высокодуховной социальной среде, которая готова для восприятия самой этой идеи. Т.е. главным условием

внедрения инклюзии в современной России является повышение духовности, толерантности и внедрение гуманистического мировоззрения на всех уровнях. Это задача может быть решена только комплексно, при этом должны быть задействованы все звенья цепочки «семья»- «ДОУ» - «школа» - /«ВУЗ»/ - «общественные взаимоотношения», откорректирована и перенаправлена работа средств массовой информации, трансформированы образовательные программы и изменено законодательство. Воспитывающие гуманизм школьные программы не будут жизнеспособны, если в окружающем ребенка социуме будет культивироваться агрессия, вражда, идеи превосходства одних социальных групп и геополитических формаций над другими и пр. Т.е. инклюзия – это задача преобразования не только и не столько системы образования, сколько всего общества.

Проблема №3. Часто можно столкнуться с тем, что многие родители здоровых детей, и даже отдельные педагоги считают, что интеграция в общеобразовательный класс лиц с нарушениями когнитивного развития нецелесообразна, так как не отвечает образовательным потребностям и особенностям детей, и в то же время провоцирует ухудшение качества обучения учеников без нарушения здоровья. Несомненно, одним из условий инклюзии, т.е. интеграции детей с ОВЗ в общеобразовательный класс является соблюдение образовательных прав абсолютно всех учащихся. Т.е. должны быть разработаны и задействованы специальные практические механизмы и правила, которые бы, например, предупреждали ситуацию вынужденного неравномерного распределения внимания учителя между учениками класса и снижение результирующего уровня образования. Неоднозначны и вопросы адаптации существующих общеобразовательных программ к условиям инклюзии без потери их эффективности и образовательного качества.

Решению вышеперечисленных, а также некоторых других важных проблем внедрения идеи инклюзивного образования в российское общество должен способствовать Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт (СФГОС), концепция которого обсуждалась в течение нескольких лет [3].

В СФГОС закреплён принцип дифференцированного подхода к образованию детей с различными отклонениями в здоровье, предоставление им возможности получать образование, как в коррекционной, так и в массовой школе в условиях инклюзии или интеграции. Сущность СФГОС заключается в предоставлении равных образовательных возможностей лицам с ОВЗ с учетом специфических особенностей, которые могут быть очень различны: от практически нормального развития до лиц с тяжелым поражением нервной системы.

Не вдаваясь в детали структуры СФГОС, можно отметить, что система отечественного образования и педагогика в целом получила практический инструментарий внедрения инклюзии в российское образовательное пространство. Однако, возвращаясь к вопросам проблематики аксиологических аспектов в системе инклюзивного образования, хотелось бы обратить внимание на их взаимообусловленность и комплексную целостность. С принятием на государственном уровне специальных нормативных документов и актов, с утверждением СФГОС, на первый план выходит фактор, который мы отметили как проблему №2: главным условием внедрения инклюзии в современной России является повышение духовности, толерантности общества и внедрение гуманистического мировоззрения на всех социальных и государственных уровнях. Основные усилия не

только специалистов и педагогов, но и всех государственных институтов, всего социума должны быть сосредоточены именно в этом направлении.

#### **Список использованных источников**

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Екатеринбург : Ажур, 2013.
2. Брызгалова С. В., Зак Г. Г. Инклюзивный подход и интегрированное образование детей с особыми образовательными потребностями // Специальное образование. - 2010. - № 3.
3. Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья. М. : Просвещение, 2014.
4. Назарова Н. М. К вопросу о теоретических и методологических основах инклюзивного обучения // Специальное образование. – 2012. – № 2.
5. Шевелева Д. Е. Особенности организации инклюзивного образования в России и за рубежом // Проблемы современного образования.– 2014. – № 5

*УДК 378.17*

**Рябцев Сергей Михайлович,**  
доктор биологических наук,  
профессор кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

#### **ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СТУДЕНТОВ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ**

**Аннотация.** В статье раскрыты принципы реализации социально-психологического сопровождения студентов с сенсорными нарушениями в профессиональном образовании. В процессе инклюзивного образования выделены три этапа адаптации, способствующие поэтапному вхождению студента с ограниченными возможностями здоровья в образовательный и профессионально-трудовой процесс.

**Ключевые слова:** инклюзивное образование, студенты с ограниченными возможностями здоровья, сенсорные нарушения, ассистивные технологии.

**Ryabtsev Sergey Mikhaylovich Doctor of biological Sciences, Professor of Department of Physical Education, V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Sevastopol, Russia**  
**PRINCIPLES OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF STUDENTS WITH SENSORY DISORDERS IN VOCATIONAL EDUCATION**

**Annotation.** The article reveals the principles of implementation of social and psychological support of students with sensory disorders in vocational education. In the process of inclusive education, there are three stages of adaptation, that contribute to the gradual entry of a student with disabilities into the educational and professional-labor process.

**Keywords:** inclusive education, students with disabilities, sensory disorders, assistive technologies.

Профессиональное образование инвалидов (в том числе, лиц с нарушениями зрения или слуха) рассматривается как важный фактор социальной реабилитации, адаптации и интеграции данной категории граждан в общество. Лица с сенсорными нарушениями нуждаются в особых условиях, складывающихся только в специально организованной образовательной среде. Особые условия могут быть созданы через организацию комплексного социально-психологического сопровождения в системе профессионального образования. Организация сопровождения лиц с сенсорными нарушениями в вузе опирается на нормы международного, федерального, регионального права, а также профессиональные и образовательные стандарты. Доступная образовательная среда способствует социализации лиц с ограничениями здоровья, развитию и самореализации их личности в процессе обучения

Социально-психологическое сопровождение – это особая, пролонгированная помощь, специально организованный процесс, направленный на создание безопасных условий, в которых становится возможным преодоление социальной эксклюзии и чувства отчуждения. Социально-психологическое сопровождение направлено на восстановление связей с миром, социальных связей, формирование коммуникативных компетенций и возможностей быть вовлеченным в социальные практики.

Социально-психологическое сопровождение студентов с сенсорными нарушениями должно носить профессиональный характер, быть обеспечено ассистивными технологиями и соответствующими специалистами. В реализации социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения и слуха необходимо учитывать физиологические, психологические особенности, а также степень поражения по основному заболеванию данной категории лиц. Эффективность социально-психологического сопровождения зависит, в том числе, от инклюзивной культуры и психологической компетентности всех субъектов образовательного процесса (администрации вуза, преподавателей, специалистов, осуществляющих взаимодействие, студентов с сенсорными нарушениями).

В целом под сопровождением понимается выполнение функции тьютора в то время как социальное сопровождение означает поддержку субъекта в какой-либо сложной ситуации в целях ее преодоления. Социальное сопровождение основывается на принципах гуманистической психологии, предполагающих мобилизацию скрытых резервов и развитие способности человека самостоятельно справляться с возникшими проблемами. Социально-психологическое сопровождение направлено на решение как личностных, так и социальных проблем человека.

В рамках развития социальных институтов и систем (в том числе, системы образования) сопровождение рассматривается как технология или метод, обеспечивающий создание условий для достижения требуемых результатов и адаптации к конкретному (например, образовательному) процессу. В системе высшего образования сопровождение отличается по своим целям, задачам, принципам, этапам, компонентам сопровождения, а также методам, формам и средствам. Социально-психологическое сопровождение в системе образования направлено: с одной стороны, на адаптацию студента к образовательному пространству, поддержку его в учебном процессе и помощь в

профессиональном самоопределении; с другой – на самореализацию студента в этом пространстве и его личностные достижения. Особое значение такое сопровождение имеет для студентов с ограничениями по здоровью.

Система социально-психологического сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья в высшем образовании (в вузах) начала складываться примерно пятнадцать лет назад при взаимодействии специалистов разного профиля (педагоги, психологи, социальные педагоги, социальные работники, дефектологи, медицинские работники, специалисты адаптивной физической культуры и др.). Участие различных специалистов в сопровождении придает ему комплексный характер и расширяет возможности социализации студентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

При организации социально-психологического сопровождения студентов с нарушениями зрения и слуха необходимо учитывать следующие факторы:

1. учитывать всё разнообразие и специфику проблем, с которыми сталкивается студент с сенсорным нарушением, и выстраивать работу специалистов в тесном взаимодействии. Структура сопровождения в случае наличия студентов с нарушениями зрения и слуха в вузе должна включать тифлопедагога и сурдопедагога;

2. выстраивать работу в соответствии с индивидуальным подходом, учитывая особенности личности студента с нарушениями зрения и слуха. С учетом физиологических, психологических особенностей и степени поражения студента разрабатывается индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА);

3. деятельность структуры социально-психологического сопровождения должна иметь проектно-целевой характер, т.е. быть направлена на конкретный результат (ориентирование в пространстве, учебная деятельность, бытовые условия и др.);

4. сопровождение, связанное с образовательным процессом, с учетом определенной продолжительности и этапности (бакалавриат – 4 года, магистратура – 2 года обучения), что предполагает важность выделения адаптационных периодов [5].

Обычно выделяется три периода адаптации в процессе обучения в вузе:

1. первичная адаптация студентов первого курса, способствующая быстрому вхождению в новую образовательную среду (студентам с нарушениями зрения и слуха важно быстро научиться ориентироваться на территории и в учебных корпусах и применять специальные технические средства, способствующие быстрому усвоению учебного материала);

2. адаптация в учебном процессе (новые дисциплины, новые требования, новые условия и др.);

3. адаптация на финальном этапе обучения, которая включает в себя первичную профессионально-трудовую адаптацию выпускников.

Основными при организации системы социально-психологического сопровождения в процессе профессиональной подготовки студентов с сенсорными нарушениями в вузе могут быть:

- индивидуальный и дифференцированный подход.
- комплексность и последовательность;
- дополнительность и вариативность при отборе методов, форм и средств сопровождения и приведение их в соответствие с индивидуальными особенностями студентов;
- ориентация на потребности личности с учетом индивидуальных возможностей;

– социальное партнерство всех участников образовательного пространства, работодателей, некоммерческих или негосударственных организаций.

Основными ориентирами в деятельности системы социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения и слуха в соответствии с их индивидуальными психофизическими особенностями и сенсорными возможностями выступают:

- преодоление ограничений и барьеров в ориентировании и мобильности;
- преодоление трудностей в освоении образовательных и профессиональных программ ВУЗа;
- устранение личностных барьеров (страха, неуверенности в завтрашнем дне, тревоги) с целью подготовки к будущей профессиональной и трудовой деятельности.

Специальные функции социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения и слуха: коррекционно-развивающая; информативно-коммуникативная; диагностическая; адаптивная; рефлексивная; социализирующая; реабилитационная. В практике организации социально-психологического сопровождения наиболее часто встречающимися являются следующие модели:

Модель 1. Внешняя служба, включающая комплексное социально-психологическое сопровождение всех участников образовательного процесса с помощью специалистов внешних структур или организаций. В рамках данной модели в единой команде работают специалисты разного профиля объединенных одной задачей. Специалистами комплексно проводится диагностика, коррекция и реабилитация.

Модель 2. Внутренняя служба, включающая социально-психологическую службу (отдел, управление и др. формы), функционирующая в высшем образовательном учреждении на постоянной основе. Специалисты службы являются сотрудниками образовательной организации и в рамках данной модели в единой команде работают со специалистами разного профиля. Специалистами комплексно проводится диагностика, коррекция и реабилитация.

В условиях высшего образования социально-психологическое сопровождение лиц с нарушением зрения и слуха осуществляется по следующим видам деятельности:

- По времени может быть: постоянным, временным.
- По способу организации: непосредственным, опосредованным, дистанционным.
- По форме организации: индивидуальным, групповым.
- По содержанию или характеру деятельности: организационное, индивидуальное, адаптационное, коррекционно-развивающее, диагностическое.

Можно выделить следующие технологии социально-психологического сопровождения: технология педагогической поддержки, психологические технологии, технологии тьюторства и кураторства, здоровьесохраняющие технологии, здоровьесберегающие технологии, социально-воспитательные технологии.

В процессе образования студентов с ОВЗ рекомендуется использовать различные технологии, направленные на социально-психологическое сопровождение. Приоритетными направлениями сопровождения в вузе являются: сопровождение учебно-образовательного процесса, сопровождение адаптационных периодов на всех этапах профессионального становления, сопровождение профессиональной ориентации и трудоустройства, психологическое сопровождение, социокультурное сопровождение, сопровождение студентов группы риска.

Основными методами социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения и слуха являются: превентивные меры поддержки, информирование, консультирование, диагностика, коррекция, тренинг.

Средства социально-психологического сопровождения студентов с сенсорными нарушениями: ассистивные средства для лиц с нарушениями зрения или слуха, тифлотехнические, электронные приборы и инструменты, специальные дидактические пособия, тифлотехнические приспособления, сенсорно-информационные (звуковые, тактильные), сурдологические средства включающие звукоусиливающая аппаратура, сигнализаторы звука световые и вибрационные, мониторы с телетекстом для показа программ с

В соответствие с нормативными документами, регламентирующими трудовую и профессиональную деятельность инвалидов, разработанными Минтруда РФ, студентам с нарушением зрения или слуха могут быть рекомендованы следующие виды профессиональной деятельности: научный сотрудник в области образования, права, социологии, психологии, философии, истории, политологии, филологии [4]. Соответственно, выбор профессий может быть сопряжен с конкретной профессиональной областью, что означает возможность выбора конкретного направления подготовки по областям образования «Науки об обществе», «Образование и педагогические науки», «Гуманитарные науки», что в процессе получения профессионального образования предполагает применение специально разработанных профессиограмм способствующих более эффективному освоению специальности.

В качестве основных этапов внедрения деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха, в практику образовательной организации высшего образования могут выступать следующие организационно-содержательные мероприятия:

1 этап. Оценка условий внедрения системы индивидуального социально-психологического сопровождения студентов с сенсорными нарушениями в вузе. Организация социально-психологического сопровождения в вузе должна строиться на учете комплекса факторов, которые в большей или меньшей степени способны оказывать влияние на качество предоставляемых услуг в программе индивидуального социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха.

В основе разработки и функционирования системы социально-психологического сопровождения в вузе должны лежать следующие принципы:

1. приоритетность запросов учащихся с нарушением зрения или слуха, то есть обеспечение уверенности в том, что эти требования будут выполнены в учебном заведении высшего профессионального образования;

2. соблюдение положений нормативных документов, регламентирующих требования к технологиям, методам и условиям индивидуального социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха в вузе;

3. обеспеченность учреждения соответствующими профессиональными кадрами, материально-технической базой деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха;

4. обеспеченность информационными ресурсами, позволяющая осуществлять оперативное информирование субъектов образовательного процесса вуза, а также социально-

психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха;

5. обеспеченность документации: научно-методические разработки, учебные пособия, базы данных методик комплексного сопровождения в целом, и социально-психологического в частности;

6. обеспеченность данных о результатах деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха в вузе, а также данных об оценке эффективности данной деятельности;

7. четкость распределения полномочий и ответственности среди субъектов образовательного процесса и процесса социально-психологического сопровождения (профессорско-преподавательский состав, специалисты структурных подразделений, реализующих деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха в вузе);

8. разработанность системы контроля и оценки качества услуг по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха в вузе;

9. документирование деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха в вузе;

10. обеспеченность понимания всех участников образовательного процесса о содержании и значении деятельности по социально-психологическому сопровождению.

Данный этап предполагает комплексную организационную диагностику на предмет обеспеченности условий по внедрению и реализации деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с сенсорными нарушениями [5].

Диагностика эффективности социально-психологического сопровождения студента с ОВЗ возможна на основании таких показателей, как:

1. Наличие и состояние документации, в соответствии с которой осуществляется деятельность по социально-психологическому сопровождению.

2. Условия размещения структурного подразделения (службы, центра, совета, отдела и пр.), осуществляющего деятельность по социально-психологическому сопровождению, его архитектурно-планировочная доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения в соответствии с требованиями СП 59.13330.2012, в том числе в образовательных организациях на основании актуализированной редакции СНиП 35-01-2001 и приказов Минобрнауки России [2].

3. Укомплектованность штата специалистов, осуществляющих деятельность по социально-психологическому сопровождению студентов (специалист по социальной работе, педагог-дефектолог, социальный педагог, педагог-психолог, тифлопедагог, сурдопедагог).

4. Укомплектованность ассистивными технологиями социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха в вузе, в том числе наличие специального оборудования, приборов, аппаратуры.

5. Состояние информации об образовательной организации высшего образования, предоставляющее образовательные услуги по программам бакалавриата и магистратуры по областям образования «Науки об обществе», «Образование и педагогические науки», «Гуманитарные науки» для студентов с сенсорными нарушениями.

Наличие комплекса документации, обеспечивающей этапы внедрения, реализации и координации деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха в вузе позволяет стратегически выстроить систему такого

сопровождения с возможностью решать вопросы в целом, оперативного характера, в частности. Так, в качестве основных документов, обеспечивающих процесс внедрения и реализации деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха, необходимо представить:

1. Актуализированный Устав образовательной организации высшего образования в соответствии с началом реализации деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с сенсорными нарушениями в рамках инклюзивного образования.

2. Положения о структурном подразделении, осуществляющем деятельность по организации и реализации социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха, в котором должна быть отражена информация о задачах данной деятельности, категориях студентов, которые включаются в программу социально-психологического сопровождения, об условиях включения студентов с нарушением зрения или слуха в программу социально-психологического сопровождения, сведения о содержании данного сопровождения (объеме и качестве деятельности).

3. Руководства, методические рекомендации, инструкции, правила, методики, технологии, предназначенные для регламентации процесса социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха.

4. Документация на оборудование, приборы, аппаратуру, все ассистивные технологии, которые применяются в процессе социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха.

