

Monografia zbiorowa

WSPÓŁCZESNE TRENDY ROZWOJU REKREACJI I REHABILITACJI W XXI WIEKU



Collective monograph

MODERN TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF RECREATION AND REHABILITATION IN THE TWENTY-FIRST CENTURY

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy
Zabajkalski Uniwersytet Państwowy

**WSPÓŁCZESNE TRENDY ROZWOJU REKREACJI
I REHABILITACJI W XXI WIEKU**

Monografia zbiorowa

**MODERN TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF
RECREATION AND REHABILITATION IN THE
TWENTY-FIRST CENTURY**

Collective monograph

Redakcja
Sergey Kokhan
Aleksander Skaliy

Bydgoszcz
Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy
2020

УДК 796:008:61

ББК 75.110:71.065.2:51.1(2)2

ББК Ч511.0:Ч 106.52Р

C568

Rekomendowane do publikacji przez Radę Naukową WSG

Recenzenci:

Seredkin A. K., wiceminister kultury fizycznej i Sportu Kraj Zabajkalski

Nowikowa A. S., dyrektor Centrum Medyczno-społecznej Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych "Rostock"

Jastrzębski W., profesor, Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Łoboda D., dr inż., Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Autorzy:

Adamyan E., Ahmetow R., Awanesow E., Batzagaan B., Botagariew T., Byambaa A., Chojil O., Cebanu S., Degtyarewa W., Deleu R., Denisowa O., Dychko W., Dychko E., Duda J., Jasińska N., Klimenko Y., Klimczyk M., Kokowa E., Kokhan S., Kowalski W., Kubiewa S., Kudritsky W., Kutek T., Lekhanowa O., Limarenko O., Makunina O., Milewska A., Mozheykina L., Namokonow E., Nowichikhina E., Orłowa N., Osmuk L., Perusanowa L., Ponomarew W., Romanowa E., Rutowski J. A., Sidzhimova D., Shaldzhyan A., Sikora F., Skaliy A., Skaliy T., Tabirta A., Tanewa S., Ulyanowa N.

C568 WSPÓŁCZESNE TRENDY ROZWOJU REKREACJI I REHABILITACJI W XXI WIEKU: monografia zbiorowa /; red.

A.Skaliy, S.Kokhan – Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy. - Bydgoszcz, 2020. – 382 s.: il. – 43

ISBN 978-83-65507-37-2 (Wyższa Szkoła Gospodarki)

ISBN 978-5-9293-2571-7 (Zabajkalski Uniwersytet Państwowy)

W monografii zbiorowej omówiono aktualne zagadnienia działań rekreacyjnych i rehabilitacyjnych. Odnotowano różne czynniki wpływające na ich skuteczność. Praca ta odkrywa problemy, poszukiwanie ich rozwiązań, sposoby rozwoju rekreacji i rehabilitacji oraz ocenę jej działalności.

Praca przeznaczona jest dla nauczycieli, naukowców, pracowników służby zdrowia, specjalistów pracujących w dziedzinie rehabilitacji i rekreacji, studentów, a także wszystkich tych, którzy dbają o swoje zdrowie.

УДК 796:008:61

ББК 75.110:71.065.2:51.1(2)2

ББК Ч 511.0:Ч 106.52:Р

ISBN:978-83-65507-37-2:

© Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy, 2020

ISBN 978-5-9293-2571-7:

© Zabajkalski Uniwersytet Państwowy, 2020

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1. Współczesne aspekty rekreacji ruchowej w XXI wieku	15
1.1. Ćwiczenia fizyczne jako sposób na pokonanie stresu wśród studentów (E. Awanesow, E. Adamyan, A. Shaldzhyan).....	15
1.2. Rekreacja i rehabilitacja studentów: stan, problemy i sposoby ich rozwiązania (T. Botagariew, S. Kubiewa).....	24
1.3. Rekreacja i rehabilitacja na terytoriach Mongolii (A. Byambaa, O. Chojil, B. Batzagaan).....	40
1.4. Rekreacja fizyczna studentów w czasie wolnym (O. Limarenko, W. Ponomarew, E. Kokowa).....	58
1.5. Integracja sprawności umysłowej i aktywności ruchowej studentów w procesie uczenia się (O. Limarenko, F. Sikora, W. Kowalski).....	74
1.6. Współczesne podejścia do rekreacji sportowców na różnych etapach procesu treningowego (O. Makunina).....	91
1.7. Rekreacyjna aktywność fizyczna studentów kierunków medycznych (A. Milewska, J. Duda, N. Yasińska, M. Klimczyk, T. Skaliy, T. Kutek).....	106
1.8. Reżim rekreacyjny owocowo-herbaciany, kolejny okres odżywiania i aktywności fizycznej jako bardzo istotne aspekty rekreacji organizmu człowieka (S. Tanewa).....	126
Rozdział 2. Współczesne aspekty rehabilitacji w XXI wieku	156
2.1. Współczesne narzędzia do rehabilitacji osób niepełnosprawnych w systemie szkolnictwa wyższego w Rosji (O. Denisowa, O. Lekhanowa)...	156
2.2. Metody określania wskaźników rozwoju cech motorycznych dzieci z problemami skoliotycznymi kręgosłupa (W. Dychko, E. Dychko, Y. Klimentko).....	173

WSPÓŁCZESNE TRENDY ROZWOJU REKREACJI I REHABILITACJI W XXI WIEKU

2.3. Rola adaptowanego wychowania fizycznego w systemie kompleksowej rehabilitacji osób całkowicie niewidomych i niedowidzących (S. Kokhan, A. Skaliy, T. Skaliy, R. Ahmetow).....	193
2.4. Trenażery w rekreacyjnej i rehabilitacyjnej kulturze fizycznej studentów (W. Kudritsky, N. Orlova).....	216
2.5. Znaczenie kompleksowego zastosowania czynników farmakologicznych i fizycznych we wczesnej rehabilitacji pacjentów po endoprotezoplastyki dużych stawów (E. Namokonow).....	249
2.6. Skuteczność wykorzystania platformy Moodle przy nauczaniu dyscyplin z wychowania fizycznego i sportu przez studentów specjalnych grup medycznych (E. Nowichikhina, N. Ulyanova, E. Romanowa).....	258
2.7. Potencjał rehabilitacyjny adaptowanego wychowania fizycznego (L. Osmuk, W. Degtyarewa, L. Mozheykina).....	278
2.8. Aktualne praktyki położnicze w zakresie wspierania kobiet w ciąży z problemami społeczno-psychologicznymi (L. Perusanowa, D. Sidzhimowa).....	297
2.9. Czynniki ryzyka zdrowia w tworzeniu zespołu metabolicznego i zasad żywieniowych dla optymalnej rehabilitacji pacjentów z cukrzycą i z jej powikłaniami (J. Rutowski).....	313
2.10. Strategie zapobiegania przewlekłym chorobom niezakaźnym oraz odnowy biologicznej w Republice Mołdowy (S. Cebanu, R. Deleu, A. Tabirta).....	325
Podsumowanie	348
Wiadomości o autorach	354
Piśmiennictwo	358

TABLE OF CONTENTS

Introduction.....	11
Chapter 1. Modern aspects of active recreation in the XXI century.....	15
1.1. Exercise as a means of overcoming stress of university students (E. Y. Avanesov, E. E. Adamyan, A. A. Shaljyan).....	15
1.2. Recreation and rehabilitation of students: state, problems and ways to solve them (T. A. Botagariyev, S. S. Kubiyeva).....	24
1.3. Recreation and rehabilitation in the regions of Mongolia (A. Byambaa, O. Choijil, B. Battsagaan).....	40
1.4. Physical and sports recreation students of university in extracurricular time (O. V. Limarenko, V. V. Ponomarev, E. I. Kokova)...	58
1.5. Integration of mental efficiency and motor activity of the students in the process education of the university (O. V. Limarenko, F. Sikora, W. Kowalski).....	74
1.6. Modern approaches to athletes' recreation at their training process different stages (O. A. Makunina).....	91
1.7. Recreation physical activity of medical students (A. Milewska, J. Duda, N. Jasinska., M. Klimczyk, T. Skaliy, T. Kutek).....	106
1.8. Fruit-and-tea recreative regimen, post nutrition period and motor (physical) activities as highly significant aspects of human organism recreation (S. Y. Taneva).....	126
Chapter 2. Modern aspects of rehabilitation	156
2.1. Modern tools for the rehabilitation of persons with disabilities in the higher education system of Russia (O. A. Denisova, O. L. Lekhanova).....	156
2.2. Methods of determination of indicators of motor quality development of children with scoliotic problems of the spine (V. V. Dychko, E. A. Dychko, J. S. Klimenko).....	173

MODERN TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF RECREATION AND
REHABILITATION IN THE TWENTY-FIRST CENTURY

2.3. The role of adaptive physical education in the system of complex rehabilitation of totally blind and partially sighted (S. T. Kokhan, A. Skaly, T. Skaly, R. Akhmetov).....	193
2.4. Exercise machines in recreational and rehabilitating physical education (V. N. Kudritsky, N. V. Orlova).....	216
2.5. Value of complex application of medicamental and physical factors in early rehabilitation of patients after endoprosthetics of large joints (E. V. Namokonov).....	249
2.6. Efficiency of use of electronic environment Moodle in mastering of disciplines on physical culture and sports by students of special medical groups (E. V. Novichikhina, N. A. Ulyanova, E. V. Romanova).....	258
2.7. The rehabilitation potential of adaptive physical culture (L. A. Osmuk, V. V. Degtyareva, L. B. Mozheikina).....	278
2.8. Current best practices in the work of the midwife to support pregnant women with social and psychological problems (L. V. Perusanova, D. A. Sidjimova).....	297
2.9. Knowledge of risk factors forming metabolic syndrome and its consequences for health and dietetic principles for optimal rehabilitation of patients with diabetes and its complications (J. A. Rutowski).....	313
2.10. Strategies for prevention of chronic noncommunicable diseases and wellness treatment in the Republic of Moldova (S. Cebanu, R. Deleu, A. Tabirta).....	325
Conclusion	351
Information about authors	354
Bibliographic list	358

WSTĘP

We współczesnym świecie zapobieganie chorobom, przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia i promocja zdrowia stanowią integralną część koncepcji rozwoju współczesnego społeczeństwa, ukierunkowanego na humanizację i demokratyzację.

Zgodnie ze stwierdzeniem Światowej Organizacji Zdrowia główną przyczyną podjęcia działań rehabilitacyjnych nie jest choroba lub uraz a ich konsekwencja.

Opracowanie naukowe jest efektem współpracy badaczy, pedagogów i praktyków z 9 krajów euroazjatyckich: Polski, Rosji, Bułgarii, Białorusi, Ukrainy, Armenii, Mołdawii, Kazachstanu i Mongolii, którzy przedstawiają różne aspekty i obszary rekreacji oraz rehabilitacji, które dzisiaj, bardziej niż kiedykolwiek, są bardzo istotne dla obywateli w każdym wieku, niezależnie od kraju oraz terytorium zamieszkania.

Praca naukowa jest wynikiem wieloletnich praktyk naukowych i dydaktycznych działań autorów monografii zbiorowej i zawiera ustalone postawy oraz ciekawe wyniki autorskich badań naukowych i praktycznych.

Struktura monografii zbiorowej obejmuje dwa kierunki badawcze: rekreację i rehabilitację, omówione w dwóch rozdziałach i składające się z siedmiu podrozdziałów z rekreacji i dziesięciu podrozdziałów z rehabilitacji.

W rozdziale pierwszym, pt. Współczesne aspekty rekreacji ruchowej w XXI wieku, autorzy, w większości przypadków, koncentrowali swoje badania na młodzieży studenckiej. Autorzy z Erewańskiego Państwowego Uniwersytetu Języków i Nauk Społecznych im. W. Briusowa, przedstawili badanie wpływu ćwiczeń fizycznych na odporność na stres młodzieży studenckiej. Na podstawie własnych badań

kazachscy naukowcy z Aktiubińskiego Regionalnego Państwowego Uniwersytetu im. K. Żubanowa zaproponowali rozmaite sposoby doskonalenia zajęć rekreacyjnych i rehabilitacyjnych dla młodego pokolenia, mającego problemy ze zdrowiem. Opracowanie Mongolskiego Narodowego Uniwersytetu Nauk Medycznych przyczynia się do rozwoju możliwości rekreacyjnych i rehabilitacyjnych na terytorium Mongolii. Uniwersytety: Syberyjski Uniwersytet Federalny, Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny w Krasnojarsku im W. Astafjewa i Syberyjski Instytut Prawa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Rosji w swoich badaniach skupiły się na pozytywnym wpływie zintegrowanych technologii organizacyjno-pedagogicznych i sportowych na kształtowanie kultury rekreacji fizycznej studentów. Rosyjsko-polscy i ukraińskie autorzy z Syberyjskiego Uniwersytetu Federalnego, Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy oraz Żytomierskiego Państwowego Uniwersytetu przedstawili teoretyczne i praktyczne poglądy na temat integracyjnych cech sprawności umysłowej i aktywności ruchowej w procesie nauki w szkole wyższej. Przedstawicielka z Uniwersytetu Medycznego w Sofii przedstawiła wyniki badań własnych, udowadniając, że z punktu widzenia zdrowej, zbilansowanej diety, aktywności fizycznej i odpowiedzialności człowieka znacznie zwiększa się skuteczność działań rekreacyjnych.

Drugi rozdział, pt. Współczesne aspekty rehabilitacji w XXI wieku, poświęcony jest rozważaniu aktualnych zagadnień rehabilitacyjnych, w tym różnych form i metod rehabilitacyjnych.

Zgodnie z wynikami badań Czerepowiecki Państwowy Uniwersytet, przedstawił analizę nowoczesnych technologii stosowanych w rehabilitacji osób niepełnosprawnych w szkolnictwie wyższym w Rosji. Metody określania wskaźników rozwoju cech motorycznych u dzieci z problemami skoliozycznymi kręgosłupa są omawiane w pracy badaczy z Donbaskiego Państwowego Uniwersytetu Pedagogicznego. Na przykładzie sportu dla osób niepełnosprawnych -

goalball, naukowcy z Zabajkalskiego Państwowego Uniwersytetu, Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy oraz Żytomierskiego Państwowego Uniwersytetu koncentrują się na wiodącej roli adaptowanego wychowania fizycznego w systemie kompleksowej rehabilitacji osób niewidomych. Wykorzystanie nowoczesnych trenażerów, stymulujących efektywny rozwój procesów rekreacyjnych i rehabilitacyjnych, doskonalących specjalne umiejętności, zaprezentowała Politechnika Brzeska. Pedagog - naukowiec z Czitińskiej Państwowej Medycznej Akademii potwierdził wysoką skuteczność włączenia nowoczesnych mechano-technologii i fizjoterapii na wczesnych etapach rehabilitacji pacjentów po endoprotezie dużych stawów kończyn dolnych. Praktycy z Ałtajskiego Państwowego Uniwersytetu w swojej pracy potwierdzili skuteczność wykorzystania platformy Moodle w opanowywaniu materiału z wychowania fizycznego i zajęć sportowych przez uczniów z ograniczeniami zdrowotnymi. Politechnika Nowosybirsk w swojej pracy zwraca uwagę na możliwości adaptowanego wychowania fizycznego do wykonywania funkcji psychoterapeutycznych i społeczno-kulturowych w praktyce rehabilitacyjnej. Wydział Lekarski Uniwersytetu Sofijskiego im. św. Klemensa z Ochrydy i Uniwersytet Medyczny w Sofii potwierdzili swoje wyniki w identyfikowaniu problemów psychospołecznych, na wczesnym etapie, które pojawiają się u kobiet w ciąży oraz dowiedli rozsądnego wykorzystania przez pracowników medycznych innowacyjnych praktyk w celu rozwiązania powyższych problemów. Autor z Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego przedstawił pracę badającą wpływ zespołu metabolicznego na stan zdrowia pacjentów z cukrzycą. Państwowy Uniwersytet Medycyny i Farmakologii im. N. Tiestiemicanu przedstawił materiał na temat strategii państwa w zapobieganiu przewlekłym chorobom zakaźnym i wykorzystaniu odnowy biologicznej w Mołdawii.

WSPÓŁCZESNE TRENDY ROZWOJU REKREACJI I REHABILITACJI W XXI WIEKU

Podsumowując, monografia zbiorowa odzwierciedla zadeklarowane obszary badań i rozwój procesów rekreacyjnych i rehabilitacyjnych w Polsce i za granicą.

Aktualnie rozbudowa i doskonalenie tych systemów, wzmocnienie współpracy w dziedzinie medycyny, edukacji, państwowych i społecznych służb odpowiedzialnych za rozwój rekreacji i rehabilitacji, wychowania fizycznego i sportu, turystyki oraz innych organizacji i wydziałów, nabrały szczególnego znaczenia i są zależne od wspólnych działań związanych z zapobieganiem chorobom i zdrowym stylem życia w celu zachowania i wzmocnienia zdrowia nacji.

INTRODUCTION

In the modern world, the prevention of diseases, adherence to the principles of a healthy lifestyle and health promotion, is an integral part of the concept of development of a modern society, focused on the humanization and democratization of potential.

In accordance with the recommendations of the World Health Organization, the main principle for prescribing rehabilitation is not a disease or injury, but their consequences.

The scientific work of the team of scientists, teachers and practitioners from 9 Euro-Asian countries: Poland, Russia, Bulgaria, Belarus, Ukraine, Armenia, Moldova, Kazakhstan and Mongolia, which does not pretend to present a universal description of the development of recreation and rehabilitation, is offered to your attention it affects only those aspects of these areas that today, more than ever, are relevant for citizens of all ages, regardless of the countries and territories of their residence.

Scientific work is the result of many years of practical, scientific and teaching activities of the authors of a collective monograph and contains both well-known established provisions and, undoubtedly, interesting results of author's scientific and practical research.

The structure of the collective monograph includes 2 research lines: recreation and rehabilitation, set out in 2 chapters and consisting of 7 under chapters on recreation and 10 on chapters on rehabilitation.

The modern aspects of the development of recreation presented by the authors of this publication, in most cases, in their works focused on students. So, authors from Yerevan State University of Languages and Social Sciences V. Ya. Bryusova, presented a study on the impact of a set

of physical exercises on the stress resistance of students. Based on materials from our own experiments, Kazakh scientists from Aktobe Regional State University named after K. Zhubanova suggested ways to improve recreational and rehabilitation activities for the young generation who have health problems. According to colleagues from the Mongolian National University of Medical Sciences, the main attention is paid to the state and development of recreational and rehabilitation opportunities in Mongolia. Colleagues from universities: Siberian Federal University, Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafyeva and the Siberian Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia, in their study, focused on the positive impact of complex organizational-pedagogical and sports-improving technologies on the formation of a culture of independent physical-sports recreation of university students. The Russian-Polish team of authors from the Siberian Federal University, the University of Economics in Bydgoszcz and the Zhytomyr Ivan Franko State University reported on some theoretical and practical views on the integration features of mental performance and motor activity in the process of studying at a higher school. A teacher from the Medical University of Sofia presented the results of her own research, proving that from the point of view of a healthy, balanced diet, physical activity and human responsibility, the efficiency of the recreational process is significantly increased.

The second chapter is devoted to the consideration of urgent issues of rehabilitation measures, including various forms and methods.

According to the results of the research, colleagues from the Cherepovets State University presented an analysis of modern technologies used in the comprehensive rehabilitation of persons with disabilities in the higher education system of Russia. Methods for determining indicators of the development of motor qualities in children with scoliotic spinal problems are considered in their material by teachers - researchers from the Donbass State Pedagogical University. On the example of the Paralympic

MODERN TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF RECREATION AND REHABILITATION IN THE TWENTY-FIRST CENTURY

sport - goalball, partners from the Trans-Baikal State University, the Zhytomyr Ivan Franko State University and the University of Economics in Bydgoszcz focus on the leading role of adaptive physical education in the system of comprehensive rehabilitation of totally blind people. The use of modern simulators stimulating the effective development of recreational and rehabilitation processes, improving special skills, was presented by the team of authors from the Brest State Technical University. A scientist - teacher from the Chita State Medical Academy has substantiated the high efficiency of incorporating modern technologies of mechano- and physiotherapy at the early stages in the rehabilitation of patients after endoprosthetics of large joints of the lower extremities. Teachers-practitioners from Altai State University in their work substantiated the productivity of using the electronic medium Moodle when mastering the material of physical education and sport classes by students with health restrictions. Colleagues from the Novosibirsk State Technical University in their work draw attention to the ability, in rehabilitation practice, of adaptive physical education to perform psychotherapeutic and sociocultural functions. Scientists - researchers from the Medical Faculty of Sofia University. St. Clement of the Ohrid and Medical University of Sofia substantiated their results in identifying, at an early stage, the psychosocial problems that arise in pregnant women and the reasonable application by medical workers of innovative practices to solve the above problems. An author from the Medical College of the University of Rzeszow presented an experimental work on the effect of the metabolic syndrome on the health status of patients with diabetes mellitus and the need, in this case, for rehabilitation measures. A team of employees from the State University of Medicine and Pharmacy. N. Testemitanu presented their material on the state strategy in the field of prevention of chronic infectious diseases and wellness treatment in Moldova.

MODERN TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF RECREATION AND REHABILITATION IN THE TWENTY-FIRST CENTURY

Summing up, it should be noted that the collective monograph reflected the main declared areas for studying problems and developing recreational and rehabilitation processes in Poland and abroad.

Currently, the expansion and improvement of these systems, the strengthening of cooperation in the fields of medicine, education, state and social services responsible for the development of recreation and rehabilitation, physical education and sports, tourism and other organizations and departments, have acquired special relevance and are significantly dependent on joint and effective work on disease prevention and a healthy lifestyle to preserve and enhance the health of nations.

**ROZDZIAŁ 1. WSPÓŁCZESNE ASPEKTY REKREACJI
RUCHOWEJ W XXI WIEKU**
**CHAPTER 1. MODERN ASPECTS OF ACTIVE RECREATION IN
THE XXI CENTURY**

1.1. Ćwiczenia fizyczne jako sposób na pokonanie stresu wśród studentów

1.1. Exercise as a means of overcoming stress of university students

Annotation. The hereby monograph presents the specifics of physical exercises as a way of coping with the stress for university students. Besides the analysis of the scientific literature that substantiates the actuality of the topic, the work represents also the data of the survey conducted among the university students. Based on the latter, the importance of physical exercises for university students, especially in overcoming the stressful conditions typical of educational process, was substantiated.

Thus, the majority of the surveyed students confirms the existence of stress during exam period, and considers physical activities as one of the ways of coping with the stress, as well as promoting health condition. Interestingly, according to the survey data, the gymnastics and game activities are preferred by the students in context of increasing their mood and improving health.

В современном мире стремительно развивающиеся информационные технологии стали причиной развития в обществе гиподинамии (малоподвижности). При гиподинамии в организме человека возникают существенные изменения со стороны основных

жизненно важных систем (преимущественно центральная нервная система, кровообращения, опорно-двигательного аппарата, дыхательная система, обменные процессы), а также падает сопротивляемость организма, и человек становится склонным к стрессам.

Однако стрессы бывают разные. Они свойственны также учебному процессу. Например, причиной стресса у студентов могут быть недостаток сна, не сданные лабораторные и курсовые работы, личные причины, взаимоотношения в семье и обществе.

Причиной большого количества заболеваний, как отмечают многие исследования, является стресс, следовательно, он способен наносить ощутимый вред здоровью учащегося, а здоровье — это необходимый фактор для достижения успехов в учебной, а в дальнейшем, и трудовой деятельности.

Исходя из этого следует формировать стрессоустойчивость у студентов. Стрессоустойчивость может формироваться правильным образом жизни, воспитанием и самовоспитанием и при активном занятии физической культурой. Таким образом, активное занятие физической культурой или спортом является ключом к управлению стрессом.

Взаимосвязь занятий физическими упражнениями и преодолением стресса

В процессе эволюционного развития у человека выработались определенные поведенческие модели реагирования на стресс. Физиологическая реакция, в первую очередь - выброс в кровь адреналина, подготавливает человека к бегству или борьбе [Вознесенская, 2006, с.697].

Однако в современных цивилизованных условиях жизни организм не может должным образом использовать выделившуюся в результате физиологических изменений энергию, предназначенную

ĆWICZENIA FIZYCZNE JAKO SPOSÓB NA POKONANIE STRESU WŚRÓD STUDENTÓW

для бегства или нападения. Это увеличивает степень его утомления и износа. Занятия спортом позволяют конструктивно и целенаправленно использовать эту энергию, защищая организм от истощения. Именно поэтому, с физиологической точки зрения, спорт играет важную роль в преодолении стресса, помогая направить энергию в полезное русло и безопасно ее использовать [Коган, 1980].

Кроме того, на психофизиологическом уровне происходят важные процессы, впоследствии чего человек может ощущать разочарование, раздражение, чувство вины, стыда, апатию, безнадежность, одиночество. В его поведении происходит сбой от возникновения непредвиденных и необычных обстоятельств, и человек интуитивно старается вернуться к привычным для себя способам поведения [Рутман, 2000].

При любой физической нагрузке в организме вырабатываются эндорфины, что положительно влияет на эмоциональный фон, помогает избавиться от подавленного настроения и снимает депрессивное состояние во время физической активности. Безусловно наиболее полезны физические упражнения, выполняемые на свежем воздухе, особенно под солнечными лучами, так как в организме вырабатывается серотонин, который также повышает эмоциональный фон [Коган, 1980; Вознесенская, 2006].

Важно отметить, что активный образ жизни, использование разнообразных физических упражнений способствуют оздоровлению разных систем организма, так же уменьшают возможность возникновения дистрессов [Рутман, 2000].

Однако, во время самостоятельных занятий физическими упражнениями непременно следует соблюдать принцип последовательного увеличения нагрузок, объективно следя за своим самочувствием [Щекина, 2005, с.17].

Что касается психологического аспекта, то необходимо

отметить, что физические упражнения в общем помогают улучшить настроение, эффективно снимать стресс, убирать негативные состояния, вызванные напряжением на учебе и способствует формированию стрессоустойчивости [Рутман, 2000; Щекина, 2005, с.17; Борисова, 2011].

Методология исследования

Целью данной работы является выявление особенностей применения физических упражнений как средство преодоления стресса у студентов.

При данном исследовании были использованы следующие основные методы:

- изучение и анализ литературных источников,
- анкетный опрос,
- статистическая обработка материалов исследования.

С целью выявления путей преодоления стресса во время сессии нами был проведен анкетный опрос среди 56-и студентов обоих полов Ереванского государственного лингвистического университета имени В.Я. Брюсова.

Для получения наиболее достоверной информации, вопросы опросного листа были разделены на 3 блока: первый блок был про констатацию студентами наличия или отсутствия стресса во время сессии и их представления роли занятий физической культурой или спортом с целью преодоления сессионного стресса. Второй блок вопросов был посвящен оценке личных ощущений во время занятий, ну а в третий блок вошли вопросы касающиеся предпочтений студентов в выборе того или иного вида спорта или занятий физическими упражнениями вообще, а также, условия их проведения.

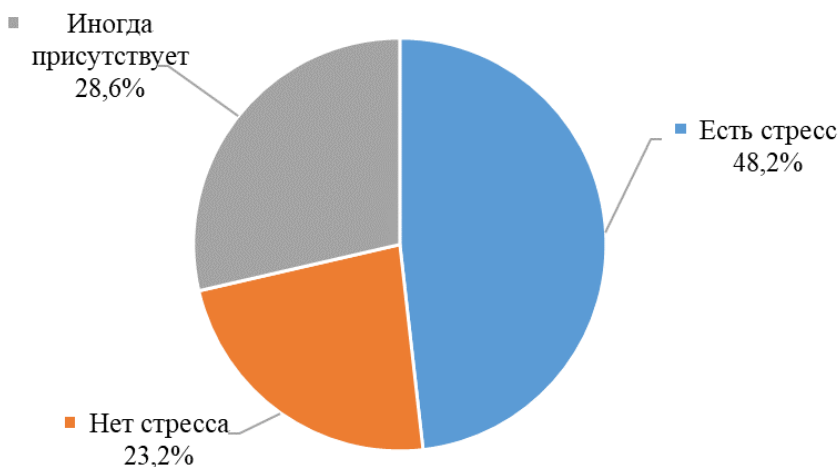
Важно отметить, что на все вопросы респонденты имели право дать один или большее ответов.

ĆWICZENIA FIZYCZNE JAKO SPOSÓB NA POKONANIE STRESU WŚRÓD STUDENTÓW

Анализ результатов анкетного опроса

По данным опроса стало ясно, что 48,2% опрошенных студентов подтвердили наличие стресса во время сессии, остальные ответы разделились следующим образом: 23,2% не имеют стресса, а у 28,6 % респондентов стресс проявляется иногда (диаграмма 1).

Диаграмма 1. Наличие стресса у студентов во время сессии

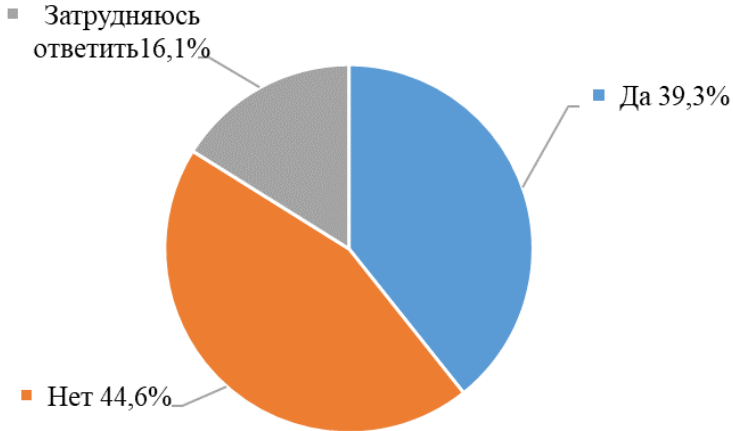


При оценке “депрессивного” влияния психологических и умственных нагрузок в процессе обучения на опрошенных студентов были выявлены следующие результаты.

Так, на 39,3% опрошенных студентов в процессе обучения имеет место “депрессивного” влияния психологических и умственных нагрузок, однако по данным 44,6% опрошенных они вообще не влияют. Лишь небольшой процент студентов затруднился дать ответ – 16,1%.

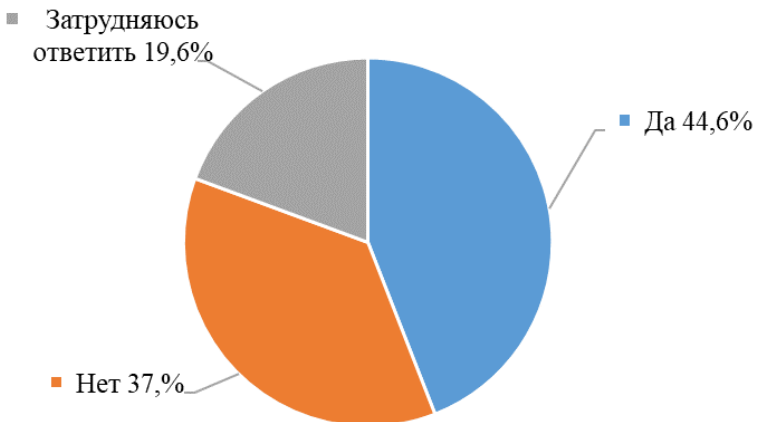
По мнению большинства студентов, хотя сессия и сопровождается стрессом, однако, многие считают, что умственная нагрузка не может привести к серьезной депрессии (диаграмма 2).

Диаграмма 2. Оказывает ли на вас умственная нагрузка депрессивное влияние



44,6% опрошенных нами студентов согласны с тем, что физические упражнения могут положительно повлиять на процесс преодоления стресса, с ними не согласны 37%, и только 19,6% респондентов затрудняется с ответом (диаграмма 3) .

Диаграмма 3. Оказывают ли на вас занятия спортом благотворительное влияние

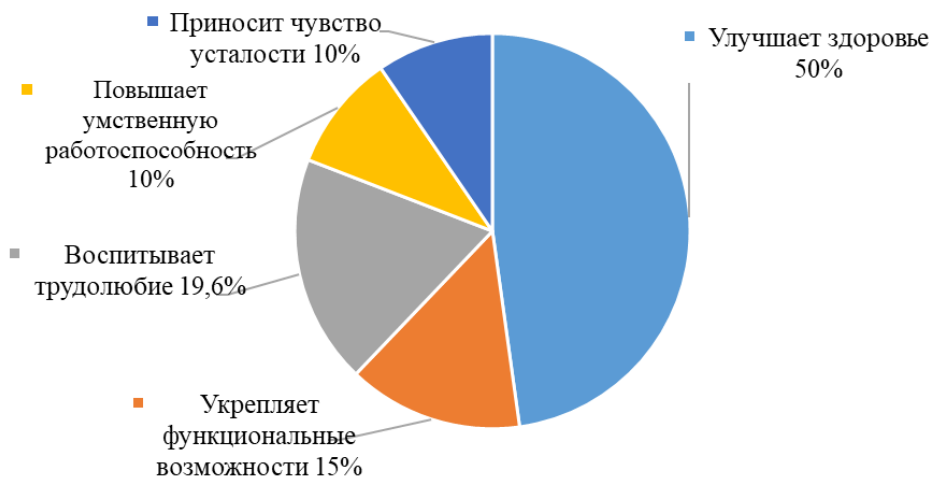


ĆWICZENIA FIZYCZNE JAKO SPOSÓB NA POKONANIE STRESU WŚRÓD STUDENTÓW

Резюмируя вышесказанное, заметим, что сравнительно большой процент студентов, утверждающих, что психологические и умственные нагрузки не могут привести к депрессии, а также, процент обесценивающих роль физических упражнений в борьбе со стрессом, гласит об их слабой осведомленности и соответственно, о необходимости последующего проведения образовательной работы, например, в рамках вузовской программы, организация лекций на данную тему.

44,6% опрошиваемых констатировали благотворное влияние физических упражнений на собственное здоровье, избавление от стресса, при этом 46,4% чувствует усталость, и лишь не замечает разницы до (39,3%) и после (14,3%) выполнения физических упражнений. В ходе исследования выявилось, что половина опрошенных (50%) студентов признает, что регулярность занятий спортом улучшает здоровье, соответственно 15% - полагает, что эти занятия укрепляют функциональные возможности, и ровно столько же опрошенных уверены, что таким образом воспитывают трудолюбие.

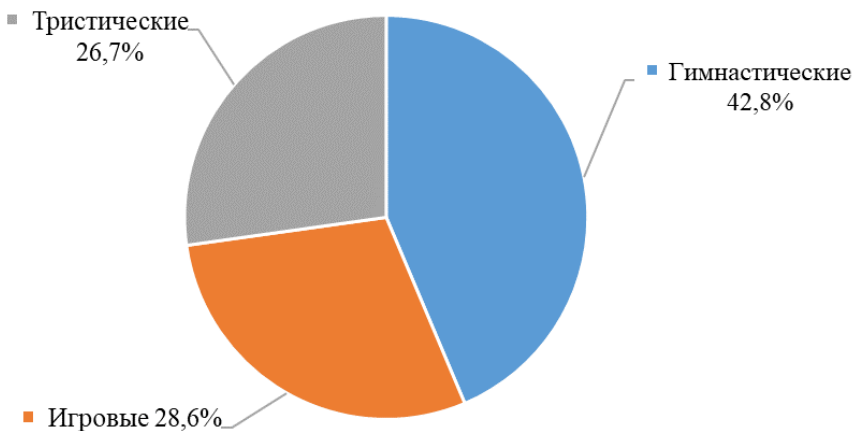
Диаграмма 4. Как влияют на вас занятия спортом



Сравнительно малый процент студентов: 10% считает, что спортивные занятия повышают также умственную работоспособность, аналогичный процент студентов уверен, что занятия спортом приводят к чувству усталости в течение дня (диаграмма 4).

Однако, было интересно, какие же физические упражнения предпочитают студенты? По итогам анкетирования было выявлено, что 42,8% студентов с удовольствием выполняет гимнастические, 28,6% - игровые, и 26,7% - туристические (бег, ходьба) упражнения. Сочетая физическую активность с музыкой, мы добавляем в борьбу со стрессом элемент музыкотерапии. Немаловажным фактором для регуляции стресса является правильное дыхание во время выполнения физических упражнений (диаграмма 5).

Диаграмма 5. Виды наиболее популярных упражнений



По мнению 33,9% респондентов наиболее благотворно влияют на самочувствие студентов упражнения, содержащие игровые элементы, 30,3% опрошенных отметили упражнения требующие выносливости, а 14,2% - требующие координации.

Учитывая положительное влияние плавания на искоренение

ĆWICZENIA FIZYCZNE JAKO SPOSÓB NA POKONANIE STRESU WŚRÓD STUDENTÓW

стресса, в опросный лист нами был включен вопрос об умении плавать и воздействие воды на студентов. Анализ результатов показал следующую картину: половина респондентов умеют, а вторая половина не умеющие плавать студенты. При этом 12,5% из них не умеет плавать, потому что боятся воды.

Исследование показало также, что гендерное различие влияет на ощущение комфорта при занятиях физической культурой. Большинство опрошенных: 55,3%, предпочитает заниматься в группах, состоящих из студентов своего пола, а для 35,7% студентов совместные занятия обоих полов не отражались на ощущении комфорта. В этом контексте 55,3% респондентам наиболее комфортно выполнять физические упражнения в группах людей противоположного пола.

Выводы

Подводя итоги анкетирования среди студентов, необходимо выделить следующие выводы:

1. По результатам анализа литературных источников можно констатировать, что систематические занятия физическими упражнениями положительно влияют на процесс преодоления стрессовых ситуаций.

2. Исследуемая группа студентов в большинстве, признает наличие стресса во время экзаменационной сессии, и среди путей преодоления стресса, а также укрепления здоровья в целом считает занятия физической культурой и спортом. Однако, имеются также мало информированные студенты, что требует обращения в программе физической культуры вуза к данному вопросу.

3. Гимнастические и игровые упражнения оказались наиболее предпочтительными для опрошенных студентов, что в свою очередь способствует повышению их настроения и улучшают самочувствие.

4. Плавание может быть введено в основную программу

занятий по физической культуре, поскольку половина опрошенных респондентов не умеют плавать, а также некоторые боятся воды.

5. Наиболее эффективными для студентов могут быть уроки, проводимые с учетом полового различия, т.е. отдельно для обоих полов.

6. Для снижения негативные воздействия сессионного стресса на студентов необходимо разработать комплекс нетрудных физических упражнений, доставляющих удовольствие студентам и в этом контексте, максимально эффективное влияние может иметь плавание.

7. Необходимо также, на уроках физической культуры выделить время для информирования студентов о сущности влияния физических упражнений на их организм.

1.2. Rekreacja i rehabilitacja studentów: stan, problemy i sposoby ich rozwiązania

1.2. Recreation and rehabilitation of students: state, problems and ways to solve them

Annotation. The monograph section presents the main theoretical aspects of students' recreation and rehabilitation. Namely: The main conceptual provisions of social recreation and rehabilitation of the individual; physical recreation and rehabilitation of production workers (specific regularities of the organism restoration); the formation of the students' recreational culture (the formation of conditions; the implementation of the creation for a favorable psychological background; the improvement of the individual components); the methodology of physical recreation (the content of its theory and study subject); rehabilitation programs after various diseases (after spinal cord diseases;

sick cerebral palsy; vision; slouching posture); disability sports problems (their status, logistical and financial support; lack of specialists; poor media coverage); factors influencing physical exercises(positive: a feeling of good physical form; belief in good results from the classes; negative: no interest; inappropriate weather conditions; uncomfortable psychological climate); problems in this industry: dissatisfaction of relatives with the setting of this process; the need to conduct classes in green and less populated areas; the emphasis of moral elements of this process; alienation of those involved in society; a feeling of weak physical and mental capacity.

The dominant diseases of students of Aktobe Regional State University named after K. Zhubanov are described, such as: myopia; chronic gastritis; chronic bronchitis; chronic pyelonephritis; weight deficiency; cervical erosion; ichthyosis; demodekosis; multicolored deprivation; eczema; violation of glucose tolerance.

It is recommended ways of improving the recreation and rehabilitation of students of Aktobe Regional State University named after K. Zhubanov: implementation of the comprehensive plan "healthy University" developed at the university, which contains such elements as: purpose, tasks, actions for their realization. The activities emphasize: identification of the main diseases; information and explanatory work; methodically teaching activities; implementation of the event for a restorative and curative character; conducting classes with students and teachers of classes in the relaxation room at the Department of Pedagogy and Psychology; therapeutic exercises and measures aimed at restoring students after various diseases (music therapy, prevention of eye disorders.).

Данный раздел монографии посвящен решению таких задач, как:

1. Выявление основных теоретических аспектов рекреации и реабилитации студентов;

2. Изучение основных заболеваний студентов Актюбинского регионального государственного университета им. К. Жубанова;

3. Разработка путей совершенствования рекреации и реабилитации студентов Актюбинского регионального государственного университета им. К. Жубанова.

Для решения поставленных задач применялись следующие методы исследования.

Выявление основных теоретических аспектов рекреации и реабилитации студентов осуществлялось на основании анализа отечественной и зарубежной литературы. Были изучены монографии, научные статьи.

Изучение основных заболеваний студентов Актюбинского регионального государственного университета им.К.Жубанова проводилось на основе анализа результатов медицинского осмотра, проведенного в начале сентября 2018-2019 учебного года. В исследовании приняло участие 200 студентов 1 курса и 250 студентов 2 курса.

За основу были взяты рекомендации специалистов [Здоровье населения, 2018].

Анализ отечественной литературы позволил заключить, что в теоретических аспектах рекреации и реабилитации специалисты выделяют следующие направления.

Концепция социальной реабилитации, рекреации индивида. Специалисты акцентируют следующие ее элементы: а) основное положение – общественная потребность человека; реализация индивидом самого себя посредством своей деятельности; комфортабельность деятельности индивида с нарушениями в здоровье; развитость основных фундаментальных навыков реализации своей жизнедеятельности с последующим их совершенствованием; б) психологическое восстановление

направлено на коррекцию посредством соответствующих методик внутреннего духовного равновесия индивида; медико-биологическое восстановление способствует приведению организма к реализации его дееспособности в обществе [Мельников, 2011, с. 24]; в) изменения во взглядах на изучение двигательной рекреации: неоднозначность рассмотрения здоровья (изучение организма; двигательного уровня; телесности индивида; потенциала внутреннего состояния; проблема относительно стабильного равновесия в здоровье людей на протяжении периодов жизни); динамичность социальных условий; существование различных групп, не подлежащих общим закономерностям исследования [Мякишева, 2000, 23];

Формирование рекреационной культуры студентов. В данном направлении специалистами представлена программа оздоровления студентов, имеющая три блока: физические кондиции, психологические особенности и социальные факторы. В первом блоке представлена совокупность элементов, предусматривающих формирование благоприятных условий для развития внутренней стабильности работы организма. Второй блок предназначен для реализации гармоничной взаимосвязи элементов учебно-воспитательного процесса с целью создания комфортного психологического состояния студентов. Задача третьего блока обеспечить осуществление всех социальных условий для развития и совершенствования духовного и морального облика студентов [Зайцев, 2011].

Проблемы физической рекреации и двигательная реабилитация работников производства. Специалисты акцентируют: а) дифференцированные разработки с применением компьютерных программ, учитывающие возможности гендерных, физиологических, психологических характеристик работников, а также требований профессиограммы и элементов, составляющих внутреннее

постоянство организма [Глебов, 2000, 22]; б) основные закономерности восстановления в ходе профессиональной деятельности, среди которых выделяются адекватность реализации способов и методов выполнения физических упражнений характеру профессии и последовательности дееспособности работника в течение трудового дня; вариативность влияния физической активности [Галкин, 1996, 45].

Теоретические и методические основы физической рекреации. Здесь специалисты акцентируют следующее: а) теория характеризуется в качестве интегрального предмета о принципах приведения организма в нормальное состояние организма после понижения его дееспособности посредством оптимально организованной физической активности. Предметом ее изучения служат основные постулаты, термины, постановочные направления, способы, инструменты осуществления отдыха организма с целью доведения его в оптимальное для функционирования состояние [Бердус, 2000, 24]; б) существует две её разновидности: моторная и умственная. Основными отличиями моторной рекреации является то, что здесь присутствует относительный простор в: организации благоприятных условий, чувства радостных ощущений от реализации своих действий, большим разнообразием возможностей удовлетворения своих двигательных потребностей [Виноградов, 1998, 44]; в) в строении двигательной формирования у них внутреннего чувства в надежности своих кондиций для самореализации и разработки рекомендаций, их применения по минимизации факторов впадения в угрюмые состояния [Hasan, 2017, 188]; в) Факторы, мешающими заниматься физическими упражнениями после перенесения заболеваний, являются: слабый уровень физической дееспособности и внутренней психической неготовности; слабые волевые качества; не обеспеченность от травматизма; не владение знаниями, личными навыками применения необходимых средств и методов; неимение

необходимых инструментов для их реализации [Parry, 2017]; г) Факторы, способствующие занятиям детей с церебральным параличом, восстановительными упражнениями: наличие сподвижников для включения детей в физическую деятельность; построение деятельности внутри семьи на формирование интереса к физической активности; наличие необходимых сведений для занятий [Lauruschkus, 2017]; д) Среди факторов, определяющих взгляды китайцев, у которых имеются сердечно-сосудистые заболевания, на восстановительные мероприятия, выявлены: относительное понимание их необходимости, что способствовало большой активности в их реализации; воздействие друзей; помощь со стороны общественности; культ китайского образа жизни улучшили в целом занятость их физкультурной деятельностью [Goodwin, 2016];

Удовлетворенность и стабильность в реальном и виртуальном рекреативном спорте. Специалисты выявили, что представители женской половины предпочитают в занятиях креативным спортом больше образовательный аспект и тяготение к стабильности. При занятиях реальным и виртуальным видами рекреативного спорта не было выявлено особых противоположных друг другу черт. Это свидетельствует о занятии им весомого места в занятиях физической культурой восстановительного характера [Vim, 2018].

Проблемы физического воспитания, спорта и отдыха. Здесь специалисты отмечают: а) Обучающиеся и их родственники недовольны состоянием реализации школьного физического воспитания. Пути решения этой проблемы они видят в совершенствовании уровня профессиональных качеств педагогов и заинтересованности родителей в повышении уровня физической культуры своих детей [Villafuerte, 2019]; б) Среди благоприятных условий для рекреативной физической культуры были обозначены места, где очень имеются большое количество зеленых деревьев, а также не плотно заселенные населением [Novanska, 2018, 128];

в) Дальнейшее совершенствование восстановительного спорта акцентировано на исследовании, укреплении и реализации применявшегося ранее восстановительного спорта, занявший свое определенное место в социуме, как отрасль цивилизации. В этом направлении консультации, данные по реализации спортивных соревнований, послужат качественному повышению мероприятий восстановительного характера с культурных и зрелищных позиций как внутри одной страны, так и во всемирном масштабе [Nababan, 2017, 437]; г) Для физической культуры больных теми или иными заболеваниями характерно получение знаний, навыки в соревновательной деятельности и восстановительный элемент. Все они разнообразны по своему содержанию и имеют свои нравственные основы. Очень важно тонко учитывать эти особенности в работе с таким контингентом [Goodwin, 2016, 54].

Характеристика людей, болеющих различными заболеваниями. Специалисты обращают внимание на следующую их специфику: относительное отчуждение от общественных процессов; понижение их сексуальной привлекательности; недоразвитость; некоторая потеря гердерных различий; чувство недееспособности. Они рассматривают имеющуюся проблему с двух позиций (приведение заболевшего человека в относительные границы для реализации себя в обществе; постепенного формирования в сознании индивида присущих нормальным членам социума понятий о здоровом образе жизни). Это способствует, с одной стороны, относительно мягкому восприятию больными своего состояния и а с другой, понимать людям, работающим с ними, представлять их как личностей с присущими им осознанием себя целостным организмом [Маауан, 2016, 147].

В таблице 1 представлены показатели заболеваемости студентов 1 курса АРГУ им.К.Жубанова.

Таблица 1

**Заболеваемость студентов 1 курса Актюбинского
регионального государственного университета им.К.Жубанова**

<i>№</i>	<i>Название болезни</i>	<i>Количество</i>
1	Миопия	102
2	Хронический гастрит	12
3	Диффузный зоб	4
4	Хронический бронхит	9
5	Хронический пиелонефрит	10
6	Ожирение	5
7	Недостаточность веса	10
8	Гипоплазия щитовидной железы	2
9	ВСД. Гипертензивный синдром	3
10	Гайморит	2
11	Отит	4
12	Плоскостопие	6
13	Эрозия матки	2
14	Пневмония	2
15	Сезонный поллиноз	2
16	Недостаточность кровообращения	21
17	НЦД по корональному типу	2
18	НЦД по гипертоническому типу	2
19	ДЖВП гиперматорный тип	2
	Итого	200

Как видно из таблицы 1 наибольшее количество заболеваний наблюдается по миопии – 102 случая; хроническому гастриту – 12; хроническому бронхиту – 9; хроническому пиелонефриту – 10; недостаточности веса – 10.

В таблице 2 представлены показатели заболеваемости студентов 2 курса АРГУ им.К.Жубанова.

Таблица 2

**Заболеваемость студентов 2 курса Актюбинского
регионального государственного университета им.К.Жубанова**

<i>№</i>	<i>Название болезни</i>	<i>Количество</i>
1	Миопия	140
2	Хронический гастрит	14
3	Диффузный зоб	4
4	Хронический бронхит	12
5	Хронический пиелонефрит	16
6	Ожирение	4
7	Недостаточность веса	8
8	Эрозия ш/м. Кольпит	6
9	Ихтиоз	2
10	Демодекоз	2
11	Разноцветный лишай. Алопеция	2
12	Вульгарные угри	2
13	Витилиго	2
14	Псориаз. Экзема.	3
15	НЦД по гипертоническому типу.	5
16	НЦД по кардиальному типу.	4
17	Левосторонняя прикорневая пневмония	2
18	Сезонный поллиноз	3
19	Мастопатия слева	2
20	Ревматоидный плиартрит	2
21	Нарушение толерантности к глюкозе	4
22	ВСД. Гипертензивный синдром	4
23	Амблиопия	3
24	Гиперметропия	2
25	Трамотическое бельмо	2
	Итого	250

Здесь также отмечается наибольшая частота заболеваний по таким болезням как миопия – 140; хронический гастрит – 14; хронический бронхит – 12; хронический пиелонефрит – 16. По сравнению со студентами первого курса у студентов 2 курса в качественных показателях заболеваний наблюдаются относительные коррективы. Например, появились такие виды заболеваний как: эрозия шейки матки – 6; ихтиоз – 2; демодекоз – 2; разноцветный лишай – 2; экзема – 3; нарушения толерантности к глюкозе – 4. Какова природа этих болезней и с чем связано их возникновение у студентов?

Эрозия шейки матки – это изменение функционирования выделения секрета в отделе шейки матки влагалища. Следующие причины приводят к появлению этого заболевания: раздражение генитальных органов; всевозможные повреждения; преждевременная сексуальная деятельность; расстройство оварально-менструального периода.

Ихтиоз – это болезнь кожного покрова, вследствие чего появляются шелуха в виде того, что бывает на теле рыбы. Главным источником ее возникновения являются изменения в характере обмена белков в организме.

Демодекоз – заболевание, симптомами которого является изменения на покровах лица, в волосах. Он характеризуется сильным хотением почесывания и наступлением уставания глаз.

Разноцветный лишай сопровождается нарушением функций кожного покрова, волос, что приводит к ухудшению внешнего вида индивида. Причинами возникновения этого заболевания являются: излишнее выделение пота; сниженная сопротивляемость организма; заболевание болезнями легких; заражение инфекцией.

Экзема – это заболевание, когда высыпает сыпь на кожный покров. Основные факторы, способствующие ее появлению: нарушения в работе органов эндокринного механизма и элементов нервно-мышечного аппарата.

Нарушение толерантности к глюкозе – болезнь, когда содержание сахара в крови относительно ниже требуемых нормативов. Причинами, приводящими к этой болезни, являются изменения в процессах работы желудка; слишком большой вес; малая двигательная активность.

Как видно из вышеотмеченного, помимо тех заболеваний, которые мы отметили у студентов первого курса, на втором курсе констатированы болезни, которые, в основном, относятся к заболеваниям кожного покрова.

На наш взгляд, основными факторами возникновения доминирующих заболеваний студентов, являются:

- повышенная загруженность учебной и другими видами нагрузок студентов. В условиях кредитной технологии обучения студент должен больше самостоятельно заниматься над совершенствованием своих знаний, искать в интернете, библиотеке необходимую информацию, быть мобильным;

- низкая двигательная активность студентов (большую часть времени студент проводит за компьютером, в библиотеке, на лекциях и семинарах в аудитории);

- незанятость большей части студенчества в других видах физкультурной деятельности, кроме обязательных посещений занятий физической культуры в вузе.

Для профилактики, укрепления, развития здоровья студентов университета мы предлагаем следующие пути их совершенствования.

Во-первых, на основании методических рекомендаций, предложенных Национальным центром общественного здравоохранения [Ахметов, 2018, 63], нами был разработан комплексный план реализации «здоровый университет». Его целью является на основе реализации мероприятий оздоровительно-рекреационного характера повысить уровень здоровья, двигательной

активности, физического развития, учебной успеваемости, активности в общественной жизни университета.

Для решения этой цели мы поставили следующие задачи.

1. Получение оперативных данных о психической, физической подготовленности, работоспособности, показателях учебной успеваемости, общественной активности студентов.

2. Разработка профиля здоровья студентов и преподавателей ВУЗа.

3. Проведение анкетного опроса студентов и преподавателей об уровне здоровья студентов.

4. Разработка мероприятий для решения поставленных задач.

5. Определение эффективности внедрения разработанных мероприятий.

Среди мероприятий для поставленных задач мы предлагаем следующие:

1. Проведение медицинского осмотра студентов и преподавателей.

2. Проведение анкетного опроса студентов и преподавателей.

3. Размещение информации на веб-сайтах, социальных сетях ВУЗа, интернет порталах, среди студенческой молодежи, профессорско-преподавательского состава.

4. Трансляция в студенческих общежитиях, холлах учебных корпусов видеороликов, телепередач по охране репродуктивного здоровья, профилактике аборт и инфекций передающиеся половым путем (далее – ИППП), по планированию семьи, популяризации здорового образа жизни

5. Проведение семинар-тренингов, круглых столов, конференций на актуальные темы по пропаганде здорового образа жизни, профилактике поведенческих факторов риска, хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний.

6. Подготовка обзора текущей ситуации в университете, касающейся здоровья студентов (включая физическое, репродуктивное и психическое здоровье) и условий обучения и работы.

7. Проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий среди студентов (соревнования, эстафеты и т.п.).

Одним из мероприятий восстановительного характера после чрезмерной учебной нагрузки является созданный в университете кабинет релаксации (при кафедре педагогики и психологии).

Как было отмечено выше, среди основных заболеваний, которыми болеют студенты, были отмечены следующие: миопия; хронический гастрит; хронический бронхит; хронический пиелонефрит; недостаточность веса; эрозия шейки матки; ихтиоз; демодекоз; разноцветный лишай; экзема; нарушения толерантности к глюкозе. Коррекционными мерами лечения этих заболеваний мы считаем следующие.

Для миопии необходимо применять профилактику глазных нарушений. Она заключается в следующем. Нужно изменять диапазон времени охватывания глазами просматриваемого пространства. Для этого сначала надо глазами в течение нескольких минут просматривать дальнюю какую-либо точку. После этого нужно на пару минут прикрыть глаза, чтобы немного восстановились мышцы глаз. Посредством выполнения этого задания можно снизить утомляемость элементов глазного яблока.

Лечение ихтиоза. Необходима реализация следующего:

- соблюдение нормального влажного температурного режима в комнатах с заболевшими;
- постоянно смачивать кожу;
- потребление содержательной калорийной пищи с многообразными витаминами;
- закаливание своих внутренних органов;

- смазывание поверхности кожного покрова мазями с целью их скорейшего восстановления;

- предостерегаться от различных побочных причин, могущих привести к возникновению или интенсификации заболевания.

Лечение демодекоза. Необходимо:

- применять гели; настойки на спирту;

- совместная деятельность специалиста по кожному покрову и лицу;

- использование электровоздействий типа электрофореза;

- соблюдение правильного питания; не употреблять чужие кремы и другие вещества.

При нарушении толерантности к глюкозе необходимо:

- следить за оптимальным своим весом тела. Для этого нужно рационализировать ведение правильного режима дня и активизировать физкультурную деятельность;

- оптимизировать питание, исключить из него мучную продукцию и больше включать ягоды, овощные продукты.

Для снижения утомляемости студентов мы применили музыкотерапию.

До начала занятия (в течение 15 минут) мы включали музыку, которая предназначалась для поднятия настроения, с одновременной разгрузкой их нервной системы от нежелательного психоэмоционального напряжения предшествующего занятия. Для это мы подбирали зажигательную, энергичную, ритмичную мелодию, написанную в темпах *andante*, *moderato*, *allegro*.

В подготовительной части (в течение 20-25 минут) мы использовали темпы исполнения музыкальных произведений *moderato*, *allegro*, *vivo*, *presto*. Она предназначалась для подготовки двигательного аппарата студентов на ритм занятия.

В основной части занятия (в течение 10 минут) мы применяли музыки в качестве подвижного, приемлемого для слуха

доминирующего темпа, к которому студенты старались адаптировать свои двигательные действия.

В течение 5-7 минут до окончания и 5-ти минут после занятия для снятия усталости и нервной перегрузки мы применяли музыку в темпах *largo*, *lento*, *adagio*, *andante*.

Таким образом, приведенные в данном разделе монографии данные позволяют сделать следующее заключение.

1. Основными теоретическими аспектами рекреации и реабилитации студентов являются следующие:

- основные концептуальные положения социальной рекреации и реабилитации индивида (чувство полезности для общества, формирование необходимых фундаментальных знаний и навыков для реализации этого; относительно стабильное развитие здоровья в течение всех периодов жизнедеятельности);

- физическая рекреация и реабилитация работников производства (специфичные закономерности восстановления организма);

- становление рекреационной культуры студентов (формирование условий; реализация создания благоприятного психологического фона; совершенствование компонентов личности);

- методология физической рекреации (содержание её теории и предмета изучения);

- программы восстановления после различных заболеваний (после заболеваний спинного мозга; боляющих детским церебральным параличом; зрения; искривления осанки);

- проблемы инвалидного спорта (их статус, материально-техническое и финансовое обеспечение; нехватка специалистов; слабое освещение СМИ);

- факторы, влияющие на занятия физическими упражнениями (позитивные: чувство хорошей своей физической формы; вера в получении хороших результатов от занятий; негативные: нет

интереса; несоответствующие погодные условия; некомфортный психологический климат);

- проблемы, стоящие в этой отрасли: неудовлетворенность родственников постановкой данного процесса; необходимость проведения занятий в зеленых и менее заселенных населением районах; акцентирование нравственных элементов данного процесса; отчужденность занимающихся от общества; чувство слабой физической и психической дееспособности.

2. Среди доминирующих заболеваний студентов Актюбинского регионального государственного университета им. К. Жубанова были констатированы такие болезни как: миопия; хронический гастрит; хронический бронхит; хронический пиелонефрит; недостаточность веса; эрозия шейки матки; ихтиоз; демодекоз; разноцветный лишай; экзема; нарушения толерантности к глюкозе.

3. Пути совершенствования рекреации и реабилитации студентов Актюбинского регионального государственного университета им. К. Жубанова являются следующие:

- реализация разработанного в университете комплексного плана «Здоровый университет», в котором имеются такие элементы, как: цель, задачи, мероприятия по их реализации. В мероприятиях акцентировано: выявление основных заболеваний; информационно-разъяснительная работа; методически обучающая деятельность; реализация мероприятия восстановительного и оздоровительного характера;

- проведение занятий со студентами и преподавателями занятий в кабинете релаксации при кафедре «педагогике и психологии»;

- лечебные упражнения и меры, направленные на восстановление студентов после различных заболеваний (музыкотерапия, профилактика глазных нарушений).

Все вышеотмеченные мероприятия по восстановлению студентов после различных заболеваний решаются в органической взаимосвязи профессорско-преподавательского состава, работников студенческой поликлиники, спортивного клуба, кафедр биологии, педагогики, психологии университета.