2 этап. Реализация системы социально-психологического сопровождения предполагает:

1. Определение и включение в программу сопровождения конкретных студентов, имеющих нарушения зрения или слуха на период обучения в вузе.

2. Непосредственная реализация деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха.

3 этап. Мониторинг эффективности социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха в вузе предполагает:

1. Разработку критериев и методов оценки деятельности структурного подразделения вуза, реализующего деятельность по социально-психологическому сопровождению студентов с нарушением зрения или слуха.

2. Проведение оценивания результатов работы. Полученные результаты в ходе оценки, должны оперативно доноситься до сведения всех субъектов образовательного процесса в вузе, а также субъектов, реализующих социально-психологическое сопровождение с данной категорией студентов.

3. Внесение корректив в программы индивидуального социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха.

В процессе внедрения и реализации социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха, необходимо подчеркнуть необходимость актуализации специальных механизмов координации такой деятельности в вузе. К таким категориям относятся механизмы взаимного согласования, прямого, группового, индивидуального координирования. В качестве основных форм взаимного согласования могут быть рабочие группы, оперативные совещания и советы по социально-психологическому сопровождению. В связи с тем, что деятельность по индивидуальному социально-психологическому сопровождению осуществляется не только внутри структурного

подразделения, но и вне его, определение частоты, кратности проведения согласовательных мероприятий является обязательным условием. Кроме того, в свете развития информационных систем вузов, автоматизация процессов документирования деятельности по социально-психологическому сопровождению студентов значительным образом повысила бы оперативность обработки информации об объектах сопровождения.

Представленные принципы направлены на совершенствование социально-психологического сопровождения студентов с нарушением зрения или слуха, обучающихся в вузе по областям образования «Науки об обществе», «Образование и педагогические науки», «Гуманитарные науки». В рекомендациях учтены психофизиологические особенности данной категории студентов, нормативно-законодательные акты, современные тенденции образования. Работа по социально-психологическому сопровождению должна строиться на обозначенных принципах и при условии материально-технического и научно-методического обеспечения в логике достижения современной науки и направлений социальной политики. На современном этапе развития инклюзивного образования становится очевидным, что социально-психологическое сопровождение студентов с сенсорными нарушениями – это сложная система, основанная на профессиональных компетенциях специалистов работающих в данной области. Необходимо отметить, что социально-психологическое сопровождение студентов с нарушением зрения или слуха должно постоянно совершенствоваться и учитывать отечественный и зарубежный опыт.

#### **Список использованных источников**

1. Приказ Минобрнауки от 19 декабря 2013 г. № 1367 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».
2. Приказ Минобрнауки России №1309 от 09 ноября 2015 года «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимых услуг».
3. Приказ Минтруда РФ от 31.07.2015 N 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».
4. Приказ Минтруда России № 515 от 04.08.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций их жизнедеятельности».
5. Рябцев, С.М. Здоровьесберегающие (адаптивные) технологии обучения студентов с инвалидностью и ограниченных возможностей здоровья с нарушениями слуха и зрения: учебно-методическое пособие / С.М. Рябцев. – Новосиб. гос. пед. у-т. – Новосибирск: ИД «А – СИБ», 2017. – 112с.

Кандидат психологических наук, доцент  
Руководитель переподготовки по программе «Педагогика и психология» СИПКРО  
Доцент кафедры социально-гуманитарных наук регионального  
социо-психологического центра  
г. Самара, РФ

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ**

**Аннотация.** Статья посвящена описанию возможных изменений личности в процессе профессиональной деятельности представителей помогающих профессий (педагогов-психологов, психотерапевтов и т.д.), происходящих под влиянием особых сложностей труда этих специалистов. Авторы рассказывают о супервизорской балинтовской группе как об одной из форм профилактики и коррекции такого рода неблагоприятных результатов профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** профессиональное развитие специалиста, профессиональная деформация личности, психологические качества специалиста, супервизия, балинтовские группы.

**N. Solovova. Professional health Specialists helping professions. PhD in psychology, docent, associate professor of Humanities and Social Science of psychological and social center, head of advanced retraining «Pedagogy and Psychology» program (Samara Regional Institute of Advanced Training and Retraining of Educational Personnel, Russia).**

**Annotation.** The article covers possible changes in helping professionals' (psychopedagogists and psychotherapists') personalities which may occur during their occupational activities and it's specific difficulties. The authors consider the supervisory balint groups as a form of prevention and correction of that kind of unexpected results of professional occupation.

**Keywords:** professional development of a specialist, personal professional deformation, psychological qualities of a specialist, supervision, balint groups.

На современном этапе развития психолого-педагогической практики выдвигается проблема профессиональной постдипломной помощи специалистам помогающих профессий (медики, психологи, педагоги, социальные работники), которые проявляют заботу, помогают, осуществляют уход, воспитывают и лечат. И совершенно очевидно, что такой специалист сам должен быть здоров. Когда речь идёт о сохранении профессионализма специалиста, в первую очередь принято говорить о здоровье, но не менее важно уберечь его способность помогать людям.

Качественная деятельность специалиста помогающей профессии в широком смысле слова имеет терапевтическое значение. Об этом напрямую указано в Страсбургской декларации Европейской ассоциации психотерапии от 21 октября 1990 года, которая предполагает, что основными обязанностями специалиста в области психологии являются:

1. Профессиональное образование.
2. Личный терапевтический процесс.
3. Дальнейшее образование (всё время профессиональной деятельности).
4. Контроль и супервизорство.

5. Профессиональная самостоятельность (не допускать посягательств на профессиональную независимость).

6. Охранительное положение (безопасность и конфиденциальность).

7. Информирование о своей деятельности (выступление, участие в конференциях).

8. Принадлежность к профессиональным союзам.

Если соблюдать эти правила, можно долго и успешно работать в помогающей профессии.

Существуют два возможных пути постдипломного профессионального развития:

1. Экстенсивный путь – за счет накопления новых знаний, умений, навыков.

2. Интенсивный путь – профессионализация, развитие компетентности совершается за счет *осмысления своего профессионального опыта, извлечения знания из своей практики, а это возможно преимущественно лишь в контексте супервизии*. Опытность профессионала определяется не столько количеством лет, сколько умением *рефлексировать* свою практику.

Необходимость изучения возможностей профессиональной рефлексии специалистов помогающих профессий определил цель нашего исследования особенностей профессионального самосознания, в котором приняли участие педагоги-психологи Самарской области (28 человек в возрасте 35-40 лет со стажем 5-15 лет).

*Процитируем некоторые ответы на отдельные вопросы анкеты:*

1. Если бы Вы обратились к психологу, каким Вы хотели бы его видеть? (*компетентным, позитивным, интеллектуальным, умеющим слушать, спокойным*).

2. Какими потребностями обусловлен Ваш выбор профессии психолога? (*помощь себе и людям, интерес к мотивам и поступкам людей*).

3. Какую пользу Вы стремитесь извлечь из своей профессии? (*повышение самооценки, самосовершенствование, реализация нового опыта, возможность познать себя и людей, общение, личностный рост, возможность набраться жизненного опыта, помощь себе и другим, семье, стремление к гармонии*).

4. Какие потребности есть у клиента? (*быть услышанным, потребность получить ответы на вопросы*).

5. Каким людям Вы больше нравитесь? (*общительным, открытым детям, заинтересованным в личностном развитии, искренним, простым, эмоциональным, веселым, людям приятной внешности, честным и порядочным*).

6. Как Вы учитесь профессии психолога? (*на курсах, методом проб и ошибок, у жизни, у коллег, на вебинарах*).

Как видно из ответов, педагоги-психологи ждут от профессии решения своих личностных проблем, накопления опыта помощи клиентам, при этом респонденты не упоминают ни об интервизии, ни о супервизии, без которых невозможно их профессиональное развитие. А ведь опытность профессионала определяется не столько количеством лет, сколько умением *рефлексировать* свою практику. Интерес представляют ответы на вопрос анкеты «Каким людям Вы больше нравитесь?». Ответы педагогов-психологов свидетельствуют о том, что им легче работать с людьми веселыми, общительными, личностно зрелыми, с приятной внешностью. Практика показывает, что такие люди редко становятся клиентами психолога, а вот если к словам в списке ответов психологов добавить частицу «не», получится список «трудных» клиентов: *необщительные, неоткрытые детям, незаинтересованные в*

*личностном развитии, неискренние, непростые, неэмоциональные, невеселые, люди с неприятной внешностью, нечестные и непорядочные*, работа психолога с которыми сложнее и требует у самого психолога эмпатии и принятия людей. Это необходимо для профилактики синдрома выгорания и профессиональных деформаций личности.

Среди причин выгорания выделяют такие, как вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки; строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения; работа с «немотивированными» клиентами, постоянно сопротивляющимися усилиям консультанта помочь им, и незначительные, трудно ощутимые результаты такой работы; напряженность и конфликты в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм; работа без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования; неразрешенные личностные конфликты консультанта [1,2].

После нескольких лет работы появляется риск появления деформаций личности консультанта - изменений, нарушающих ее целостность, снижающих уровень адаптации и эффективность профессионального функционирования. Постоянное общение с людьми, переживающими сложные кризисные ситуации, может подвести психолога к мыслям о собственной сверх-устойчивости и сверх-компетентности. Это некоторое противопоставление себя ведёт к оценочному перекосу в сторону преувеличения своих положительных качеств, но отрицанию положительных качеств клиентов. Могут появляться признаки профессиональной деформации психолога, такие, как: чувство превосходства и пренебрежение к клиентам; цинизм и нигилизм, раздражительность; мизантропия; рационализация своих проблем; обездвиживающее, лишаящее спонтанности самонаблюдение; поиск людей, нуждающихся в психологической помощи; сложные семейные отношения; потеря непосредственности; собственная незащищенность; подозрительность и гиперсамоконтроль; гиперответственность за окружающих; потеря чувства юмора; снижение профессиональной самооценки и др.

Основу личности эффективного консультанта составляют следующие характеристики:

- Глубина отношений с другими людьми. Консультант обязан оценивать людей – их чувства, взгляды, своеобразные черты личности, но делать это без осуждения и наклеивания ярлыков.
- Постановка реалистичных целей. Эффективный консультант должен понимать ограниченность своих возможностей.
- Эмпатия, которая является одной из важнейших черт личности эффективного консультанта [2].

Для развития этих профессиональных качеств, для профилактики нарушений профессионального здоровья важно каждому специалисту помогающих профессий проходить регулярную супервизию. Так М.Балинт писал: «Наиболее часто применяемое в медицинской практике лекарство – сам врач» [1].

Supervision (англ.) – дословно это надзор, контроль, наблюдение, руководство, присмотр. В нашем случае скорее подойдет наблюдение, руководство, присмотр или «наставничество». Это одна из форм обучения начинающих психологов и психотерапевтов, а так же обмен мнениями опытных специалистов по поводу отдельного клинического случая. В среде психоаналитиков по законам сообщества предписано проходить курсы терапии у собственных коллег с определенной периодичностью – для отработки полученных травм и личностных проблем. Эффективным средством супервизии на наш взгляд является

балинтовская группа (группа поддержки, коллективная супервизия), добровольное объединение представителей помогающих профессий, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе, заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи и профилактике эмоционального выгорания [1].

Эффективность балинтовских групп как формы профессиональной супервизии подтверждается практикой работы Самарского балинтовского общества (СБО). Самарская организация СБО занимается развитием балинтовской супервизии и стоит заметить, что отличием ее от других форм супервизий является отсутствие супервизора, а за соблюдение уникальной технологии ведения группы отвечает ее ведущий. Внимание группы сфокусировано на взаимодействии (коммуникации) психолога и клиента, обратившегося за помощью. Основными инструментами работы является свободная дискуссия и поддержка. Благодаря этой технологии в группе достигается супервизионный эффект. В Самаре работают семь балинтовских групп с периодичностью встреч один раз в месяц (автор является ведущим одной из семи групп). Общее число посещающих группы – около 70 специалистов помогающих профессий. Во многих странах существует практика обязательных балинтовских групп или же рекомендуется добровольное участие в их работе. Автор данной статьи посещает две таких группы в Самаре: как ведущий одной из балинтовских групп, и как участник другой. Хочется сказать, что этот бесценный опыт и ведения группы и участия в работе другой такой группы приносит большую пользу в профессиональном и личностном плане. И хотя балинтовские группы – не для терапии, тем не менее, все участники подчеркивают терапевтическую значимость этой работы.

Представленный опыт балинтовской супервизии на наш взгляд является перспективным подходом к профилактике профессионального выгорания, различных форм злоупотреблений, а также роста качества психологической помощи. Такая работа может быть введена в систему подготовки, повышения квалификации специалистов помогающих профессий.

#### **Список использованных источников**

1. Винокур В.А. Балинтовские группы. История, технология, структура, границы и ресурсы. Учебное пособие. Спб: «СпецЛит», 2015, 215 с.
2. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: «Академический проект», 1999

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕАЛИЗАЦИИ МНОГОЛЕТНЕЙ СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ГТО**

*УДК 796.011*

**Гаврилова Ольга Вениаминовна,**  
магистрант 2 курса  
Факультета физической культуры и спорта  
Самарский государственный социально-педагогический университет,  
**Кудинов Степан Иванович**  
кандидат педагогических наук  
доцент кафедры спортивных дисциплин  
Самарский государственный социально-педагогический университет,  
г. Самара, РФ

### **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕВУШЕК В ПРОЦЕССЕ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ ФИТНЕСОМ**

**Аннотация.** Сделан анализ развития координационных способностей девушек, занимающихся фитнесом. Применение индивидуальных тренировочных программ, основанных на результатах тестирования способствовало улучшению координационных способностей занимающихся.

**Ключевые слова:** физические упражнения, тренировка, координационные способности, физическая подготовленность, тестовые задания, эксперимент.

**Gavrilova O.V., Kudinov S.I. Analysis of the coordination abilities of girls in the process of training activities fitness. Samara state socio-pedagogical University, Samara, Russia.**

**Annotation.** An analysis of the development of coordination abilities of girls involved in fitness. The use of individual training programs based on test results contributed to the improvement of the coordination abilities of the students.

**Keywords:** physical exercises, training, coordination abilities, physical fitness, test tasks, experiment.

Актуальность исследования обусловлена тем, что координация движений (КС) является одной из важнейших способностей спортсмена, от которой зависит быстрота и качество овладения двигательными навыками, определяет высокий уровень мастерства [2].

Средства фитнес-тренировки – разнообразные физические упражнения, прямо или косвенно влияющие на решение тех задач, которые стоят перед фитнес-тренером в рамках его работы.

Физические упражнения, применяемые в фитнес-тренировке, в основном заимствованы из спортивной практики. (Исключение составляют упражнения для развития подвижности в суставах, частично заимствованные из такой системы оздоровления и совершенствования человека, как йога). Вследствие этого они разделяются в соответствии с классификацией, используемой в спортивной практике.

Большинство упражнений в фитнесе можно условно разделить на пять групп (по принципу развития физических способностей).

Кардио программы (развивают аэробную выносливость). К ним относятся ходьба, бег, езда на велосипеде, аэробика, интервальные тренировки, танцы, некоторые виды единоборств и плавание. Данные упражнения рекомендуются для улучшения сердечной деятельности и кровообращения[4, 5].

Силовые программы – в программу тренировок могут входить разнообразные упражнения, целью которых является развитие групп мышц рук, ног и туловища. Упражнения могут выполняться как при помощи отягощения собственного тела, так и с использованием дополнительных весов (свободные веса, механические тренажеры, отягощения и аксессуары зала групповых программ).

Программы, развивающие скоростные и взрывные качества. В данную категорию можно включить все спортивные игры с мячом. По характеру выполнения данные упражнения непродолжительные и одновременно быстрые.

Программы на развитие координации движений, баланса и стабильности.

Программы, направленные на развитие подвижности в суставах.

Как правило, в одной программе мы развиваем качества из нескольких групп. То есть на практике фитнес-программа представляет собой гармоничную комбинацию упражнений из всех названных групп, но каждый из занимающихся выбирает с помощью специалистов фитнеса именно те программы, которые подходят именно для него[4, 6].

Девушки с хорошо развитой координацией движений всегда быстрее осваивают необходимые двигательные навыки и могут выполнять их качественно и стабильно.

Объект исследования – процесс проведения занятий фитнесом, направленный на развитие координационных способностей.

Предмет исследования – особенности развития координационных способностей у девушек, занимающихся фитнесом.

Цель исследования – совершенствование физической подготовленности девушек на основе развития координационных способностей в процессе занятий фитнесом.

Гипотеза исследования. Предполагалось, что применение индивидуальных тренировочных программ, основанных на результатах тестирования могут способствовать повышению координационных способностей девушек, занимающихся фитнесом.

Задачи исследования.

1. Изучить состояние вопроса о координационных способностях.
2. Определить уровень координационных способностей в опытных группах девушек.
3. Проверить эффективность средств и методов развития координационных способностей у девушек 15-16 лет.

Методы исследования: анализ литературных источников; тестирование координационных способностей; педагогический эксперимент; методы математической статистики.

Анализ литературы позволил выбрать контрольные упражнения для оценки координационных способностей. Конкретно в нашей работе были использованы следующие тесты: челночный бег (3 x 10 м); упор присев – упор лежа за 10 с; ведение мяча рукой в беге с изменением направления; три кувырка вперед; отпускание палки – реакция [1, 2].

Объектом исследования были девушки 15-16 лет, занимающиеся в фитнес-клубе «Грация» г. Самары в период с сентября 2018 по март 2019 г. Всего в исследовании приняло участие 20 человек. В педагогическом эксперименте были задействованы 10 человек – экспериментальная группа (ЭГ) и контрольная группа (КГ) – 10 человек.

Средства для воспитания КС подбирали таким образом, чтобы они отвечали требованиям избирательного обобщенного воздействия на КС. В связи с этим все средства можно подразделить на две группы: 1) упражнения комплексного воздействия, 2) упражнения избирательного воздействия.

Сравнительный анализ развития КС девушек 15-16 лет. В течение семи месяцев в ЭГ проводились учебно-тренировочные занятия, которые включали упражнения, направленные на развитие КС девушек. Они содержали общие и индивидуальные задания. В контрольной группе девушки занимались по стандартной программе, которую используют инструкторы фитнес клуба.

В результате статистической обработки полученных данных было установлено, что положительные изменения показателей координационных способностей наблюдались в обеих группах, но более значительные изменения произошли в экспериментальной группе (табл. 1).

При рассмотрении результатов в отдельных тестовых заданиях, таких как «челночный бег», рост показателей в КГ составил в промежуточном срезе (март) 1,14 %, в ЭГ прирост соответственно составил 3,7 % соответственно. В КГ девушки в марте достигли «низкого» уровня, а в ЭГ «среднего» уровня.

В тестовом задании «упор присев – упор лежа» в КГ прирост составил 10,8 % (в марте), а в ЭГ в марте он составил 30,8%. По данному тесту КГ показала «низкий» уровень, а ЭГ «средний» уровень.

При рассмотрении данных «ведение мяча рукой» отмечается рост результатов в КГ на 5,17 % (март), при 18,3 % (март) в ЭГ. Здесь наблюдался прирост в КГ и ЭГ до «среднего» уровня.

Таблица 1

**Темпы прироста показателей координационных способностей КГ и ЭГ, за период педагогического эксперимента (%)**

	г р у п п ы	Сентябрь		Март		п р и р о с т	р а з н и ц а
		р е з у л т а т	о ц е н к а	р е з у л т а т	о ц е н к а		
1. Челночный бег 3x10 м, с	КГ	9,62	н	9,51	н	0,11	1,14
	ЭГ	9,60	н	9,02	ср	0,58	6,04

Продолжение таблицы 1

2. Упор присев – упор лежа за 10 с, кол-во очков	КГ	3,7	н	4,1	н	0,4	10,8
	ЭГ	3,6	н	4,7	ср	1,1	30,6
3. Ведение мяча рукой	КГ	12,58	н.ср	11,93	ср	0,65	5,17
	ЭГ	12,55	н.ср	10,25	в.ср	2,30	18,3
4. Три кувырка вперед, с	КГ	5,23	н.ср	5,12	н.ср	0,11	2,10
	ЭГ	5,18	н.ср	4,38	в.ср	0,80	15,4
5. Отпускание палки – реакция, см	КГ	27,3	н	24,1	ср	3,2	11,7
	ЭГ	27,8	н	21,2	ср	6,6	23,7

В тестовом задании «три кувырка вперед» за период всего исследования прирост в КГ составил 2,10 %, в ЭГ – 15,4 %; что позволило им добиться «выше среднего» уровня, а девушки КГ остались на уровне «ниже среднего». На занятиях они не занимались акробатическими упражнениями, что, на наш взгляд, затрудняет развитие координационных способностей.

В контрольном упражнении «опускание палки – реакция» прирост в КГ был 11,7 % (март) – это хорошие показатели для контрольной группы, что позволило им достичь «среднего» уровня, в ЭГ рост составил 23,7% и показатели достигли «среднего» уровня.

В целом из пяти контрольных упражнений в КГ мы наблюдаем в конце исследования следующие уровни оценки координационных способностей: низкого – 2, ниже среднего – 1, средний – 2, выше среднего – 0; в ЭГ средний – 3, выше среднего – 2. Это свидетельствует о более качественной подготовленности в ЭГ. Слабый прирост наблюдался в тестовом задании «челночном беге 3x10 м» (табл. 2). Вероятно, наша система средств и методов развития координационных способностей оказалась недостаточно эффективной для данного теста, а также тем, что в возрасте 15-16 лет скоростные и координационные способности в заданиях с выполнением бега КС развивать сложнее.

Эксперимент подтвердил нашу рабочую гипотезу исследования, которая предполагала, что внедрение в учебно-тренировочный процесс специальных упражнений, направленных на развитие КС повысит их качество и в целом физическую подготовленность. Сравнительный анализ результатов тестирования на протяжении учебного года будет способствовать целенаправленному совершенствованию индивидуальных координационных способностей.

Исследование показало, что девушки экспериментальной группы быстрее осваивают технику исполнения упражнений, в которых требуется осваивать новые двигательные действия.

#### Список использованных источников

1. Лях В.И. Развитие координационных способностей у детей школьного возраста. Докт. дисс. Т. 1. М., 1990.
2. Лях В.И. Координационные способности: диагностика и развитие.– М., 2006. – 290 с.
3. Донской Д.Д. Биомеханика с основами спортивной техники.– М.: ФиС, 1971.
4. Теория и методика фитнес-тренировки. Учебник персонального тренера. / Под ред. Д.Г. Калашникова. Ассоциация профессионалов фитнеса: М.: Изд-во ООО «Франтэра».– 2003.– 182 с.

5. Терри О Брайен. Основы профессиональной деятельности персонального фитнес-тренера. – М.: ТОО «Коммерческие технологии», 2001.– 278 с.
6. Фитнес /авт.-сост. А.Полукорд.- М.: АСТ; Донецк: Сталкер, 2006.–174с.

УДК 796.011

**Гурова Валерия Александровна,**  
магистрант 3 курса кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
**Строшкова Нина Тадэушевна**  
кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГОВОЙ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНЩИН 21-35 ЛЕТ В ФИТНЕС ЦЕНТРАХ**

**Аннотация.** Физкультурно-оздоровительной и досуговая деятельность в фитнес центрах получила на сегодняшний день стремительную популярность и характеризуется как совокупность средств, по своему содержанию, методам и принципам их выполнения, обеспечивающая гармоничное развитие как физического аспекта здоровья человека, так и всестороннее совершенствование с духовной, психической и социальной стороны.

**Ключевые слова:** физкультурно-оздоровительная и досуговая деятельность, физическая работоспособность, тестирование, фитнес культура, тренажерный зал, групповые тренировки.

#### **ORGANIZATION OF LEISURE AND HEALTH ACTIVITIES OF WOMEN OF 21-35 YEARS IN FITNESS CENTERS**

**Annotation.** Physical well-being and recreational activities at fitness centers have today gained rapid popularity and are characterized as a combination of means, in their content, methods and principles of their implementation, ensuring the harmonious development of both the physical aspect of human health and comprehensive improvement with spiritual, mental and social parties.

**Keywords:** fitness and recreational activities, physical performance, load testing, fitness culture, gym, group workouts.

Оздоровительная и досуговая деятельность в фитнес центрах получила на сегодняшний день стремительную популярность и характеризуется как совокупность средств, по своему содержанию, методам и принципам их выполнения, обеспечивающая гармоничное развитие как физического аспекта здоровья человека, так и всестороннее совершенствование с духовной, психической и социальной аспектах.

Актуальность темы заключается в том, что большая часть женского населения на данный момент выбирает в качестве оздоровления и досуга именно фитнес технологии в виду

многообразия предоставляемых услуг и массовой социальной привлекательности. Наиболее значимым аспектом занятий фитнесом является оздоровительная направленность, однако по своей направленности не все виды фитнес-технологии изучены хорошо.

Оздоровительная направленность фитнес-занятий заключается в большом многообразии программ, которые предлагаются фитнес-центрами, это индивидуальные программы, а также групповые занятия. При этом каждый год появляются все новые и новые направления.

Тренировочные программы включают в себя комплекс средств, при этом различная их комбинация, позволяет решать множество двигательных задач и проблем современного человека.

Обеспечивая достаточно высокий уровень развития и совершенствования кондиционных физических качеств и координационных способностей, фитнес-занятия решают и проблему досуга, которая сегодня стоит остро, стрессовые ситуации, возникающие в профессиональной деятельности человека, большая эмоциональная и физическая напряженность современного человека, все эти «прелести» нашей жизни иногда не оставляют времени на походы в кино, театр и т.д., и поэтому многие предпочитают сходить в фитнес-центр, чтобы снять эмоциональную напряженность, пообщаться, поплавать в бассейне, посетить различные спа-процедуры. И таким образом, восстановить и улучшить физическую работоспособность. К тому же быть здоровым, как физически так и психически было модно во все времена.

Объектом нашего исследования является организация оздоровительной и досуговой деятельности, в процессе фитнес занятий женщин первого зрелого возраста.

Предмет исследования - методика занятий в тренажерном зале с учетом индивидуальных особенностей женщин первого зрелого возраста.

Цель работы – изучить влияние фитнес-тренировок на физическую работоспособность женщин первого зрелого возраста и выявить взаимосвязь фитнес-тренировок и психоэмоционального состояния женщин.

Цель определила ряд задач, которые необходимо решить в ходе исследования.

1. Рассмотреть процесс индивидуальных и групповых занятий фитнесом.
2. Определить влияние фитнес-тренировок на психоэмоциональное состояние женщин и уровень развития физических качеств.
3. Разработать и апробировать методику развития физических качеств, позволяющую повысить уровень развития основных физических качеств и улучшить психоэмоциональное состояние женщин первого зрелого возраста.

Исследования проходили на базе фитнес-центра «Сафари-спорт». В исследованиях принимали участие 2 группы женщин первого зрелого возраста, не имеющих стажа занятий. Женщины были разделены на 2 группы: контрольную и экспериментальную. Занятия проводились три раза в неделю и их продолжительность составляла 60 минут.

Методами исследования были: теоретический (изучение научно-методической литературы) и эмперический (педагогическое наблюдение, педагогический эксперимент, методы математической статистики).

Для определения функционального состояния организма женщин первого зрелого возраста были использованы следующие тестовые методики:

- экспресс-метод оценки уровня физического состояния организма Е.А. Пироговой. Который вычислялся по формуле:  

$$УФС = (700 - 3 \times ЧСС - 2,5 \times АД \text{ ср.} - 2,7 \times В + 0,20 \times МТ) / (350 - 2,6 \times В + 0,21 \times \text{рост}),$$
 где:

Полученное цифровое значение оценивается по таблице с градацией на 5 уровней: 0,255-0,375 - «низкий», 0,375-0,525 - «ниже среднего», 0,525-0,675 - «средний», 0,675-0,826 - «выше среднего», 0,826 и более - «высокий».

Использовался индекс Руффье-Диксона для оценки физической работоспособности оценивался по формуле:

$$\text{Индекс Руффье — Диксона} = 4X(P_1 + P_2 + P_3) - 200/10$$

Полученный индекс Руффье-Диксона расценивается как: 0,1–5 – хорошая работоспособность; 5,1–10 – средняя; 10,1–15 – удовлетворительная; 15,1–20 – плохая.

Также оценивался адаптационный потенциал (по Р.М.Баевскому, 1979), рассчитываемый по формуле:

$$АП = 0,011 \times ЧСС + 0,014 \times САД + 0,008 \times ДАД + 0,009 \times МТ - 0,009 \times Р + 0,014 \times В - 0,27$$

где ЧСС – частота сердечных сокращений в относительном покое (количество ударов за 1 минуту); САД – систолическое артериальное давление (мм рт.ст.); ДАД – диастолическое артериальное давление (мм рт.ст.); МТ – масса тела (кг); Р – рост (см); В – возраст (лет).

Хорошим потенциалом обладают люди, имеющие показатель до 2,10 усл. ед., группа лиц, имеющие напряжение адаптационных механизмов показывают от 2,11-3,20 усл. ед. и у людей, чей адаптационный потенциал находится в пределах 3,21-4,30 имеют неудовлетворительное состояние здоровья их адаптационный потенциал очень низкий.

В таблице 1 представлены результаты исследования женщин первого зрелого возраста на констатирующем этапе.

Таблица 1

**Показатели функционального состояния организма женщин первого зрелого возраста на констатирующем этапе**

группы	Показатели функциональной подготовленности женщин первого зрелого возраста		
	Индекс УФС	Индекс Руффье-Диксона	Адаптационный потенциал (усл. ед.)
КГ	0,500±0,04	6,28±0,23	2,23±0,04
ЭГ	0,360±0,03	10,16±0,45	2,23±0,04

При тестировании на констатирующем этапе не было выявлено достоверных различий.

Показатель индекса Е.А. Пироговой в среднем определялся в контрольной группе как средний, в экспериментальной – ниже среднего. Индекс Руффье-Диксона определялся на уровне средних показателей. Адаптационный потенциал в обеих группах находился в напряженном состоянии.

В течение 4-х месяцев испытуемые занимались по следующим программам:

- контрольная группа осваивала танцевальные виды фитнеса.
- экспериментальная занималась групповыми видами в тренажерном зале по круговой системе.

Методика занятий в экспериментальной группе представлена в таблице 2.

Тренировки носили вариативный характер и чередовались в зависимости от состояния организма занимающихся женщин.

При этом было отмечено, что женщины посещали занятия регулярно и с интересом.

Таблица 2

**Методика фитнес-тренировок в экспериментальной группе  
(1 микроцикл)**

Направленность тренировки	Понедельник	Четверг	Воскресенье
Аэробная выносливость	Упражнения на тренажерах (время работы 1 мин.) в виде круговой тренировки с интервалами отдыха 1-2 мин. С постепенным повышением времени работы до 2-х мин. Интенсивность: средняя. Количество сетов 3-5. Учет индивидуальных особенностей занимающихся, с постоянным контролем ЧСС.	Тредбан ходьба 15-20 мин.	Бассейн проплывание отрезков 5-10 метров с максимальной индивидуальной скоростью, по желанию занимающихся с утяжелителями на ногах.
Аэробная мощность	Работа с резиновыми жгутами средней упругости. 10-15 повторений 5-7 сетов.	Работа с утяжелителями время работы 1 мин. Время отдыха 1-2 мин. Количество повторений в серии 5-7 раз. Количество сетов 8-10. Интенсивность нагрузки выше среднего.	Упражнения аквааэробики с акцентом 132-144 удара.
Упражнения на гибкость	Стретчинг пассивный.	Стретчинг активный	

После 4 месяцев занятий были проведены повторные испытания.

Результат представлены в таблице 3.

В ходе повторного тестирования было определено, что показатели по 3 тестам улучшились достоверно.

Таблица 3

**Показатели функционального состояния организма женщин первого зрелого  
возраста после эксперимента**

группы	Показатели функциональной подготовленности женщин первого зрелого возраста		
	Индекс УФС	Индекс Руффье-Диксона	Адаптационный потенциал (усл. ед.)
КГ	0,540±0,02	6,15±0,19	1,89±0,05
ЭГ	0,680±0,04	5,36±0,22	1,68±0,08

При сравнительном анализе было выявлено, что индекс Е.А.Пироговой и показатель адаптационного потенциала улучшились достоверно, а показатель физической работоспособности также улучшился, но при сравнении этого показателя достоверных различий определено не было

Таким образом, мы можем констатировать, что регулярные занятия фитнесом способствуют повышению уровня здоровья и функциональной подготовленности, что в итоге положительно, как отметили занимающиеся сказалось на их эмоциональном состоянии. Женщины снизили вес, те у кого отсутствовали проблемы с лишним весом, набрали необходимую мышечную массу.

#### Список использованной литературы

1. Калашников Д.Г. Теория и методика фитнес-тренировки / Калашников Д.Г. Учебник персонального тренера. – М.: ООО "Франтэра", 2003. - с.175
2. Успешная работа фитнес-центров. Новейшая методика : обзор, одобренный Американской коллегией спортивной медицины (АКСМ). – М.: [б. и.], 2001. – 132 с.
3. Панфилов О.П. Фитнес-технологии в контексте социокультурного физического воспитания / О.П. Панфилов [и др.] // Физическая культура, спорт и туризм. Интеграционные процессы науки и практики: сборник статей по материалам II международного научного симпозиума, г. Орел, 24 - 25 апреля 2014 /Под ред. д-ра пед. наук, профессора В.С. Макеевой. – Орел: ФГБОУ ВПО "Госуниверситет – УНПК", Т.1. – 2014. – с.335-339 (338)
4. Кузьмин В.И. Анатомо-физиологическое обоснование учебно-тренировочного процесса в силовых видах спорта.: учеб. пособие / В.И. Кузьмин. – Омск : Изд-во ОмГТУ, 2008. – 94 с.
5. Анатомия силовых упражнений для мужчин и женщин. – М.: Харвест, 2010. - 784 с.
6. <http://safari-sports.ru/>
7. <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
8. <http://statpsy.ru/mana-uitni/tablica-manna-uitni>

УДК 796.011

**Довбыш Наталья Владимировна,**  
магистрант кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
**Строшкова Нина Тадэушевна**  
кандидат педагогических наук,

доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОЙ И ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ПЛОВЦОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Аннотация.** В условиях постоянно растущей динамики спортивных результатов пловцов-паралимпийцев необходимо обратить особое внимание на оптимизацию подготовки спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата (далее – ПОДА), позволяющую достичь наивысших результатов в соревнованиях. Из года в год растут необходимость в раскрытии двигательного потенциала спортсмена и требования к уровню его подготовленности. Однако недостаточное количество работ, направленных на оптимизацию подготовки спортсменов с ПОДА, обуславливает организацию и проведение исследований, позволяющих выявить как физические качества, играющие решающую роль в обеспечении достижения спортивных результатов, так и взаимосвязь физических и технических параметров в структуре спортивной подготовки.

**Ключевые слова:** физические способности, технические способности, плавание, спортивная подготовка спортсменов с отклонениями в состоянии здоровья.