1.3. Rekreacja i rehabilitacja na terytoriach Mongolii

1.3. Recreation and rehabilitation in the regions of Mongolia

Аннотация. За первые девять месяцев 2019 года Монголию посетили 525,6 тысячи иностранных граждан, из которых почти 478 тысяч были для туризма. 61,8% иностранцев прибыли из Восточной Азии и Тихого океана, 31,4% из Европы, 4,5% из Америки, 2,3% из стран Ближнего Востока, Южной Азии и Африки. Более 30% иностранных пассажиров, въезжающих в Монголию, являются гражданами Китая, России- 21,4%, Южной Кореи- 17,4%, Японии- 4,2%, США-3,3%, Казахстана -2,6%, а 19,5% других стран.

Благодаря Играм Наадам, июль является пиковым месяцем для туристов. Провести зиму в Монголии — это возможность посетить национальный парк Горхи-Терелж, который особенно волшебен и живописен зимой. Гоби — это таинственный регион, лежащий под дождевой тенью Гималаев. Это холодная пустыня площадью 500 000 квадратных миль; только 5% покрыто песчаными дюнами.

По данным Национального статистического управления, в 2018 году Монголию посетили 529 тысяч иностранных туристов. По сравнению с прошлым годом это на 9,7% больше. Из тех, кто посетил Монголию, 85% были там в туристических целях. Согласно сообщениям, национальности туристов, посещающих Монголию, составляют китайцы, русские, южнокорейцы и американцы. В опросе 3500 туристов 60,7% выявили, что причиной их посещения

Монголии была природа, а 42,4% были свидетелями кочевого образа жизни. Приключения, такие как катание на лошадях и походы, составили 12,1%, в то время как 11,3% опрошенных туристов заявили, что они заинтересованы в богатой истории Монголии, особенно Чингисхана.

Recreation and rehabilitation in the regions of Mongolia

Mongolia is a located in north-central Asia. Mongolia is a very large land locked country with a land area of 1.5 million km with a total population of 3 million people. It is however one of the least densely populated countries in the world.

Mongolian is one of the highest countries in the world, with an average elevation of 1580 m.

The development of tourism in Mongolia began only in the late XIX-early XX centuries, Mongolia began to attract tourists and experts, including from Russia (N.M. Przhevalsky, V.A. Obruchev, P.K. Kozlov).

Every year, the Ministry of Environment and Tourism of Mongolia determines the statistics of visitors to the country, the main contingent of visiting tourists are tourists from countries such as the USA, Austria, Great Britain, Korea, Germany, Italy, Japan¹.

The main principle of tourism development in Mongolia is to combine the environmental and recreational functions of the most attractive areas for tourists. The structure of the incoming tourist flow into the country is characterized by a significant predominance of visitors from neighboring countries - China and Russia. In this regard, the development of cross-border tourism has become one of the most important areas of cooperation with neighboring states. Cross-border tourism involves the interdependent and coordinated recreational development of territories associated with certain cross-border corridors (border control points) [Соёл, спорт, аялал жуулчлалын салбарын

¹ Ar Mongol Travel Groupe. – URL: <https://mongoliatourism.info/>

лавлах. Улаанбаатар хот: Соёл, спорт, аялал жуулчлалын яам; Аялал жуулчлалын Үндэсний төв, 2013 он. 285 X].

According to the National Statistics Office, 529 thousand foreign travelers visited Mongolia in 2018. Compared to last year, that's a 9.7% increase. Of those who visited Mongolia, 85% were there for tourism purposes. In 2018, Mongolia received 529 thousand tourists in total; the year before that in 2017, Mongolia recorded 469 thousand. These numbers show an 11% growth in tourism between 2017 and 2018. According to reports, the top nationalities of tourists visiting Mongolia are Chinese, Russian, South Korean, and American. In a survey on 3500 tourists, 60.7% revealed that nature was their reason for visiting Mongolia while 42.4% were there to witness the nomadic lifestyle. Adventures such as horseback riding and trekking made up 12.1% while 11.3% of the surveyed tourists said they were interested in Mongolia's rich history, particularly Genghis Khan.

Tourism in Mongolia is on the rise and of course, with good reason. Mongolia's long and vibrant cultural history continues to gain worldwide attention. Each year, more and more people make Mongolia a bucket list destination.

Did you know that the world's first-ever confirmed dinosaur eggs and largest dinosaur footprints discoveries were in Mongolia's Gobi Desert? The Great Gobi National Park spans nearly 27,000 square kilometers, making it the most prominent national park in Mongolia. A visit will immerse you in Mongolia's nature, history and culture. To get the most out of your visit to Mongolia, plan your travel when the weather and climate are just right. Mongolia has four beautiful seasons, and your idea of the perfect trip depends on what your favorite season is or if you're looking forward to a specific Mongolian festival or event.

Spring in Mongolia lasts from March to mid-May. The weather can be unpredictable, and winter chills can continue until mid-April. However, it's the perfect time to be there to welcome Mongolian nomads'

newborn animals or marvel at various species of birds. And if you're a nature lover, the first wildflowers begin to show in the countryside, growing in the snow. March is also when residents of the Khovsgol Lake area celebrate the Ice Festival and the Thousand Camel Festival takes place. Spring in Mongolia lasts from March to mid-May. The weather can be unpredictable, and winter chills can continue until mid-April. However, it's the perfect time to be there to welcome.

Mongolian nomads' newborn animals or marvel at various species of birds. And if you're a nature lover, the first wildflowers begin to show in the countryside, growing in the snow. March is also when residents of the Khovsgol Lake area celebrate the Ice Festival and the Thousand Camel Festival takes place. For fun summer days, set your sights on Mongolia between mid-May and late August. Thanks to the Naadam Games, July is a peak month for tourists. And despite the summer heat, prepare your raincoat and umbrella as short bursts of rain are typical during the summer. However, it's still an ideal time to visit the parks and temples.

During September and October - experience Mongolian autumn. There are fewer crowds during the Autumn months, making it ideal if you want to experience the Gobi Desert in peace. The first weekend of October is also when you can catch the annual Golden Eagle Festival. And if you're a fan of colder, frosty weather, winter in Mongolia starts November and lasts until February. In January, temperatures can fall as low as -40°C . Spending your winter in Mongolia means having the opportunity to visit the Gorkhi-Terelj National Park which is especially magical and scenic during the wintertime.

The Gobi is a mysterious region, lying in the rain shadow of the Himalayas. It's a cold desert measuring 500,000 square miles; only 5% is covered in sand dunes. Unlike other desserts, it has abundant plant and animal life. This includes trees, grasses, flowers—and camels, gazelles, wild asses, and snow leopards.

Eastern Mongolia is the land of Chinggis Khan, with endless steppes and glorious mountains, the center of mysterious stories from ancient times. Western Mongolia is known for its spectacular rivers, lakes, and glaciers—and the steep Altai Mountains. It's also the home of a large concentration of nomadic families, ethnic Kazakhs, who are proud to display their eagle hunting expertise.

Central and northern Mongolia offers a vast panorama of spectacular natural scenery. This area includes wetlands and grasslands, some of which are protected by their status as national parks and UNESCO heritage sites. It's a birdwatcher's paradise; there are over 400 species of birds native to Mongolia.

In the first nine months of 2019, 525.6 thousand foreign citizens visited Mongolia, of which almost 478 thousand were for tourism. 61.8% of foreigners came from East Asia and the Pacific, 31.4% from Europe, 4.5% from America, 2.3% from the Middle East, South Asia and Africa.

More than 30% of foreign passengers entering Mongolia are Chinese citizens, 21.4% are Russian citizens, 17.4% are South Korean citizens, 4.2% are Japanese citizens, 3.3% are US citizens, 2, 6% are citizens of Kazakhstan, and 19.5% are citizens of other countries.

Over the year, the number of tourists from Vietnam increased by 54.7%, from Hong Kong - by 44.0%, from Malaysia - by 21.9%, from Japan - by 18.8%, from South Korea - by 18.7%².

Mongolia is becoming a fashion destination for a number of American and European tourists. This year, the Crown Prince, Chairman of the Executive Board of Dubai, Sheikh Hamdan Ibn Mohammed Al Maktoum, the eldest son of US President Donald Trump - the youngest with his son Donald Trump - was the third to visit the western aimaks of the country in Mongolia.

² Mongolian news agency Montsame/October 15th, 2019

The best time visit ub city – capital of Mongolia

Ulaanbaatar (Улаанбаатар), also known as Ulan Bator or simply just UB, is the capital of Mongolia.

With a population of around 1.3 million, it is the largest city in Mongolia, standing as its political, commercial, industrial and cultural hub.

The national capital city Ulan Bator is in the north-central part of the country. UB means Red Hero. The capital city is the country's scientific, education, cultural, political and economic centre.



Visit Tsonjin Boldog

Tsonjin Boldog is located (54 km (33.55 mi) east of the Mongolian capital Ulaanbaatar.

The Genghis Khan Equestrian Statue, part of the Genghis Khan Statue Complex is a 131-foot (40 m) tall statue of Genghis Khan on horseback, on the bank of the Tuul River at Tsonjin Boldog. The statue is symbolically pointed east towards his birthplace. It is on top of the Genghis Khan Statue Complex, a visitor centre, itself 10 metres (33 ft) tall, with 36 columns representing the 36 khans from Genghis to Ligdan Khan.



Visit Gorkhi-Terelj National Park

Gorkhi-terelj is one of the national parks of Mongolia, located 55 km from Ulaanbaatar city. At 1600 m, the area is cool and the alpine scenery magnificent, and there are great opportunities for hiking, rock, climbing, swimming, rafting and horse riding.

The park has many rock formations for rock climbers, and includes two famous formations named for things they resemble: Turtle Rock (Mongolian: Melkhii Khad) and the Old Man Reading a Book (Praying Lama Rock).

Terelj was first developed for tourism in 1964 and 30 years later it became part of Gorkhi-Terelj National Park. Terelj is a picturesque place of high cliffs of granite, rivers and forests. It is located in Khan Khentii Park. Precious stones, cloudy crystals and pure crystals were mined more than a hundred years ago in this area. A chunk of cloudy crystal of 7.5 tons of weight was found there in 1960. 2864 sq.km area of Gorkhi Terelj was taken to state protection in 1993. We can see here distinctive rock formation resembling a giant turtle and a person reading a book etc.

The Terelj River flows through Terelj National Park. This river takes its sources from Asralt Khaikhan mountain of Khentii mountain range and its rapid stream after 70 km flows in to the Tuul River.



Visit Khuvsgul aimag

Huvsgul is the northernmost aimak of Mongolia. The northern border of aimag forms the border between Mongolia and Russia. In the south-west, south and southeast, it borders on the aimaks of Zavkhan, Arkhangai and Bulgan. The aimag name comes from Lake Hubsugul. Around the lake and north of it are the largest forests in Mongolia, which are a continuation of the South Siberian taiga. The picturesque surroundings of Lake Khubsugul, called the "Small Baikal", are one of the goals of tourism in Mongolia)³.

Visit Khubsugul National Park

Khubsugul National Park - area - 838.1 thousand ha was established in 1992. Administration - in the village. Khatgal of the Hubsugul aimag.

The territory of the park includes Lake Khubsugul, adjacent to it from the west of the highlands and the upper reaches of the Aegiin-Gol River flowing from the lake.

Before entering Hanh (at the checkpoint with a barrier), if park staff are on duty there, a fee will be charged and a pass will be issued. The amount to pay for car entry is determined by the local administration and may vary.

Some environmentalists say that Husvgul Lake's water is the purest in the world, rather than Baikal Lake. Take this short but action packed tour with us. You will be surrounded by natural beauty in the state park. Bring your camera, because there are plenty of gorgeous and rare vegetation and animals.

From hiking and horseback riding to the unique experience of riding on a reindeer, this is an experience you will never forget. Come to Mongolia and swim in some of the purest water in the world. The trip will be peaceful and you will return home refreshed and full of memories.

³ Туристическая компания Легенда тур. – URL: <https://legendtour.ru/rus/index.shtml> (дата обращения: 15.02.2020).

Visit Khustai National Park / Takhi horses (PrzevalskiI horses)

Also known as Khustain Nuruu (Birch Mountain Range), this park was established in 1993 and is about 100km southwest of Ulaanbaatar. The 50,620-hectare reserve protects Mongolian wild horse, the takhi, and the reserve's steppe and forest-steppe environment.



The park is run by the Hustai National Park Trust, which is supported by the Dutch government and the Mongolian Association for the Conservation of Nature and the Environment(Macne).

Visit Ulaanbaatar -ElsenTasarkhai

The Elsen Tasarkhai is a part of the Mongol Els Sand Dunes, that continues 80 km long 5 km wide. The nature in this area is really spectacular and great for relaxing and located in Burd soum in Uvurkhangai Aimag (Province) 280 km west of Ulaanbaatar.

The area is surrounded by sand dunes, hills covered with rare bushes and a small forest nearriver.Together this presents a unique combination of Mongolian mountains, forests and Gobi-type landscape in one location.

This area is 80 km east of Kharakhorum, the ancient Mongolian capital. The area is populated by the Maral stag (elk), wolves, deer and fox. The Elsen Tasarhai literally means "an isolated torn-off piece of sand" and

REKREACJA I REHABILITACJA NA TERYTORIACH MONGOLII

it is a small sequence of real desert in the midst of green steppes. It feels like in the Gobi Desert, and visitors can hike in the sand dunes.



During the trip, you will also have opportunities to visit a local nomadic family, to ride two-humped Bactrian camel, walk on sand dunes, experience staying in a traditional Mongolian dwelling, the ger, and walk and relax in beautifully serene nature.



Mongolia is one of the nomadic countries in the world. The nomadic way of lifestyle is still practiced today in the rural areas of the country. Nomads follow a seasonal routine raising and breeding the five kinds of animals– goat, sheep, cattle (including yaks), camel and horse migrating from place to place following the most favorable pastures and campsites. A Horse is not only a prized possession of a Mongol but means of living and survival.



The horse, which is used for travel, herding, hunting, and sport, is the most among the five domestic species. [Kohn, 1993].

Visit Elsen Tasarkhai-Karakorum

In the mid-13th century, Karakorum was a happening place. Chinggis Khaan established a supply base here and his son Ugudei ordered the construction of a proper capital, a decree that attracted traders, dignitaries and skilled workers from across Asia and even Europe.

Kharkhorin- Erdenezuu - Capital of the Mongolian Empire

The good times lasted around 40 years until Kublai moved the capital to Khanbalik (later called Beijing), a decision that still incites resentment among some Mongolians. Following the move to Beijing and the subsequent collapse of the Mongol empire, Karakorum was abandoned and then destroyed by vengeful Manchurian soldiers in 1388.



Whatever was left of Karakorum was used to help build Erdene Zuu Khiid in the 16th century, which itself was badly damaged during the Stalinist purges.

The charmless Soviet-built town of Kharkhorin was built a couple of kilometres away from Erdene Zuu.

Kharkhorin-Erdenezuu monastery

Believed to be the oldest surviving Buddhist monastery in Mongolia, this is adjacent to Kharkhorin, the ancient city. Stones from the ruined old city were used to build the monastery.



Founded in 1586 by Altai Khan, ErdeneZuu (Hundred Treasures) was the first Buddhist monastery in Mongolia. The monastery is enclosed in an immense walled compound. Spaced evenly along each wall, about every 15m, are 108 stupas (108 is a sacred number to Buddhists).

Visit Orkhon Water full Shankh monastery

This cultural landscape is in central Mongolia, some 360 km southwest of Ulan Bator, the capital, along the Nomadic pastoralists spent their lives moving their herds from one pasture to another, sometimes covering vast distances each year. After a strong rain this magnificent seasonal waterfall, also called Ulaan Tsutgalan (Улаан Цутгалан), is one of the best sights in central Mongolia.

Orkhon River, which flows north, draining into Lake Baikal across the border in Russia. Over 90% of Mongolia's huge land area is high-level pasture or desert wasteland, at an average altitude of around 1,500 m. About 25m downstream from the waterfall you can climb down to the bottom of the gorge; it's 22m deep and dotted with pine trees.



Water is at a premium and the river valleys have therefore assumed great importance, becoming the focus for settlements of various kinds. In Mongolia, nomadic pastoralism, the grazing of horses, sheep, goats, cows and camels, is perceived as much more than the objective technical demands of pastoral life: it is revered and glorified as the heart of Mongolian culture.

In turn Mongolian nomadic culture is part of a much wider distinctive nomadic pastoral culture, embracing many other people besides the Mongols and extending across central Asia. Over at least the past two millennia these nomadic cultures, through economic, political and cultural links, have made an immense impact on the sedentary cultures with which they interacted across Asia and into Europe.

Visit Khongor sand dunes, Gobi GurvanSaikhan National Park

The Gobi is a large desert region in Asia. It covers parts of northern and northwestern China, and of southern Mongolia. One of the most unusual desert landscapes in the world, the Gobi Desert has the spectacular singing dunes - Khongoryn Els.

Gravel plains and rocky outcrops cover much of this area, which is the home of the last two-humped camels in the world and the Gobi bears

estimated less than 50 in the world, the only bears you can find in the Mongolian desert.



The Khongor Sand Dune is one of the Mongolian longest sand dunes and continues 180 kilometers from northwest into southeastern in Sevrei and Bayandalai sums of Umnugobi province.

Zuunsaikhan, Dundsai Khan, Baruunsaikhan, Bayandalai, Zuulun, Sevrei and Nemegt of the Gobi-Altai mountain grows the special flower and plants. Southern cool plants and Central Asian dry plants are found in this mountains range.

The area is rich in Fauna. There are mountain sheep, goats, leopards, black-tailed marten of cliffs, lynx, wildcats, squirrels, white gazelles and other mammal animals.

Gobi Gurvan Saikhan (Three Beauties of Gobi) national park is situated in the west of the city of Dalanzadgad in Umnugobi province. The park was protected in 1965 for reserving the beautiful nature of Yol valley of the East Saikhan Mountain.

Visit Yol Valley - Gobi Gurvan Saikhan national park

Yol Valley (Vulture Valley): is situated in east north part of Zuun Saikhan mountain. This area has been main attraction of tourists for many decades. Very wide at the entrance, it narrows gradually into a remarkable gorge. A spring two or three kilometers long winds its way through the defile and in July, freezing into a thick corridor of ice that stretches along a considerable distance.



Dungeneegyn Am: is located in southwestern part of Zuunsaikhan and Bayandalai soum. The area's length is 12 kilometers. There are cliff, canyon, caves and rivers. It is one of the tourist attractions. Bayanzag There are many findings of archeology, remains of ancient city, monasteries, wreck, graves, burial-mound, cave paintings, petroglyphs, and stone figures. Khermen Tsav and Nemegt Mountain are home to world reknown discoveries of lizard of Cretaceous-era dinosaurs.

Visit Baga Gazriin Chuluu

Baga Gazriin Chuluu – located in Delgertsogt sum, Dundgovi province and surrounded by plain. The highest one is 15 km long and 10 km wide granite stone -mountain elevated at 1768m above sea level. There are also over 20 kinds of medical herbs like burnet, many kinds of world rare animals like marmot, ibex and mountain sheep.



There are Bolort Cave, eye treatment spa, rock images, petroglyphs, burial mounds many other sightseeing. There is a ruin of Choir monastery which was established by “Zava” Damdin, a famous ancient historical, religious and scientific researcher. This monastery had a monastery with few monks translate, print, explain and advertise books from Tibetan languages and research religious philosophy and medical science.

WELCOME TO MONGOLIA.

1.4 . Rekreacja fizyczna studentów w czasie wolnym

1.4 . Physical and sports recreation students of university in extracurricular time

Annotation. The article outlines the main provisions of the students' physical recreation. The article consisted of a systematic analysis where, if strengthen and support of physical and mental performance the optimal is physical and sports recreation students of university in extracurricular time. In the article physical and sports recreation students is motor skills in extracurricular time. Motor skills aimed at maintaining of physical and mental working during the school year, no regulatory infrastructure and autonomy in the forms and means of implementation. In the article submission of certain educational forums needed further improvement within the resolve the problem schoolchildren's health and recreation. Disclosed is the organizational and pedagogical provision, which includes a variable, step-by-step programmer of self-directed physical recreation with educational, sporting and self-contained sections. Level criteria for assessing (low, medium, high) the formation of independent physical and sports recreation of students based on evaluation of physical readiness and recreational activity are proposed. It well determined content for self-employment physical and sports recreation students. Self-employment physical and sports recreation students is a gradual and differentiated for the whole period of training in university. Traditional and currently active means have been allocated forms and types of physical recreation of students. The article presented integrated organizational, pedagogical and preventive approach to solving the problem of updating independent physical culture considers sports recreation of students at the higher education level as a prerequisite for the preservation and improvement of the health and educational activities of students.

Широкий объем информации, построение, специфика, и условия проведения современного учебного процесса предъявляют к студентам требования, часто не соответствующие их индивидуальным возрастным и физическим возможностям. Сформировавшийся в процессе обучения дисбаланс приводит к снижению уровня резервных систем организма, его компенсаторных и адаптационных возможностей [Анес, 2013; Горовой, 2013; Сютина, 2015]. Однако ставить вопрос об ограничении возрастающего напряжения в процессе обучения нереально. Надо научить студентов здоровому образу жизни и создать необходимый оптимум деятельности для центральной нервной системы организма. Если нельзя полностью их освободить от психоэмоционального напряжения (и вряд ли следует стремиться к этому), то необходимо повысить устойчивость адаптационных механизмов организма к эмоциональным стрессам и упорядочить трудовую деятельность обучающихся. Целесообразно, с одной стороны, использовать резервы организма, а с другой, обнаружить отклонения и недостатки этих механизмов, чтобы вовремя их устранить [Шаталова, 1997; Лимаренко, 2018, 2019].

Здоровый образ жизни, по мнению В. П. Зайцева, С. С. Ермакова, Хагнер-Деренговской Магдалены (2011), отражает обобщенную типовую структуру форм жизнедеятельности студентов, для которой характерны единство и целесообразность процессов самоорганизации и самодисциплины, саморегуляции и саморазвития, направленных на полноценную реализацию своих сущностных сил, дарований и способностей. Он создает такую социокультурную среду для личности, в условиях которой возможны высокая творческая самоотдача, работоспособность, трудовая и общественная активность, психологический комфорт. При здоровом образе жизни ответственность за свое здоровье формируется у студентов как часть их общекультурного развития [Зайцев, 2011].

В этой связи очевидна всё возрастающая значимость физкультурно-спортивной рекреации студентов вуза.

Физическая рекреация не является какой-либо принудительной обязанностью, осуществляется добровольно, самостоятельно и сопровождается чувством удовлетворения, субъективного благополучия от возможности реализовать свои индивидуальные потребности и интересы средствами двигательной активности [Эльмурзаев, 2014].

Рекреация, как область видového разнообразия отдыха, способствует восстановлению сил и трудоспособности человека, и, соответственно, психофизиологических ресурсов общества. Рекреативной деятельности присущи социально оправданные цели и организация. Ее главная социальная функция воспроизводящая, позволяющая обновить силы и внутренние ресурсы человека, затраченные как в ходе трудовой деятельности, так и при выполнении повседневных бытовых обязанностей. Рекреативная деятельность осуществляется личностью в свободное время и мотивируется последующим чувством удовлетворения.

Слово «спорт» происходит от старофранцузского и английского слова «de sporte», что означает развлечение, увеселение, забава. Ныне содержание понятия спорт лишь отчасти соответствует этому определению, в настоящее время доминирует – спортивный результат, хотя для зрителей первоначальный смысл сохраняется и спорт остается зрелищем.

Каким бы ни был по своему характеру труд, процесс утомления распространяется как на мышечную, так и на нервную систему. В наибольшей степени оно всегда затрагивает отдел головного мозга – кору больших полушарий, снижается работоспособность отдельных ее участков. Кроме того, в современных условиях труд не всегда дает достаточную нагрузку на органы чувств, и человек начинает испытывать так называемый, «сенсорный голод». При этом наиболее

действенным фактором является профилактика утомления, это не просто временный покой отдельных участков мозга, а покой, связанный с работой других органов. Развлечения помогают утолить потребность в эмоционально насыщенных впечатлениях, дефицит которых переживается человеком как эмоциональная неудовлетворенность. Поэтому очень важную роль играет насыщение досуга яркими зрелищами, юмором, шутками, играми и т.д. [Макеева, 2012].

Рекреация в сфере досуга, по мнению Дж. Келли, всегда связана с восстановлением сил – физических и духовных, т.е. ей должна предшествовать какая-то деятельность, после которой необходима рекреация [Kelly, 1981].

Свободное время студента – эта часть внеаудиторного времени, в котором формируются и проявляются различные виды свободной жизнедеятельности, непосредственно направленной на развитие личности [Дегтярик, 1998].

Более широкое понимание свободного времени, по мнению Dumazedier J. [Dumazedier, 1967, 1962] – это набор занятий, которым личность может посвящать себя с полной свободой, либо для отдыха, либо для развлечений, либо для обогащения уже имеющихся знаний, либо для бескорыстной и добровольной общественной деятельности, после того как она освобождается от профессиональных, семейных и общественных обязанностей.

Специалисты и педагоги, работающие в области физической культуры [Аванесов, 1990; Байдонов, 1996, 2000; Гавриленко, 1998; Гужаловский, 1998; Жолдак, 1999; Локтев, 1999; Неправский, 1998 и др.], для определения содержания свободного времени, имеющего образовательные и воспитательные ценности, используют термин «отдых» (досуг). В отечественной и зарубежной социологии понятие «свободное время» и «досуг» принято считать идентичными [Горовой, 2011].

Исследуя свободное время студентов в условиях нефизкультурного вуза Н. К. Ковалев, В. А. Уваров обратили внимание на их повышенный интерес к физической рекреации как к элементу спортивного стиля жизни. Исследования подтвердили наличие психофизиологических изменений в организме студентов при переключении их на активные формы физкультурно-спортивной деятельности. Студенты предпочитали занятия оздоровительным бегом, различного рода физкультурно-оздоровительными системами, туризмом с использованием активных способов передвижения, участие в соревнованиях по упрощенным правилам и другими [Актуальные проблемы, 1991].

Несмотря на огромное значение физкультурно-спортивной рекреации в повседневной жизни студенческой молодежи, проблема ее внедрения все еще не решена.

Современный процесс обучения в вузе предъявляет высокие требования не только к учебной деятельности, но и готовности студенческой молодежи выдерживать высокие психофизические нагрузки. Интенсификация учебного труда за счет новых образовательных технологий постепенно оказывает негативное психофизическое воздействие на молодой и еще формирующийся организм студентов, что приводит впоследствии к его перезагрузке, различным заболеваниям, а значит и снижению продуктивности учебного труда [Мельничук, 2013].

Для предупреждения данных негативных последствий, а также укрепления и поддержания психофизического здоровья и физической подготовленности необходимо стимулировать самостоятельную физкультурно-спортивную рекреацию молодежи, как необходимое условие реализации индивидуального двигательного потенциала, биологической потребности в движении, а также снижения психофизических перегрузок в важный период социального

становления и приобретения профессионального образования студентов в вузе.

Проведен системный анализ педагогических практик [Бирюков, 2000; Мартиросова, 2006; Шилько, 2002, 2012 и др.], в которых исследователи указывают, что необходимым условием для укрепления и поддержания умственной и физической работоспособности, является оптимальная самостоятельная физкультурно-спортивная деятельность студентов в вузе. Представлены некоторые педагогические направления, которые необходимо совершенствовать в рамках разрешения проблемы здоровья человека, по поиску оптимальных вариантов повышения его биологической надежности за счёт оптимизации индивидуально-самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации, что в настоящее время рассматривается как социальный заказ государства. Исследование физического состояния здоровья (физического развития и функционального состояния организма), выявление резервных возможностей должны стать обязательным атрибутом для разработки оздоровительно-профилактических программ по реализации и оптимизации самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации молодого человека на всех стадиях его развития и становления. Определение исходного функционального состояния организма, степени восстановления функции после предшествующей деятельности позволят решить проблему научно обоснованного дозирования общей физкультурно-спортивной рекреации студентов вуза в целях повышения работоспособности и здоровья молодежи, а также выявить те минимальные изменения, возникающие при субэкстремальных воздействиях (функциональные пробы), которые могут стать основой педагогического контроля и профилактики. Такой интегративный подход позволит достаточно рано выявить ухудшение общего психофизического состояния здоровья, определить так называемую минимальную норму

самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов, снижение которой может привести к развитию хронического переутомления, ослаблению компенсаторных реакций, проявлению патологических состояний, а самое главное снижению продуктивности учебного труда у студентов.

На наш взгляд, формирование самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов в вузе – это постоянный образовательно-воспитательный процесс приспособления организма молодых людей к изменяющимся учебным и внеучебным условиям вузовской среды, направленный на повышение продуктивности учебного труда молодежи и коррекции психофизических нагрузок.

В течение всей истории развития человечества физкультурно-спортивная функция нервно-мышечного аппарата была одним из важных социально-биологических факторов, формировавших организм и игравшую важную роль в поддержании равновесия между организмом и внешней средой, и в регулировании процессов, происходящих во внутренней среде организма. Велика роль двигательной функции и в повышении резистентности организма к действию ряда неблагоприятных факторов внешней среды [Василистова, 2011].

Характерной особенностью студенческой молодежи является низкий уровень ответственности за собственное здоровье; злоупотребление алкоголем, курением, наркотиками и т.д. В то же время более 60% студентов имеют низкий и очень низкий уровень физкультурно-спортивной активности [Мельничук, 2013]. В связи с этим возникает проблема, которая обусловлена возросшей необходимостью интенсификации умственного труда студентов в современном образовательном пространстве и недостаточной самостоятельной физкультурно-спортивной рекреацией молодежи в процессе обучения в вузе, как необходимом условии укрепления и

поддержания психофизического состояния здоровья для полноценной учебной деятельности.

Для формирования основ самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации у студентов вуза необходимо разрабатывать организационно-педагогическое обеспечение, которое может включать в себя вариативную программу, поэтапную педагогическую технологию и диагностику сформированности самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации.

Вариативная программа, направленная на формирование основ самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации у студентов в процессе физического воспитания в вузе, должна включать следующие учебно-практические разделы: учебный (программный материал организации процесса физического воспитания студентов вуза на основе современных фитнес-технологий в первой половине дня); спортивно-массовый (материал, направленный на организацию спортивно-массовой и оздоровительной работы среди молодежи во второй половине дня через различные организационные формы: спортивные секции, группы «здоровья», Универсиады, клубы по спортивным интересам, конкурсы, слеты, фестивали и др.); индивидуально-самостоятельный (материал, направленный на формирование теоретических знаний и практических умений самостоятельных занятий и тренировок, направленных на повышение и поддержание физической подготовленности и общего состояния здоровья в домашних условиях и на каникулах).