### **THE RELATIONSHIP OF PHYSICAL AND TECHNICAL PREPAREDNESS OF SWIMMERS WITH LESIONS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM**

**Annotation.** In the conditions of constantly growing dynamics of sports results of swimmers-Paralympians it is necessary to pay special attention to optimization of preparation of athletes with defeat of the musculoskeletal system (further – PODA) allowing to achieve the highest results in competitions. From year to year, the need to disclose the motor potential of the athlete and the requirements for the level of his preparedness are growing. However, the insufficient number of works aimed at optimizing the training of athletes from the HEARTH, causes the organization and conduct of research to identify both physical qualities that play a crucial role in ensuring the achievement of sports results, and the relationship of physical and technical parameters in the structure of sports training.

**Keywords:** physical abilities, technical abilities, swimming, sports training of athletes with disabilities in health.

Основным условием, позволяющим достичь наивысшего результата в соревнованиях пловцов с ПОДА, является степень реализации специальной подготовленности. Однако необходимым фактором является также развитие общей физической подготовленности спортсмена. Проведенный анализ литературы по данной проблематике показал, что основным направлением исследований является совершенствование специальной физической подготовки пловцов, при этом не уделяется достаточно внимания взаимосвязи физической и технической подготовленности спортсменов с ПОДА.

Предмет исследования: методика развития физической и технической подготовленности пловцов с поражением опорно-двигательного аппарата.

Методология. Во время исследования взаимосвязи физической и технической подготовленности пловцов с ПОДА используется метод математической статистики.

Целью исследования является выявление взаимосвязи между физической и технической подготовленностью пловцов с ПОДА в возрасте 8-12 лет. В данном возрасте закладываются основы для развития силовых, координационных способностей, а также активно развиваются скоростные способности спортсменов и выносливость.

В тренировочный процесс были включены следующие упражнения: плавание вольным стилем на 25 метров – для развития скоростных способностей; 6-минутное плавание вольным стилем (тест Купера) – для развития специальной выносливости; подтягивания на перекладине – для развития силы плечевого пояса. Плавание вольным стилем на 25 метров: при получении сигнала от тренера спортсмен становится на старт (в зависимости от тяжести поражения опорно-двигательного аппарата и выбранного стиля плавания старт может быть осуществлен с тумбы или непосредственно из воды), по сигналу свистка плывет 25 метров любым выбранным стилем. Время, затраченное на преодоление данного расстояния, определяется при помощи ручного электронного секундомера. 6-минутное плавание вольным стилем: при получении сигнала от тренера спортсмен становится на старт (в зависимости от тяжести поражения опорно-двигательного аппарата и выбранного стиля плавания старт может быть осуществлен с тумбы или непосредственно из воды), по сигналу свистка плывет на протяжении 6 минут любым выбранным стилем. По истечении отведенного времени тренер дает длинный свисток, что является сигналом пловцам остановиться. Расстояние, пройденное за отведенное время каждым пловцом, определяется при помощи измерительной ленты. Подтягивания на перекладине: пловец берется за высоко расположенную и неподвижно зафиксированную перекладину диаметром 2-5 см, руки расположены на ширине плеч, ладонями вперед, и делает вис на прямых руках, при этом ноги не касаются пола. После поступления команды от тренера спортсмен сгибает руки и поднимается до положения, в котором подбородок расположен прямо над уровнем перекладины, фиксирует положение, затем расслабляет руки и опускается в исходное положение. Подтягивания выполняются с максимально возможной частотой и максимальное количество раз. Результат данного упражнения – количество подтягиваний, при которых подбородок был зафиксирован прямо над перекладиной.

Спортсмены этапа начальной подготовки 1-го года обучения были разделены на две группы: экспериментальную и контрольную, при этом обе группы достаточно однородны.

В экспериментальную группу включены спортсмены со следующими диагнозами:

- класс S10: правосторонний монопарез нижней конечности – 3 человека, левосторонний монопарез нижней конечности – 3 человека;
- класс S9: парапарез нижних конечностей – 2 человека, ампутация правой стопы – 1 человек;
- класс S8: компрессионный перелом поясничного отдела позвоночника – 1 человек.

В контрольную группу включены спортсмены со следующими диагнозами:

- класс S10: правосторонний монопарез нижней конечности – 2 человека, левосторонний монопарез нижней конечности – 3 человека;
- класс S9: парапарез нижних конечностей – 3 человека, ампутация левой голени – 1 человек;

– класс S8: компрессионный перелом поясничного отдела позвоночника – 1 человек.

При использовании в обеих группах традиционных методик подготовки, в экспериментальной группе особое внимание уделялось выполнению упражнений, направленных на развитие физической и технической подготовленности. В начале эксперимента пловцы обеих групп выполнили представленный выше комплекс упражнений с фиксацией результатов.

Далее комплексы упражнений выполнялись только спортсменами экспериментальной группы 3 раза в неделю на протяжении 4 месяцев. По истечении указанного периода и двухдневного отдыха спортсменов проводились контрольные замеры. Тестовыми методиками был выбран тот же комплекс упражнений, который спортсмены экспериментальной группы выполняли на протяжении 4-х месяцев.

Результаты, достигнутые спортсменами контрольной группы до начала эксперимента и спустя 4 месяца, представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Динамика показателей уровня специальной и общей физической подготовленности контрольной и экспериментальной группы пловцов**

Спортсмены	До начала эксперимента			После эксперимента		
	Плавание на 25 м, с	6-минутное плавание, м	Подтягивания на перекладине, раз	Плавание на 25 м, с	6-минутное плавание, м	Подтягивания на перекладине, раз
1	2	3	4	5	6	7
КГ	58±1,61	145,2±3,42	3,5±0,6	50±1,08	169,1±4,2	5±0,6
ЭГ	57,2±1,41	143,9±2,41	3,2±0,4	42,7±1,03	182,9±1,61	6,3±0,6

По представленным данным видно, что средний прирост скорости в плавании вольным стилем на 25 метров в контрольной группе составил 8 секунд, в то время как в экспериментальной – 14,5 секунд. Средний прирост расстояния, пройденного во время 6-минутного плавания вольным стилем, составил 23,9 метра и 39 метров соответственно, а среднее количество подтягиваний на перекладине увеличилось на 1,5 и 3,1 раза соответственно.

Представленные данные доказывают эффективность применения комплекса упражнений, направленных на развитие физической и технической подготовленности пловцов с поражением опорно-двигательного аппарата, совместно с применением традиционных методик тренировок.

**Список использованных источников**

2. Васильков А.А. Теория и методика спорта: учебник / А.А. Васильков. – Ростов на Дону: Феникс, 2008.
3. Дубровская А.В., Дубровский В.И. Физическая реабилитация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья / А.В. Дубровская, В.И. Дубровский. – М.: Бином, 2010.

4. Даянова А.Р., Румянцева Э.Р., Юламанова Г.М. Физическая подготовка спортсменов с ПОДА: монография / А.Р. Даянова, Э.Р. Румянцева, Г.М. Юламанова. – Уфа: БашИФК, 2010.

5. Евсеев С.П., Клешнев И.В., Мишарина С.Н., Мосунов Д.Ф., Шевцов А.В., Шелков О.М., Шпак С.Л. Реализация двигательных возможностей инвалидов средствами физической культуры и спорта: учебно-методическое пособие / С.П. Евсеев, И.В. Клешнев, С.Н. Мишарина, Д.Ф. Мосунов, А.В. Шевцов, О.М. Шелков, С.Л. Шпак. – СПб.: СПбНИИФК, 2006.

6. Капотов П.П. Обучение плаванию / П.П. Капотов. – М.: Воениздат, 2018.

7. Ньюсом П. Эффективное плавание. Методика тренировки пловцов и триатлетов / П. Ньюсом. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013.

УДК 796.011.3

**Ивков Андрей Михайлович,**  
магистрант кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
**Строшкова Нина Тадэушевна**  
кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
г. Севастополь, РФ

## **СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ МОРСКОГО ПОХОДА**

**Аннотация.** В статье обосновывается применение физических упражнений в условиях морского похода для улучшения показателей вестибулярной устойчивости при выполнении служебных задач. Деятельность плавсостава любого судна проходит в неблагоприятных

у

**Ключевые слова:** вестибулярная устойчивость, неблагоприятные условия морского похода, военнослужащие, специальная физическая подготовка.

**MEANS AND METHODS TO IMPROVE THE VESTIBULAR STABILITY OF MILITARY  
SERVICERS IN THE UNFAVORABLE CONDITIONS OF MARITIME HIKE**

**Annotation.** The article substantiates the use of physical exercises in a maritime approach to improve the performance of vestibular stability when performing official tasks. The activity of the crew of any vessel takes place in adverse conditions, such as: lack of intracrab space and, as a result, hypodynamia, noise, vibration, specific microclimate, violation of daily regimes (watch keeping), high neuromuscular tension, accumulation of physical and mental fatigue, monotony of activity,

а

к

и

х

к

pitching. For this reason, it is necessary to do special physical exercises every day to reduce the level of exposure to these conditions.

**Key words:** vestibular stability, adverse conditions of the maritime march, military personnel, special physical training.

Актуальность темы. Исследования особенностей профессионального труда плавсостава в процессе морского похода проведенные многочисленными исследованиями, позволили выявить отрицательное, в целом, влияние условий, в которых она осуществляется, на соматическое здоровье, физическую подготовленность, психологическое, психофизиологическое и функциональное состояние систем организма человека.

У молодых моряков эти изменения особенно неблагоприятны, что может привести к перенапряжению адаптационно-компенсаторных механизмов.

Вместе с тем традиционно реализуемая в настоящее время программа по физической культуре в военно-морских институтах, равно, как и в войсковых частях ВМФ, зачастую игнорирует элементы специальной подготовки направленной на совершенствование и адаптацию организма человека к условиям длительного морского похода.

В связи с этим представляется очевидным, что в военно-морских институтах, училищах и непосредственно в войсковых частях ВМФ необходимо осуществлять специальную физическую и функциональную подготовку применительно условиям длительного плавания, как в рамках академических занятий физической культурой, так и в рамках специальных занятий которые направлены на укрепление и адаптацию психофизических свойств организма и в частности вестибулярной системы человека.

Цель исследования состояла во всестороннем изучении средств и методов профессионально-прикладной физической подготовки для повышения вестибулярной устойчивости военнослужащего к неблагоприятным условиям морского похода.

Известно, что выполнение многих видов профессиональной работы существенно зависит, помимо прочего, от особой физической подготовленности, приобретаемой заранее посредством систематических упражнений, адекватных в определенном отношении требованиям, предъявляемым к функциональным возможностям организма в результате профессионального труда и его условия [4].

Важными прикладными навыками для моряков являются: плавание, ныряние, гребля и другие занятия в воде, на воде, возле воды. Необходимые физические качества для моряков определяются ловкостью и координацией движениями, скоростью и точностью сенсомоторных (чувствительно-моторных) реакций, устойчивостью к укачиванию, адаптацией к изменению климата и тепловым перегрузкам [1].

С развитием автоматизированного управления физическая нагрузка на одного военнослужащего в процессе труда постоянно снижается. Однако доля физического военного труда техников для наладки, установки и ремонта оборудования по-прежнему довольно велика. Кроме того, разработка средств автоматизации, которые находятся на вооружении сложных боевых систем и систем обслуживания, требует устойчивости к психическим нагрузкам, быстрого восприятия, понимания большого потока информации о качественных характеристиках военных кораблей [2].

Деятельность моряков происходит в условиях постоянного взаимодействия с внешней (водной и воздушной) средой и зависит от метеорологических условий и водной среды (море,

реки). Их трудовая деятельность проходит как внутри судна, так и на палубе, что влечет за собой воздействие таких негативных факторов, как колебания температуры, резкие изменения условий взаимодействия с внешней средой во время штормов (движение моря), изменение климата во время плавания, и так далее. Однако, тем не менее, морское движение является наиболее специфическим и неблагоприятным фактором, поскольку оно вызывает феномен

у  
к О

а Педагогический эксперимент проводился на корабле в дальнем морском походе в течение 5 месяцев. В исследованиях принимали участия 10 военнослужащих срочной службы, возраст испытуемых 18-20 лет.

в Вестибулярная стабильность определялась по результатам статической устойчивости (критерий Ромберга) и динамической устойчивости (критерий Яроцкого), «Фаланговая походка».

и В начальной стадии плавательной практики (2-ая неделя) и в конечной стадии практики (18-я неделя), на фоне шторма силой в 2 балла южного ветра было проведено анкетирование испытуемых, с целью выявления их самооценки, отражающейся степенью воздействия на них морского укачивания.

к С физиологической точки зрения вестибулярный аппарат является частью сложного механизма, который позволяет человеку ориентироваться в любом трехмерном, даже в неподдерживаемом пространстве, а также поддерживать равновесие тела.

л У человека ориентация в пространстве осуществляется, кроме органа равновесия, при помощи зрения, проприоцептивной и тактильной (кожной) чувствительности.

р В условиях морского похода для военнослужащих была разработана методика выполнения упражнений для тренировки вестибулярной устойчивости в условиях морского похода (таблица 1).

о

п

о

Таблица 1

д **Методика тренировки вестибулярной устойчивости военнослужащих в условиях**  
н **морского похода**

Упражнения	Дозировка (раз)	Время отдыха между повторениями (мин)	Методические рекомендации
Балансировка на подвижной опоре (bosu)	1-2 мин	1-2	Сначала выполняется с открытыми глазами, затем с закрытыми
Упражнения с ограничением зрения и на фоне раздражения вестибулярного анализатора	10-15	2-3	Перемещение различными способами (приставными шагами, скрестными шагами)

рп

н

н

с

л

в

о

у

б

Повороты головы при фиксированном взгляде	15-20	1-2	Сначала фиксация взгляда при поворотах головы в горизонтальной плоскости, затем перемещение предмета перед глазами
Перемещение с поворотами головы в разные стороны	10-15	2-3	Перемещения осуществляется вперед, назад, вправо, влево
Качания на носках			Сначала выполнение с открытыми глазами, затем с закрытыми
Поднимание ноги			Поднимание колена на 90° сначала выполнение с открытыми глазами, затем с закрытыми
Ласточка			Удержание позы осуществляется как можно дольше
Поза «Дерево»			Удержание позы осуществляется как можно дольше сначала выполнение с открытыми глазами, затем с закрытыми
Быстрые наклоны			Занимающийся фиксирует позы, руки за головой с закрытыми глазами и начинает выполнять быстрые наклоны до горизонтальной линии.
Удержание вертикальной позы на одной ноге сопровождающимися поворотами туловища в разные стороны (тест «Фламинго»)			Сначала с опорой у стены, затем в безопорном положении

Продолжение таблицы 1

Удержание положения тела из различных исходных положениях			С отягощением 20-25% от собственного веса
Приседание или выпады			С отягощением 22-25% от собственного веса
Удержание гири двумя руками на уровне груди		До полного восстановления ЧСС	
Удержание прямых ног в висе на перекладине под углом 90°		До полного восстановления ЧСС	

Для определения статокINETической устойчивости в условиях морского похода, было проведено анкетирование с испытуемыми, которое показало степень укачивания в штормовых условиях на 2 неделе морского похода и после проведенного эксперимента (таблица 2).

Таблица 2

**Результаты анкетирования испытуемых по воздействию на них морского укачивания в штормовых условиях во время прохождения плавательной практики, %**

Степень укачивания (%)	ЭГ		КГ	
	2 неделя	18 неделя	2 неделя	18 неделя
Сильная	20	-	20	20
Слабая	20	20	40	40
Не укачивает	60	80	40	40

**Сравнительная характеристика показателей пробы Ромберга в контрольной и экспериментальной группе**

Время удержания позы (с)	КГ до эксперимента	КГ после эксперимента	ЭГ до эксперимента	ЭГ после эксперимента	p
					≤0,05

Таблица 4

**Сравнительная характеристика показателей пробы Ромберга в контрольной и экспериментальной группе**

Время сохранения позы (с)	КГ до эксперимента	КГ после эксперимента	ЭГ до эксперимента	ЭГ после эксперимента	p
	23±2,6	25±0	25±2,5	32±6	≤0,05

На рис. 1 представлены результаты проведения тестовой методики «Фаланговая походка» до и после эксперимента в обеих группах.

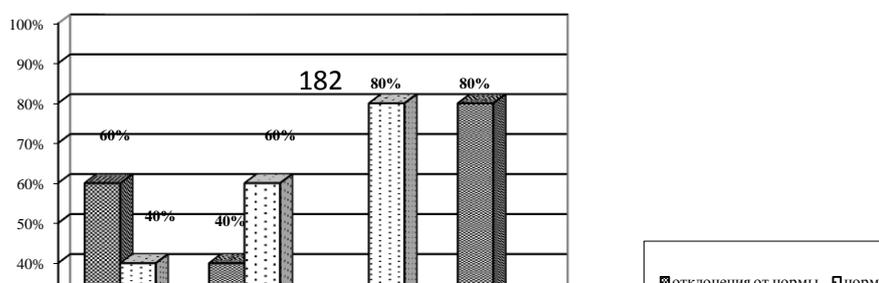


Рисунок 1. Показатель пробы «Фаланговая походка» в контрольной и экспериментальной группах до и после эксперимента

Таким образом, в ходе исследования результаты по всем показателям достоверно улучшились, что позволяет сделать вывод, что занятия физическими упражнениями для улучшения вестибулярной устойчивости организма моряков в длительном морском походе эффективны и обязательны.

#### **Список использованных источников**

1. Герасимова, И.Р. Психологическое содержание деятельности операторов службы управления движением судов / автореферат диссертации Москва: ИМБП, 2006, 15с.
2. Кулекин И. В. Профессиональная физическая и функциональная подготовка курсантов вузов водного транспорта к условиям длительной плавательной практики / автореферат диссертации 2011, – 25 с.
3. Шарина Е.П. Методика физического воспитания, обеспечивающая повышение уровня адаптивности курсантов к условиям морской качки на учебном парусном корабле / 2010 <https://cyberleninka.ru> (дата обращения 05.02.2019).
4. Щдро М.В. Профессионально-прикладная физическая подготовка курсантов высших и средних специальных морских учебных заведений: методическое пособие / М.В. Щдро. – СПб.: Мортехинформреклама, 1989. – 64 с.

УДК 796.06

**Карebo Дмитрий Николаевич,**  
магистрант 2 курса кафедры физической культуры,  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
**Терницкая Светлана Викторовна**  
кандидат педагогических наук  
доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,  
г. Севастополь, РФ

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПОРТИВНЫХ КЛУБОВ**

**Аннотация.** Сделан краткий обобщающий анализ истории становления и развития спортивных клубов в России. Рассмотрены роль и значение спортивных клубов в организации физкультурной работы. Представлена типология современных российских спортивных клубов. Дана характеристика спортивных клубов с организационной точки зрения. Перечислены инновационные программы деятельности физкультурно-спортивных клубов. Проанализированы источники финансирования спортивных клубов.

**Ключевые слова:** физкультурно-спортивная деятельность, спортивный клуб, организационная форма, спортивные программы, источники финансирования.

**Karebo D.N. Peculiarities of organization of sports clubs. Sevastopol economic and humanitarian Institute (branch) «V.I. Vernadsky Crimean Federal University», Sevastopol, Russia**

**Annotation.** The short generalizing analysis of history of formation and development of sports clubs in Russia is made. The role and importance of sports clubs in the organization of sports work are considered. The typology of modern Russian sports clubs is presented. The characteristic of sports clubs from the organizational point of view is given. Innovative programs of activity of sports clubs are listed. The sources of financing of sports clubs are analyzed.

**Keywords:** sports activities, sports club, organizational form, sports programs, sources of funding.

История становления и развития спортивных клубов в России насчитывает ряд последовательных этапов. Дореволюционный период характерен тем, что спортивные клубы того времени в большинстве были организованы по территориальному признаку и выступали основной формой первичных спортивных организаций. Позднее они были признаны буржуазными организациями и ликвидированы, а их место заняли коллективы физической культуры, созданные на предприятиях: заводах, фабриках и прочих государственных учреждениях. Возрождение спортивных клубов в советский период начинается с 60-х годов и проходит по производственному принципу. Физкультурный коллектив предприятия (учебного заведения, медицинского учреждения, колхоза и т.д.), добившийся значительных показателей в организации физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы среди трудящихся и выполнивший необходимые требования, удостоивался звания «Спортивный клуб». Сложившаяся и устоявшаяся форма организации спортивных клубов по производственному принципу встречается и в современной России.

Важное значение спортивных клубов в физкультурной работе подтверждено теоретическим анализом и практической деятельностью. Одним из аспектов этого является то, что клубная форма объединения позволяет дифференцированно учитывать интересы и потребности граждан, занимающихся физической культурой и спортом, а также вести консультационную работу среди них, способствовать общению друг с другом и жизни в обществе в целом при условии соблюдения принципов демократии, коллективной и личной ответственности. Спортивные клубы также содействуют повышению интереса людей к физкультурной активности с последующим сохранением этого интереса [2, с. 59].

Важное личностное, социокультурное и педагогическое значение физкультурно-спортивных клубов давно осознано во многих странах: они приобрели популярность в Финляндии, Бельгии, Швеции, Великобритании, США и т.д.

На основе действующего законодательства Российской Федерации, регулирующего общественные отношения в сфере физической культуры и спорта, можно выделить определение понятия «спортивный клуб». Опираясь на статью 19 Федерального закона от 04.12.2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в РФ», отметим, что «спортивные клубы являются юридическими лицами, осуществляющими учебно-тренировочную, соревновательную, физкультурную и воспитательную деятельность; спортивные клубы независимо от их организационно-правовых форм создаются и осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством РФ».

Спортивные клубы могут быть созданы для определенных целей, основные из которых заключаются в популяризации отдельного вида спорта, организации досуга для населения, получении прибыли, состоящей из вознаграждений за взятие призовых мест в соревнованиях, продажи билетов и сувенирной атрибутики, спонсорской поддержки, рекламной и прочей коммерческой деятельности [1, с. 51].

Рассматривая типологию и классификацию российских спортивных клубов современности, можно отметить, что с точки зрения обслуживаемого контингента выделяют их следующие виды:

- спортивные клубы, функционирующие на базе предприятий и учреждений в форме общественных объединений;
- школьные и студенческие спортивные клубы, сформированные в учебных заведениях;
- спортивные клубы профессионального спорта по игровым видам;
- спортивно-оздоровительные клубы и центры, фитнес-клубы и т.п.;
- физкультурно-спортивные клубы для людей с ОВЗ.

С организационно-экономической точки зрения все спортивные клубы можно подразделить на клубы любительского спорта, создаваемые в форме общественных объединений, и коммерческие клубы (физкультурно-оздоровительной направленности и профессионального спорта – футбольные, хоккейные, теннисные, волейбольные, баскетбольные и т.п.).

В ходе выбора организационной формы спортивного клуба должны быть учтены особенности занимающихся. При организации клуба для детей и подростков наиболее эффективной считается модель, при которой членом клуба может стать каждый желающий, независимо от его пола, возраста, способностей, уровня физической подготовки и т.д. Члены такого спортивного клуба разрабатывают и реализуют программы деятельности, создают необходимую инфраструктуру, готовят спортивный инвентарь, разрабатывают собственную атрибутику. Помимо занятий спортом здесь могут быть организованы разнообразные формы социально-культурной деятельности, по каждому из вопросов которой клуб информирует родителей и учебное заведение [3, с. 63].

Практика деятельности физкультурно-спортивных клубов показала нецелесообразность подхода, при котором функции руководства клубом берут на себя учителя, методисты, инструкторы, в то время, как органы клубного самоуправления осуществляют только исполнительные функции. Однако неправильным является и

предоставление детям полной самостоятельности. Следовательно, наиболее рациональным будет подход, при котором общие направления деятельности клуба определяются инструкторами, а более конкретные вопросы выносятся на обсуждение Совета клуба и его членов.

В России в новых социально-экономических условиях сложившиеся ранее формы клубной физкультурно-спортивной работы с детьми и молодежью (например, клубы ЦК ВЛКСМ «Кожаный мяч», «Золотая шайба», «Плетеный мяч», «Нептун» и др., объединявшие команды различных возрастных групп и организуемые в школах, по месту жительства и т.д.) в некоторой степени утратили свое значение. Проводимые сегодня соревнования на призы этих клубов требуют от команд платы за участие, что препятствует их массовости.

Разрабатываются и реализуются на практике новые программы деятельности физкультурно-спортивных клубов, призванные повысить интерес к этим клубам и их социокультурную значимость (например, особое значение придается физкультурно-спортивным клубам и их объединениям, основная деятельность которых направлена на реализацию комплекса ГТО).

Важное место в программе популяризации физической культуры и спорта среди школьников и студентов занимает инновационный проект «Школьный (или студенческий) спортивный клуб». Большую популярность среди молодежи получили спортивные клубы развлекательной направленности (например, боулинг-клубы).

Разработаны и внедряются в практику и другие инновационные программы деятельности физкультурно-спортивных клубов, к которым относятся:

- программы физкультурно-оздоровительных клубов по месту жительства;
- программы подростковых спортивных клубов в региональной системе социального воспитания подростков по месту жительства;
- программы семейных физкультурно-оздоровительных клубов;
- программы клубов любителей определенного вида спорта или физкультурно-двигательной активности;
- программы клубов по интересам;
- программы клуба спортсменов-интеллектуалов как новой формы организации спортивной работы в учебных заведениях [2, с. 65].

Организационные принципы подобных клубов отличаются простотой, демократичностью и разнообразием вариантов работы в зависимости от конкретных условий. Участие является добровольным. Спортивный клуб создается специальной инициативной группой на базе школы, учреждений среднего профессионального образования, высших учебных заведений. В группу могут входить не только школьники и студенты, но и представители администрации и преподавательского состава.

Источниками финансирования спортивных клубов, созданных на некоммерческой основе в большинстве случаев являются поступления от самих членов клуба для содержания команды, либо поступления от организации, создавшей и содержащей клуб. Например, деятельность спортивного дворового клуба чаще всего финансируется участниками, деятельность школьного и студенческого спортивного клуба – руководством учебных заведений.

У коммерческих профессиональных клубов появляется больше статей дохода, к которым можно отнести следующие: зрелищные физкультурно-оздоровительные или

спортивно-массовые мероприятия (средства, полученные от продажи билетов), продажа абонементов, клубных карт, сувенирной атрибутики с клубным логотипом, денежные поступления от рекламы любого вида (например, размещение рекламы на спортивном объекте – рекламные щиты, информационное табло, наружная реклама, а также от размещения рекламы на атрибутике членов клуба), осуществление прочих видов коммерческой деятельности (например, сдача в аренду спортивного объекта другим спортивным клубам или достижение определенных спортивных результатов).

Таким образом, в современных условиях спортивные клубы выступают в качестве основы спортивного менеджмента. Следовательно, их сохранение и возрождение на предприятиях, в учреждениях и организациях в России следует рассматривать как прогрессивную тенденцию. Более того, возрождение спортивного клубного движения в новых социально-экономических условиях нашей страны становится одним из направлений государственной политики. В качестве основных направлений совершенствования работы физкультурно-спортивных клубов можно отметить увеличение разнообразия форм массовой физкультурно-спортивной активности, ориентацию на свободное самовыражение занимающихся, культурно-просветительскую работу.

#### **Список использованных источников**

1. Беленов, Д. Л. Индивидуальный подход к формированию здорового стиля жизни // Теория и практика физ. культуры, 2006. № 1. С. 50-52.
2. Гостев, Р. Г. Физкультурно-оздоровительные и спортивные клубы – фундамент российского физкультурно-спортивного движения // Физ. культура и спорт в Российской Федерации. М: НИЦ Еврошкола, 2001. С.54-69.
3. Зданович, О. С. Формирование спортивного стиля жизни учащихся в условиях школьного спортивного клуба // Теория и практика физ. культуры, 2012. № 8. С. 62-64.  
*УДК 796.011*

**Карзанова Елена Геннадьевна,**

Магистрант 2 курса

Факультета физической культуры и спорта

Самарский государственный социально-педагогический университет,

**Кудинов Степан Иванович**

Кандидат педагогических наук

Доцент кафедры спортивных дисциплин

Самарский государственный социально-педагогический университет,

г. Самара, РФ

#### **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИБКОСТИ И СИЛЫ У ДЕВУШЕК В ПРОЦЕССЕ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ ФИТНЕСОМ**

**Аннотация.** Сделан анализ развития гибкости и силы девушек, занимающихся фитнесом. Выявление и анализ педагогических факторов, оказывающих влияние на развитие силы и гибкости в процессе тренировочных занятий фитнесом.

**Ключевые слова:** физические упражнения, тренировка, сила, гибкость, фитнес, планирование программ тренировочных занятий.

**Karsanova E.G., Kudinov S.I. Analysis of the indicators of flexibility and force in girls in the process of training fitness. Samara state socio-pedagogical University, Samara, Russia**

**Annotation.** An analysis of the development of flexibility and strength of girls involved in fitness. Identification and analysis of pedagogical factors that influence the development of strength and flexibility in the process of fitness training.

**Keywords:** exercise, training, strength, flexibility, fitness, planning training programs.

Выбор темы исследования обусловлен тем, что изучению силовых способностей и гибкости в настоящее время уделяется недостаточно времени и внимания. В то же время их влияние на физическую подготовленность занимающихся отмечают многие специалисты. По данным ряда отечественных и зарубежных ученых, среди физических упражнений, включенных в двигательный режим современного человека большое воздействие на организм оказывают занятия фитнесом [2, 3, 4].

Исследований, посвященных развитию анализа силы и гибкости в возрасте 16-17 лет при занятиях фитнесом проводилось мало.

Объект исследования – процесс проведения занятий фитнесом, направленный на развитие силовых способностей и подвижности в суставах.

Предмет исследования – развитие силы и гибкости у девушек 16-17 лет, занимающихся фитнесом.

Цель исследования – выявление и анализ педагогических факторов, оказывающих влияние на развитие силы и гибкости у девушек в процессе тренировочных занятий фитнесом.

Учитывая обозначенную цель работы, для ее решения были поставлены следующие задачи: изучить состояние вопроса о силовых способностях и гибкости; определить уровень силовых способностей и гибкости в опытных группах девочек; подобрать средства и методы развития силы и гибкости; проверить эффективность средств и методов воздействия на развитие силовых способностей и гибкости у девушек 16-17 лет.

Для реализации поставленной цели и задач предполагается использовать следующие методы исследования: анализ и обобщение научно-методической литературы; контрольное тестирование; педагогический эксперимент; методы математической статистики.

Сила – одно из главных физических свойств человека, носящее решающее значение в многочисленных видах спорта. При работе мышц осуществляется поднятие, опускание, удержание тяжёлых грузов, когда они сокращаются и укорачиваются, преодолевая сопротивление тяжести, называется преодолевающей. Сила тяжести в противодействие может заставить удлиняться мышцы, например, при удержании тяжелого груза. В этом случае идет речь об уступающей работе мышц. И преодолевающий, и уступающий режим объединяют под названием динамического режима [1].

Режим работы на тренажерах, где задается определенная скорость перемещения звеньев тела называется изокинетическим, который характерен для таких видов спорта как плавание, гребля и т.п.

Правильность организованных занятий по развитию силы положительно влияют на здоровье и физическое развитие тренируемых. Мифы о вреде силовых упражнений для них совершенно не обоснованы. Может быть нанесен вред лишь сверхмерными, и неправильно

спланированными нагрузками. Главный стимул роста силы подростка является тестостерон – половой мужской гормон (особенно в период полового созревания в 13-15 лет), у девочек 11-13 лет (в период усиления полового созревания) – хорошо влияет на развитие силы.

Другим важным свойством опорно-двигательного аппарата человека является гибкость – способность к мышечной релаксации [1, 2, 6].

Профессиональная физическая подготовка в спорте необходима гибкость для выполнения движений с минимальной и предельной амплитудой. Маленькая подвижность в суставах ограничивает проявление физических качеств как сила, быстрота реакции и скорости движений, выносливости, увеличивая при этом энергозатраты и, понижая экономичность работы организма, и предельно часто приводит к серьёзным травмам мышц и связок.

Сам термин «гибкость» используется для интегральной оценки подвижности звеньев тела, т.е. этим термином пользуются в тех случаях, когда речь идёт о подвижности в суставе всего тела. Если же оценивается амплитуда движений в суставах, то обычно говорят о «подвижности» в них.

В возрасте от 8-13 лет у девочек наблюдается развитие гибкости, и, как правило, к 15-16 годам стабилизация заканчивается, происходит остановка развития, а затем имеет устойчивую тенденцию к уменьшению. Вместе с этим, если после 13-14 лет не выполнять упражнения растягивания, то гибкость начнёт снижаться уже в юношеском возрасте. И наоборот, практика доказывает что даже при возрасте 40-50 лет постоянные упражнения с применением многообразных средств и методов гибкость увеличивается. Даже выше уровень, чем в юном возрасте.

Гибкость зависит и от пола. Так как подвижность в суставах у девочек выше, чем у мальчиков примерно на 30-40%. Процесс при развитии гибкости индивидуален. Развивать и поддерживать гибкость постоянно необходимо.

Все упражнения на гибкость планируем выполнять во всех частях тренировочного занятия. Нежелательное снижение сократительной способности мышц от силовых упражнений можно преодолеть тремя методическими приёмами:

1. Последовательное использование упражнений на силу и гибкость, (сила + гибкость).
2. Поочерёдным применением упражнений на силу и гибкость (сила + гибкость + сила) в течение одного тренировочного занятия.
3. Одновременным (совмещённым) развитием силы и гибкости в процессе выполнения силовых упражнений.

Следует всегда помнить, что растягиваться можно лишь после хорошей разминки и при этом у Вас не должно быть никаких сильных болевых ощущений.

Очень большое значение при построении фитнес-программ имеет учет специфического воздействия физических упражнений на организмы занимающихся.

Анализ методической литературы и опыт работы в фитнес-тренировке позволил уточнить цели и задачи исследования; осуществить корректировку комплексов упражнений, направленных на развитие силы и гибкости в опытных группах.

При этом соответствии с программно-целевыми принципами программирования тренировки вначале формировались конкретные целевые задачи, затем они определяются объективно ли они необходимы для их реализации содержанием, объемом и организацией всей тренировочной нагрузки. Поэтому эта процедура программирования всегда включает в себя, создании объективно необходимых для этого условий и для достижения конкретного

тренировочного эффекта. На этих основаниях и принимается решение о подборе соответствующего в нем содержания процесса тренировки и ее организации.

В соответствии программно-целевого принципа, следует:

- определить цели и задачи тренировочного процесса;
- учитывать материально-техническое обеспечение занятий;
- провести контрольные упражнения, мониторинг и т.д.;
- разработать программу, определить вид занятий, средства и методы их проведения;
- регулярно проводить врачебно-педагогический контроль;
- проводить коррекцию тренировочных программ.

Самые эффективны тренировки фитнесом минимум 2–3 раза в неделю продолжительностью 45-60 минут.

#### **Список использованных источников**

1. Менхин Ю.В. Физическая подготовка в гимнастике.– М., 2003.
2. Теория и методика фитнес-тренировки. Учебник профессионального тренера. / Под ред. Д.Г. Калашникова. М.: ООО «Франтэра».– 2003.– 182 см.
3. Фалеев А.В. Школа своего тела / А.В. Фалеев. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 288 с.
4. Шипилин И.А. Фитнес-спорт / И.А. Шипилин, И.В. Самохин.– Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 224 с.