В педагогическую технологию формирования основ самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации у студентов необходимо включить содержание следующих этапов: образовательно-оздоровительного (первая половина дня); спортивно-массового (вторая половина дня) и индивидуально-самостоятельного (занятия физической культурой и спортом в домашних условиях, на природе, на каникулах и т.д.). Такая технология позволит

последовательно и дифференцированно повышать и поддерживать самостоятельную физкультурно-спортивную рекреацию на первых-третьих курсах. На первом курсе необходимо выявить общий уровень самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации, по результатам которого разработать организационно-педагогические мероприятия по стимулированию самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации молодежи на последующих старших курсах и способствующие активизации студентов на индивидуальные и самостоятельные занятия массовыми видами спорта.

В диагностику сформированности самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов вуза необходимо включить следующие блоки критериев:

- физический – оценка уровня физической подготовленности;
- участие в спортивно-массовых мероприятиях (общее количество участий студентов в различных соревнованиях, проводимых в вузе, на уровне учебной группы, факультета, а также общеуниверситетском уровне);
- количество времени, затрачиваемое на занятия физической культурой и спортом (академические занятия, внеаудиторные занятия в спортивных секциях, самостоятельные занятия в домашних условиях, на каникулах);
- общую двигательную активность (количество локомоций (шагов) в течение месяца, полугодия и учебного года).

Для оценки и контроля физических качеств студентов можно использовать рекомендуемые Федеральной программой (2000 г.) контрольные тесты по физической подготовленности: бег 3000 м (юноши), 2000 м (девушки), 100 м (юноши и девушки); подтягивание на высокой перекладине (юноши); поднимание туловища за 1 минуту (девушки).

Косвенный контроль и оценку самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов вуза рекомендуем осуществлять на основе следующих критериев:

– количество шагов, выполненных студентами за день (с помощью шагомера «Электроника ШЭ-02М», фитнес-браслета);

– общее количество физических упражнений, выполненных студентами на учебно-практическом занятии по дисциплине «физическая культура и спорт» (каждый студент индивидуально считает, сколько движений выполнил за одно занятие и фиксирует результат в своём личном дневнике);

– количество времени, затраченное студентами на физическую культуру и спорт за день (студенты определяют в часах, сколько времени было затрачено на занятия спортом за день);

– количество участия в различных массовых физкультурно-оздоровительных мероприятиях за день.

Для определения уровня физкультурно-спортивной рекреации студентов предлагается воспользоваться формулой:

$$\text{УФСР} = \frac{K}{t},$$

где УФСР – уровень физкультурно-спортивной рекреации;

K – количество шагов, выполненных за день;

t – время, затраченное на физическую культуру и спорт в день, в минутах.

В оценке сформированности самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации у студентов вуза можно выделить три уровня: низкий, средний и высокий.

Низкий уровень, при котором преобладают ситуативные и прагматические мотивы участия студентов в самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации. Включенность в нее удовлетворяет минимальные потребности личности. Интерес не сформирован. Физкультурно-спортивная рекреация снижается по мере прекращения воздействия извне. В послевузовский период

специалисты с таким уровнем активности не используют средства физической культуры в образе жизни либо используют их эпизодически при обязательном внешнем воздействии. В организации профессионального труда средства и ценности физической культуры применения не находят.

К среднему уровню самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации можно отнести тех, кто находится ближе к пассивным и готов при случае занять их позиции, а также тех, кто предрасположен к активности, но пребывает в индифферентном отношении к физкультурно-спортивной деятельности. Студенты этой группы наиболее подвержены воздействию извне. Активизация самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации у студентов идёт тем успешнее, чем прочнее они усваивают необходимость применения полученных знаний, умений и навыков занятий физической культурой в своей профессиональной деятельности. Включение физической культуры в образ жизни после окончания вуза наблюдается у них при условии, если они попадают в производственный коллектив, учреждение, где сформированы хорошие традиции спортивно-массовой работы.

При высоком уровне самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации у студентов сформирована убеждённости в её необходимости для себя лично. Они активно воздействуют и на ближайшее к себе окружение. Это проявляется в здоровом образе жизни, в организаторской, инструкторско-педагогической, судейской, познавательной и других видах активности в сфере физической культуры. По окончании вуза такие специалисты ведут активно-преобразующую деятельность по месту работы. Им свойственна высокая общественная и физкультурно-спортивная деятельность.

В стимулировании самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов вуза необходимо придерживаться следующего целеполагания:

– в группе образовательно-оздоровительных целей необходимы комплексные занятия по физическому воспитанию студентов вуза, содержащие разнообразные современные фитнес-технологии;

– для реализации цели спортивно-массовой необходимы организация и проведение во внеаудиторное время различных спартакиад и соревнований по видам спорта; тематических студенческих конференций и валеад по современным спортивно-оздоровительным фитнес-технологиям; спортивных секций; работа спортивных клубов по массовым видам спорта, «Дни здоровья», КВН по здоровому образу жизни и др.;

– в группу целей индивидуально-самостоятельной деятельности необходимо включить самостоятельные занятия физической самоподготовкой, массовыми видами спорта в домашних условиях, на каникулах, после перенесенных заболеваний, выстраивание индивидуального стиля самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации, ведение «Дневника контроля» и коррекции физического состояния и др.

Следует заметить, что данные группы взаимосвязаны между собою и достижение цели, отнесенной к одной группе, может способствовать удовлетворению потребности в другой. Например, достижение целей, ведущих к воспитанию волевых качеств и трудолюбия, необходимо как для физического совершенства, так и для формирования профессиональной готовности специалиста.

Этапы стимулирования самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов вуза следует соотносить по годам обучения. Это даст возможность последовательно и дифференцированно подходить к подбору форм стимулирования

самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов в процессе аудиторного и внеаудиторного времени.

На первом этапе (1-й курс) предварительно необходимо изучить мотивационно-социальный статус студентов: определить уровень физической подготовленности, состояние здоровья, физкультурно-спортивные интересы, отношение к физическому воспитанию на предшествующем этапе учебы или работы, социально-нравственные качества личности, их желания, стремления, установки. Негативное отношение к самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации – это не свойство личности, а результат неправильного воздействия внешних факторов, имевших место в прошлом.

На втором этапе (2-й курс) необходимо целенаправленно формировать основы самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов опосредованно – студенты на первых этапах могут не знать цели педагога. При этом важен не столько конечный результат физкультурно-спортивной рекреации, сколько сам процесс её достижения. Декларативные заявления и призывы о необходимости, обязательности и пользе физкультурно-спортивной рекреации для здоровья не находят отзвука в сознании студентов. Успех педагогу может принести лишь соответствующая организация самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов, как в учебное, так и внеаудиторное время.

Направленность занятий, их содержание во внеаудиторное время должны иметь такой характер, чтобы им можно было отдать предпочтение перед другими видами отдыха. Например, для студенток на первый план могут выйти задачи, связанные с восстановлением физических и духовных сил, укреплением здоровья, совершенствованием красоты, осанки, эстетики и культуры движений и др.

Отличительной особенностью третьего этапа (3-й курс) должно стать развитие у студентов двигательных способностей, наличие

которых придаст деятельности лично значимый смысл в реализации самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации. Положительные эмоциональные переживания при этом будут связаны с осознанием собственных успехов и достижений, удовольствием от самого процесса двигательной рекреации.

На этом этапе целесообразно уделить внимание таким формам массовых соревнований, в которых участвует вся учебная группа. Движущими силами поведения студентов в этом случае станут высоконравственные мотивы – долг, честь, ответственность за коллектив, чувство сопереживания, гордости, группового престижа.

Данному завершающему этапу присуще качественное своеобразие, которое должно заключаться в осознании общественной значимости самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации, как социальной формы реализации двигательной потребности, когда её личностный смысл переживается студентами как адекватный общественному. В этот период на занятиях студенты наиболее активны, проявляют инициативу, ставят перед собой более высокие цели и добиваются их. Этому способствует увеличивающийся объём знаний, расширенный диапазон двигательных умений и навыков и качество владения ими.

Если на первом этапе происходит опосредованное формирование потребности в самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации, то на третьем этапе этот процесс возможен лишь через доверительное общение педагога со студентами, при котором обе стороны осознают цели совместной деятельности и способствуют их достижению.

На всех этапах принципиально важно фиксировать и раскрывать связь самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов в профессиональной подготовке будущего специалиста.

Для стимулирования и повышения самостоятельной физкультурно-спортивной деятельности студентов вуза необходимо

использовать следующие интегративные формы организации и проведения в процессе аудиторного и внеаудиторного времени:

– Оздоровительно-укрепляющие занятия, организуемые в учебных группах в процессе физического воспитания, на которых решаются следующие задачи: поддержание и укрепление состояния здоровья, профилактика различных заболеваний, восстановление функциональных возможностей организма студентов, утраченных в результате предыдущих заболеваний, восполнение недостатка физкультурно-спортивной активности через разносторонние динамические физические упражнения игровой и комплексной направленности; подготовка к выполнению норм по физической подготовке, повышению уровня учебной и физической работоспособности в процессе обучения в вузе.

– Спортивно-тренировочные формы занятий, которые проводятся в виде тренировочных занятий, где по видам спорта предусматривается системная подготовка, достижение спортивных результатов с учетом интересов молодежи, овладение комплексом знаний, умений и навыков индивидуальной и самостоятельной тренировки в каком-то отдельном виде спорта.

– Соревновательно-контрольные занятия, где соревнования являются своеобразной формой выполнения физических упражнений студентами на учебно-практических занятиях, они оказывают большое воспитательное воздействие на занимающихся, благодаря интенсивным и динамичным физическим нагрузкам и повышению эмоционального фона. В то же время сдача нормативов по физической подготовке в форме соревнований, значительно повышает и стимулирует студентов на показ высоких результатов в контрольных тестах.

Обобщая выше изложенное, для стимулирования и повышения самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации у студентов в процессе обучения в вузе можно комплексно применять следующие

средства физического воспитания: спортивные и подвижные игры, полосы препятствий, смешанные эстафеты; занятия в лесной зоне, на природе (туризм, спортивное ориентирование, бег по пересеченной местности, терренкур, «тропы здоровья» и т.д.); организовывать и проводить соревнования и спартакиады внутри учебной группы, на факультете, среди факультетов и др.; организовывать различные физкультурно-оздоровительные и спортивные секции, клубы «Выходного дня», туризма, бега и т.д.

Для продуктивного формирования основ самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации у студентов рекомендуется следующая организационно-педагогическая последовательность: на первом курсе необходимо выявить уровень физической подготовленности, физкультурно-спортивные интересы, состояние здоровья и на основании этого соответственно дифференцировать студентов по группам готовности к реализации физкультурно-спортивной рекреации; на втором курсе разрабатывается общая и индивидуальная программы для стимулирования и реализации физкультурно-спортивной рекреации у студентов в процессе обучения в вузе; на третьем курсе у студентов необходимо продолжать совершенствовать двигательные способности, формировать активную жизненную позицию, способствовать самостоятельности в выполнении физических упражнений и ведению здорового образа жизни; так на данном курсе у студентов должны быть прочно сформированы знания, умения, навыки физкультурно-спортивной рекреации, они должны быть активными, самостоятельными, адаптированы к интенсивному учебному труду.

Для косвенного контроля и коррекции самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов вуза можно использовать следующие критерии: 1) количество шагов, выполненных студентами за день; 2) количество общих движений, выполненных студентами на одном занятии физическим

воспитанием; 3) количество времени (в часах), затраченное студентами на физическую культуру и спорт за день; 4) сколько раз участвовал (за неделю) в различных спортивно-массовых и оздоровительных мероприятиях и соревнованиях.

В заключение отметим, только через комплексные организационно-педагогические и физкультурно-оздоровительные технологии необходимо формировать культуру самостоятельной физкультурно-спортивной рекреации студентов вуза, как важного условия сохранения и укрепления здоровья в процессе учебной и повседневной деятельности.

1.5. Integracja sprawności umysłowej i aktywności ruchowej studentów w procesie uczenia się

1.5. Integration of mental efficiency and motor activity of the students in the process education of the university

Annotation. This article presents some theoretical and practical aspects integration of mental efficiency and motor activity of the students in the process of the university associated with rapid change in the higher education system. Contains definitions: motor activity, mental efficiency, integration. The availability of sources problems of integration mental efficiency and motor activity applied on sciences: philosophy, social science, psychology. This is an indication of the relevance and need to examine this process. The integration of mental efficiency and motor activity is the process of adjustment organism to changing needs educational space. The organization of the educational space should be a universal pedagogical model: the student is the subject of the educational process in a central. There is a determined effort to interrelationship of mental efficiency and motor activity. The pedagogical strategies should be oriented on the formation of mental efficiency the students in the context of

professional development. This are diagnostic-cognitive stage and remedial-constitute stage in first and second degrees, and this are a vocational and an applied stage, resulting- estimation stage at the undergraduate level. This will help to update students' emotional values of the integration of mental efficiency and motor activity into formal education.

Introduction of physical education to more open and modern forms will be direct at students. The teachers should fully ensure pedagogical interaction in a subjective setting. They must model and create pedagogical conditions.

The materials submitted make no claim to exhaustively for resolving the problem integration of mental efficiency and motor activity of the students. Limited aspects of the overall problem could be part of new research project.

Повышение потенциала жизнеспособности общества – это оперативная мобилизация наличных ресурсов и их эффективное использование в наиболее перспективных отраслях деятельности, включая образование, науку, здравоохранение, физическую культуру и спорт [Лимаренко, 2009].

В условиях нарастающей глобализации, которая представляет собой сложный динамичный и диалектический процесс, профессиональное образование становится фундаментальной основой дальнейшего развития общества, движущей силой его экономического роста, социальной стабильности, развития демократии и гражданских свобод. Данный процесс, имеет несколько измерений, в том числе интеллектуально-духовное, состоящее в активном задействовании обществами фактора сравнительных преимуществ, непосредственно определяемых качеством человеческих ресурсов, т.е. восприимчивостью к знаниям, науке, прогрессивным технологиям [Аннан, 1999]. В целях формирования общего коллективного труда как наиболее эффективной формы

экономического сотрудничества исторические процессы глобализации будут непрерывно усложняться. Это будет ставить перед системой профессионального образования новые задачи, как в сфере повышения его качества, так и в сфере структурных, интеграционных и иных организационных форм [Горлачев, 2009].

Высшее образование XXI века более чем когда-либо призвано формировать личность с высокой культурой, гуманистическими воззрениями, творца, осознавшего смысл глобальной этики и ответственности как важных норм нового гуманизма в едином и целостном мире [Фалеева, 2015]. Профессионал будущего – это человек разумный и гуманный, пытливый и деятельный, умеющий наслаждаться красотой; это целостная, всесторонне развитая личность, воплощающая идеал подлинного единства сущностных сил человека, его духовного совершенства в единстве умственной и физической деятельности [Иванова, 2012].

«Традиционная система физического воспитания складывалась под влиянием практических потребностей общества и требований к полноценной физической подготовке человека к труду» [Запесоцкий, 2003]. Как неотъемлемый феномен социальной жизни человеческих сообществ физическая культура и спорт на протяжении всей истории кочует из прикладной области, плотно коррелирующей с утилитарностью, в область самодостаточных и самоосновных явлений [Веблен, 1984].

Переход с 2015 года на федеральные государственные образовательные стандарты в системе высшего образования свидетельствует о том, что в отрасли наличествует осознание необходимости коррекции организации всего образовательного процесса по физической культуре. Разделение всего курса на базовый академический и элективный, важная инновационная инициатива, призванная в первую очередь обеспечить студентам возможность выстраивания индивидуальной и, даже эксклюзивной,

образовательной траектории, а преподавателям возможность реализации творческого потенциала в процессе обучения по предмету физическая культура.

Именно поэтому в развитии человека следует обратить внимание на сходные, более или менее одинаковые для всех культур элементы – культурные универсалии, в которых выражаются общечеловеческие ценности и идеалы, общепринятые нормы. Среди них в связи с необходимостью осуществления «межкультурного диалога» наиболее актуальными представляются ценности физической культуры и возможности реализации интеграции умственной работоспособности и двигательной активности студентов в процессе обучения в высшем учебном заведении.

По определению В. К. Бальсевича, двигательная активность – целенаправленное осуществление человеком двигательных действий, направленных на совершенствование различных показателей его физического потенциала и освоение двигательных ценностей физической и спортивной культуры [Бальсевич, 1992, 1996].

Двигательная активность – это естественная и специально организованная деятельность человека, обеспечивающая его успешное физическое и психическое развитие [Бирюков, 2000].

Двигательная активность – потенциальная возможность человека выполнить целесообразную, мотивированную физическую деятельность на заданном уровне эффективности в течение определённого времени, которая зависит от внешних условий деятельности и психофизиологических резервов человека. Различают максимальную, оптимальную и сниженную двигательную активность [Виленский, 1973].

Под двигательной активностью понимается сумма движений, выполняемых человеком в процессе повседневной жизнедеятельности. С позиции физиологии эти движения условно можно разделить на организованные или регламентированные

физические упражнения на занятиях физической культурой, в спортивных секциях и нерегламентированные. Все эти движения произвольные, целенаправленные, они удовлетворяют определенную потребность человека, представляя этап поведенческого акта. Однако, оценивая двигательную активность, мы не должны исключать те движения, которые человек совершает непроизвольно. Между этими формами движений имеется тесная взаимосвязь и взаимообусловленность [Бальсевич, 1991].

Двигательную активность можно считать активным элементом, формирующим в сочетании с другими факторами личную физическую культуру студентов и являющимся в этом смысле важнейшим компонентом системы общественного воспитания и самовоспитания личности.

Двигательная активность – это прежде всего персонализированная деятельность личности в сфере физической культуры и спорта, которая включает в себя компоненты, предусматривающие освоение знаний о методически грамотном обеспечении своего физического совершенствования, личностную мотивацию физической подготовки, усиление акцента на активное понимание отдельной личностью своей общественной значимости [Кокин, 2007].

Автоматизированное производство и быт, бурное развитие Интернета и медиа-ресурсов обеспечили человека значительным комфортом с одной стороны и снизили энерготраты с другой [Бондаренко, 2016]. Сложившаяся конфликтная ситуация между улучшением жизненных условий и ограничения естественных потребностей организма человека, привела к нарушению генетически заложенной программы двигательной активности. Продуктивность учебной деятельности невозможна без необходимой двигательной активности [Лимаренко, 2016]. В вузе двигательная активность студентов во многом зависит от построения процесса физического

воспитания, организованные формы которого в полной мере не могут удовлетворить развивающуюся личность, так как частота проведения занятий физическими упражнениями не согласуется с биологическими закономерностями организма, а содержание их не всегда отвечает потребностям и индивидуальным особенностям студентов [Лаптев, 2003].

Исследование проблемы умственной работоспособности вызвало интерес ученых разных наук. Так, философское осмысление данного понятия представлено в работах В. С. Библера, П. С. Гуревича, М. С. Кагана, Э. С. Маркаряна, В. М. Межуева и др.

Психологи Д. Б. Богоявленская, Н. Ш. Валеева, П. Я. Гальперин, Л. П. Доблаев, В. Я. Ляудис, Ю. А. Самарин, Н. Ф. Талызина и др. Рассматривали умственную работоспособность как систему приемов, методов, привычек, определяющих качество умственной работы.

Педагоги выделили культуру учебного (умственного) труда (О. А. Абдуллина, М. А. Данилов, М. И. Донцова, Н. П. Ерастов, В. Д. Кукушкин, И. Ф. Неволин, Н. Д. Никандров, В. О. Пунский и др.), организацию учебного труда (В. Граф, И. И. Ильясов, В. П. Кузовлев и др.), отмечали влияние физиологии и гигиены на умственный труд и его качество (И. А. Арнальди, К. В. Бардин, В. В. Ефимов и др.), научную организацию умственного и физического труда в процессе учебной деятельности (Ю. К. Бабанский, А. Буйлис, А. М. Колесова, Д. Я. Тригер и др.).

По определению С. С. Зайцевой [Зайцева, 2007] умственная работоспособность – ядро общей деятельности студентов, обеспечивающее высокий эффект и результат обучения студента вуза, полноценное развитие его личности, представляет собой сложный педагогический феномен, в котором выделены внешняя (учебный труд как деятельность по приобщению к культуре) и внутренняя (личностный, мотивационно-потребностный, интеллектуальный,

организационно-деятельностный, двигательный компоненты) составляющие, позволяющие в совокупности рационально и качественно с наименьшими затратами времени и сил человека выполнять любую учебную работу. В структуру формирования и укрепления умственной работоспособности включены планирование, организация этапов работы, прогнозирование результатов, принятие решения, коррекция плана.

Умственная работоспособность студентов в учебной деятельности в определенной степени зависит от свойств личности, типологической особенности нервной системы, темперамента и уровня двигательной активности. Наряду с этим, на нее влияют новизна выполняемой работы, интерес к ней, установка на выполнение определенного конкретного задания информация и оценка результатов по ходу выполнения работы, усидчивость, аккуратность, физическая подготовленность.

Умственная работоспособность студентов определяется как способность молодых людей к выполнению конкретной умственной деятельности (учебный труд) в рамках заданных временных лимитов (учебное занятие) и параметров эффективности (контроль знаний). Основу работоспособности составляют специальные знания, умения, навыки, а также определенные психофизические особенности, например, перцепции (перцепция, психологический термин, означающий восприятие, непосредственное отражение объективной действительности органами чувств) памяти, внимания, мышления и др.; физиологические – состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной, эндокринной и других систем; физические – уровень развития выносливости, силы, быстроты движений и др.; совокупность специальных качеств, необходимых в конкретной деятельности. Умственная работоспособность зависит от исходных возможностей молодых людей, адекватных уровню мотивации и поставленной учебной цели и прежде от состояния двигательной

активности в конкретный период времени (дня, недели, месяца, полугодия и т.д.).

Многочисленными исследованиями установлено, что суточная динамика умственной работоспособности, как и двигательной активности человека, во многом определяется периодической физиологических процессов под влиянием экзогенных (связанных с изменениями внешней среды) и эндогенных – внутренних (ритм и ЧСС. ритм дыхания, изменения кровяного давления и т.п.) факторов. Колебания умственной и физической работоспособности в течение суток соответствуют биологическим ритмам человеческого организма [Абаскалова, 2001; Апанасенко, 2002].

Во время учебной деятельности высокая умственная работоспособность студентов обеспечивается только в том случае, если жизненный (рабочий) ритм правильно согласуется со свойственными организму биологическими ритмами его психофизиологических функций и физической готовности.

Одна из важных целей физического воспитания студентов в процессе профессионального обучения в вузе является поддержание и укрепление умственной работоспособности в гармоничном сочетании с двигательной активностью [Красноперова, 2002; Лотоненко, 1999; Лубышева, 1992].

С точки зрения П. Я. Гальперина, А. А Марковой, В. П. Зинченко и других ученых взаимосвязь умственной и физической деятельности способствует более глубоким изменениям самого обучающегося, обогащению его новой системой знаний, умений и навыков, отношений к действительности [Исаев, 2002].

В быстроменяющемся мире особенно важно, раскрывать возрастающую глобальную роль интеграции умственной работоспособности и двигательной активности в процессе профессионального обучения студентов в высших учебных заведениях. По окончании вуза выпускник должен иметь не только

диплом высшего учебного заведения, но и приобрести теоретические знания и практические умения владения, поддержания и укрепления умственной и двигательной работоспособности, как необходимое условие конкурентоспособности будущих профессионалов. Поэтому возникает острая необходимость в студенческие годы интеграции умственной работоспособности и двигательной активности, как базового условия подготовки компетентной молодежи [Виленский, 1973; Казин, 2004; Казначеев, 1997].

Работоспособность определяется воздействием разнообразных внешних и внутренних физических, психических, физиологических факторов, что свидетельствует о тесной взаимосвязи физической и умственной работоспособности. Исследованию этой взаимосвязи посвящено достаточно большое количество работ. Р. В. Силла (1963), Ю. М. Пратусевич (1964), Т. Ф. Легостаева (1966), М. В. Антропова (1968), Р. А. Ахундов (1970), В. М. Туманцев (1972), М. С. Захаров, Ю. С. Тектов (1977) и другие исследователи 60-70х годов прошлого столетия отмечали зависимость умственной работоспособности и успеваемости обучающихся от степени их двигательной активности. Однако вопрос о взаимосвязи умственной и физической работоспособности студентов остается актуальным до сих пор. К решению данной проблемы в своих исследованиях обращались И. А. Аршавский (1982), Пономарев В. В., Э. В. Саркисянц, О. П. Сараджав, Н. А. Должанская, Б. Г. Романов (1991), А. Г. Сухарев (1991), Р. Д. Сейфулла (1998), Э. Н. Вайнер (2001), В. Л. Зыков (2003). По мнению авторов, оптимально подобранная мышечная нагрузка повышает общий эмоциональный тонус, создавая устойчивое настроение, которое служит благоприятным фоном для умственной деятельности, и предупреждает раннее развитие утомления. Физические упражнения оказывают на умственную работоспособность либо непосредственное благоприятное влияние в качестве механизмов активного отдыха, либо отдаленное, спустя некоторое время, либо в

виде кумулятивного (накапливающего) эффекта в течение определенного (недель, месяцев) времени. В этой связи повышается значимость аудиторных занятий физической культурой, которые для основной массы студентов являются единственным средством увеличения двигательной активности, стимулирующим физическую и умственную работоспособность, активизирующим психологические процессы, оказывающие положительное влияние на учебную деятельность [Куликова, 2004].

Исследователи Г. Л. Апанасенко, Е. А. Короткова, О. Л. Трещева, Ж. Б. Сафонова, Л. И. Лубышева, В. К. Бальсевич и др. подчеркивали, что укрепление и поддержание учебной и двигательной деятельности студентов, полноценное развитие личности, подготовка современных специалистов, является составной частью образовательного процесса в высшей школе. И все это необходимо сочетать с формированием умственной работоспособности как неразрывной части гармоничной образовательной деятельности, направленной на продуктивную подготовку настоящих и будущих профессионалов для всех сфер деятельности в деле развития и становления государства.

По данным исследователей [Щедрина, 2003; Исаев, 2002; Колбанов, 1995 и др.], современные студенты имеют низкие показатели здоровья, где из них всего 6-7 % молодежи обладают необходимым уровнем умственной работоспособности, что дает им возможность продуктивно проходить профессиональное обучение в вузе.

Необходимо отметить, что физическое воспитание молодежи в высшем учебном заведении отличается от других видов воспитания тем, что в его основе лежит, не только процесс физического укрепления и развития, но и процесс поддержания умственной работоспособности студентов в вузе, что обеспечивает гармоничное

укрепление и поддержание умственного и физического здоровья [Колбанов, 1995; Кураев, 1996].

Будущие профессионалы на занятиях по дисциплине «Физическая культура и спорт» приобретают знания о психофизической подготовке к предстоящей трудовой деятельности; умению организовывать и выполнять комплексы производственной гимнастики; а также выполнять профессиональные функции в неблагоприятных и экстремальных условиях проживания [Леонова, 2000].

Идея интеграции в педагогике имеет давние традиции использования, однако четкое определение понятия «интеграция», в контексте функционирования и развития социальных систем, отсутствует [Фомина, 2015].

Наиболее полно философские аспекты проблемы интеграции человека и окружающего универсума отражены в трудах А. Ф. Лосева, Н. Ф. Фёдорова, В. И. Вернадского, С. Л. Рубинштейна, В. Н. Сагатовского. Анализ их идей, положений и теорий позволяет не только понять сущность феномена интеграции, но и выработать правильное понимание тех глобальных процессов, которые мы наблюдаем в XXI веке.

С позиции возможности обеспечения качества профессиональной подготовки в вузе С. Н. Фомина выявляет существо интеграции как процесса слияния разнородных частей, объединения в целое разнородных элементов, и создание на этой основе интегративности, которая выступает как результат этого процесса, обладающий новым, эффективным качеством [Фомина, 2015].

Раскрывая понятие интеграции авторы В. А. Сластёнин, И. Ф. Исаев, А. И. Мищенко, Е. Н. Шиянов, сходятся во мнении, что множество разрозненных элементов, объединенных по принципу интегрирования, качественно влияют на процесс обучения:

«Интеграция – не эмпирическое объединение произвольного множества элементов процесса обучения, связанных лишь ситуативно, а переход количества в качество. Это внутренняя взаимосвязанная и взаимообусловленная целостность процесса обучения, обладающая свойствами, отсутствующими у составляющих ее компонентов (целей, содержания, методов, форм и т.д.). Это открытие новых связей и отношений между компонентами путем включения в новые системы связей» [Сластенин, 1997, 13].

Исследователи приходят к выводу, что интеграция возникает в том случае, если, во-первых, имеются ранее в чем-то разобщенные элементы, во-вторых, есть объективные предпосылки для их объединения, в-третьих, объединение элементов происходит не суммативно и рядоположено, а посредством синтеза, в-четвертых, результатом такого объединения является система, обладающая свойствами целостности [Тюнников, 1988; Чапаев, 2005 и др.].

Результат интеграции – целостность, то есть новая реальность, где каждый из компонентов сохраняет свою суверенность, свои сущностные качества.

На теоретическом уровне интеграция рассматривается учеными как: одна из сторон процесса развития, которая объединяет в целое ранее разрозненные элементы системы (В. П. Беспалько); принцип методологии интегративного подхода (О. Е. Галицких); тенденция современного мирового образования (А. П. Лиферов и др.); средство устранения многопредметности путем объединения учебных предметов в единые циклы и комплексы (Ю. И. Дик, А. А. Пинский, В. В. Усанов, С. А. Сергеенок); фактор, способствующий преодолению разрыва естественнонаучных и профессионально-технических дисциплин (М. Н. Борулава); форма организации учебной и воспитательной деятельности в единстве (Ю. С. Тюников); триединство процесса, результата и принципа (В. С. Безрукова, В. И. Солодухин).

По мнению В. В. Ивановой, В. В. Пономарева для интеграции умственной работоспособности и двигательной активности студентов необходимо в высшем учебном заведении создавать педагогические условия, организовывать образовательное пространство, таким образом, чтобы все это в совокупности способствовало гармоничной и продуктивной реализации, на основе единства и взаимосвязи двигательного и интеллектуального потенциала студентов, в процессе их профессионального обучения [Иванова, 2012].

Интеграция умственной работоспособности и двигательной активности студентов высших учебных заведений – это постоянный процесс приспособления организма к изменяющимся учебным и внеучебным условиям образовательного пространства, направленный на совершенствование профессионального обучения молодежи.

Организация образовательного пространства по интеграции умственной работоспособности и двигательной активности обучающихся на учебных занятиях по дисциплине «Физическая культура и спорт», должна представлять собой универсальную педагогическую модель, в центре которой находится студент, как субъект образовательного процесса, где осуществляется целенаправленная деятельность, направленная на взаимосвязь умственной и двигательной деятельности. Алгоритм педагогической стратегии должен быть ориентирован на формирование у студентов умственной работоспособности в контексте профессионального становления и развёртываться в образовательном пространстве поступательно, поэтапно: на первом-втором курсах диагностическо-когнитивный и коррекционно-формирующий этапы, на старших курсах профессионально-прикладной и итогово-оценочный этапы. В целом это будет способствовать актуализации эмоционально-ценностного отношения студентов к интеграции умственной работоспособности и двигательной активности в процессе учебной деятельности в вузе.

В диагностическо-когнитивный этап педагогической модели следует включить такие организационные формы, способы, приемы и теоретико-методическое содержание учебного материала, которое будет способствовать: ознакомлению студентов с психофизиологическими основами умственной работоспособности и двигательной активности; обучению студентов самостоятельной работе с научно-методической литературой о здоровом образе жизни, умственной и физической работоспособности и др. Необходимо учить студентов простым, доступным и эффективным методам и способам контроля умственной работоспособности и двигательной активности, поддержания и укрепления умственной работоспособности; в совместной деятельности преподаватель-студент выявить и определить для каждого студента, его оптимальный, индивидуальный и адекватный его психофизическому состоянию стиль формирования и укрепления умственной работоспособности и двигательной активности. Формы организации студентов на данном этапе, например, могут быть следующими: оздоровительно-практические занятия, беседы, лекции, индивидуальная работа с научно-методической литературой, написание рефератов и их защита.

Содержание занятий по дисциплине «Физическая культура и спорт» на первом этапе должно быть направлено на формирование теоретических знаний и практических умений интеграции умственной работоспособности и двигательной активности.

В коррекционно-формирующий этап педагогической модели следует включить такие организационные формы, способы, приемы и теоретико-методическое содержание учебного материала, которое будет способствовать: формированию у студентов здорового образа жизни с учетом его будущей профессиональной деятельностью и необходимости дальнейшего формирования умственной работоспособности и двигательной активности. Студенты должны сформировать режим учебы и отдыха, питания, освоить

психофизические оздоровительные комплексы, дифференцированные блоки физических упражнений, соблюдать личную гигиену, гигиену одежды и обуви и др.

Формы организации студентов на данном этапе могут быть следующими: оздоровительно-практические занятия, беседы, лекции, индивидуальная работа с научно-методической литературой, написание рефератов и их защита, клубы выходного дня, спортивные секции и группы общей физической подготовки, туристические походы, спартакиады университета.

На данном этапе необходимо продолжить выявление у студентов заинтересованности и желаний заниматься тем или иным видом физических упражнений для поддержания и укрепления умственной работоспособности и двигательной активности в процессе учебной и внеучебной деятельности в вузе. Должна быть организована консультативно-методическая помощь студентам по выбору оздоровительно-профилактических комплексов и средств физической культуры для индивидуально-самостоятельных занятий укрепления и поддержания умственной работоспособности и двигательной активности во внеучебное время.

В профессионально-прикладной этап педагогической модели следует включить такие организационные формы, способы, приемы и теоретико-методическое содержание учебного материала, которое будет способствовать формированию интеграции умственной работоспособности и двигательной активности. На данном этапе необходимо учить студентов способам организации и проведения индивидуально-самостоятельных занятий, направленных на коррекцию отдельных составляющих индивидуального стиля формирования умственной работоспособности и двигательной активности в процессе профессиональной подготовки в вузе. Необходимо закреплять у студентов теоретические знания и практические навыки дальнейшего повышения уровня умственной

работоспособности и двигательной активности через целенаправленное формирование здорового образа жизни в процессе учебной и внеучебной деятельности.

Основные формы организации студентов на данном этапе, например, могут быть следующими: оздоровительно-практические занятия, беседы, лекции, индивидуальная работа с научно-методической литературой, написание рефератов и их защита, участие в студенческих и преподавательских конференциях по проблемам состояния здоровья населения, написание индивидуальной методической разработки содержащей авторскую модель здоровья.

В оценочно-итоговый этап педагогической модели следует включить следующие организационные формы, способы, приемы и теоретико-методическое содержание учебного материала: активное участие студентов в различных спортивно-массовых соревнованиях, конкурсах здоровья, валеадах; косвенную оценку интеграции умственной работоспособности и двигательной активности молодежи в вузе; рекомендации по дальнейшей интеграции умственной работоспособности и двигательной активности студентов вуза в процессе учебной деятельности и подготовки к будущей профессиональной деятельности.

Основные формы организации студентов на данном этапе должны быть следующие: индивидуально-самостоятельная работа на занятиях и в домашних условиях над авторским проектом индивидуального стиля здорового образа жизни, выступления на научно-практических конференциях, учебно-практические занятия, лекции, беседы, спортивно-массовые мероприятия.

Резюмируя изложенное в настоящей работе, отметим:

– прогрессивный ритм жизни требует от человека подготовленности к возрастающей двигательной активности при

увеличении интеллектуальной нагрузки, что может быть достигнуто с помощью организованных занятий физического воспитания;

– для повышения умственной работоспособности и двигательной активности в течение учебного дня целесообразно использовать различные формы и средства физической культуры, обеспечивающие гармонизацию и интеграцию умственной работоспособности и двигательной активности человека;

– системную двигательную активность в контексте ее интеграции с умственной работоспособностью молодежи в студенческие годы необходимо организовать таким образом, чтобы формировались профессионально-прикладные двигательные умения и навыки, которые будут способствовать совершенствованию природных свойств организма студентов, повышению умственной работоспособности, активизации учебного труда.

Таким образом, переход учебного процесса по физическому воспитанию на более открытые и современные формы, должен быть направлен не только на студентов – субъектов активности, но и преподаватели в полной мере должны обеспечивать педагогическое взаимодействие в субъект-субъективных условиях. Им необходимо моделировать и создавать педагогические условия, организовывать образовательное пространство таким образом, чтобы все это в совокупности способствовало интеграции умственной работоспособности и двигательной активности студентов в процессе обучения в вузе.

Представленный материал не претендует на исчерпывающее решение проблемы интеграции умственной работоспособности и двигательной активности студентов. Отдельные аспекты данной проблемы могут войти в новые исследования.

1.6. Współczesne podejścia do rekreacji sportowców na różnych etapach procesu treningowego

1.6. Modern approaches to athletes' recreation at their training process different stages

Annotation. Athlete's success depends on rationally used recreational activities while performing their training program. There are many different modern approaches to athletes' recreation at different stages of the training process.

This chapter content is based on the analysis of research publications on athletes' recreation, as well as the author's own research results carried out within the framework of research projects of the FSBEI of Higher Education «Ural State University of Physical Culture» (Chelyabinsk), and professional experience, working in interdisciplinary research teams on national teams' medical and biological support in Chelyabinsk.

The possibilities of using myofascial release as recreational means for junior hockey players are described in this chapter.

After myofascial release introduction into the training program, we proved its positive effect on the musculoskeletal system functional state, joints' flexibility and mobility degree, as well as on the junior hockey players' psycho-emotional state.

Содержание данной главы основывается на анализе научно-исследовательских публикаций по вопросам рекреации спортсменов, а также собственных результатов исследований, проведенных автором в рамках научных проектов ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет физической культуры» (г. Челябинск), и профессиональный опыт работы в комплексных научных группах по медико-биологическому сопровождению сборных команд г. Челябинска.

Анализ определений понятия «рекреация» выявил неоднозначные формулировки, синонимический подход к данному понятию и некоторую классификацию видов рекреаций, применяемых в спортивной деятельности.

Анализ работ, посвященных данной проблеме показал, что в спортивной практике восстановительные мероприятия применяются с учётом специфики вида спорта и могут дифференцироваться от характера физических нагрузок, их объёма и интенсивности, периода подготовки, степени утомления, функционального состояния спортсменов, их квалификации.

Система рекреационных мероприятий должна обеспечить ускорение процессов восстановления спортсмена [Томилин, 2018, 369].

Физическая рекреация способствует обеспечению восстановительных процессов в соответствии с закономерностями адаптации [Артемьева, 2017, с. 8].

В публикациях зарубежных авторов спортивную деятельность рассматривают как разновидность рекреации на уровне любительского спорта. Так результаты исследования подтверждают, что спортсмены-любители, занимающиеся физической рекреацией, отдают предпочтение внутренним жизненным устремлениям по сравнению со спортсменами-конкурентами и сообщают о более высоком психологическом благополучии [Chatzisarantis, Nikos, 2007, 156].

В литературе описаны методические подходы к применению разнообразных средств и методов рекреации спортсменов. В данной главе остановимся на возможности применения миофасциального релиза (МФР) в процессе восстановления юных хоккеистов как метода рекреации.

Миофасциальный релиз (МФР) относится к техникам самомассажа, при котором происходит одновременное мануальное

воздействие и на мышцы, и на соединительную ткань, направленное на расслабление миофасциальных структур и использующие специальные роллеры разной жесткости, размеров и другое оборудование [Гуров, 2017, 136].

Целью МФР является коррекция деформаций соединительной ткани.

Миофасциальный релиз направлен на фасции – мягкие оболочки из соединительной ткани, которые покрывают мышечные волокна и удерживают их вместе. При отсутствии патологического процесса оболочка эластичная и подвижная, благодаря чему мышечные волокна легко скользят относительно друг друга, не вызывая болевых ощущений. Более подробное строение, функции и возможности работы с фасциями применительно к МФР можно прочесть в работе Ю. В. Чикурова.

По мнению Е. В. Григорьевой, В. В. Горелика при регулярных занятиях с помощью МФР можно добиться [Григорьева, 2017, 5]: устранения мышечного напряжения, улучшения кровообращения, повышения гибкости и подвижности суставов, растяжки мышц перед физическими нагрузками, улучшения осанки и укрепления опорно-двигательного аппарата, улучшения микроциркуляции крови в мягких тканях и ускорения регенерации поврежденных мышц, общего укрепления организма и улучшения мозгового кровообращения, улучшения работы сердечно-сосудистой системы и повышения эластичности стенок сосудов, укрепления костной системы и профилактики остеопороза и др..

В работе М. А. Еремушкина описывается механический механизм МФР, при котором обеспечивается прямое воздействие растягивания или давления на мышцу физически. Вследствие этого спаечный процесс в миофасциальных структурах «разрывается» и обеспечивается снижение прочности перекрестных взаимосвязей между коллагеновыми волокнами соединительной ткани, а это

приводит к облегчению скольжения фасциальных слоев друг относительно друга [Еремускин, 2014, 288].

В работе Э. М. Нейматова подробно описывается нейрофизиологический механизм МФР, согласно которому давление и растягивание приводит к стимулированию проприорецепторов, посылающих сигналы в головной мозг по афферентным нервным путям, откуда по эфферентным путям поступают ответные сигналы, способствующие расслаблению мышц и покрывающих их фасций [Нейматов, 2016, 102].

В трудах С. А. Римского указывается, что МФР и стретчинг являются взаимодополняющими методами, поскольку проработанные роллером мышцы лучше поддаются растяжке. Данный эффект имеет большое значение в любой тренировочной программе спортсменов [Римский, 2017, 273].

У хоккеистов под влиянием травм и нагрузок фасциальная ткань постепенно теряет свою эластичность и становится тугой и ограниченной в подвижности, при ее перенапряжении ухудшается кровоток сосудов, постепенно в процесс включаются и другие фасции. С целью предотвращения спаечного процесса между фасциями хороший эффект может быть достигнут путем использования МФР [Спатаева, 2017, 107].

В тренировочном процессе МФР применяют с целью подготовки мышц к предстоящей работе. Его включают в общую разминку с целью подготовки мышц, снятия напряжения, проработки проблемных зон, уменьшения болевых ощущений, устранения зажимов, что делает мышечные волокна подвижными относительно друг друга, приводит к увеличению амплитуды движений, повышает гибкость, снижает вероятность возникновения травм. Также МФР используют в заминке с целью расслабления, уменьшения мышечных посттренировочных болей и ускорения процесса восстановления мышц после интенсивной тренировки.

Миофасциальный релиз применяют для более быстрого восстановления организма после перенесенных травм или больших нагрузок, с целью устранения застоя лимфы и снятия психоэмоционального напряжения.

Цель настоящего исследования: изучить влияние миофасциального релиза на степень травматизма испытуемых, при интеграции релиза в тренировочную программу.

Предполагается, что введение миофасциального релиза в тренировочную программу, будет способствовать более быстрому восстановлению и гипотетически приведет к снижению травматизма.

Данное научное исследование проводилось на базе фитнес-центра «СОКОЛ ФИТ» в г. Челябинске.

В научном исследовании приняли участие 40 юных хоккеистов в возрасте 10-12 лет.

Комплекс мероприятий, направленных на профилактику травматизма юных хоккеистов представлен в таблице 1.

Таблица 1

Комплекс мероприятий, направленных на профилактику травматизма юных хоккеистов

Реабилитационные мероприятия	Основная группа (n=20)	Контрольная группа (n=20)
полноценное питание, обогащенное белком	+	+
режим дня	+	+
лфк, по 30 минут, ежедневно и перед каждой тренировкой	+	+
миофасциальный релиз	+	-

В контрольной группе комплекс мероприятий, направленных на профилактику травматизма включал полноценное питание, обогащенное белком, соблюдение режима дня и лечебную гимнастику. В основной группе комплекс мероприятий был дополнен МФР, включенным в тренировки.

Для оценки эффективности комплекса мероприятий были использованы следующие методы.

Исследование скелетно-мышечной системы с помощью теста Соренсена. Данный тест направлен на оценку силовой выносливости мышц, которые выпрямляют позвоночник, а также широчайших мышц спины, ягодичных мышц и двуглавых мышц бедра в изометрическом режиме мышечной работы.

Исследование скелетно-мышечной системы с помощью теста стульчик. Данный тест направлен на оценку силовой выносливости мышц ног: четырехглавых, больших ягодичных мышц и мышц задней группы бедра при изометрическом режиме мышечной⁴.

Исследование гибкости с помощью теста захват кистей согнутых рук за спиной. Данный метод исследования гибкости выполняется в исходном положении стоя [Кривцун, 2013, 19].

Исследование гибкости с помощью теста на подвижность позвоночного столба [Букуп, 2008, 74].

Исследование психоэмоционального состояния с помощью теста «индивидуальная минутка». Данный тест применяют для оценки психологического состояния, которое может говорить о хорошем состоянии сосредоточенности, боевой готовности, а также о повышенной тревожности, беспокойстве или депрессии, чрезмерной расслабленности, несобранности.

⁴ Sports Psychology. – URL: <https://www.sportspsychology.com/> (дата обращения: 15.01.2020).

Оценка психической надежности посредством анкеты В. Э. Мильмана

Метод математической статистики: t-критерий Стьюдента [Петров, 2013, 179].

Результаты. Для оценки состояния скелетно-мышечной системы у юных хоккеистов нами были использованы тест Соренсена и тест стульчик.

С помощью теста Соренсена, оценивалась силовая выносливость мышц, выпрямляющих позвоночник. Высокий уровень подготовленности подтверждается при выполнении теста от 105 до 147 секунд и более.

Оценка силовой выносливости проводилась двукратно: до и по завершению тренировочной программы, включающей МФР. Полученные результаты теста Соренсена представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты оценки силовой выносливости мышц, выпрямляющих позвоночник у юных хоккеистов (в секундах)

Группы	До реабилитации	После реабилитации	Уровень значимости
основная (n=20)	78,4±0,31	107,5±0,31	p≤0,001
контрольная (n=20)	79,2±0,28	81,5±1,25	p≥0,05
уровень значимости	p≥0,05	p≤0,001	

Согласно таблице 2 силовая выносливость мышц, выпрямляющих позвоночник, у всех обследуемых юных хоккеистов

до проведения тренировочной программы соответствовала среднему уровню тренированности и составила в основной группе в среднем $78,4 \pm 0,31$ секунды, а в контрольной – $79,2 \pm 0,28$ секунды.

По окончании тренировочной программы, включающей МФР, силовая выносливость мышц, выпрямляющих позвоночник в основной группе, достоверно улучшилась ($p \leq 0,001$) и в среднем стала равна $107,5 \pm 0,31$ секунд, что соответствует высокому уровню подготовленности.

В контрольной группе, этот показатель изменился не достоверно ($p \geq 0,05$), но имеет тенденцию к улучшению и стал равен в среднем $81,5 \pm 1,25$ секунд, что соответствует среднему уровню подготовленности.

Для оценки силовой выносливости мышц ног юных хоккеистов применялся тест стульчик.

Исследование проводилось так же двукратно. Полученные результаты теста стульчик представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты оценки силовой выносливости мышц ног у юных хоккеистов (в секундах)

Группы	До реабилитации	После реабилитации	Уровень значимости
основная (n=20)	$60,9 \pm 0,37$	$97,2 \pm 0,28$	$p \leq 0,001$
контрольная (n=20)	$59,3 \pm 0,71$	$61,2 \pm 1,21$	$p \geq 0,05$
уровень значимости	$p \geq 0,05$	$p \leq 0,001$	

Согласно таблице 3 силовая выносливость мышц ног, у всех обследуемых юных хоккеистов до проведения тренировочной программы соответствовала среднему уровню тренированности и составила в основной группе в среднем $60,9 \pm 0,37$ секунды, а в контрольной – $59,3 \pm 0,71$ секунды.

По окончании тренировочной программы, включающей МФР, силовая выносливость мышц ног в основной группе достоверно улучшилась ($p \leq 0,001$) и в среднем стала равна $97,2 \pm 0,28$ секунд, что соответствует высокому уровню подготовленности. В контрольной группе, этот показатель изменился не достоверно ($p \geq 0,05$), но имеет тенденцию к улучшению и стал равен в среднем $61,2 \pm 1,21$ секунд, что соответствует среднему уровню подготовленности.

Полученные изменения статической выносливости мы можем объяснить тем, что во время «прокатки» мышц происходит стимулирование проприорецепторов, которые посылают сигналы в мозг по афферентным нервным путям, где нервные центры и работающие мышцы способны поддерживать непрерывную активность в анаэробных условиях, что и приводит к развитию статической выносливости мышц.

Для оценки гибкости и подвижности суставов у юных хоккеистов нами были использованы тест захвата кистей согнутых рук за спиной и тест на подвижность позвоночного столба.

С помощью теста захвата кистей согнутых рук за спиной оценивалась гибкость суставов верхних конечностей у юных хоккеистов. Нормой для данного теста является касание пальцев с наложением 3–5 см друг на друга.

Оценка гибкости суставов верхних конечностей проводилась двукратно: до и по завершению тренировочной программы, включающей МФР. Полученные результаты теста захвата кистей согнутых рук за спиной представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты оценки гибкости суставов верхних конечностей у юных хоккеистов (в сантиметрах)

Группы	До реабилитации	После реабилитации	Уровень значимости
основная (n=20)	0,4±0,07	3,4±0,8	p≤0,001
контрольная (n=20)	0,5±0,07	1,3±0,42	p≥0,05
уровень значимости	p≥0,05	p≤0,05	

Согласно таблице 4 гибкость суставов верхних конечностей у всех обследуемых юных хоккеистов до проведения тренировочной программы соответствовала оценке удовлетворительно и составила в основной группе в среднем 0,4±0,07 см, а в контрольной – 0,5±0,07 см.

По окончании тренировочной программы, включающей МФР, гибкость суставов верхних конечностей в основной группе достоверно улучшилась (p≤0,001) и в среднем стала равна 3,4±0,8 см, что соответствует оценке хорошо. В контрольной группе, этот показатель изменился не достоверно (p≥0,05), но имеет тенденцию к улучшению и стал равен в среднем 1,3±0,42 см, что соответствует оценке удовлетворительно.

Для оценки гибкости юных хоккеистов также применялся тест на подвижность позвоночного столба. Исследование проводилось так же двукратно. Полученные результаты теста представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Результаты оценки подвижности позвоночного столба
у юных хоккеистов (в сантиметрах)**

Группы	До реабилитации	После реабилитации	Уровень значимости
основная (n=20)	2,6±0,04	4,4±0,03	p≤0,001
контрольная (n=20)	2,4±0,14	3,1±0,61	p≥0,05
уровень значимости	p≥0,05	p≤0,05	

Согласно таблице 5 подвижность позвоночного столба у всех обследуемых юных хоккеистов до проведения тренировочной программы соответствовала среднему значению и составила в основной группе в среднем 2,6±0,04 см, а в контрольной – 2,4±0,14 см.

По окончании тренировочной программы, включающей МФР, подвижность позвоночного столба в основной группе достоверно улучшилась (p≤0,001) и в среднем стала равна 4,4±0,03 см, что соответствует оценке хорошо.

В контрольной группе, этот показатель изменился не достоверно (p≥0,05), но имеет тенденцию к улучшению и стал равен в среднем 3,1±0,61 см, что соответствует среднему значению.

Полученные изменения гибкости и подвижности суставов мы можем объяснить тем, что МФР за счет «прокатки» оказывает направленное давление на мышцы, что вызывает одновременно удлинение и сдавление мягких тканей, что приводит к их релаксации,

разрыву спаек между мышцей и фасцией, высвобождению имеющейся мышечной боли, снятию мышечного напряжения, при этом растягивающее усилие передается на соединительнотканые структуры, что способствует повышению гибкости.

Для оценки психоэмоционального состояния юных хоккеистов нами были использованы тест на оценку психической надежности посредством анкеты В. Э. Мильмана и тест «индивидуальная минута».

С помощью теста на оценку психической надежности посредством анкеты В. Э. Мильмана оценивалась устойчивость функционирования ведущих психических механизмов. Оценка 0 баллов соответствует среднему уровню психической надежности. Оценка со знаком «-» говорит о снижении уровня надежности по данному компоненту по сравнению со средними данными; соответственно со знаком «+» указывает на повышенный по сравнению со средним уровень выраженности того или иного компонента психической надежности.

Оценка психической надежности проводилась двукратно: до и по завершению тренировочной программы, включающей МФР. Полученные результаты теста представлены в таблице 6.

Согласно таблице 6 оценка психической надежности у всех обследуемых юных хоккеистов до проведения тренировочной программы соответствовала уровню выше среднего, по всем компонентам.

По окончании тренировочной программы, включающей МФР, оценка психической надежности в основной группе достоверно улучшилась ($p \leq 0,001$), что указывает на повышенный по сравнению со средним уровень выраженности всех компонентов психической надежности.

В контрольной группе, этот показатель изменился не достоверно ($p \geq 0,05$) по всем компонентам, но имеет тенденцию к улучшению.

Таблица 6

**Результаты оценки психической надежности
у юных хоккеистов (в баллах)**

Группы	До реабилитации	После реабилитации	Уровень значимости
Соревновательная эмоциональная устойчивость			
основная (n=20)	6,8±0,07	9,9±0,04	p≤0,001
контрольная (n=20)	6,9±0,07	8,1±0,67	p≥0,05
уровень значимости	p≥0,05	p≤0,05	
Саморегуляция			
основная (n=20)	7,2±0,04	9±0,03	p≤0,001
контрольная (n=20)	7±0,59	7,9±0,04	p≥0,05
уровень значимости	p≥0,05	p≤0,05	
Мотивационно-энергетический компонент			
основная (n=20)	7,7±0,03	9±0,03	p≤0,001
контрольная (n=20)	7,9±0,53	8,3±0,04	p≥0,05
уровень значимости	p≥0,05	p≤0,05	
Стабильность-помехоустойчивость			
основная (n=20)	3,9±0,03	5,2±0,03	p≤0,001
контрольная (n=20)	3,8±0,13	4,1±0,45	p≥0,05
уровень значимости	p≥0,05	p≤0,05	

Оценка психологического состояния проводилась с помощью теста «индивидуальная минутка». Нормой считается результат равный 55 секунд – 1 минута 5 секунд. Исследование проводилось так же двукратно. Полученные результаты теста представлены в таблице 7.

Таблица 7

Результаты оценки психологического состояния юных хоккеистов (в секундах)

Группы	До реабилитации	После реабилитации	Уровень значимости
основная (n=20)	47,6±0,25	58,4±0,11	p≤0,001
контрольная (n=20)	47,7±0,19	49,5±1,27	p≥0,05
уровень значимости	p≥0,05	p≤0,001	

Согласно таблице 7 психологическое состояние у всех обследуемых юных хоккеистов до проведения тренировочной программы соответствовало легкой степени тревожности, у хоккеистов отмечались сложности саморегуляции в напряженной ситуации. В основной группе данный показатель был в среднем равен 47,6±0,25 секунд, а в контрольной – 47,7±0,19 секунд.

По окончании тренировочной программы, включающей МФР, психологическое состояние юных хоккеистов в основной группе достоверно улучшилось (p≤0,001) и в среднем стало равно 58,4±0,11 секунд, что соответствует норме, у хоккеистов наблюдалась хорошая сосредоточенность и адаптация к различным нагрузкам.

В контрольной группе, этот показатель изменился не достоверно ($p \geq 0,05$), но имеет тенденцию к улучшению и стал равен в среднем $49,5 \pm 1,27$ секунд, что соответствует легкой степени тревожности.

Полученные изменения психоэмоционального состояния мы можем объяснить тем, что благодаря «прокатке» мышц происходит релаксация не только проработанной мышцы, но и всего тела, улучшается кровообращение и усиливается доставка кислорода к мозгу, одновременно происходит выработка тканевых гормонов, в том числе эндорфина, отвечающего за настроение.

Таким образом, тренировочная программа для юных хоккеистов, включающая МФР способствует улучшению функционального состояния скелетно-мышечной системы, степени гибкости и подвижности суставов, а также оказывает положительный эффект на психоэмоциональное состояние.

Практические рекомендации:

1. Выполнять упражнения по МФР следует медленно, концентрируя внимание на ощущения и обязательно контролировать дыхания.
2. Дыхание должно быть глубоким и спокойным.
3. Амплитуда движений должна оставаться небольшой, чтобы не возникало напряжения.
4. Если не получается сохранить равновесие, допустимо использовать опору.
5. При появлении сильного чувства усталости или нервного возбуждения необходимо прекратить тренировку и сообщить об этом тренеру.
6. Для достижения необходимо эффекта МФР выполняют ежедневно, периодически с частотой 2-5 раз в неделю, по 1-1,5 часа.
7. Если спортсмен впервые работает с роллами, то следует выбрать мягкий материал.

Восстановительные мероприятия для юных хоккеистов имеют значение не только в достижении спортивных результатов, но и в профилактике травматизма. Проанализировав научную литературу, можно сделать вывод, что распространенной причиной травматизма юных хоккеистов является отсутствие или неграмотно составленная разминка перед тренировкой или игрой, а также применение высоких нагрузок, не соответствующих возрасту, функциональному состоянию спортсменов.

Результаты проведённого исследования позволяют утверждать, что применение тренировочной программы для юных хоккеистов, включающей миофасциальный релиз, способствует улучшению функционального состояния скелетно-мышечной системы, улучшению степени гибкости и подвижности суставов, улучшению психоэмоционального состояния, уменьшению степени травмированности.

1.7. Rekreacyjna aktywność fizyczna studentów kierunków medycznych

1.7. Recreation physical activity of medical students

Аннотация. Целью нашего исследования было определение уровня физической активности студентов-медиков. Рассмотрен вопрос какие формы физической активности практиковали студенты-медики и определялось их отношение к активному отдыху. В исследовании брало участие группа из 75 студентов-медиков Медицинского университета имени Кароля Марцинковского в Познани и Медицинский коллегіум Университета Николая Коперника имени Людвига Рыдигье в Быдгоще. В ходе опроса был применен вопросник, состоящий из 25 вопросов из которых мы идентифицировали 12, касающихся только физической активности и

только они были проанализированы. Работа показала, что студенты имеют знания о здоровье и физической активности, но не внедряют их в свою жизнь.

Wstęp

Aktywność fizyczna jest postawą wobec własnego ciała, jest dokładnie określoną troską o własną sprawność oraz zdrowie, a także umiejętnością organizowania sobie czasu wolnego w sposób aktywny i korzystny dla zdrowia organizmu (Pawłucki A., 1996). Jedną z definicji aktywności fizycznej zaproponowaną przez - WHO (*World Health Organization*) – brzmi: „dowolna forma ruchu ciała spowodowana skurczami mięśni szkieletowych, przy którym wydatek energii przekracza poziomy energii spoczynkowej”. Termin ten uwzględnia sport wyczynowy, amatorski, rekreację, ale także prace domowe. Cytując WHO należy zauważyć, że 6% zgonów na świecie związanych jest z brakiem ruchu (Drabik J., 1996).

W powstałej pracy postanowiono zweryfikować **Hipotezę**:

"studenci kierunków medycznych potrafią przyjąć taką postawę, że mając pełną wiedzę - dbają o własne zdrowie będąc aktywni ruchowo"

Ta konkretna grupa została wybrana, ponieważ są to ludzie, którzy studiują na kierunkach o zdrowiu, profilaktyce chorób, otyłości. Dlatego też, winni być oni świadomi, jak należy postępować w celu poprawienia witalności, dobrego samopoczucia. W praktyce bywa różnie - zaobserwowano palenie tytoniu, i objawy lenistwa fizycznego w ruchach lokomocyjnych. Dzięki takim obserwacjom, powstał pomysł na temat pracy, a także wzrosło zainteresowanie jak jest naprawdę i jak ważna dla tych ludzi jest aktywność fizyczna. Wielu autorów książek definiuje ją w różny sposób. Według Józefa Drabika (1996) aktywność fizyczna to „zdolność do efektywnego i ekonomicznego wykonywania pracy mięśniowej wymagającej odpowiedniego poziomu siły, szybkości, wytrzymałości, koordynacji, gibkości, wydolności oraz umiejętności

ruchowych”, która zachęca do ćwiczeń (Kowalewski I., 2006). Aktywność fizyczna według Ireneusza Kowalewskiego (2006) to podstawowa potrzeba każdego człowieka, w każdym okresie życia. Zapobiega zaburzeniom układu ruchu, niweluje wady postawy ciała, hartuje organizm, zmniejsza ryzyko występowania zachowań niebezpiecznych i szkodliwych, takich jak: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, narkotyków (Kuś W.M., at all, 1981). Jerzy Sołtysiak (1981), z medycznego punktu widzenia, aktywność fizyczną definiuje jako podstawową formę rekreacji i wykorzystania czasu wolnego ze względu na znaczenie zdrowotne, profilaktyczne dla wielu chorób i rehabilitacji. Pozytywnie wpływa na układ ruchu, krążeniowo-oddechowy, nerwowy, zapobiega wielu chorobom cywilizacyjnym (Gruszevska M., 2013).