УДК 796.011

**Катков Борис Александрович**

магистрант кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

**Строшкова Нина Тадэушевна**

кандидат педагогических наук,

доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

г. Севастополь, РФ

### **ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

**Аннотация.** Современная система физического подготовки военнослужащих должна предусматривать внедрение целого ряда эффективных не только оздоровительных, но и тренировочных средств, которые должны использоваться как в процессе основных учебных занятий, так и во время самостоятельных занятий физическими упражнениями для развития

психофизических качеств, улучшения состояния здоровья, работоспособности и функций сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и других систем.

**Ключевые слова:** физическая подготовка военнослужащих, нормативные требования, тренировочные программы.

### **DESIGNING OF INDIVIDUAL PROGRAMS OF PHYSICAL TRAINING OF MILITARY**

**Annotation.** The modern system of physical training for military personnel should include the introduction of a number of effective not only health but also training tools that should be used both during basic training sessions and during self-study physical exercises to develop psychophysical qualities, improve health, performance and functions cardiovascular, respiratory, nervous and other systems.

**Keywords:** physical training of military personnel, regulatory requirements, training programs.

Одной из важнейших задач, стоящих перед системой физической подготовки военнослужащих Российской Федерации, является укрепление здоровья и повышение уровня общей и специальной профессионально-прикладной физической подготовленности военнослужащих, содействие овладению навыками и умениями самостоятельно использовать средства физической культуры и спорта в повседневной жизни для поддержки высокой работоспособности, боеготовности и восстановления организма после длительных физических и психических нагрузок.

На современном этапе развития общества специалистами отмечается рост роли и влияния физической подготовки на боеспособность военнослужащих и боевую готовность войск.

Улучшение оснащения армии требует введение новых воинских специальностей и неизбежно приводит к многообразным телесным и нервно-психологическим напряжениям [45, с.91]. Военнослужащие нуждаются в умении мгновенно усваивать огромное количество сведений, выдерживать интенсивный труд, обладать сосредоточенностью и координированностью действий.

Современные боевые действия тесно связаны с неблагоприятными условиями для деятельности организма военнослужащих. Поэтому для повышения устойчивости организма к их воздействию необходимо иметь высокий уровень разносторонней физической подготовленности не только за счет традиционных средств физической подготовки, но и применять соответствующие специализированные средства и методы (учебно-боевые действия, упражнения с оружием и др.).

Кроме задач физического совершенствования, физическая подготовка должна формировать у военнослужащих теоретические знания и организационно-методические умения (знания средств, методов развития физических качеств, обучение физических упражнений, организации и проведения практических занятий по различным видам (форм) физической подготовки и т.д.).

Имеющиеся в России система физической подготовки не позволяет достичь необходимого уровня профессиональной деятельности и недостаточно влияет на боеготовность армии. В устаревших программах физической подготовки заметно отсутствие четкой направленности и ввиду недостаточности изучения вопроса в прошлом и отсутствует индивидуальный подход.

Требования к уровню физической подготовленности военнослужащих представлены в

Приказе Министра обороны РФ от 21.04.2009 г. № 200 «Наставления по физической подготовке в Вооруженных Силах Российской Федерации».

Данный документ является обязательным для исполнения в Вооруженных Силах РФ. Оценка уровня физической подготовленности военнослужащих в Наставлениях определяется по сумме баллов, полученных за выполнение упражнений с учетом возрастных и половых различий.

Наставления определяют основы организации физической подготовки в Вооруженных Силах Российской Федерации. Управление физической подготовки предусматривает: ее руководство, планирование, организацию, обеспечение, контроль и учет.

При условии выполнения нормативных требований Наставления военнослужащие имеют поощрения в виде денежных премий к окладу. При высоком уровне физической подготовленности военнослужащие также могут награждаться кубками, грамотами, дипломами, ценными подарками и т.д.

Но возникает ряд противоречий, с одной стороны мотивационная составляющая очевидна, это поощрения, с другой стороны обеспеченность же условий для совершенствования физической подготовленности недостаточна. Уровень физической подготовленности военнослужащих -контрактников низкий. Возможность самостоятельно заниматься физическими упражнениями существует, но условия для занятий обеспечены недостаточно, особенно на военных судах.

В ходе исследования, целью которого было оценка уровня физической подготовленности военнослужащих ВМФ ВС России к выполнению требований согласно Наставлениям, нами были получены следующие результаты:

- анкетирование военнослужащих показало, что подавляющее большинство военнослужащих с удовольствием посещают занятия по физической подготовке, а вот самостоятельные занятия не вызывают большого энтузиазма, так как условия при прохождении военной службы не способствуют этим занятиям;

- уровень физической подготовленности у женщин был выше, чем у военнослужащих-мужчин (таблица 1,2).

Таблица 1

**Результаты уровня физической подготовленности женщин до эксперимента**

п/п	Параметры	До эксперимента	ОЦЕНКА (баллы)
1	Сгибание и разгибание рук в упоре лёжа	18,0±0,3	70
2	Бег 3000м, мин	12,78±0,2	72
3	Челночный бег 10X10 м, с	31,1±0,3	74

Таблица 2

**Результаты уровня физической подготовленности мужчин до эксперимента**

п/п	Параметры	До эксперимента	ОЦЕНКА баллы
-----	-----------	-----------------	--------------

1	Подтягивание на перекладине, макс, кол-во раз	11,0±0,4	54
2	Бег 3000 м, мин	13,8±0,02	40
3	Челночный бег 10X10 м, с	28,0±0,02	30

При проектировании индивидуальных программ физической подготовки необходимо учитывать ряд параметров, а именно:

- уровень развития психофизических качеств личности военнослужащего;
- уровень профессиональных знаний, умений и навыков военнослужащего;
- уровень мотивации к выполнению нормативных требований;
- систему профилактических и восстановительных мероприятий для выполнения служебных обязанностей;
- необходимость профессионального долголетия военнослужащего в своей профессиональной деятельности.

Таким образом, учитывая эти параметры, для каждого военнослужащего были разработаны комплексы упражнений для улучшения показателей уровня физической подготовленности.

Разработанные комплексы составили мезоциклы продолжительностью 4 недели, которые включали в себя упражнения силовой, скоростно-силовой, координационной направленности.

Комплексы выполнялись в течение 4-х месяцев. По окончании педагогического эксперимента были проведены повторные испытания. Результаты представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3

**Динамика показателей физической подготовленности женщин до и после эксперимента**

п/п	Параметры	До эксперимента	После эксперимента
1.	Сгибание и разгибание рук в упоре лёжа	18,0±0,3	21,0±0,9
2.	Бег 3000м, мин	12,78±0,2	11,73±0,1
3.	Челночный бег 10X10 м, с	31,1±0,3	29,5±0,30

Таблица 4

**Динамика показателей физической подготовленности мужчин до и после эксперимента**

п/п	Параметры	До эксперимента	После эксперимента
1.	Подтягивание на перекладине, макс, кол-во раз	11,0±0,4	14,0±0,9
2.	Бег 3000 м, мин	13,8±0,02	12,5±0,1
3.	Челночный бег 10X10 м, с	28,0±0,02	26,7±0,20

Таким образом, разработанные комплексы с учетом ряда параметров, позволили улучшить показатели уровня физической подготовленности у мужчин и женщин военнослужащих. При этом вырос уровень мотивации к самостоятельным занятиям физическими упражнениями, за счет применения разнообразных средств и методов по типу круговой тренировки.

#### Список использованных источников

1. Приказ Министра обороны РФ от 21.04.2009 N 200 (ред. от 31.07.2013) «Об утверждении Наставления по физической подготовке в Вооруженных Силах Российской Федерации» / [Текст] // Собрание законодательства РФ. – 30.06.2009 – ст. 14175.
2. Акмеев А.С. Физическая подготовка как фактор боевой готовности военнослужащих [Текст] / А.С. Акмеев, Ж.Н. Власова // Проблемы современного педагогического образования. 2017. № 55-8. С. 21-27.
3. Акмеев А.С. Характер мотивации к занятиям физической подготовкой и спортом у военнослужащих различной степени физической подготовленности [Текст] / А.С. Акмеев, Ж.Н. Власова, Д.П. Отев // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 59-1. С. 19-22.
4. Буриков А.В. Физическая подготовка как основное средство повышения работоспособности при выполнении профессиональной деятельности военнослужащего [Текст] / А.В. Буриков // Colloquium-journal. 2018. № 5-3 (16). С. 7-10.
5. Козиков Я.С. Повышение профессиональной подготовки военнослужащих средствами физической подготовки на современном этапе [Текст]/Я.С. Козиков // Обучение и воспитание: методики и практика. 2018. № 6. С. 171-174.

УДК 796.015 682

**Кашлак Всеволод Алексеевич**  
обучающийся кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
**Строшкова Нина Тадэушевна**  
кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры физической культуры  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
г. Севастополь, РФ

## **ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ В СОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД В ФУТБОЛЕ**

**Аннотация.** В статье рассматриваются особенности физической подготовки в предсоревновательном периоде у футболистов на этапе высшего спортивного мастерства, которая предусматривает использование сопряженного метода тренировки.

**Ключевые слова:** специальная физическая подготовка футболистов, сопряженный метод тренировки, мезоцикл.

### **FEATURES OF PHYSICAL PREPARATION OF HIGHLY QUALIFIED ATHLETES IN THE COMPETITIVE PERIOD IN FOOTBALL**

**Annotation.** The article discusses the features of physical training in the pre-competition period for football players at the stage of higher sports excellence, which involves the use of a coupled training method.

**Key words:** special physical training of football players, conjugate training method, mesocycle.

В современном спорте в системе подготовки спортсменов высокого класса, в том числе и в футболе, объемы тренировочных и соревновательных нагрузок доведены до уровня, близкого к пределу функциональных возможностей организма человека. Дальнейшее улучшение роста спортивного мастерства российских футболистов должно основываться на изыскании новых, нетрадиционных средств и методов тренировки, в том числе вне тренировочных и вне соревновательных факторов, способствующих повышению эффективности многолетней подготовки и роста спортивного мастерства.

Взаимосвязь тренировочных нагрузок различной направленности существенно влияет на адаптацию организма к выполняемым нагрузкам и может быть положительной, отрицательной или нейтральной, а также перейти из положительной в отрицательную.

Подготовка футболистов высокого класса достаточно длительна и необычайно сложна, а поиск путей оптимизации тренировочного процесса является самой актуальной задачей современной теории и методики тренировки. Немаловажную роль при подготовке мастеров футбола играют научно - обоснованные критерии оценки их соревновательной деятельности, моделирование которых во многих случаях связано с цифровыми характеристиками, составленными на основе математических эталонов. Количественный анализ игры позволяет объективно оценить ее качество, которое может быть высоким, даже если игра проиграна.

Целью данной исследовательской работы явилась разработка и апробирование комплекса упражнений в структуре соревновательного мезоцикла, для улучшения показателей соревновательной деятельности у футболистов на этапе высшего спортивного мастерства.

Были использованы следующие методы исследования: теоретический и эмпирический, который позволил:

1. определить начальный уровень физической подготовленности футболистов в предсоревновательном периоде;

2. разработать и апробировать комплекс упражнений, включенный в структуру предсоревновательного мезоцикла.

Участники исследования (высококвалифицированные спортсмены). Возраст от 20 до 30 лет. Они были распределены на две группы: контрольную (КГ) и экспериментальную (ЭГ), в каждой из которых было по 15 человек.

Контрольная группа занималась по общепринятой методике. В подготовку спортсменов экспериментальной группы был введен комплекс упражнений, направленный на улучшение показателей уровня физической подготовленности.

В данном исследовании применялись следующие тесты для определения уровня физической подготовленности высококвалифицированных футболистов:

- тест Купера (аэробная выносливость);
- челночный бег 7\*50 м (анаэробная гликолитическая выносливость);
- бег 30 м (дистанционная скорость);
- дриблинг мяча с обводкой 5 стоек и ударом по воротам (координационная скорость);
- вертикальный прыжок (скоростная сила);
- длина вбрасывания мяча (скоростная сила).

Показатели уровня физической подготовленности футболистов 20-30 лет представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Показатели уровня физической подготовленности высококвалифицированных футболистов до эксперимента**

Название теста	КГ	ЭГ	Р
Тест Купера (м)	3214±2,25	3173±1,93	>0,05

Продолжение таблицы 1

Челночный бег 7*50 м (с)	61,2±1,52	62,4±1,43	>0,05
Бег 30 м (с)	4,1±0,48	4,2±0,78	>0,05
Дриблинг мяча (с)	23,2±0,89	24,1±1,32	>0,05
Вертикальный прыжок (см)	40,3±1,01	42,1±1,21	>0,05
Длина вбрасывания (м)	18,5±1,4	18,8±1,57	>0,05

По данным тестирования в двух группах не выявлено статистически значимых различий, то есть обе группы на констатирующем этапе были идентичны.

Также нами оценивался объем и точность выполнения действий с мячом во время игры (рисунок 1).



Рисунок 1 – Объем выполнения действий с мячом во время игры на констатирующем этапе исследования, раз

Для улучшения показателей уровня физической подготовленности был разработан комплекс упражнений, который основывался на применении метода сопряженной тренировки.

Данный метод используется в предсоревновательном и соревновательном периодах, так как задачей этих двух периодов является полная мобилизация всех уровней подготовленности для результативного выполнения соревновательных действий.

По этой причине физическая подготовка обязательна с точки зрения повышения функциональной выносливости при высоком уровне эмоциональной напряженности соревнования.

В комплекс упражнений были включены следующие упражнения:

- силовой направленности, в режиме круговой тренировки;
- скоростно-силовой направленности, с использованием игровых упражнений с мячом (точность и скорость передачи мяча с резкими остановками и рывками);
- скоростной направленности, также с мячом или без мяча;
- скоростной выносливости в сочетании с кардиотренировкой.

На рисунках 2 и 3 представлен сравнительный анализ процента брака при выполнении технико-тактических действий в соревновательном периоде.

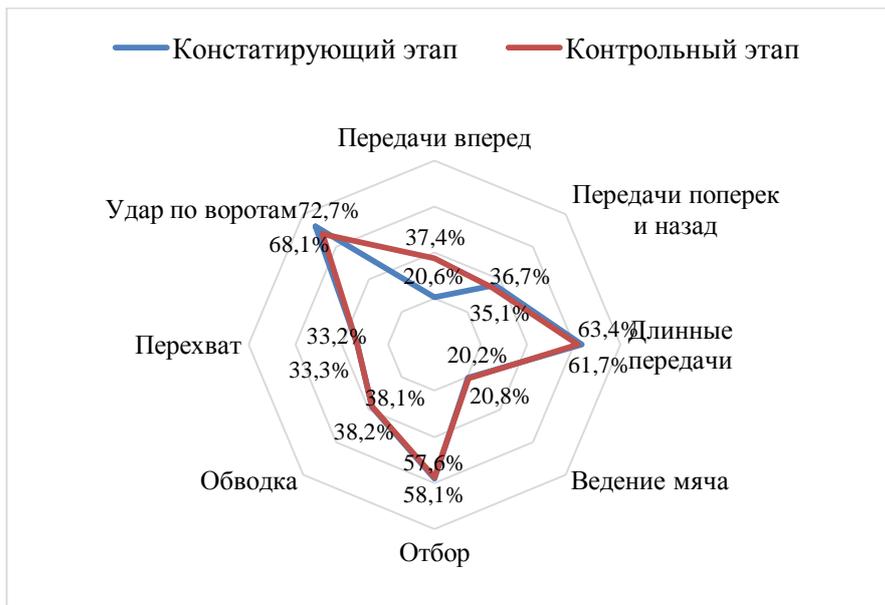


Рисунок 2 – Сравнительный анализ процента брака в технико-тактических действиях контрольной группы на двух этапах эксперимента, %

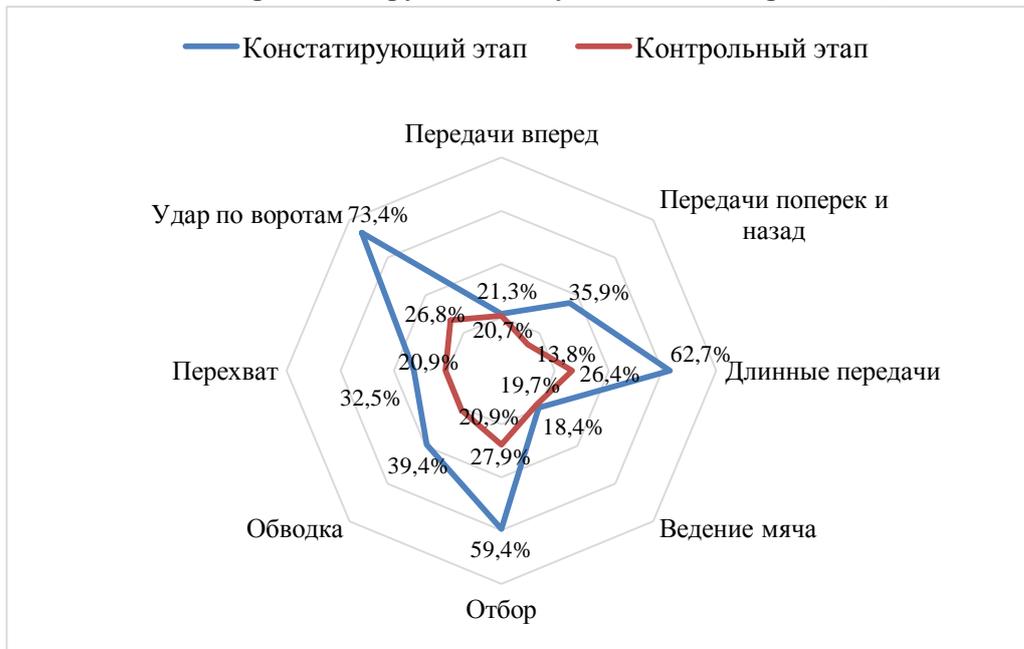


Рисунок 3 – Сравнительный анализ процента брака в технико-тактических действиях экспериментальной группы на двух этапах эксперимента, %

Принцип планирования и реализации сопряженного метода тренировки высококвалифицированных футболистов заключается в подборе адекватных средств и методов тренировочных воздействий и обеспечение сопряженного совершенствование специальных физических качеств и технической подготовки.