W inny sposób na te pojęcie patrzy Monika Gruszevska (2013), która definiuje aktywność fizyczną jako najważniejszy element radzenia sobie ze stresem. Autorka przedstawia nam aktywność ruchową jako terapię na depresję, czynnik, który wpływa na naszą samoocenę oraz element, który pozwala nam się wyzbyć negatywnych emocji (Bonecki H., Barbag J., 1986). Jednak wspólną cechą w/w definicji jest stwierdzenie, że aktywność fizyczna jest nierozdzielalnym elementem zdrowego stylu życia i bardzo pozytywnie wpływa na nasz organizm, życie i sferę psychologiczną.

Człowiek może dysponować dowolnie czasem przeznaczonym na odpoczynek. Część osób preferuje wybiera bierną formę spędzania czasu wolnego: telewizor, książka gry karciane bądź planszowe, komputer, leżenie na plaży. Jednak coraz większy odsetek społeczeństwa preferuje aktywną formę rekreacji ruchowej. poprzez ćwiczenia gimnastyczne, kolarstwo, gry zespołowe, spacerów, narciarstwa, a nawet sporty walki (Szczepanowska E., Sokołowski M., 2013, 75-87).

Przykładowe popularne formy rekreacyjnej aktywności fizycznej:

Kolarstwo rekreacyjne

Ogromnym uznaniem w naszym społeczeństwie cieszy się rekreacyjna jazda na rowerze. Uważana jest za jedną z ulubionych dyscyplin sportu Polaków (Leszczyńska A., 2013, 185). Badania przeprowadzone wśród studentów dowodzą, że ponad połowa z nich, jako ogólnorozwojową dyscyplinę wskazuje jazdę na rowerze (Zarzeczna – Baran M., Wojdak – Hassa E., 2007, 55-59). Współcześnie można domniemywać, że większość ze studentów stawia właśnie na tę dyscyplinę. Z tej formy aktywności fizycznej płynie bardzo wiele korzyści, ponadto nie wymaga ona od nikogo zbyt wielkiego nakładu finansowego, a jedynie chęci i czasu. Jazda na rowerze wiąże się nie tylko z walorami turystycznymi, jakie dostrzegamy za jej pośrednictwem ale również z wszechstronnością wpływu na rozwój naszego organizmu (Zatoń K., 2014, 34-40).



Fot.1 Jazda na rowerze

<https://magazynrowerowy.pl/efektywnosc-jazdy-na-rowerze/>

Ta forma ruchu wpływa pozytywnie na stan sprawności fizycznej; kondycję psychofizyczną; opóźnia zmiany inwolucyjne; stanowi istotny element profilaktyki otyłości, cukrzycy, chorób układu krążenia; redukuje także masę ciała oraz zawartość tłuszczu (Rodziewicz J., 2007, 107-117).

Sporty walki - Brazylijskie Jiu Jitsu

Coraz popularniejszą formą spędzania aktywnie czasu wolnego jest trenowanie sztuk walki np. Brazylijskiego Jiu Jitsu. Jest to pożyteczny sposób realizowania kultury fizycznej, którą zauważamy w wychowaniu fizycznym i zdrowotnym. Cała dyscyplina polega na walce z przeciwnikiem w parterze tzw. elementami grapplingu. Sprowadza się do wykorzystywania chwytów poprzez zakładanie dźwigni na kończyny, przytrzymywanie przeciwnika, lub też duszenie, celem utrzymania nad nim kontroli i użycie techniki kończącej walkę.



Fot. 2 Walka w Jiu-Jitsu Mistrzostwa Polski 2019.

/Archiwum autorów/

Zawodnicy walczą w tej dyscyplinie według określonych zasad panujących w tym sporcie. Uczy on szacunku do przeciwnika, do tradycji, jak również do własnego ciała. Brazylijskie Jiu Jitsu daje możliwość do rozwijania się w szybkim tempie. Istnieją badania, które jasno pokazują, że aktywność fizyczna w sztukach walki daje możliwość z lepszą formą radzenia sobie ze stresem u zawodników trenujących ten sport. Trenując sztuki walki osoba podejmująca się tej aktywności fizycznej ma do czynienia z wytrenowaniem lepszej kondycji, poprawienia swojej sylwetki oraz lepszego radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Jak zauważono Brazylijskie Jiu Jitsu otwiera drzwi na różne formy życiowe (Bojkowski Ł., 2014, 32-43; Obodynski K., 2001, 46-51).

Spacerowanie

Wśród różnych rodzajów aktywności ruchowej można wyróżnić także spacerowanie. Jest to forma rekreacji fizycznej zaliczana do jednej z najprostszych czynności, które jesteśmy w stanie wykonać. Aby pójść na spacer nie potrzeba nam wiedzy jak go wykonać, odpowiedniego sprzętu oraz środków finansowych, niezbędnych dla zakupu sprzętu, czy uczestnictwa w grupach zajęciowych prowadzonych w ramach niektórych z poprzednich form aktywności. Spacerowanie powoduje wiele pozytywnych czynników wpływających na nasze dobre samopoczucie.

Badania wykazują, że spacer w istotny sposób zmniejsza poziom stresu i lęku (Gruszczyńska M. at all., 2015, 558-565) Ciekawostką jest, że spacerowanie można już traktować jako umiarkowaną aktywność fizyczną (Hildt – Ciupińska K., Bugajska J., 2011, 10-13), która z kolei jeśli jest wykonywana regularnie, zapobiega chorobom układu krążenia, sprzyja redukcji stężenia cholesterolu i stabilizacji gospodarki lipidowej, co prowadzi do zmniejszenia ryzyka rozwoju miażdżycy i obniża ciśnienie tętnicze (Gruszczyńska M. at all., 561).



Fot.3 Spacerowanie rekreacyjne

https://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/1,107103,14033831,Spacerowanie_umiarkowane_tempo_wielkie_zyski.html

Zumba

Bardzo popularna w naszym kraju zrobiła się zumba. Jest to forma aerobiku z elementami tańca (zdjęcie 4). Zumbie bardzo często towarzyszy muzyka latynoamerykańska, w aerobiku natomiast, muzyka oparta jest na 32-bitowych schematach, dzięki czemu lepiej wyliczać kroki i łatwiej je powtarzać. Zumba polega na zatańczeniu układu złożonego z 3-4 kroków. Kroki nie są wyliczane, dlatego uczestnicy sami intuicyjnie wiedzą kiedy powtórzyć małą choreografię, wczuwają się w muzykę, bawią się tańcem. Taka forma aktywności fizycznej poprawia naszą sylwetkę, koordynację ruchową, wzmacnia przede wszystkim mięśnie ud, pośladków i brzucha, poprawia sprawność fizyczną oraz pomaga w redukcji tkanki tłuszczowej. Innym pozytywnym czynnikiem takich zajęć jest poprawa samopoczucia, lepszy humor oraz spotkanie z ludźmi⁵.

⁵ <https://urodaizdrowie.pl/a-moze-tak-pocwiczyc-zumbe>



Fot.4 "Zumba" <http://art-dance.com.pl/zumba>

Pilates

W klubach fitness coraz częściej znajdujemy oferty zachęcające to uczestnictwa w zajęciach pilatesu. Jest to szereg 500 ćwiczeń na macie wymyślonych przez Niemca Josepha Pilatesa. Ta forma zawiera w sobie elementy jogi i gimnastyki. Ćwiczenia te mają na celu znalezienie harmonii między ciałem, a umysłem. Dzięki tej dyscyplinie poprawiamy postawę ciała, gibkość i sprężystość mięśni. Mimo, iż ćwiczenia wymagają od nas wysiłku fizycznego, nie spalamy wielu kalorii i ciężko jest szybko w ten sposób zredukować masę ciała. Pozwalają jednak na utrzymanie jędrnego, gibkiego ciała. Bardzo ważnym elementem jest oddychanie, dzięki któremu człowiekowi łatwiej jest się skupić, a także pozwala dotrzeć do najgłębszych mięśni brzucha. Dlatego pilates daje lepsze efekty „płaskiego brzucha” niż tak zwane „brzuski” (Szczepanowska E., Sokołowski M., 2008. 267-268).



Fot. 5 Pilates: <http://spaosowa.pl/pilates/>

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie czy i jakie formy aktywności fizycznej uprawiają studenci kierunków medycznych, oraz określenie ich stosunku do zdrowego aktywnego wypoczynku.

Cel dodatkowy - porównanie podejścia teoretycznego i praktycznego do aktywności rekreacyjnej studentów kierunków medycznych

Metodologia badań

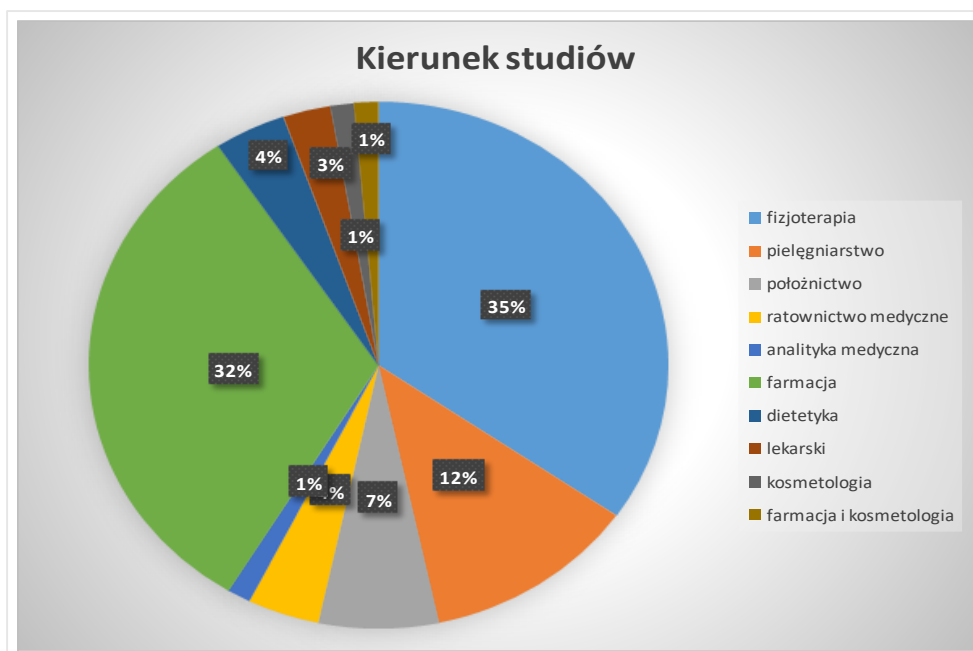
Niniejsze doniesienie oparto na wielu tematycznych badaniach przeprowadzonych dla pracy licencjackiej autorstwa Agaty Milewskiej/UKW/. W badaniach udział wzięło 25 studentów z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz 50 studentów z Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Osoby badane to studentki i studenci różnych kierunków medycznych takich jak: fizjoterapia, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, farmacja oraz lekarski. Badania zostały przeprowadzone w styczniu 2017r.

W pracy użyto ankiety, składającej się z 25 pytań z których uwzględniono 12 dotyczących wyłącznie aktywności fizycznej. Analizowano te pytania – dotyczące aktywności fizycznej. Ankiety

stworzono dla potrzeb niniejszych badań wzorując się na ogólnie dostępnych narzędziach⁶. Dane opracowano statystycznie z użyciem programu Excel 2007.

Analiza wyników badań /odpowiedzi na pytania ankiety/

** Jaki kierunek studiujesz?*



Ryc.1 Ilościowy rozkład badanej grupy studentów w zależności od studiowanego kierunku

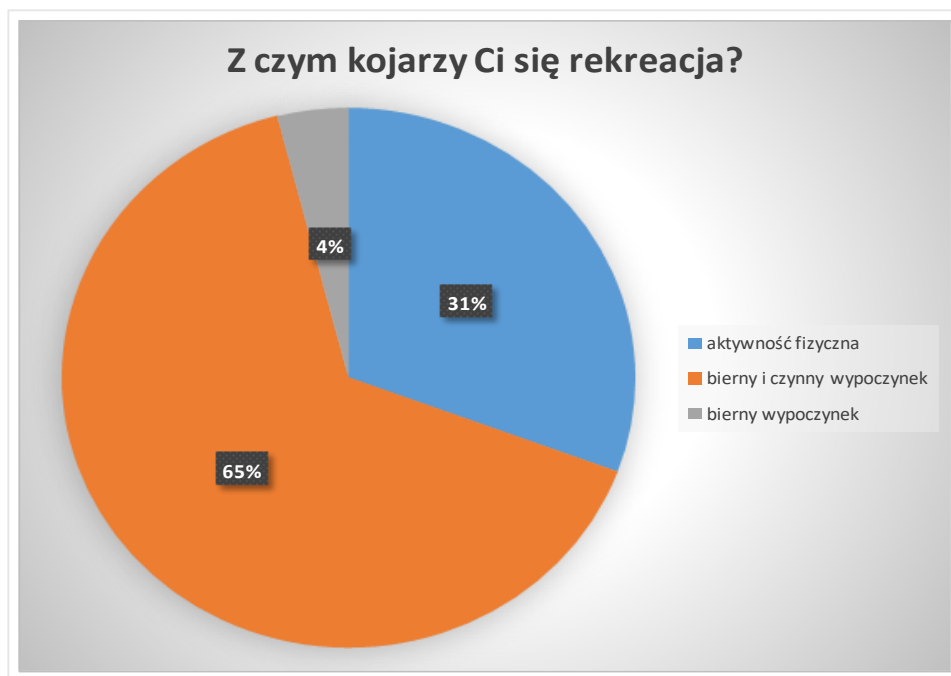
Grupa badanych jest zróżnicowana pod względem kierunków jakie studiuja, natomiast wszyscy są z uczelni medycznej, dlatego podejmują na zajęciach tematykę zdrowia, jak przywrócić pacjentów do zdrowia. Są osoby z fizjoterapii (26 osób), pielęgniarstwo (9 osób), położnictwo

⁶ <https://www.interankiety.pl/i/9ade6f8bb437b030dfd0ab6e208a9855>
<https://www.webankieta.pl/przyklady-ankiet/340049/ankieta-o-aktywnosci-fizycznej>
Ankieta Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie "Postawy wobec Kultury Fizycznej" <https://www.surveymonkey.com/r/37XYB8K>

(5 osób), ratownictwo medyczne (3 osoby), analityka medyczna (1 osoba), farmacja (24 osoby), dietetyka (3 osoby), lekarski (2 osoby), kosmetologia (1 osoba) i jedna osoba studiująca 2 kierunki, czyli kosmetologię i farmację.

Z wykresu na Ryc.1 wynika, że badana populacja obejmuje wszystkie kierunki studiów z dominacją studentów farmacji /32%/ oraz fizjoterapii /35%. Można więc uznać, że wyniki badań będą reprezentatywne dla studentów kierunków medycznych jako całości.

** Z czym kojarzy Ci się rekreacja?*



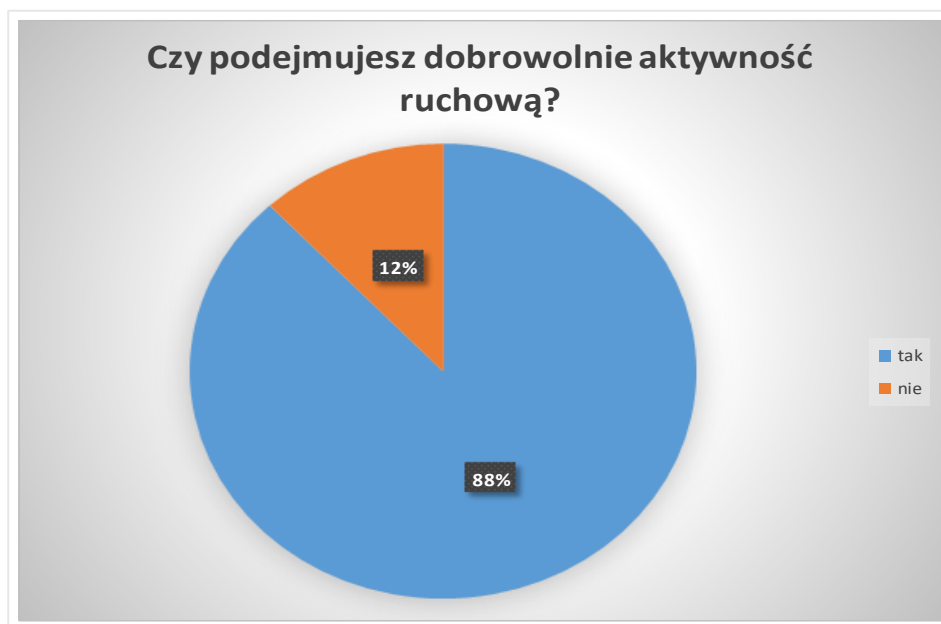
Ryc.2 Ilościowy rozkład odpowiedzi na pytanie "Z czym kojarzy Ci się rekreacja"

Pojęcie rekreacja 23 osobom kojarzy się z aktywnością fizyczną, 49 osobom z biernym i czynnym wypoczynkiem, w celu regeneracji sił, natomiast 3 osobom pojęcie to kojarzy się z biernym wypoczynkiem.

Z diagramu przedstawionego na Ryc.2 wynika, że pojecie "rekreacja" najbardziej kojarzy się z biernym/czynnym wypoczynkiem /65%/ oraz dwukrotnie mniejszą "aktywnością fizyczną" /31%/.

Dane przedstawione na diagramie na Ryc.3 wskazują, że badani podejmują dobrowolnie aktywność ruchową, /88%/, a jedynie 12% studentów nie podejmuje tej działalności.

* *Czy podejmujesz aktywność ruchową?*



Ryc. 3 Ilościowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy podejmujesz dobrowolną aktywność ruchową?”

Dane przedstawione na diagramie na Ryc.4 wskazują na trzy dominanty w podejmowaniu aktywności ruchowej przez studentów: przyjemność, satysfakcja z podejmowanego ruchu (46 osób), poprawa kondycji (43 osoby), poprawa samopoczucia (43 osoby). Pozostałe motywacje są w mniejszości: rozwijanie własnych zainteresowań (16 osób), względy zdrowotne (30 osób), względy towarzyskie (23 osoby).

Ankietowani mieli możliwość udzielenia więcej niż 1 odpowiedź.

**Jeśli podejmujesz aktywność ruchową, to co na to wpływa, że ją podejmujesz?*



Ryc.4 Ilościowy rozkład odpowiedzi na pytanie "Co wpływa na podejmowanie aktywności ruchowej"?

Najczęstszą podejmowaną formą aktywności ruchowej wśród badanych jest spacer. (zadeklarowało 38 osób – 50%). Często zaznaczaną odpowiedzią była siłownia – 28 osób (37%), jazda na rowerze – 27 osób (36%), a także fitness/zumba – 26 osób (35%). Podejmowane są także, w czasie wolnym, gry zespołowe – taką odpowiedź podało 20 osób (27%). Ankietowani, w czasie wolnym, podejmują się również pływanie – 17 osób (23%). Cztery osoby zadeklarowały, że najczęstszą podejmowaną aktywnością jest jazda konna (5%). Tyle samo osób odpowiedziało, iż wybiera łyżwy (5%).

* *Jaką formę aktywności ruchowej uprawiasz najczęściej?*



Ryc. 5 Ilościowy rozkład odpowiedzi na pytanie "Jaką formę aktywności ruchowej uprawiasz najczęściej?"

Wśród ankietowanych są także tacy, którzy w czasie wolnym grają w tenisa – 3 osoby (4%). W okresie zimowym, oprócz łyżew, podejmowaną aktywnością ruchową jest jazda na nartach – 2 osoby (3%). Wśród badanych padały również odpowiedzi takie jak: nordic walking – 1 osoba (1%), pole dance – 1 osoba (1%), joga – 1 osoba (1%), squash – 1 osoba (1%), ćwiczenia w domu – 1 osoba (1%). Ankietowani mogli udzielić więcej niż jedna odpowiedź.

Ani jedna osoba nie deklarowała sportów walki jak swojej aktywności ruchowej.

* *Ile przeciętnie czasu poświęcasz na wysiłek fizyczny?*



Ryc.6 Ilościowy rozkład czasu poświęcanego na rekreację ruchową /wysiłek fizyczny/

Na wysiłek fizyczny w ciągu dnia 29 osób odpowiedziało, że przeznacza przeciętnie godzinę czasu, 26 osób – więcej niż godzinę, 30 osób – nie więcej niż 30 minut, a 5 osób – około 15 minut. Aż 6 osób nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Z danych przedstawionych na diagramie na Ryc.6 wynika, że 85% studentów poświęca na rekreację fizyczną co najmniej 0,5 godziny.

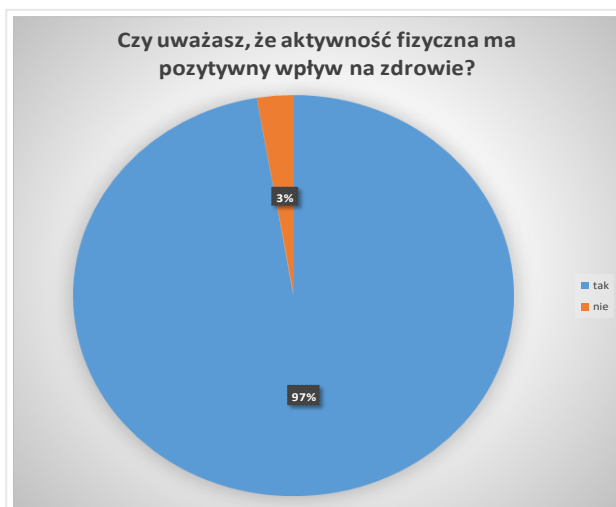
Z danych na diagramie Ryc.7 wynika, że najwięcej badanych, 52% /39 osób/ deklaruje, że podejmuje się 2-3 razy w tygodniu ćwiczeń ruchowych. Od 4 do 5 razy w tygodniu wśród badanych ćwiczy 16 osób, tylko raz w tygodniu aktywność fizyczną podejmuje 11 osób. Żadna osoba ankietowana nie odpowiedziała się, ażeby ćwiczyła 6-7 razy w tygodniu. Natomiast 9 ankietowanych, nie podejmuje w ogóle aktywności ruchowej.

* *Ile razy w tygodniu uprawiasz ćwiczenia ruchowe?*



Ryc.7 Ilościowy rozkład tygodniowej częstotliwości ćwiczeń ruchowych

* *Czy uważasz, że aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na zdrowie?*



Ryc. 8 Ilościowy rozkład oceny własnej zależności aktywności fizycznej i zdrowia

Na pytanie czy aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na zdrowie 73 osoby odpowiedziały tak. Znalazły się jednak 2 osoby, które uważają, że aktywność nie ma wpływu na zdrowie.

Dane przedstawione na diagramie Ryc. 8 wskazują, że w sposób istotny /97%/ w opinii badanych dominuje ocena o pozytywnym związku aktywności fizycznej i stanu zdrowia.

Wśród badanych 25 osób uprawia jakiś sport, 50 osób nic regularnie nie trenuje.

** Czy uprawiasz jakiś sport?*

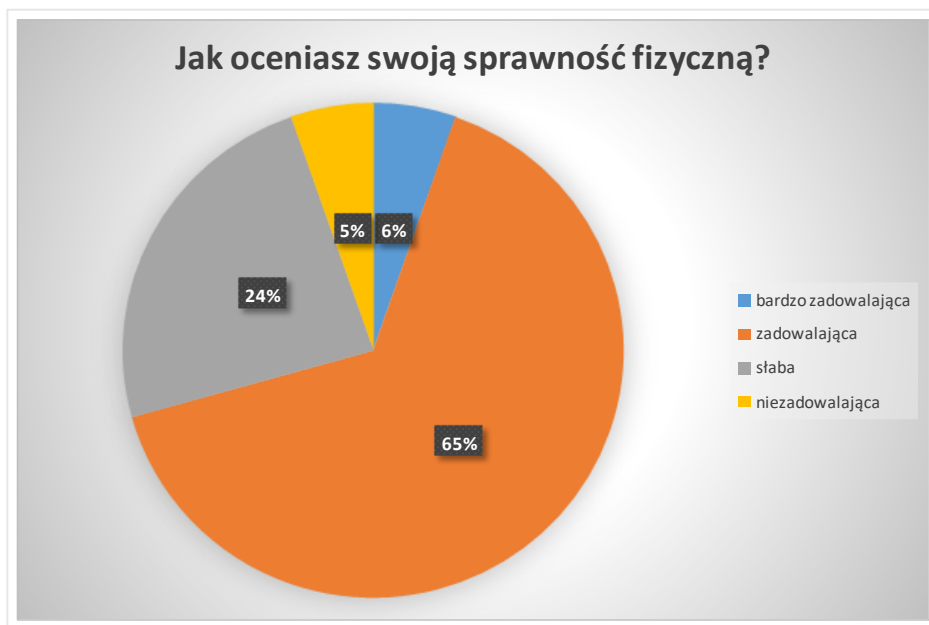


Ryc. 9. Ilościowy rozkład regularnego treningu dowolnej dyscypliny sportowej przez studentów

Dane na diagramie Ryc.9 wskazują, że większość respondentów /67%/ trenuje dowolną dyscyplinę sportową.

Dane przedstawione na diagramie Ryc10. wskazują, że respondenci, w większości, opowiedzieli się za tym, że są zadowoleni ze swojej sprawności fizycznej – 49 osób (65%). Bardzo zadowolone są 4 osoby (6%), natomiast jako słabą swoją sprawność fizyczną ocenia 18 osób (24% badanych), a za niezadowolającą – 4 osoby (5%).

* *Jak oceniasz swoją sprawność fizyczną?*



Ryc.10 Ilościowy rozkład oceny własnej sprawności fizycznej

Respondenci w skali 1-5, oceniali jak ważna jest dla nich aktywność fizyczna i zdrowy styl życia (1 – nie jest ważna, a 5 – bardzo ważna). Dwie osoby wśród badanych zaznaczyło na skali 1 (3%), pięcioro uczestników badania (7%) – numer 2 na skali, 25 osób (33%) – numer 3 na skali, 27 badanych (36%) – zaznaczyło numer 4 na skali, dla 16 osób (21%) aktywność ruchowa i zdrowy styl życia jest bardzo ważny.

Zebrane dane pogrupowano wg kryterium - wiedza teoretyczna o aktywności fizycznej oraz praktyczne zastosowanie posiadanej wiedzy. Do oceny wzięto dane zaprezentowane na kolejnych diagramach przedstawionych na Ryc. 2-11.

* *Jak ważna jest dla Ciebie aktywność fizyczna i zdrowy tryb życia*



Ryc. 11 Ilościowy rozkład wagi aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia

Tabela. 1

Wzajemna zależność wiedzy teoretycznej i aktywności praktycznej dotyczącej podejścia do rekreacji fizycznej wśród studentów kierunków medycznych

Podejście teoretyczne do aktywności fizycznej	Podejście praktyczne do aktywności fizycznej
Diagram Ryc.2 - 96%	Diagram Ryc.3 - 88%
Diagram Ryc.8 - 97%	Diagram Ryc.6 - 85%
Diagram Ryc.11 - 90%	Diagram Ryc.7 - 73%
	Diagram Ryc.9 - 67%
Wartość wspólna/iloczynowa/ : 0,838 = 83,8%	Wartość wspólna/iloczynowa/ : 0,366=36,6%

Dane przedstawione w Tab.1 wskazują, że 83,8% populacji studentów posiada spójną wiedzę teoretyczną na temat znaczenia aktywności fizycznej człowieka i jednocześnie jedynie 36,6% tejże populacji stosuje to w praktyce.

Dyskusja i wnioski

Najczęściej podejmowaną formą aktywności wśród badanych są spacery czyli rekreacja o najniższym stopniu intensywności. Jednocześnie średni czas pojedynczej aktywności fizycznej /Ryc.6/, oraz średnia częstotliwość podejmowanych ćwiczeń w tygodniu /Ryc.7/ spełniają kryteria rekreacji fizycznej (Zuzda, J., Latosiewicz, R. 2010, 111-126). Należy jednak zwrócić uwagę, że rekreacja fizyczna prowadzona w zbliżony sposób jednak za pomocą sportów walki przynosi wyraźne i istotne zmiany kondycji fizycznej (Przybylski, G. at all., 2010, 61-70). W badaniach L. Sochackiej i A. Wojtyko (2013), których tematem była „Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych” najczęściej wybieraną formą aktywności ruchowej był jazda na rowerze.

Można także zauważyć różnicę w motywacji podejmowania wysiłku. Aktualnie, w większości przypadków padała odpowiedź, że takim motywem jest przyjemność, satysfakcja z ruchu. Badania Sochackiej i Wojtyko (2013) pokazują, że studencki kierują się swoimi upodobaniami, chęcią rozwijaniem pasji (Sochocka, L., Wojtyłko, A., 2013, 53-58). Wyniki badań dotyczące ilości czasu poświęcanego na rekreację wskazują /Ryc.7/ że 12% ankietowanych w ogóle nie podejmuje aktywności fizycznej, natomiast 52% osób podejmuje się lekkiego/krótkotrwałego wysiłku 2-3 razy w tygodniu. Wcześniejsze badania prowadzone wśród studentów uczelni medycznych przez Sochacką i Wojtyka (2013) przynoszą jednak inne pozytywniejsze wyniki (Sochocka, L., Wojtyłko, A., 2013, 53-58). Interesujące jest jednak stwierdzenie dużej części badanej grupy deklarującej, bardzo zadowolającą lub zadowolającą sprawność fizyczną - 89% badanych /Ryc. 10/ co jest jednak zgodnie z badaniami

prowadzonymi w ich środowisku (Kochanowicz, B., 2007, 53-62; Cieśla, E., 2009, 21-28; Leszczyńska, A., 2013, 179-189). Dane zaprezentowane w Tab.1. wskazują na wysoką znajomość znaczenia aktywności fizycznej /89,8%/ - podobna jak w badaniach światowych, połączona jednak z małym zainteresowaniem wprowadzenia jej w życie na własnym przykładzie /36,6%/.

Hipoteza postawiona we wstępie pracy nie została więc potwierdzona.

Wnioski:

1. Doradztwo i diagnostyka przyszłych pracowników medycznych z zakresu aktywności fizycznej zdaje się posiadać dobre podstawy teoretyczne nabyte w trakcie studiów.

2. Wiedza medyczna dotycząca aktywności fizycznej jak dotąd nie znajduje wysokiego odzwierciedlenia we własnej aktywności fizycznej studentów kierunków medycznych co może skutkować brakiem własnego przykładu dla przyszłych pacjentów.

1.8. Reżim rekreacyjny owocowo-herbaciany, kolejny okres odżywiania i aktywności fizycznej jako bardzo istotne aspekty rekreacji organizmu człowieka

1.8. Fruit-and-tea recreative regimen, post nutrition period and motor (physical) activities as highly significant aspects of human organism recreation

Аннотация. Настоящее исследование фокусируется на рекреации в целом и дает более конкретный взгляд на физиологический и двигательный аспекты.

Проведенный эксперимент – “Рекреационная анкета” - с участием иностранных студентов (19-25 лет), изучающих медицину в Медицинском университете, София, Болгария, выявляет наиболее

значимый и наименее важный рекреационный аспект для них; осведомленность о фруктово-чайном режиме и его потенциальных преимуществах для процесса восстановления; симптомы переутомления и необходимости рекреации и их предпочтения в отношении двигательной активности.

Фруктово-чайный рекреационный режим и последующий период питания подробно рассматриваются как часть физиологического восстановления. Схемы определяются - по дням и часам - для режима и периода питания. Добавлен метод приготовления некоторых блюд, включенных в основном в период питания. Акцент также делается на здоровом питании, дополняя и продлевая эффект всего рекреационного процесса приема пищи.

Особое внимание уделяется физическому аспекту рекреации в качестве основы для баланса процессов в организме и сохранения здоровья.

В конечном итоге, результаты настоящего исследования значительно повышают ценность рекреации с точки зрения здорового питания, двигательной активности и ответственности человека и подчеркивают синергический эффект этих факторов.

Life is the most precious gift being given to us, people. It offers numerous challenges, provides possibilities, enjoyment, relish, recreation.

However, being so dynamic, strenuous and stressful, it brings one frequently ‘to the edge’ of misbalance. One becomes weak and tired. Exhaustion prevails and one becomes dejected and suppressed. One becomes drained and worn out...ending in burning out...



One needs to be recharged, undoubtedly. One needs to recreate his life balance and come back at the very beginning, start experiencing the pleasure of what he has been doing for so many years. Occasionally one needs to alter something small in him or perhaps turn into a completely new individual, starting his life afresh.

There is a remedy which can “treat” such clinical condition of “burning out”. It is named “recreation” – a whole process which accounts for favourable alterations supporting one and giving him vigour, sense and willingness to carry on. Recreative process of human organism comprises several main aspects since as a rule it goes on different levels: physiological aspect, motor (physical) aspect, psychological aspect, sociological aspect and aesthetic aspect. Their best combination ensures rapid and timely recovery of the body from the state of fatigue, exhaustion and depression - condition familiar to anyone nowadays.

Guided by the idea of discussing “recreation” aspects we conducted an experiment among 10 students, aged 19 – 25, from different countries

(Bulgaria, Germany, England, Japan, Italy and Greece), studying medicine at Medical University, Sofia, Bulgaria. Within fifteen minutes they should have given an answer to the following questions:

“Recreation” Questionnaire

1. Rate the aspects of “recreation” in order of significance, starting from most important to least important ones: physiological aspect, motor (physical) aspect, psychological aspect, sociological aspect, aesthetic aspect.
2. Have you ever heard of fruit-and-tea recreational regimen?
3. Can you presume what fruit-and-tea recreational regimen is like and what possible benefits it may have for human organism?
4. How do you realize you are in need of recreation? What are your symptoms of “burning out”?
5. Discuss your preferences for physical recreation (in terms of sports). Choose the category and name the sports activity each time.
 - A. - active (jogging, volleyball, horse riding, tennis, etc.)
 - passive (chess, fishing, etc.)
 - B. - outside (ski, snowboarding, tourism, etc.)
 - inside (skating, fitness, etc.)
 - C. - team sports (basketball, football, etc.)
 - individual sports (marathon, golf, shooting, etc.)

The participants’ truthfulness and willingness proves the traceability, relevance and logic of the outcomes. Furthermore, the results were processed and reported as follows.

Rating the set of “recreation” aspects pointed out that 6 students (out of 10) gave highest priority to psychological recreation aspect. Others (4 students) ranked physiological aspect as one of highest notability. Second position was occupied by motor (physical) aspect as 5 participants put a value on it. Others defined physiological (3 students) and psychological (2 students) aspects. The third position in importance proved to be controversial - divided between sociological aspect (3 participants)

and physiological aspect (3 participants, as well). The rest supported motor (physical) (2 students) and psychological (2 students) recreation aspects. Six students (out of 10) placed the sociological aspect in fourth position. Others chose motor (physical) (2 students) and aesthetic (2 students, as well) aspects.

The lowest significant recreation aspect turned out to be aesthetic aspect. The result was evident- 8 students (out of 10). The other 2 participants specified motor (physical) (1 student) and sociological (1 student) aspects as the least important ones.

Reported outcomes of rating the aspects of “recreation” are statistically significant and presented in Figures 1-5 below.

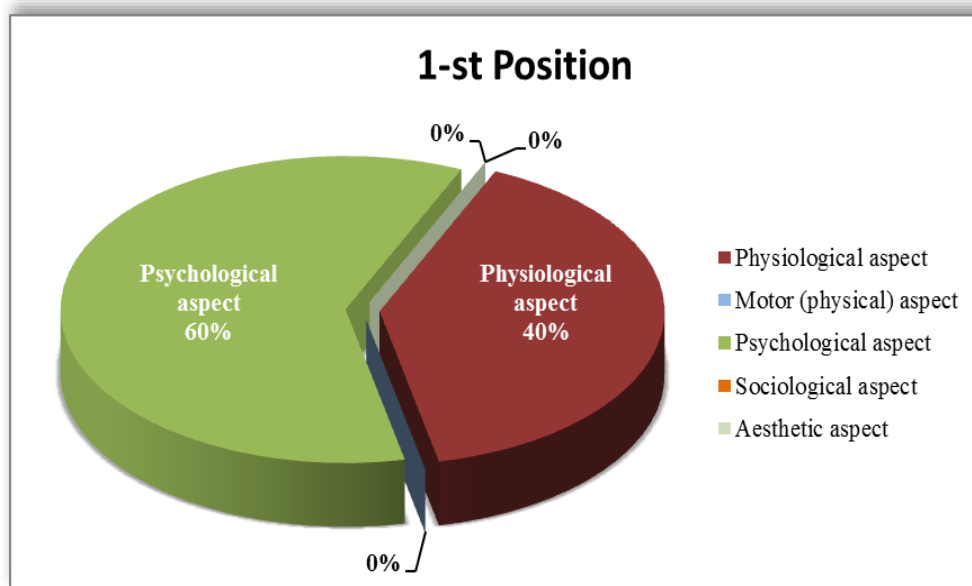


Fig.1

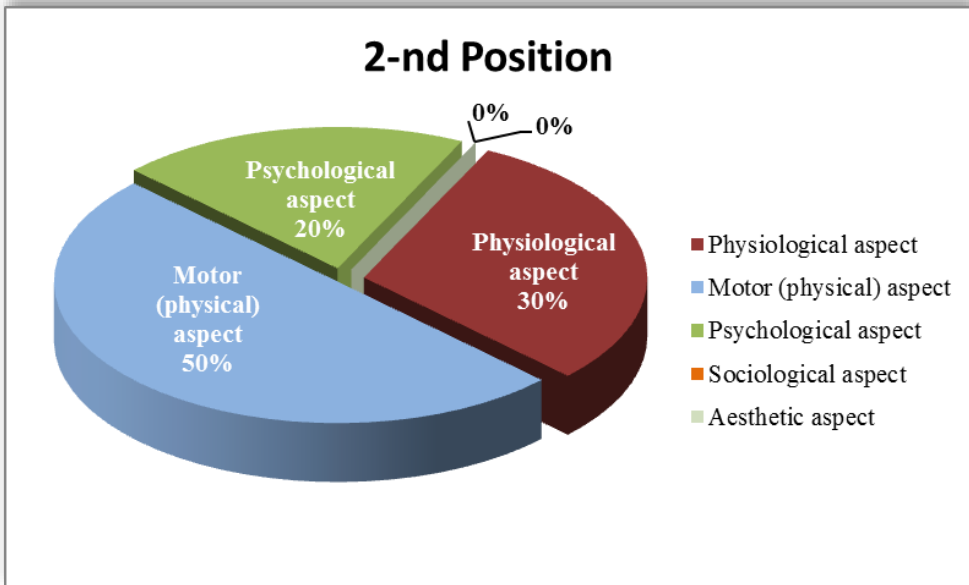


Fig.2

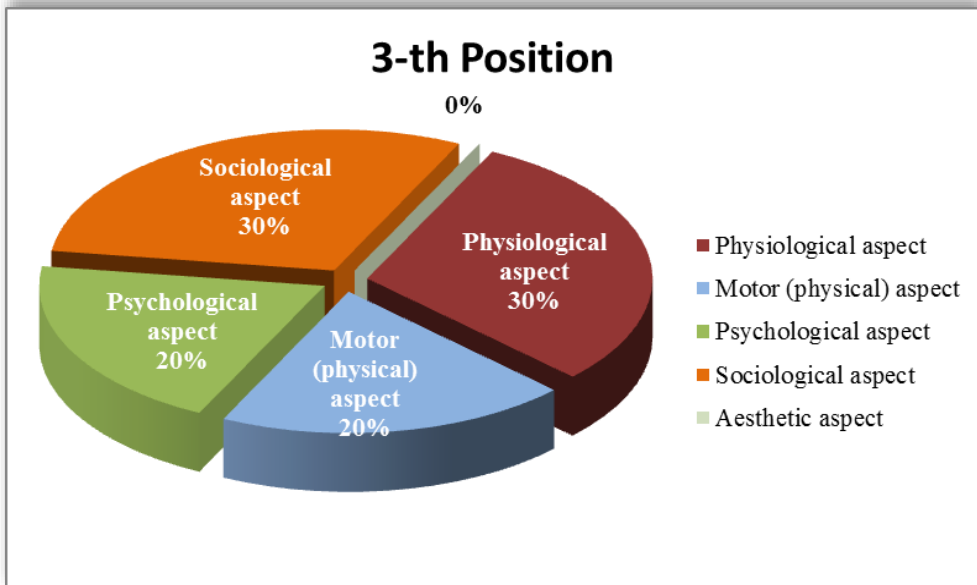


Fig.3

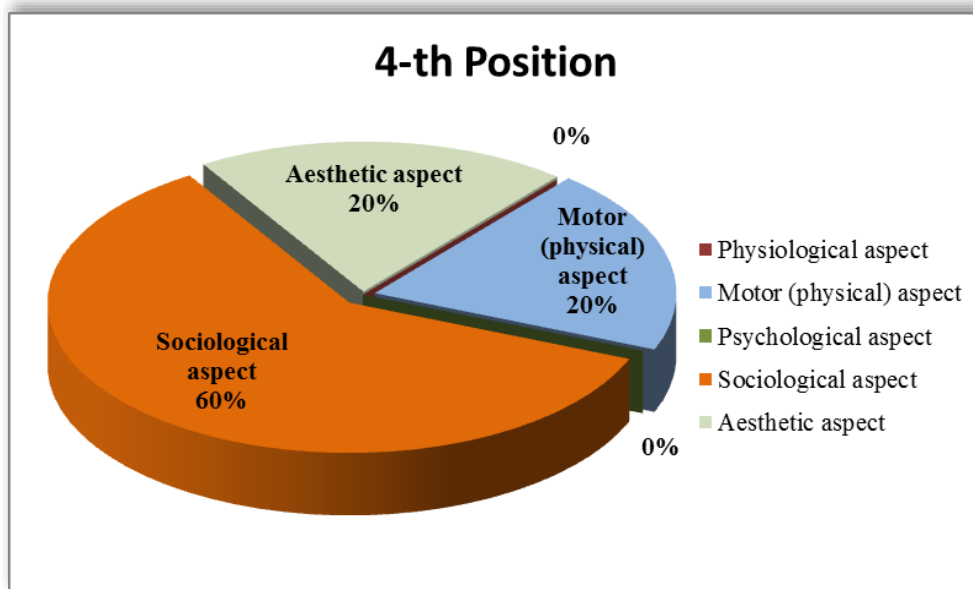


Fig.4

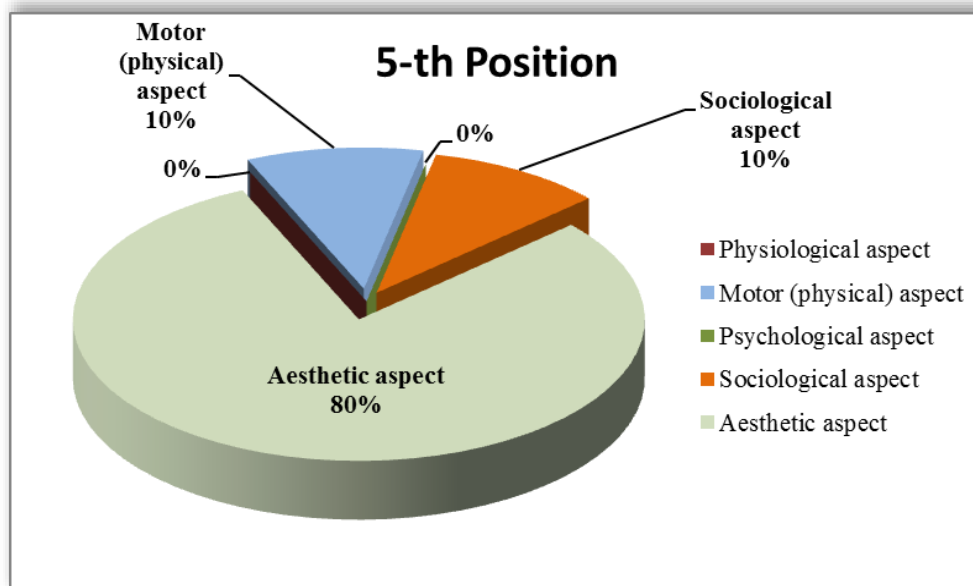


Fig.5

The answer to the second question of “Recreation” questionnaire was negative. Only one person gave a positive answer but his answer to question 3 showed he was ill-informed. Thus, the conclusion is: nobody has ever heard of fruit-and-tea recreational regimen.

The third issue was related to the students’ assumptions about the essence of the regimen and its benefits for human organism. The answers obtained are as follows: “I can expect such a regimen to have recreational impact over human organism”, “Maybe, it is a form of work/life balance”, “Perhaps, it is something like a diet which has a positive effect on your health”, “Nutrition restriction – only fruit and tea consumption, concentrating on yourself with possible benefits: weight loss, inner peace, less stress, detoxification”, “A way of living in a healthy and recreational manner”, “Benefits: some fruits include a lot of nutrients such as vitamins, so they ease stress and tiredness and facilitate recreational process”, “Some kind of detoxification?”, “I have no idea”, etc.

The fourth question how you realize that you need recreation and what are the symptoms of such a state received interesting answers, as well. Most participants in the experiment put an accent on the following symptoms: “mood change”, “restlessness”, “getting sick easily”, “tiredness”, “fatigue”, “permanent exhaustion”, “no need for social contacts”, “less concentration”, “no motivation”, “getting a lot of migraine”, “insomnia or willing to sleep a lot”, “much hunger”, such symptoms “appear after studying hard and making strenuous physical efforts”, etc.

The fifth issue concerning students’ preferences for physical recreation (in terms of sports) and making them choose the category and sports activity each time proved to be intriguing, as well. Generally, the participants gave priority to active, outside and both team and individual categories - horse riding, jogging, ski, volleyball, football, tennis, tourism, fitness (cardio sessions), karate, climbing (without being secured, up to 4 m!), etc. There were some preferences like: board games (chess), dog

walking, yoga, even fishing! The results for team and individual categories were equivalent. Reviewing the responses of the participants, it became clear that physical recreation is of utmost importance for the recreation of the whole organism.

Reported outcomes of the 5-th question are statistically significant and shown in Figure 6 below.

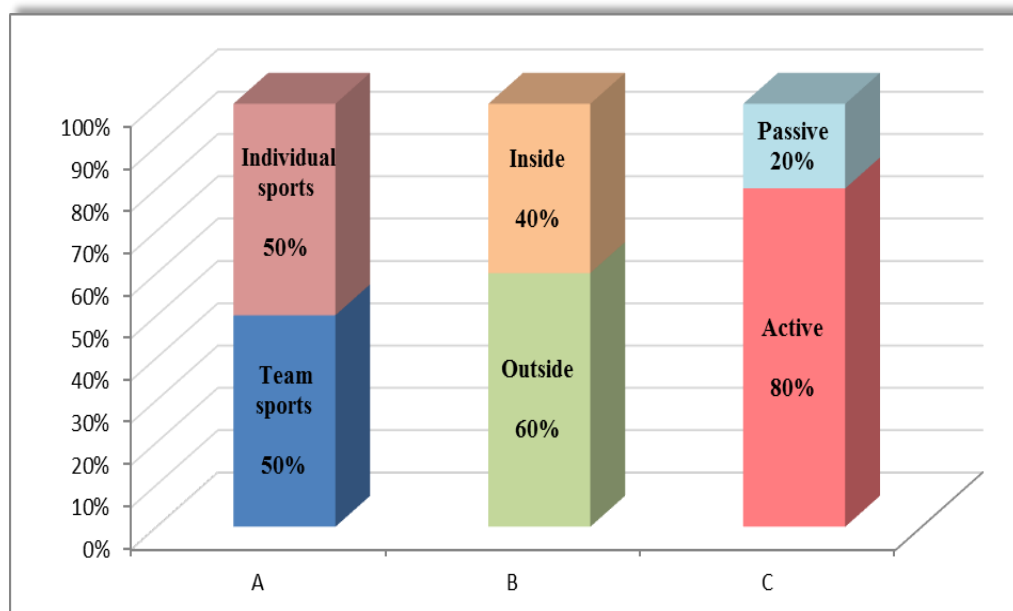


Fig.6

The Figures 1-6 visualize the conducted experiment and give us good reason to focus on the fruit-and-tea regimen as least familiar but highly significant aspect of human organism recreation. Being an anti-depression and anti-stress programme, this regimen supports every aspect of recreation, at all levels - physiological, motor (physical), psychological, sociological and aesthetic. It leads to complete recreation and balance in the system: body, emotions, mind and spirit. Consequently, getting more knowledge about the fruit-and-tea recreative regimen is a must these days.

Basic rules for fruit-and-tea recreative regimen

During the fruit-and-tea regimen, herbal tea needs to be drunk daily, four times a day, sweetened with natural honey - one teaspoon each time. The other significant aspect is to consume a strictly defined quantity of raw seasonal fruit – from 800 up to 1000 grams every day. Each time we drink tea, we can drink one, two or more cups as needed by the body, but honey is no more than four teaspoons per day. Patients with diabetes do not take honey unless having been instructed to do so by the specialist!

In terms of herbs, different types - such as: oregano, St. John's wort, yarrow, linden blossom, thyme, lemon balm, mint, horsetail, rose hip and others can be used. Mainly herbs which prevent human organism from various and common inflammatory processes, boost immune system, lessen stress and insomnia, relax consciousness and provide sober thinking. English, Chinese, Ceylon and teas of such kind are not appropriate as they contain caffeine. Do not drink nettle tea, calendula and other stomach irritating herbs during fruit-and tea regimen. Being beneficial, as a whole, they had better be used during post fruit-and-tea period. The herbal tea is prepared with only one herb as infusion, without mixing herbs into a tea. Allow one cup of water to boil, remove from the hot-plate and add just a pinch of herb. Not more than this! Cover with a plate and as soon as the tea becomes warm, not hot, filter it and add a teaspoon of natural honey to it. It is drunk slowly, in small sips.

Two hours later, 1/3 of the fruit should be consumed, after two-hour period the tea is drunk and the fruit-and-tea recreative regimen has begun. The only rule is to alternate fruit portion and tea cup every two hours, starting from 8 a.m. and finishing at 8 p.m. We can start drinking tea sooner or later within 15 minutes as it is convenient. If our job responsibilities do not allow us to keep this two-hour break, we may drink tea or eat fruit a little earlier or later, but we must not drink tea and eat fruit at the same time. The amount of herb per tea cup is a pinch. The only exception is the tea of yarrow, which is prepared with even less herb because otherwise it

becomes bitter and unpleasant to drink. People who do not like herbal tea could replace it by mineral or boiled water, as they prefer, adding a little honey and lemon juice.

The total quantity of fruit per day is 800 grams, if there are no pits or peels - apples, kiwis, strawberries, raspberries and others. However, if you are about to consume cherries, apricots, peaches, bananas, oranges – the recommended amount is one kilogram. Various types of fruit may be added in a single day but not in the same meal; the total amount of fruit ingesting and then digesting into the stomach for the whole day should not be less than 500 or more than 800 grams. But there is one exception – the daily intake of fruit depends on person's weight and in case of under average weight the quantity necessitates to be increased 1000 – 1500 grams per day.

During the first two days of the recreational regimen person can take as much as he wants fruit without limitation. This makes it easier to get into the fruit-and-tea recreational process. Fruits are reckoned to be seasonal, fresh and ripe, containing most vitamins, enzymes and micronutrients. Besides, there is one more requirement – fruit, the person is about to consume, ought to be local, grown in the region he lives. The reason for this is that he has already adjusted to the intake of such fruit and complete absorption of all beneficial substances. Another very important requirement is that the fruit need to be masticated continuously until they become a liquid squash in the mouth and swallowed with plenty of saliva. This helps maximize the absorption of all valuable ingredients of the fruit, facilitates the food processing in the stomach and maintains intestine peristalsis.

In addition to herbal tea, honey and raw fruits, nothing is permitted to be consumed except water, but only in case the patient is thirsty. Water can be mineral, distilled, boiled, tap – it is a matter of choice. Large quantities of water should not be drunk - 1.5-2 litres - since it loads the kidneys and does not clean them well, as some researchers suggest. Follow the universal rule – 30 ml water per 1 kg body weight - this consumption

will provide sufficient amount of oxygen for the cells and enough hydration of human organism. Do not drink carbonated water, natural juice, because they contain preservatives, coffee, alcohol, sweeteners or refined sugar. Definitely, consumption of vegetables, milk, bread or other food products during the fruit-and-tea recreative regimen is not allowed!

In order to determine exactly what herbal teas a particular person needs to drink and what fruits to consume during fruit-and-tea regimen, post fruit-and-tea period and successive healthy nutrition, it is obligatory to review all his medical records, including recent research, and, of course, to have a detailed conversation with him.

Normal reactions in the process of fruit-and tea recreative regimen:

1. Hunger sensation – Available only in the first two days. Then, as we have already mentioned, more than one kilogram of fruit per day could be taken. It is advisable to go for a walk in the afternoon or evening; go to the movies, opera, gallery; meet friends or simply being involved in any kind of social activity in order to avoid the presence of the dinner “ritual”.

2. Satiety sensation – The patient has it after the third day, because the body begins to supply itself with energy from the breakdown of its own fats and pathological substances. Despite the feeling of satiety, it is mandatory to continue the intake of four herbal teas and 800 gr of raw fruit, as this supports body detoxification and the patient feels less time uncomfortable.

3. Headache - It is normal to occur on the first and second days. This is related to the accumulation of many toxic substances in the blood at the onset of the process of cleansing the body. If the sensation is too strong, half to one pill of analgin but not aspirin could be taken (not to irritate the stomach). In case of more bearable headache, it is desirable not to take any medication.

4. Tongue - A white layer/coating is visible on the tongue. The more toxic substances the body releases during fruit-and-tea regimen, the thicker the white layer is.

5. Unpleasant breath – It appears for a short period of time.

6. Skin rash - It is normal during the fruit-and-tea recreative regimen and sometimes it may even occur in the post fruit-and-tea period when the skin has a skin or mucous membrane rash, often accompanied by itching. It is an expression of the release of a large amount of toxic substances through organs, nor working properly, and usually lasts for a few days. It affects mostly patients who have been on high doses of medication for many years. In case of severe itching, the patient can help by smearing with menthol or other alcohol.

7. Lightness sensation - After the third day there is a feeling of lightness, well-being, a surge of much vitality. The patient sleeps very well, falls asleep for a short time and awakens in the morning easily and full of energy.

8. Physical Exertion - Conventional domestic and household chores can be carried out during the recreational regimen without problems, but in no case overwork or overdo the physical exertion. If the person still has to work hard, he should certainly increase the amount of fruit to 1.5 - 2 kilograms that day.

9. Sensation of cold - It is normal during the fruit-and-tea recreative regimen and the post fruit-and-tea period for the person to be colder than usual, especially if he has chosen cold and wet months of the year to recreate. In this case it is advisable to get dressed better, to keep him warm and to provide more heat in the room.

10. Low blood pressure values - It is usual for patient's blood pressure to drop significantly during the recreative regimen - mainly because he does not consume foods containing salt. Therefore, he should not worry if dizziness occurs when he stands upright or has had to be standing upright for a long time. It is reasonable to measure the blood pressure in this case and if it is lower than 110 / 70 mmHg, it is advisable to take more liquids on this day - tea or water. Patients with hypertension (HTN) may have such symptoms at blood pressure, which is normal for a

healthy individual - 120 / 80 or 110 / 70 mmHg - similar values are low for them. In such a case, besides taking more liquids, the patients should reduce the dose of medications if they take any.

What else can be done to prevent unpleasant incidents related to low blood pressure?

- If you bend down – this could pose a risk of dizziness or even collapse. Consequently, you should not stand up abruptly, but slowly and gradually.

- Whenever you lie down, you should firstly sit for a couple of minutes and then straighten up. Dizziness occurs on standing up from prolonged lying or sitting position.

- If you get dizzy while moving or being in a prolonged upright body position, you should immediately squat, sit down and lie down as soon as possible. You will quickly get out of this state if your head is low positioned but your legs are slightly higher. In this situation the brain blood supply is at its best and there is no risk of syncope or collapse.

The most important thing here for the patient is to become aware of the fact that all these symptoms are temporary and will soon subside and pass. Continuing the fruit-and-tea regimen, which not only cures both low and high blood pressure, one comes to complete recreation of his body.

Having a regular walk in the open air and natural surroundings promotes to achieve faster detoxification of the body and therefore its recreation. Running, gymnastics, aerobics, sauna, bathing in the sea, sunbathing in the morning and late afternoon - all these motor activities further this process, as well. Due to the release of the toxins through the skin and intestines, it is compulsory for the patient to have a shower daily - in the morning and evening in the summer and in the evening during the winter. Excreting faeces at least once daily is also of great importance.

Good colon cleansing before and during the recreational regimen is essential. Most often, it contains large quantities of decay waste, causing most diseases of a civilized man.

Evidence of this is found in patients that have been undergone up to 40-day starvation with distilled water. Since they make enemas every day, much to their surprise, waste is removed from the large intestine with the water of the enemas by the 20th and, in some clinical cases, by the 30th day of starvation. Therefore, one should not expect that eating fruit and drinking tea for a few days will lead to perfect cleansing the colon. A special care of this organ is required. Hence, before starting the fruit-and-tea regimen, it is necessary to take herbs or herbal teas with a laxative effect to increase bowel movements. This is especially necessary in patients with long-standing constipation and those with migraine, because if they do not clear the large intestine well in advance, they will have a severe migraine attack in the first days of the recreative regimen.

Taking laxatives is not desirable!

If good colon cleansing is not maintained regularly, self-poisoning of the body is obtained, despite the low food intake. It is normal to excrete a lot of faeces daily, especially in the first five days. If this does not happen, the bowel peristalsis needs to be assisted by herbs and herbal teas.

1. Buckthorn (Rhumnus)

2. Senna plant

Such teas are prepared as two teacups of water are boiled for 10 minutes with one teaspoon of herb. It is drunk in the early morning before the first tea or late evening before bedtime.

3. Capsules “Laxena”

They contain Buckthorn and Senna plant. Drink 2 capsules early in the morning or late evening in the first two or three days, then intake is reduced to 1 capsule daily. In case there are still problems with defecation - these herbs do not help or assist for a few days, then stop - more serious measures need to be taken.

4. Castor oil

One or two tablespoons in the morning should be taken - 30 minutes to one hour before the first tea. This oil is not absorbed in the intestine, so

it can be used during the fruit-and tea recreative regimen. If all these remedies do not work, then an enema should be made but only in a very extreme case, since the enema flushes out intestine microflora. Laxatives are never taken during the regimen.

Normally for patients to feel some pain in the area of affected or diseased organs (if any) during the fruit-and-tea recreative regimen – it is an expression of the cleansing of pathological accumulations and should not disturb the patient.

Although the person is not in hospital but working in the office and home, he is recreating and being treated simultaneously, following this recreational procedure. He cures all the ailments he has accumulated over the years - those he knows and those he does not even suspect of. The regimen treats them in the best possible way. Therefore, although during the recreational procedure one will feel a great surge of energy, no strenuous physical activity should be performed right now. The most sensible course in this case is to provide at least two hours of rest in the afternoon or, if possible, go to bed earlier in the evening. Then the effect of the regimen will be truly recreative.

Specific for women:

During the fruit-and-tea regimen or post recreational period, a genital discharge, different than the usual one may appear. It could be denser, yellowish-brownish, with an unpleasant odour. The discharge is an expression of the genitals cleansing of inflammation and adhesions – hence, its appearance should not disturb the patient. Usually during this period, the menstrual cycle can delay or miss a month and the discharge can be scarcer or more plentiful.

Special recommendation:

Not to inform many people about the way a person is recreating is advisable in order to achieve the complete effect of the fruit-and-tea regimen. It is good to share the impressions of everything, one has experienced during the regimen, with friends and colleagues, but only after

its completion. Otherwise, unfortunately, one is likely to encounter the ignorance of many people, and this will inevitably recharge him with negative energy. He is weighed down by external and internal negativity and therefore, his personal energy starts suffering, which consequently delays the whole process of recreation.