Метод сопряженного воздействия подразумевал выполнение технических действий в условиях максимально приближенных к соревновательным. При выполнении технических действий футболистам уточнялись такие параметры как: расстояние, ритм, темп, сила и

скорость выполнения технических действий, а также делался акцент на точность и правильность.

Также менялись некоторые параметры: увеличивалось количество участвующих игроков, обуславливались противодействия и сбивающие факторы, создавались простейшие модели игровых ситуаций, повышались требования к качеству и эффективности выполнения приемов.

Таким образом, тренировочный процесс в экспериментальной группе с использованием комплекса упражнений позволил улучшить показатели уровня специальной физической подготовки, которая повлияла на правильность выполнения технических элементов в соревновательном периоде.

#### **Список использованных источников**

1. Воробьев, Н. Б. Совершенствование учебно-тренировочного процесса футболистов на основе оценки уровня общей и специальной подготовленности / Н. Б. Воробьев, И. Ю. Бурханова, А. Н. Крапивин // Успехи современной науки. – 2016. – Т. 1. – № 12. – С. 22-26.
2. Гордеева, Т. Е. Физическая подготовка футболистов / Т. Е. Гордеева // Аллея науки. – 2018. – Т. 5. – № 4 (20). – С. 908-910.
3. Красильников, А. Н. Современные технологии спортивной тренировки в футболе / А. Н. Красильников, Ю. О. Саблин, А. Х. Абзалова // Социально-педагогические аспекты физического воспитания молодежи. – 2017. – С. 160-162.
4. Люкшина, Н. М. Искусство подготовки высококлассных футболистов: Научно методическое пособие / Н. М. Люкшина. – М. : Советский спорт, - 2003. – 416 с.
5. Овчаренко, С. В. Методика планирования учебно-тренировочного процесса футболистов в подготовительном периоде / С. В. Овчаренко, А. В. Яковенко // Современные здоровье сберегающие технологии материалы международной научно-практической конференции. – 2015. – С. 67-74.

УДК 796.011.3

**Мацюцкий Александр Иванович,**

обучающийся кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

**Строшкова Нина Тадэушевна**

кандидат педагогических наук,

доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

г. Севастополь, РФ

#### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СОТРУДНИКОВ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

**Аннотация.** В статье рассматриваются особенности психофизической подготовки сотрудников специального назначения. Профессиональная готовность сотрудника специальных подразделений заключается в реализации своих потенциальных возможностей для обеспечения служебно-боевых задач профессиональной деятельности, которые предполагают решение таких задач как: охрана общественного порядка, предотвращение преступлений, преследование и задержание преступников, освобождение заложников и т. д. Поэтому обучение профессиональным навыкам должно осуществляться во взаимосвязи психической и физической подготовки сотрудников подразделений специального назначения.

**Ключевые слова:** психофизическая подготовка сотрудников специального назначения, прикладная физическая подготовка, сотрудники подразделений специального назначения.

#### **FEATURES OF PSYCHOPHYSICAL TRAINING OF EMPLOYEES OF SPECIAL PURPOSES**

**Annotation.** The article discusses the features of psychophysical training of special forces. The professional readiness of an employee of special units is to realize their potential capabilities to ensure the military-combat tasks of professional activity, which involve the solution of such tasks as: protecting public order, preventing crime, prosecuting and detaining criminals, releasing hostages, etc. Therefore, professional skills training should be carried out in conjunction with the mental and physical training of employees of special forces.

**Key words:** psychophysical training of special forces, applied physical training, employees of special forces.

Актуальность темы. За последние годы в нашей стране и в мире резко выросли как количественные, так и качественные показатели преступности и агрессии, что выражается в росте числа противоправных действий, дерзости, жестокости, профессионализме, организованности и вооруженности преступников.

Задачами отрядов специального назначения являются: обеспечение безопасности граждан в чрезвычайных ситуациях; предотвращение и пресечение массовых беспорядков; задержание вооруженных преступников; освобождение заложников.

Сотрудник подразделения специального назначения должен быть физически и психически устойчив в момент возникновения угрожающей ситуации, и при этом не снижать качества выполнения профессиональных действий.

Психофизическая подготовка сотрудников подразделений специального назначения на сегодняшний день остается важной составляющей в программе подготовки к выполнению служебно-боевых задач. Психофизические качества личности отличаются от физических качеств своей комплексностью, такими качествами являются: быстрота реакции, ловкость, координационные способности, выносливость, сила.

Профессиональная готовность сотрудника специальных подразделений заключается в реализации своих потенциальных возможностей для обеспечения служебно-боевых задач профессиональной деятельности, которые предполагают решение таких задач как: охрана общественного порядка, предотвращение преступлений, преследование и задержание преступников, освобождение заложников и т. д.

Служебно-боевые задачи, стоящие перед сотрудниками специальных подразделений решает профессионально-прикладная физическая подготовка (ППФП). Задачами профессионально-прикладной подготовки сотрудников специальных подразделений

являются: увеличении личного фонда двигательных навыков и умений, для выполнения профессиональных и служебно-боевых задач; улучшение и совершенствование профессионально-значимых и связанных непосредственно с ними определенных способностей, для обеспечения стабильности при выполнении сложных служебно-боевых заданий; увеличение роста показателей и функциональной готовности к психофизическим нагрузкам, условиям среды; воспитание нравственных, духовных и волевых качеств при выполнении служебно-боевых задач.

Так как деятельность сотрудников связана с риском для жизни, возникает острая необходимость тренировки специальных качеств, которые помогут сохранить не только жизнь сотрудника, но и жизнь других людей. Для этого нами в ходе педагогического эксперимента были разработаны и апробированы комплексы упражнений, позволяющих улучшить показатели уровня развития психофизических качеств.

Педагогический эксперимент включал: анкетирование сотрудников для определения стрессоустойчивости по методике Т. Холмса и Р. Раге [1]; педагогические наблюдения и педагогический эксперимент.

В педагогическом эксперименте принимали участие 2 группы сотрудников подразделений специального назначения (20 лиц мужского пола, возраст на момент исследования составлял 22-25 лет, со стажем деятельности не менее 5 лет).

Сотрудники были разделены на две группы: контрольную и экспериментальную. В контрольной группе сотрудники занимались по стандартной программе подготовки, в занятия экспериментальной группы были включены комплексы упражнений, направленных на совершенствование психофизических качеств.

На начальном этапе в контрольной и экспериментальной группе достоверных различий не было определено. (Таблица 1).

Таблица 1

**Показатели уровня психофизической подготовленности сотрудников специального подразделения на констатирующем этапе**

Группы	Методика Холмса и Раге (баллы)	Бег 3 км (мин.)	Челночный бег 10X10м (с)	Подтягивания из виса на высокой перекладине (раз)
<b>КГ</b>	162,7±2,85	11,07±0,10	25,42±0,09	17,2±0,42
<b>ЭГ</b>	161,7±2,48	11,14±0,07	25,55±0,06	16,7±0,54

В таблице 2 представлена методика подготовки в контрольной и экспериментальной группах.

Таблица 2

**Методика психофизической подготовки сотрудников подразделений  
специального назначения**

КГ	ЭГ
<p>Физические упражнения, бег, тренировки по рукопашному бою и различным видам единоборств проводятся на стадионе и в спортивных залах</p> <p>Альпинистская подготовка на скалодроме в тренировочном центре</p>	<p>Физические упражнения, бег, тренировки по рукопашному бою и различным видам единоборств проводятся в дневное и ночное время по пересеченной местности</p> <p>Альпинистская подготовка после прохождения подготовки на скалодроме в тренировочном центре проводится в горных условиях в дневное и ночное время</p>
<p>Преодоления «тропы разведчика» после спуска с тренажера (макет вертолета Ми-6) на воздушно-десантном городке</p> <p>Тренировка по плану «Вулкан» в условиях приближенных к максимальной нагрузки профессионально-прикладной деятельности проводится в учебном городке с использованием спецсредств из расчета один противник на одного сотрудника</p>	<p>Реальный спуск с вертолета с высоты 5 метров с последующим преодолением «тропы разведчика» по пересеченной местности</p> <p>Тренировка по плану «Вулкан» в условиях приближенных к максимальной тренировка проводится на стадионе из расчета три противника на одного сотрудника с использованием дополнительных методов воздействия, таких как: свето-шумовые гранаты, психическое воздействие на сотрудников оказывается с привлечением детей младшего школьного возраста, лиц преклонного возраста и беременных женщин</p>

Методика подготовки использовалась в течение 4 месяцев. Результаты повторного тестирования показывают, что данная методика позволила улучшить все без исключения показатели (Таблица 3).

Таблица 3

**Показатели уровня психофизической подготовленности сотрудников  
специального подразделения в конце эксперимента**

Группы	Методика Холмса и Раге (баллы)	Бег 3 км (мин.)	Челночный бег 10X10м (с)	Подтягивания из виса на высокой перекладине (раз)
<b>КГ</b>	161,7±2,85	10,11±0,11	25,2±0,06	18±0,39
<b>ЭГ</b>	146,3±3,23	10,9±0,11	24,36±0,10	19,5±0,34

Педагогический эксперимент позволил: во-первых, определить особенности профессионально-прикладной подготовки сотрудников подразделений специального назначения; во-вторых, на основе блоковой периодизации, когда в тренировке уделяется внимание развитию или совершенствованию 2-3-х физических качеств достоверно улучшить

показатели уровня психофизической подготовленности и в-третьих, разработать методические рекомендации для совершенствования психофизических качеств сотрудников.

#### **Список использованной литературы**

1. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. – 336с.
2. Непомнящий С.В. Средства и методы профессионально-прикладной физической подготовки работников отдельных подразделений: автореф. канд. дис. – М, 1989 –24 с.
3. Простяков, В. В. Психологические требования к личности и профессиональной деятельности сотрудника органов внутренних дел / В. В. Простяков // Юридическая психология. – 2012.–27 С.
4. Суховой А.В. Копинг-ресурсы психологической готовности сотрудников спецподразделений внутренних войск МВД России в процессе выполнения служебно-боевых задач / Суховой А.В. – Психология обучения.–2012. 50 с.

УДК 797.217.2

**Митрюшина Яниса-Анастасия Вадимовна,**

магистрант кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

**Строшкова Нина Тадэушевна**

кандидат педагогических наук,

доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

г. Севастополь, РФ

#### **ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В СИНХРОННОМ ПЛАВАНИИ ЮНЫХ СПОРСМЕНОВ 9-12 ЛЕТ**

**Аннотация.** В статье рассматриваются особенности предсоревновательной подготовки девочек 9-12 лет, занимающихся синхронным плаванием. Предсоревновательная подготовка в синхронном плавании как и в любом другом виде спорта является важной и от целесообразности использования тренировочных средств и методов, будет зависеть результат выступления на соревновании. При этом физическая нагрузка должна соответствовать возрасту, уровню подготовленности юных спортсменов на данном этапе.

**Ключевые слова:** особенности предсоревновательной подготовки, синхронное плавание, средства и методы физической и технической подготовки в группах начальной подготовки.

#### **FEATURES OF PRE-COMPETITIVE PREPARATION IN THE SYNCHRONOUS SWIMMING OF YOUNG CHILDREN 9-12 YEARS**

**Annotation.** The article discusses the features of pre-competitive training for girls 9-12 years old, engaged in synchronized swimming. Pre-competitive preparation in synchronized swimming as in any other sport is important and the result of the competition will depend on the appropriateness of

using training tools and methods. At the same time, physical activity should correspond to age, the level of preparedness of young athletes at this stage.

**Key words:** features of pre-competitive training, synchronized swimming, means and methods of physical and technical training in primary training groups.

Синхронное плавание, несмотря на кажущуюся легкость выполнения различного рода спортивных хореографических упражнений в воде под музыку, предъявляет очень высокие требования к развитию физических качеств спортсменок – выносливости, гибкости, силы, ловкости, скорости. Синхронистки должны обладать исключительным техническим мастерством и совершенным контролем дыхания.

Необходимо отметить, что синхронное плавание многофункционально. Спортсменки должны обладать навыками практически всех водных видов спорта: спортивного плавания, подводного плавания, прыжков в воду, водного поло. Параллельно, они должны иметь прекрасную хореографическую подготовку, безусловно владеть элементами художественной гимнастики и акробатики [1].

Предсоревновательная подготовка является важнейшей частью макроцикла в многолетней тренировке[2].

Поэтому актуальность нашего исследования определяется еще и тем, что правильно построенная предсоревновательная подготовка юных спортсменок позволяет показать высокий спортивный результат, который является определяющим при переходе на новый уровень спортивного мастерства.

Исследование было проведено на базе спортивного комплекса МГУ, г. Севастополь. Из девочек 9 – 12 лет, занимающихся синхронным плаванием на этапе начальной подготовки (2 – 3 год обучения), изъявивших желание участвовать в эксперименте и получивших письменное разрешение родителей, были сформированы две группы по 11 человек в каждой – контрольная и экспериментальная. Контрольная группа занималась по традиционной программе подготовки юных спортсменок, применяемой в соответствии с Федеральным стандартом спортивной подготовки по виду спорта синхронное плавание, утвержденным приказом Минспорта России от 30.08.2013 г. №692.

Экспериментальная группа занималась с учетом рекомендаций по подготовке юных синхронисток М.Н. Максимовой, а также методике, разработанной и представленной в предпрофессиональной программе в области физической культуры и спорта по синхронному плаванию СПб ГБОУ ДОД «КСДЮСШОР по ВВС «Невская волна».

На этапе начальной подготовки в синхронном плавании физическая подготовка в традиционных программах спортивной подготовки носит общеподготовительный характер. Техническая подготовка складывается в основном из освоения технических элементов, которые в синхронном плавании достаточно сложны. При этом при анализе программ многолетней подготовки нами был выявлен тот факт, что на специальную физическую подготовку, которая является основной техникой, отводится 31 час, причем большая часть этого времени отведена на тренировки по спортивному плаванию.

Ведущими специфическими физическими качествами юных спортсменок в синхронном плавании являются статическая сила и силовая выносливость, а также гибкость и ловкость (которая определяется координационными способностями).

Возраст девочек 9 – 12 лет, принимавшими участие в педагогическом эксперименте, характеризуется сенситивными периодами развития координации, гибкости и быстроты, а также, в меньшей степени, силы и аэробной выносливости.

И как справедливо отмечает М.Н. Максимова, в традиционной спортивной подготовке юных синхронисток на начальном этапе спортивной специализации незаслуженно мало времени отводится специальной физической подготовке, которая в большой мере способствует развитию указанных выше, необходимых для синхронного плавания, физических качеств [2,3];

Акробатическая же подготовка является обязательным элементом специальной физической подготовки синхронисток: акробатические упражнения на суше незаменимы для развития ловкости и гибкости, а также силы, быстроты, выносливости.

Исходя из вышеперечисленного, мы предположили, что включив в традиционную подготовку юных спортсменок дополнительные занятия по акробатике, расширив и углубив тренировочный комплекс упражнений акробатической подготовки, мы повысим уровень развития специальных физических качеств синхронисток. Этим мы можем повысить эффективность предсоревновательной подготовки: от уровня развития специальных физических качеств, в большой степени, зависит успех овладения техникой выполнения упражнений и фигур, и, соответственно, соревновательный результат.

Для определения эффективности программ спортивной подготовки в экспериментальной и контрольной группах, проводились «контрольно-модельные» тренировки-зачеты с участием судей, приближенные к условиям соревнований. В ходе контрольно-модельных зачетов оценивалось сольное выполнение восьми фигур синхронного плавания, определенных международным стандартом.

Согласно международным правилам, с 2009-го года обязательные программы для синхронисток подразделяются на три возрастные категории. Спортсменки 9 – 12 лет попадают в первую возрастную категорию («12 лет и младше»).

Обязательные выступления в этой категории состоят из четырех серий, отличающихся коэффициентом сложности. В каждую серию входит по две фигуры.

Порядок выполнения серии фигур определялся жребием. Судейская бригада состояла из трех тренеров-судей. Каждая фигура оценивалась индивидуально. Бальный результат выводился как среднее арифметическое из трех судейских оценок.

Обработка полученных результатов производилась методами математической статистики.

В таблице 1 представлены результаты выполнения фигур до начала эксперимента и по его завершению.

Таблица 1

**Сравнительные результаты педагогического эксперимента в баллах**

Фигуры	Группы	Этапы исследования	
		сентябрь	март
Прямая балетная нога	ЭГ	6,04±0,42	8,58±0,66

Продолжение таблицы 1

	<b>КГ</b>	5,67±0,53	6,98±0,63
Барракуда	<b>ЭГ</b>	6,66±0,44	9,95±1,01
	<b>КГ</b>	6,50±0,46	7,45±0,51
Шаг вперед	<b>ЭГ</b>	6,57±0,45	10,04±0,63
	<b>КГ</b>	6,07±0,45	7,26±0,60
Балерина	<b>ЭГ</b>	7,77±0,47	10,81±0,65
	<b>КГ</b>	7,04±1,47	9,08±0,64
Вертикаль из группировки	<b>ЭГ</b>	7,64±0,38	8,0±0,5
	<b>КГ</b>	7,35±0,42	10,04±0,63
Рыба-меч	<b>ЭГ</b>	8,0±0,5	11,82±0,91
	<b>КГ</b>	7,55±0,53	8,64±0,51
Лебедь	<b>ЭГ</b>	9,4±0,7	8,5 ±0,5
	<b>КГ</b>	7,94±0,67	9,16±0,99
Капля	<b>ЭГ</b>	7,92±0,65	9,62±0,75
	<b>КГ</b>	8,81±0,67	10,72±0,63

Мы можем наблюдать, что в пяти упражнениях из восьми относительные изменения результата в экспериментальной группе значительно превышают относительные изменения результата в контрольной группе, причем в трех упражнениях превышение достоверно.

В трех упражнениях из восьми разница в относительных изменениях между группами не значительная, не имеющая статистической значимости.

Таким образом, проведенный педагогический эксперимент показал, что методические и педагогические условия эффективной предсоревновательной подготовки юных синхронисток 9 – 12 лет должны учитывать возрастные особенности, а также сенситивные периоды развития физических качеств, высокий уровень которых является залогом освоения техники выполнения фигур и, следовательно, соревновательного результата.

Особенностями предсоревновательной подготовки в синхронном плавании являются:

- целенаправленность тренировочного процесса на развитие физических качеств, определяющих спортивный результат;
- совершенствование исполнительского мастерства;
- моделирование соревновательного процесса с целью повышения уровня специальной соревновательной подготовки.

Модификация программы физической подготовки синхронисток 9 – 12 лет за счет расширения и усложнения акробатических тренировок значительно увеличивает эффективность предсоревновательной подготовки и улучшает соревновательный результат.

#### Список использованной литературы

1. Беданс А.В. Художественное плавание / А.В. Беданс, – М.: Физкультура и спорт, 2005. –114с.

2. Максимова М.Н. Особенности подготовки юных синхронисток. Методическое пособие [Текст] / М.Н. Максимова – М.:ФГБУ «Федеральный центр подготовки спортивного резерва», 2012. –184с.

3. Максимова М.Н. Многолетняя спортивная тренировка в синхронном плавании [Текст] / М. Н. Максимова, М. В. Боголюбская, Г. Н. Максимова.– М.: Учеб.пособие для студентов РГУФКа, 2004 – 158с.

УДК 796.06

**Терницкая Светлана Викторовна**

кандидат педагогических наук

доцент кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

**Кийко Игорь Александрович,**

Магистрант кафедры физической культуры

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

г. Севастополь, РФ

## **РЕАЛИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СТУДЕНЧЕСКОГО СПОРТИВНОГО КЛУБА**

**Аннотация.** Сделан теоретический анализ деятельности субъектов управления в области физической культуры и спорта, обеспечивающих возможность для студенческой молодежи вести здоровый образ жизни, систематически заниматься физической культурой и спортом. Рассмотрены варианты разработки моделей студенческого спортивного клуба различных организационно-правовых форм и их реализация в условиях высшего учебного заведения.

**Ключевые слова:** физкультурно-спортивная деятельность, студенческий спортивный клуб, управленческая модель, учебное заведение, молодежь.

**Kiyko I. A. Implementation of organizational and managerial models of student sport clubs. Sevastopol economic and humanitarian Institute (branch) «V.I. Vernadsky Crimean Federal University», Sevastopol, Russia**

**Annotation.** The theoretical analysis of activity of subjects of management in the field of physical culture and sports, providing an opportunity for students to lead a healthy lifestyle, systematically engage in physical culture and sports. Options of development of models of student sports club of various organizational and legal forms and their realization in the conditions of higher educational institution are considered.

**Keywords:** sports activities, student sports club, management model, educational institution, youth.

Основным направлением «Стратегии развития физической культуры и спорта в РФ до 2020 года» (распоряжение Правительства РФ от 7.11.2009 г. №1101-р) принято считать создание оптимальных условий, которые смогут обеспечить гражданам страны возможность ведения здорового образа жизни и регулярных занятий физической культурой и спортом,

обеспечение доступа к современной спортивной инфраструктуре, повышение конкурентоспособности российского спорта в целом [4, п. III]. Первый этап реализации стратегии ограничен рамками 2009-2015 гг., второй – 2016-2020 гг. Главным целевым ориентиром на двух этапах определено увеличение числа спортивной молодежи с 35 до 80% в общем объеме данной возрастной категории [4, п. IV].

Достижение поставленной цели требует решения основных задач, в число которых входит создание новой общероссийской системы физкультурно-спортивного воспитания молодежи. Реализация данной концепции возможна за счет совершенствования системы студенческого спорта. Основой для этого может послужить модернизация существующих и создание новых спортивных клубов на базе учебных учреждений [3, с. 12].

Разработка современной модели студенческого спортивного клуба обусловлена не только выполнением основных положений правовых актов, регулирующих развитие молодежного спорта, но и четким разграничением направлений деятельности кафедры физической культуры и нового структурного подразделения в вопросах физического воспитания, массового спорта и подготовки сборных команд учебного заведения. Результатом обучения студентов по курсу «Физическая культура» должно быть создание устойчивой мотивации к здоровому образу жизни и физическому самосовершенствованию, приобретение опыта творческого использования средств и методов физической культуры и спорта, достижение высокого уровня психофизической готовности специалиста к будущей профессии и, как следствие, обеспечение готовности к самостоятельной физкультурно-спортивной деятельности.

В качестве одного из примеров организационных форм физкультурно-спортивной деятельности в высшем учебном заведении можно привести спортивные клубы, созданные в формате общественных объединений обучающихся, преподавателей и сотрудников. При этом следует отметить, что деятельность подобных клубов возможна как с образованием, так и без образования юридического лица [2, с. 75].

Спортивный клуб способствует созданию всех организационных и методических условий, необходимых для занятий различными формами и видами физической культуры и спорта. При этом учитываются сложившиеся в образовательной организации традиции, профиль подготовки специалистов, интересы коллектива, материально-технические, кадровые и финансовые возможности учебного заведения. Учебно-спортивная работа клуба занимает основополагающее место в его функционировании и, чаще всего, представлена в форме секционных занятий по различным видам спорта. Согласованная со всей работой по физическому воспитанию студентов (которая заключается в занятиях, консультациях, промежуточном оценивании и т.д.), работа секций параллельно направлена на всестороннее физическое развитие и повышение общего уровня спортивной подготовки.

Таким образом, основная цель спортивного клуба заключается в организации процесса оздоровления работников и студентов средствами физической культуры и спорта, активная и целенаправленная пропаганда здорового образа жизни, создание более эффективной системы спортивно-оздоровительных мероприятий, поддержка общественных инициатив, направленных на развитие физкультурно-оздоровительного движения в учебном заведении [1, с. 25].

Инновационный подход данной организационной структуры управления будет состоять в том, что спортивный клуб может являться структурным подразделением

организации, осуществляемой образовательную деятельность. Следовательно, в штатном расписании могут быть предусмотрены отдельные должности организационно-управленческой части и тренерско-преподавательского состава, например:

1) Организационно-управленческая часть – директор спортклуба (общее руководство), заместитель директора спортклуба (организация работы секций, внешние связи, организация спортивно-массовых мероприятий и т.д.);

2) Тренерско-преподавательский состав – тренер по волейболу, баскетболу, теннису, гимнастике, боксу, фитнесу, спортивным танцам (проведение учебно-тренировочных занятий, подготовка сборных команд и т.д.).

Первостепенными задачами деятельности подобного студенческого спортивного клуба являются организация физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий для студентов и сотрудников учебного заведения, проведение спортивных состязаний и тренировочных сборов, организация подготовки и выступления сборных команд учебного заведения в спартакиадах, универсиадах, днях здоровья и т.д. Важным аспектом выступает также приобретение необходимого оборудования и инвентаря, разработка правил проведения внутренних соревнований.

В качестве второго примера организационно-правовой формы спортивного клуба можно привести модель студенческого спортивного клуба как общественной организации – добровольного самоуправяемого некоммерческого объединения. Чаще всего подобные клубы создаются по инициативе студентов и преподавателей кафедры физической культуры высших учебных заведений. В данной модели спортивный клуб является юридическим лицом, осуществляющим деятельность в области физической культуры и спорта в качестве основного вида деятельности (ст. 2). Как юридическое лицо спортклуб может иметь в собственности имущество и самостоятельный баланс, осуществлять права и нести обязанности от своего имени, заключать договоры и соглашения и т.д.

Деятельность подобной организации направлена на популяризацию физической культуры и спорта среди городской молодежи, разработку и проведение тематических мероприятий для местных жителей (например, клубные турниры, массовые забеги и т.д.). Важным моментом является осуществление волонтерской спортивной деятельности (например, участие в городских спортивных праздниках «Танцующий Университет» для студентов и учащихся старших классов, «Фестиваль футбольного мяча» для детей младшего школьного возраста и т.д.). Проектная работа студентов в рамках деятельности клуба может заключаться в расширении информационного пространства физкультурно-оздоровительной работы в городе посредством создания и распространения рекламно-агитационных материалов о физкультурно-оздоровительных, рекреационных, спортивных мероприятиях. Интересным будет участие студентов в судейской и инструкторской практике при проведении спортивных соревнований.

Необходимо отметить, что отличительной особенностью данной организационно-правовой формы является активное участие при разработке отдельных решений органов государственной власти и местного самоуправления в порядке и объеме, предусмотренном российским законодательством, осуществляемое наряду с традиционными видами деятельности спортклуба. Также следует подчеркнуть, что подобный клуб может как включать штатных сотрудников, так и не иметь их (в этом случае руководство осуществляется общим собранием членов клуба, советом, председателем и т.д.).

Отметим преимущество данной организационной формы студенческого спортклуба, которое заключается в возможности участия в конкурсной деятельности (в том числе конкурсы на получение грантов), принятии решений об участии своих команд в турнирах, соревнованиях, форумах, а также финансовом обеспечении спортивных мероприятий. При этом, допустимо как самостоятельное, так и совместное участие: в качестве партнеров могут выступать муниципальные организации, спортивные федерации и т.д. Ещё одним преимуществом является возможность выстраивать различные правовые отношения с другими организациями и объединениями вне зависимости от их организационной формы.

Подводя итог, следует отметить, что спортивные клубы различных организационно-правовых форм выступают структурным компонентом основы реализации Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации. Существуют различные модели студенческих спортклубов, которые имеют свои сильные и слабые стороны. Однако все они способны эффективно решать первостепенные задачи приобщения молодежи к ценностям физической культуры и спорта. Основная деятельность спортивных клубов, созданных на базе учебных учреждений, направлена на укрепление здоровья, формирование ценного отношения к физической культуре и спорту, а также позволяет создать новую национальную систему физкультурно-спортивного воспитания студенческой молодежи.

#### **Список использованных источников**

1. Изаак С. И. Инновационные подходы в управлении состоянием здоровья студенческой молодежи в современных социально-экономических условиях: Сборник докладов Международного спортивного форума «Россия – спортивная держава». М.: СпортАкадемРеклама, 2010. С. 24-26.
2. Побыванец В. С, Изаак С.И. Спортивный менеджмент: учебное пособие. М., 2009. 144 с.
3. Шахрай, С. М. Анализ реализации Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020г. в регионах и муниципальных образованиях // Спорт: экономика, право, управление. 2013. №4. – С. 11-14.
4. Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.minsport.gov.ru/activities/federal-programs/2/26363/>

### НАШИ АВТОРЫ

<b>Алтынбекова Зарэма Бауэровна</b>	52, 73, 136	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры физической культуры; Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Бочкарева Татьяна Игоревна</b>	30, 109	Кандидат биологических наук, доцент кафедры физической культуры, доцент, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» г. Севастополь, РФ
<b>Волкова Данара Давыдовна</b>	7	Старший преподаватель кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» г. Севастополь, РФ
<b>Гаврилова Ольга Вениаминовна</b>	167	Магистрант, факультет физической культуры и спорта, Самарский государственный социально-педагогический университет, г. Самара, РФ
<b>Герасименко Наталья Евгеньевна</b>	52	Магистр кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Глобенко Римма Рифкатьевна</b>	57,63, 140, 145, 150	Старший преподаватель кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
<b>Глухова Татьяна Георгиевна,</b>	112	Кандидат психологических наук, доцент кафедры Философия и история науки Самарский государственный университет путей сообщения, Самара, РФ
<b>Горбунов Денис Борисович</b>	131	Магистрант кафедры физической культуры ФГАОУ ВО Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал), г. Севастополь, РФ
<b>Гурова Валерия Александровна</b>	171	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Десяк Наталья Владимировна</b>	68	Обучающаяся кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Довбыш Наталья Владимировна</b>	176	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ

<b>Иванов Владимир Анатольевич</b>	73, 136	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Ивков Андрей Михайлович</b>	179	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Кабуш Владимир Трофимович</b>	13	Доктор педагогических наук профессор кафедры педагогики и менеджмента Государственного учреждения образования «Академия последипломного образования» г. Минск, Республика Беларусь
<b>Каребо Дмитрий Николаевич</b>	185	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Карзанова Елена Геннадьевна</b>	189	Магистрант факультета физической культуры и спорта, Самарский государственный социально-педагогический университет, г. Самара, РФ
<b>Катков Борис Александрович</b>	192	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь,
<b>Кашлак Всеволод Алексеевич</b>	196	Обучающийся кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Кийко Игорь Александрович</b>	208	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Ковтуненко Сергей Леонидович</b>	102	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Севастополь, РФ
<b>Коновалова Галина Сергеевна</b>	79	Магистрант кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Корепанов Алексей Львович</b>	117	Доктор медицинских наук, профессор кафедры психологии, Севастопольский государственный университет, г. Севастополь, РФ
<b>Котляров Олег Васильевич</b>	19	Учитель физической культуры ГБОУ СОШ им. Г. В. Жукова с. Сухая Вязовка м. р. Волжский Самарской области, РФ

<b>Крюков Иван Александрович</b>	87	Магистрант кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Кудинов Степан Иванович</b>	167,189	Кандидат педагогических наук, доцент кафедры спортивных дисциплин, Самарский государственный социально-педагогический университет, г. Самара, РФ
<b>Куцюруба Максим Викторович</b>	57	Магистрант кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Лукаш Виктория Анатольевна</b>	92	Магистрант кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Лысенко Виктор Иванович</b>	96	Кандидат психологических наук, директор, Институт дельфинотерапии, г. Евпатория, РФ
<b>Мацюцкий Александр Иванович</b>	200	Обучающийся кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Митрюшина Яниса-Анастасия Вадимовна</b>	204	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Мусиенко Елена Аркадьевна</b>	120	Руководитель «Центра Елены Безруковой» кандидат психологических наук, бизнес-тренер, г. Алматы, Республика Казахстан
<b>Мягкова Наталья Анатольевна</b>	73	Магистрант кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Нам Владислав Михайлович</b>	120	Мастер спорта по восточным единоборствам, заместитель директора Казахской Академии боевых искусств
<b>Нетяга Полина Николаевна</b>	63	Магистрант кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Плахова Татьяна Владимировна</b>	22	Специалист в области воспитания ГБУ «Самарский областной институт повышения квалификации и переподготовки работников образования», г. Самара, РФ
<b>Посохов Владимир Павлович</b>	30	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры теоретических основ физического воспитания

		Самарского государственного социально-педагогического университета, г. Самара, РФ
<b>Русаков Антон Александрович</b>	38	Магистрант кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Рябцев Сергей Михайлович</b>	155	Доктор биологических наук, профессор кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Самойлов Александр Александрович</b>	109	Магистрант кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Смирнова Зоя Михайловна</b>	34	Преподаватель, Севастопольское государственное образовательное учреждение профессионального образования «Севастопольский медицинский колледж имени Жени Дерюгиной», г. Севастополь, РФ
<b>Соловова Надежда Алексеевна</b>	163	Кандидат психологических наук, доцент, Руководитель переподготовки по программе «Педагогика и психология» СИПКРО, доцент кафедры социально-гуманитарных наук регионального социально-психологического центра г. Самара, РФ
<b>Строшков Валерий Пантелеймонович</b>	44	Кандидат технических наук, доцент кафедры физической культуры, доцент, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Строшкова Нина Гадэушевна</b>	68, 79, 87,92, 171, 176, 179, 192, 196, 200, 204	Кандидат педагогических наук, доцент кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» г. Севастополь, РФ
<b>Суровикова Анна Александровна</b>	123	Психолог отдела организации отдыха детей, ФГБУЗ «Медицинский реабилитационный центр «Сергиевские минеральные воды» Федерального медико-биологического агентства, пос. Серноводск, Самарская область, РФ
<b>Терницкая Светлана Викторовна</b>	38, 185, 208	Кандидат педагогических наук, заведующий кафедры физической культуры, доцент, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Севастополь, РФ

<b>Фурманец Александра Игоревна</b>	44	Магистрант кафедры физической культуры, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Севастополь, РФ
<b>Христофорова Валентина Кельсиевна,</b>	98	Кандидат педагогических наук, магистр психологических наук, Старший преподаватель кафедры педагогики, психологии и социальных дисциплин Академия «Кайнар», г. Алматы, Республика Казахстан
<b>Цеван Алиса Викторовна</b>	145	Магистрант кафедры физической культуры ФГАОУ ВО Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал), г. Севастополь, РФ
<b>Чугунова Наталья Петровна</b>	47	Учитель русского языка и литературы, заместитель директора по УВР ГБОУ СОШ с. Кошки муниципального района Кошкинский Самарской области с. Кошки Самарской области, РФ
<b>Щёкин Денис Витальевич</b>	102, 128, 131	Старший преподаватель кафедры физической культуры Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал)

**Здоровый образ жизни, физическая культура и спорт: тенденции,  
традиции, инновации**

Сборник научных трудов

**Healthy lifestyle, physical culture and sport: trends, traditions, innovations**

Collection of Scientific Works

В редакции авторов

Подписано к печати 08.10.2019 Формат 60x84/8.

Условных печатных листов 25,11. Тираж 300 экз. Заказ № НИ/19

Отпечатано с оригинал-макета в Издательском доме

ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

295051, Республика Крым, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5\7

Информационно-справочная служба: (3652) 554-910