If one takes this recommendation seriously, he will have two difficult and 14 or more happy days of recreational regimen, during which he will return to his youth, improve his self-esteem, sleep better, feel and look better, younger and recreated. Perhaps, ready to start his life afresh.

Fruit-and-tea recreative regimen (Summary and Example scheme):

I. Period - from 1-st to 10-th day

1. During the fruit-and-tea regimen, the following should be taken daily:

- Herbal tea, prepared by infusion with a pinch of herb
- One teaspoon of natural honey in each tea
- One kilogram of raw fruit (if peeled or pitted) or 800 gr (without peels or pits)

2. Water should be drunk in case of thirst sensation. The quantity is as much as one needs.

3. Example scheme intake of herbal tea and fruit:

Hour	Food
8 a.m.	herbal tea (linden blossom)
10 a.m.	fruit
12 noon	herbal tea (yarrow)
2 p.m.	fruit
4 p.m.	herbal tea (yarrow)
6 p.m.	fruit
8 p.m.	herbal tea (lemon balm)

4. Drinking tea and eating fruit can be started earlier or later (within 15 min.) as it is convenient. Alternate tea and fruit every two hours and in no case consume them simultaneously.

II. Period - from 11-th to 20-th day

The example hour scheme of tea and fruit intake stays the same but with two exceptions:

Hour	Food
8 a.m.	herbal tea (linden blossom)
10 a.m.	fruit
12 noon	herbal tea (yarrow)
2 p.m.	fruit
4 p.m.	herbal tea (yarrow)
6 p.m.	2 - 3 tomatoes
7 p.m.	1 cup of vegetable broth
8 p.m.	herbal tea (lemon balm)

The described scheme for fruit-and-tea recreative regimen is exemplary and strictly individual depending on the patient's physical, psychological and health status! It must be applied under medical supervision!

Preparation of vegetable broth

It is taken from the 11th to the 20th day of the fruit-and-tea regimen. Two or three diced, medium-sized potatoes and carrots are put into the two cups of cold water without salt and fat. When they are cooked, raw parsley, celery or dill is added. Strain and drink only the broth - one cup at 7 p.m. Lemon juice can be added, if desirable.

In case of influenza and common cold during the fruit-and tea recreative regimen

In case of influenza or cold, apply the following recipe: one cup of currently squeezed lemon juice and three to four tablespoons of natural

honey are stirred in a water bath until the honey has melted. The ready liquid is removed from the hot-plate before boiling and then drunk in small sips within one - two hours.

Good colon cleansing needs to be maintained. Healthy intestines mean a healthy and recreated organism.

Duration of the fruit-and-tea recreative regimen - 20 days.

***Basic rules for post fruit-and-tea recreative regimen
(post nutrition period)***

The fruit-and-tea recreative regimen is followed by a post fruit-and-tea period, which is extremely important and much more difficult. These are the days in which new foods are gradually added to fruit, tea and honey until the healthy eating period is accepted and starts. Once the regimen finishes, a very strong taste appears, the appetite grows, especially after it is first done. This requires a will to self-control the amount of food consumed. If large amounts of food are suddenly consumed in the post recreational period, the disease symptoms may be more severely manifested.

It is recommended that the days of the post fruit-and-tea recreative regimen be twice as less the days of the initial fruit-and-tea regimen, but not more than 10 - 12. The most important condition is to maintain or slightly reduce weight from the end of the fruit-tea regimen, namely, the patient's weight on the first day of the post recreational period is expected to be equal to or with a very small reduction on the last day of the same period. Only under these circumstances does the process of cleansing the organism of the toxins continue throughout the whole post period.

After the fruit-and-tea recreative regimen, the organs of the digestive system perform better, with greater efficiency. For this reason, the energy and building materials previously supplied by the body with large portions of food are now supplied with small ones. Food digestion in the stomach and duodenum, absorption of nutrients into the small intestine and absorption by the cells becomes much better. Therefore, the time of taking

large portions of food has remained far behind and now the time of small and reasonable portions of food has come.

The basic principle of post fruit-and-tea nutrition is to consume every day what was consumed the previous day in slightly increased portions, adding a new kind of food. Such food, in the first day, is in a very small amount and being well tolerated by the body, the next day its amount can be increased. Thus, by the end of the post period, almost all foods related to environmentally friendly nutrition are gradually included.

Thus, during the post recreational period, the patient always drinks tea or mineral water in the morning with a few lemon drops, and then ingests only fruit until lunchtime. There are always raw and seasonal vegetables on the menu for lunch and dinner, but no vegetables grown in greenhouses and saturated with chemicals are ever consumed. For instance, in winter, tomatoes and cucumbers are not consumed, but the intake of turnips, carrots, cabbage, cauliflower, kohlrabi, red beet and Jerusalem artichoke should be increased. In the spring, it is better to ingest salads, lettuce and other green leafy vegetables. At the onset of summer, the inclusion of cucumbers begins - they would rather be from the garden than from the greenhouses. Later, the daily intake of garden tomatoes, peppers, bell peppers, etc., starts, as well. Onions, leek and garlic are vegetables that contain a lot of natural antibiotics and strengthen the organism by enhancing its defense. Therefore, they are required to be a part of the meal every day. However, this in no case should be done during the post fruit-and-tea recreational period because they contain burning substances that just after the regimen can cause heaviness, burning sensation and acids in the stomach area. Consequently, these vegetables are included in the menu only after the post nutrition period during healthy eating.

What amount of vegetables is needed to consume during the post nutrition period? One always should start with a small amount on the first day of lunch - for example, either a medium-sized tomato or a small gherkin/carrot and then the evening portion is doubled, the next day is

tripled, etc. Gradually, other raw vegetables are included, but the rule of graduality is maintained - the first time they are in small quantities, increasing by gradual stages. It is vital to know that the ingestion of these raw vegetables throughout the entire period is salt-free, oil-free and vinegar-free! Only lemon juice can be added if desired. From the second day of the post fruit-and-tea regimen one potato, prepared by steaming, is added to the raw vegetables at lunch and in the evening - two steamed potatoes. On the third day, at lunchtime a slice of toast is consumed - rye, graham, spelt or whole-grain with raw vegetables and at dinnertime - 3 steamed potatoes. Hence, every day the amount of raw vegetables and vegetable dishes consumed at lunch and dinner increases. If one experiences a strong feeling of hunger, which is normal during the post recreational period, he can increase the amount of raw vegetables - for example, instead of eating two carrots - five, six or more can be taken, but in no case one should consume instead of two potatoes - five or six.

The biggest enemy of the post fruit-and-tea recreational regimen is salt! Therefore, no salt is added to the raw vegetables at lunch or dinner during the entire post nutrition period. In vegetable meals at lunch and dinner, salt is included only in the second half of the post period, starting with a pinch of salt, then two pinches and keeping the rule of graduality - simply, adding very small amounts of salt to the patient's menu. It is best to eat salt-free at all, but if one cannot do this, he should be very careful about its gradual inclusion in the menu. In case of salt overconsuming, the next morning the patient can wake up with swelling around the eyes and even on the ankles.

After the fruit-and-tea recreative regimen, the patient's organism is allowed to show when he has taken more food or more salt than needed. One only needs to be self-monitored - if he or she observes oedematous eyes or ankles during the post period, this indicates excessive food intake the previous day, or more salt has been placed in the food than the body needed. Consequently, this day the patient should switch to fruit, tea and

natural honey, following the basic regimen; then the next day consume the food he had taken the previous day, but in reduced portions.

As this has already been paid attention to, in our previous research “Hygiene of nutrition as a first-rate value of healthy way of life”, reducing the amount of salt one takes daily gradually “till its total exclusion” is a “must”. A reasonable explanation has been provided for this – as a whole, salt appears to be “the cause of vascular sclerosis, high blood pressure (hypertension), stroke, myocardial infarction, renal failure, leading to hemodialysis (artificial kidney)”. Additionally, “fruit, vegetables, nuts contain an appropriate amount of salts for the body and the addition of NaCL (sodium chloride) is unnecessary” [Taneva, 2019].

During the post fruit-and-tea recreative regimen all animal foods should not be consumed - milk and yogurt, cheese, yellow cheese, cream, meat, salami, canned meat, fish, mayonnaise, sweets, chocolates, coffee, cigarettes, alcohol.

Good chewing food, especially concerning raw vegetables, is essential. They should be turned into a liquid squash in the mouth and then swallowed - if there is a problem with the teeth, it is advisable to grind or process them with a mixer.

One thing is certain - during this period the patient not only has to experience the exceptional taste of boiled potatoes without salt, soup of potato, carrot and water with nothing else; to adjust his taste receptors to a healthy diet but, above all, to take the decisive step towards recreation of his organism.

It is necessary to pay great attention to the amount of food so as not to cause heaviness in the stomach already accustomed to less food. In no case, however, meat, salty olives or fried potatoes with lots of salt should be consumed immediately after the last day of the post nutrition regimen. Drinking any amount of alcohol would be even worse. It is necessary during this period to follow the same nutritional schedule: by lunchtime - tea or water and raw fruit or fresh squeezed juices. At lunch and dinner –

the intake of a large salad of raw vegetables and a serving of vegetable dish with a slice of wholemeal bread would be reasonable and recreational. A pinch of salt and a few drops of olive oil are added to the salad at the beginning. Their amount is very carefully increased to the taste, desired by the patient. Mixing different vegetables in the salad is now permitted already.

It is desirable for at least seven to ten days after the post fruit-and-tea recreative period not to include animal foods in the patient's diet. When already included, their quantity should be very small and the principle of graduality needs to be strictly followed.

*Example scheme of post 10-day fruit-and-tea recreative regimen
(post nutrition period)*

As a rule, the duration of the post nutrition period is half the duration of the fruit-and-tea recreative regimen – namely, if the patient has complied with the fruit-and-tea regimen for 20-day period, then the successive post nutrition period should last 10 days. The duration may be shorter - 10-day recreative regimen and respectively - 5-day post fruit-and-tea regimen, etc.

Day 1:

8 a.m. - herbal tea with honey and lemon or water with lemon juice or mineral water - optional

10 a.m. - a serving of fruit

12 noon - herbal tea with honey

12.30 p.m. - raw vegetables – tomato

2 p.m. - a serving of fruit

4 p.m. - herbal tea with honey

6 p.m. - raw vegetables - cucumber

8 p.m. - herbal tea with honey and lemon

Day 2:

12 noon - raw vegetables - carrot + 1 medium-sized steamed potato

6 p.m. - raw vegetables - cucumber + 2 medium-sized steamed potatoes

At 8 a.m., 10 a.m., 2 p.m., 4 p.m., 8 p.m. - as the first day.

Day 3:

12 noon - raw vegetables - cucumber + 1 wholegrain toast

6 p.m. - raw vegetables - carrot + 3 medium-sized steamed potatoes

At 8 a.m., 10 a.m., 2 p.m., 4 p.m., 8 p.m. - as the first day.

Day 4:

8 a.m. - herbal tea with honey

10 a.m. - a serving of fruit

12 noon - raw vegetables - tomato + 2 wholegrain toasts

4 p.m. - herbal tea with honey

6 p.m. - raw vegetables – carrot + a portion of oatmeal

8 p.m. - herbal tea with honey and lemon

Day 5:

12 noon - raw vegetables - cucumber + 3 medium-sized steamed potatoes + 1 steamed carrot

6 p.m. - raw vegetables - tomato + a portion of oatmeal or buckwheat porridge

At 8 a.m., 10 a.m., 4 p.m., 8 p.m. - as the fourth day.

Day 6:

12 noon - raw vegetables - tomato + 3 wholegrain toasts

6 p.m. - raw vegetables - cucumber + steamed zucchini (about 15 cm in size) + 2 wholegrain toasts

At 8 a.m., 10 a.m., 4 p.m., 8 p.m. - as the fourth day.

Day 7:

12 noon - raw vegetables - carrot + a serving of fresh steamed cabbage or stewed cabbage with a little vegetable oil and water

6 p.m. - raw vegetables - tomato + a portion of corn flour porridge

At 8 a.m., 10 a.m., 4 p.m., 8 p.m. - as the fourth day.

Day 8:

12 noon - raw vegetables - cucumber + raw nuts (walnuts, almonds, hazelnuts) - 30 grams

6 p.m. - raw vegetables - tomato + a portion of grits

At 8 a.m., 10 a.m., 4 p.m., 8 p.m. - as the fourth day.

Day 9:

12 noon - raw vegetables - tomato + raw nuts (walnuts, almonds, hazelnuts) - 50 grams

6 p.m. - raw vegetables - carrot + a serving of green beans - steamed or canned

At 8 a.m., 10 a.m., 4 p.m., 8 p.m. - as the fourth day.

Day 10:

12 noon - raw vegetables - tomato + a serving of mashed potatoes

6 p.m. - raw vegetables - tomato + a portion of oatmeal or 50 grams soya cheese - Tofu

At 8 a.m., 10 a.m., 4 p.m., 8 p.m. - as the fourth day.

The described scheme for post fruit-and-tea recreative regimen is exemplary and strictly individual depending on the patient's physical, psychological and health status! It must be applied under medical supervision!

Recipes for preparing the necessary dishes included in the post 10-day fruit-and-tea recreative regimen

1. A portion of oatmeal - A small cup of oatmeal boils in three such cups of water with a pinch of salt.

2. A portion of corn flour porridge - To a cup of hot, lightly salted water, three tablespoons of corn flour are added. Stir continuously on a hot-plate until it thickens well. Finally, add a few drops of olive oil.

3. A portion of grits - A small onion, finely chopped, is stewed in a teaspoon of oil and half a cup of water. Then a small cup of grits is added. Stir for one - two minutes; then add 2 small cups of water. Let the mixture simmer to thicken.

4. A portion of mashed potatoes - Two or three large pre-steamed potatoes are pressed with some warm water; then a small piece of butter is added.

5. A portion of buckwheat porridge - Necessary ingredients - a coffee cup of buckwheat and two coffee cups of cold water. Once it has boiled, the hot-plate is turned off and the mixture continues simmering until it has absorbed all the water.

6. Vegetable soup - Two teacups of water are boiled with a pinch of salt. Then various finely chopped seasonal vegetables are added - optional. Finally, parsley, celery or dill is added.

7. Steamed vegetables - Several types can be used according to the season: carrots, cauliflower, peas, green beans, cabbage, peppers, round peppers, possibly Brussels sprouts, broccoli, beetroot. Spinach or dock (1 -2 cups) can be prepared by steaming or as soup to which two tablespoons of oatmeal is added. Pumpkin can be consumed baked or steamed. Peppers can be eaten either baked or steamed.

Onions, leeks and garlic are included after the post 10-day fruit-and-tea recreative regimen!

If one is determined to maintain an achieved state of stability and balance, it is necessary to take a serious and significant step after the completion of the two recreational regimens – namely, to continue live healthily. It is a well-known fact that from ancient times until these days an environmentally healthy diet has been followed by many tribes and civilizations. Thus, even their lifestyle does not imply the need for recreation. The Tarahumara tribe can be given as an example (Copper Canyon of Northern Mexico). Consuming chia seeds as main food and “energy drink”, they maintain their energy balance, enhance endurance, add vitality to their life and simply avoid states of weakness and exhaustion [Ivanov, 2014]. Moreover, the Tarahumara tribe is “born to run” and their participation in marathons is legendary. They are recognized as the world’s greatest runners, pushing themselves to the limit [McDougall, 2010].

Being extremely popular and important, the topic of healthy nutrition has been extensively discussed in our previous research - “Hygiene of nutrition as a first-rate value of healthy way of life”

[Taneva, 2019]. It “focuses on hygiene of nutrition as a paramount value of healthy lifestyle and discusses the variety of beneficial foods”, such as fruit, vegetables, pulses, seeds “and their proper combination”. There was also an experiment described, emphasizing “the participants’ belief in healthy nutrition as a first-rate value of healthy lifestyle”. The issue about the reduction and even exclusion of some particular foods was raised due to the fact that such foods contain substances proved “to be extremely harmful to our body” (frozen and canned meat, salt, refined sugar, white flour, milk and dairy products, etc.) [Taneva, 2019].

A distinguished Bulgarian nutritionist, Lidiya Kovacheva, shared her expertise over healthy nutrition in her books. In one of them “Longevity. In the footsteps of Hippocrates.” she stated that any food, which has not been subjected to processing, is most beneficial to our organism - raw fruit, vegetables, seeds and nuts. Maintaining “the metabolic processes”, regulating “defenses against disease”, restoring “damaged tissues and organs”, helping circulatory system function properly - such foods facilitate any recreational programme [Kovacheva, 2016]. In her collection of reports “Breathing, Nutrition, Health” - Unpublished Reflections Lidiya Kovacheva set out her own views on the environmentally friendly lifestyle and nutrition as a part of physiological, psychological and aesthetical aspects of complete organism recreation [Kovacheva, 2017].

Saving the effect of both recreational regimens – “fruit-and-tea” and “post” – necessitates combining “foods properly in order to absorb beneficial nutrients entirely” [Taneva, 2019]. “Dissociated diet method” of Dr. H.M. Shelton has become popular since 1951 (“Food combining made easy”) [Shelton, 1951]. Depicting and proving his basic principle of dissociation of alkaline and acidic foods, Dr. H.M. Shelton notes that mixing proteins with starchy foods is forbidden; fruit and dairy products should be eaten alone; fresh vegetables can be consumed with either proteins or starchy foods [Shelton, 1996]. This method definitely helps the absorption of all beneficial nutrients and body recreation.

The conducted experiment showed that all aspects of recreation are essential, but psychological and motor (physical) ones are of highest significance for the participants. In the discussion followed, they looked at the psychological aspect in terms of state of inner peace and tranquility, constant mental demand, optimistic mindset and positive perception. Most students put a certain value on motor (physical) activities for maintaining good recreational status. The importance of the latter aspect for young people is also determined by the fact that many contemporary authors view it as a significant part of recreational process. The authors of the textbook "Regional components of a healthy lifestyle formation among students" - S. T. Kokhan, M. I. Serdtsev, I. V. Romanova from Zabaikalski State University - Chita, consider thoroughly the issues of personal and public hygiene, the effectiveness of physical education, affecting motor activity [Kokhan et al., 2009].

A. Bozhkova (Medical University, Sofia) defines the course "Sport" as "interdisciplinary, involving knowledge and practices from various sports disciplines and systems. It is subject to human task of providing a healthy lifestyle and optimizing the motor students' training, including those in the specialty medical rehabilitation therapy and ergotherapy" [Bozhkova, 2012]. In her work Bozhkova makes a detailed description of the professionogram of the medical rehabilitation therapist and ergotherapist, with an emphasis on psycho-physical requirements. The author proves that the discipline "Sport" has a favourable (educational, healthy, social, cultural, recreational) effect on students during their studies and then in their future professional realization [Bozhkova, 2012]. With the tutorial "Combined fitness gymnastics" the authors A. Bozhkova, P. Slavcheva [2012] optimize the discipline "Sport" by organized and independent activities to improve the functional state of the organism, develop and maintain motor skills, and raise the recreational status to a higher level.

In another practical study, A.Bozhkova, P. Slavcheva-Hinkova and D. Lekina [2017] find out that kinesitherapeutic complex, containing

32 exercises and dividing into three parts (stretching; combinations of exercises from different gymnastic disciplines; exercises to normalize heart rate and support recreational body processes) influence positively. It leads to functional changes in the cardiovascular system activity of the students, increases vitality and sustainability of organism, improves blood circulation to various organs and systems, enhances physical capacity, regulates emotional state, relaxes, reduces tension and generally stimulates recreational processes in the whole body [Bozhkova et al., 2017].

Thinking over the right diet and the appropriate set of motor activities that accelerate the recreational process, it is worth paying attention to one extremely interesting study on a pressing healthy and social problem of modern society - obesity. J. Tsankova researches the body mass index of students from the specialized basketball groups in higher educational institutions in Bulgaria. The body mass index (BMI) of the Medical University group (Sofia) ranges between 20.09 kg / m² and 23.77 kg / m² - such values are within the normal range of World Health Organization standards [Tsankova, 2013]. Although the results of the study are reassuring, everyone should be vigilant about his health status.

As a summary of all-important aspects of recreation and a significant contribution to science, a textbook made by professors at Zabaikalski State University of Chita should be indicated. The tutorial - “The basics of a healthy lifestyle” presents theoretical and scientific-practical issues relating to the formation of a responsible attitude of each person to his health, preservation and strengthening. It outlines, as well, the basics of a healthy lifestyle, factors that affect health and reproductive health problems. The emphasis is placed on the impact of ecology, nutrition, personality development, preventive measures to promote health of the young generation [Kokhan, Pateyuk, Krivosheeva et al., 2015].

Hopefully, the current research would greatly enhance the value of recreation in terms of healthy nutrition and motor activities. It is well known that the right combination of fresh air, consumption of raw fruits

and vegetables, daily exercise and walking is most necessary element to maintain our body's recreational status. Lack of prevention and care for the four major systems of the human body - the respiratory system, the digestive system, the cardiovascular system and the urinary system - are the root of unhealthy behaviour, soon leading to misbalance, disharmony and need for recreation. However, one is here and now, living his life with its ups and downs, feeling contented with his rise and advance but incessantly being responsible for his falls and aware of the indisputable fact that life is the greatest play ever. However, how to play it? One cannot stop wondering. Perhaps, recklessly and accelerating ahead or simply reasonably and rationally? Or, it is probably worth playing as greatest chess minds do – stop for a little, enjoy the game, experience the thrill of satisfaction, consider the next move and keep on. One is the player. One decides so. And if he is ready to open portals to a new dimension - the dimension of a completely new personality, a recreational one - this is definitely the first and most certain step towards completion of a recreational procedure for a life - as natural as possible.

**ROZDZIAŁ 2. WSPÓŁCZESNE ASPEKTY REHABILITACJI
W XXI WIEKU**

CHAPTER 2. MODERN ASPECTS OF REHABILITATION

**2.1. Współczesne narzędzia do rehabilitacji osób
niepełnosprawnych w systemie szkolnictwa wyższego w Rosji**

**2.1. Modern tools for the rehabilitation of persons with
disabilities in the higher education system of Russia**

Annotation. The article analyzes modern rehabilitation tools for the disabled in the higher education system of Russia. The authors present the experience of the Resource Training and Methodological Center (REMC) for the education of persons with disabilities, created on the basis of the Cherepovets State University. Based on the systematization of data, the specifics of the REMC activity are determined, aimed at the rehabilitation of persons with disabilities in the process of studying in higher education by means of career guidance, education and employment support; the strategy and tactics of rehabilitation tasks are also described, the practice of scaling up their successful solution in the process of inclusive higher education in the North-West Federal District is revealed. The main conclusions identified are the need for comprehensive rehabilitation of persons with disabilities through consolidation of efforts of REMC and partner universities at the level of municipalities and constituent entities of the northwestern Federal district with the regional NGOs, Executive and legislative authorities of the region, regional and municipal institutions of health, education, labor and social protection of the population, specialized councils and associations to support and support vocational guidance, education, employment of young people with disabilities.

Рассмотрение проблемы реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья невозможно без обсуждения вопросов восстановления и компенсации утраченных функций средствами профессионального образования. Процесс освоения профессии, включения инвалида в образовательное пространство учреждения профессионального образования обладает теми ресурсами, которые способны обеспечить социализацию и интеграцию лиц с особенностями развития в полноценные социальные и трудовые отношения, реализовав их право на самостоятельную и независимую жизнь.

Отметим, что обсуждение вопросов обеспечения равных прав и возможностей для лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью входит в число приоритетных интересов государства и общества. Сопровождение всех этапов образовательной карьеры, помощь в профориентации, образовании и трудоустройстве инвалидов составляет суть и определяет концептуальные аспекты проблемы создания системы и масштабирования успешных практик инклюзивного высшего образования, что находит отражение в важнейших исследовательских инициативах [Айсмонтас, Панюкова, 2017, 70; Айсмонтас, Одинцова, 2017, 80; Аржаных, 2017, 160; Афанасьев, 2018, 82; Афанасьев, 2019, 142; Бикбулатова, 2017, 33; Денисова, 2019, 57; Денисова, 2019, 78; Денисова, 2017, 129; Денисова, 2018, 169; Денисова, 2018, 46; Денисова, 2018, 211; Курбангалеева, 2017, 180].

Пожалуй, одним из самых масштабных и значимых для России проектов, обеспечивающих равные права на образование, социокультурную интеграцию и социализацию инвалидов и лиц с ОВЗ, их включение в трудовые и общественные отношения, стал реализуемый Министерством образования и науки РФ проект по созданию в России сети Ресурсных учебно-методических центров (РУМЦ) по вопросам обучения лиц с инвалидностью на базе

образовательных организаций высшего образования (ОО ВО). Учитывая разницу географических, социально-экономических, социокультурных условий функционирования созданных на территории РФ РУМЦ, в настоящее время важно определить общие контексты и специфику функционирования РУМЦ с учётом регионального своеобразия, проблемы и перспективы масштабирования практики инклюзивного высшего образования на закреплённой за каждым РУМЦ территории. Обобщение и систематизация опыта функционирования РУМЦ, созданных на базе 21 образовательной организации высшего образования, позволяет выделить общее и специфическое в опыте РУМЦ по обучению инвалидов, созданного на базе Череповецкого государственного университета (РУМЦ СЗФО ЧГУ), определить специфику осуществления работ по повышению доступности и качества обучения студентов с инвалидностью в образовательных организациях высшего образования на закреплённой за ЧГУ территории Северо-Западного федерального округа (Архангельская, Вологодская, Калининградская, Мурманская, Новгородская, Псковская области, Республики Карелия и Коми), сопоставить достигнутые результаты со стратегическими задачами развития региона, с существующими в Северо-Западном федеральном округе рисками и ограничениями [Алехина, 2016, 145; Афанасьев, 2019, 142; Рубцов, 2016, 93].

Региональные контексты профессиональной и трудовой реабилитации инвалидов предполагают анализ специфики функционирования РУМЦ СЗФО ЧГУ в регионе [Денисова, 2018, 216]. Согласно данным аналитики и статистики⁷, СЗФО занимает

⁷ Отчет о ходе реализации в 2015 году Стратегии социально-экономического развития Северо-Западного федерального округа до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 ноября 2011 г. № 2074-р

9,5% территории России, примерно та же доля приходится на проживающее в округе население. По данным официального отчёта, в регионе проживает более 13 млн. человек, доля экономически активного населения составляет 71,3 % общей численности населения округа, на лиц с инвалидностью приходится около 12 % от общего числа населения региона, из них примерно треть – инвалиды трудоспособного возраста, около 5% от общего числа инвалидов – молодые люди в возрасте от 18 до 30 лет.

Экономически СЗФО имеет свои преимущества и ограничения. Так, согласно приведённым в стратегии развития СЗФО сведениям⁸, к числу выгод могут быть отнесены: геополитическое положение и ресурсно-сырьевая база региона. С точки зрения геополитического положения, СЗФО имеет выгодные преимущества, гранича с Финляндией, Норвегией, Польшей, Эстонией, Латвией, Литвой, Беларусью, имея выход в Балтийское, Белое, Баренцево, Карское моря. Регион имеет самый высокий показатель урбанизации среди федеральных округов РФ. Плотность населения в среднем по региону составляет 8,7 человека на 1 кв. километр, колеблясь от 2,1 человека на кв. километр в Архангельской области до 62,1 в Калининградской области. В СЗФО сосредоточена половина лесных и водных ресурсов Европейской части России, округ является крупным индустриальным регионом, промышленности принадлежит ведущее место в хозяйственном комплексе округа, в ней же занято четверть занятых в экономике и почти 40% работающих в производстве граждан. Учитывая самое высокое среди федеральных округов РФ сокращение населения, произошедшее в СЗФО с 1990 г. вопрос об обеспечении

⁸ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 ноября 2011 года N 2074-р «Об утверждении Стратегии социально-экономического развития Северо-Западного федерального округа на период до 2020 года (с изменениями на 26 декабря 2014 года)

экономики региона квалифицированными кадрами, стоит достаточно остро. К серьезным проблемам социально-экономического развития СЗФО относится неравномерностью развития муниципальных образований и субъектов. На момент разработки и принятия стратегии социально-экономического развития СЗФО имелся ярко выраженный дисбаланс между сложившейся структурой подготовки кадров и спросом на трудовые кадры, между социально-профессиональными и ценностными ориентациями населения и структурой спроса на квалифицированные рабочие места; между возможностью производства инновационных продуктов и низкой заинтересованности хозяйствующих субъектов в нововведениях; между высокими требованиями населения к занятости и условиям жизни и имеющимся возможностям развития малых и средних городов.

Выделенные экономические и геополитические характеристики региона напрямую соотносятся с проблемами и ресурсами профессионального обучения инвалидов, вопросами их профориентации и трудоустройства, так как перечень обозначенных условий определяет спектр востребованных в регионе профессий и саму возможность трудовой занятости молодых инвалидов. Существенные трудности имеются и в решении проблемы трудоустройства инвалидов, что нередко связано с повышенными требованиями к здоровью работников, задействованных на промышленном производстве предприятий региона, с вредными и опасными условиями труда на вакантных для трудоустройства рабочих местах. Не следует забывать и ограничения, связанных с получением соотнесённых со спецификой региона рекомендаций МСЭ, отражаемым в ИПРА инвалида [Курбангалеева, 2017, 180].

В то же время, согласно стратегическим для региона документам, компактность территории, общность инфраструктуры,

конфигурация и традиции коммуникаций, взаимодополняющий характер экономических структур и природных условий субъектов СЗФО определяют значительные возможности развития сотрудничества внутри субъектов и между субъектами Российской Федерации, входящими в состав округа, в решении экономических и социальных вопросов, в реализации совместных программ и проектов. В регионе существуют ассоциации и объединения, призванные консолидировать усилия входящих в состав округа субъектов (Координационный совет отделений Российского союза промышленников и предпринимателей в Северо-Западном федеральном округе, Стратегическое партнерство «Северо-Запад», Фонд «Центр стратегических разработок «Северо-Запад», Совет ректоров вузов Северо-Западного федерального округа, Ассоциация экономического взаимодействия территорий северо-запада Российской Федерации и др.).

Ресурсы РУМЦ Череповецкого государственного университета в аспекте профессиональной и трудовой реабилитации лиц с ОВЗ и инвалидностью.

С октября 2017 года приказом Минобрнауки РФ на базе Череповецкого государственного университета создан Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов на закрепленной территории Северо-Западного федерального округа (Архангельская обл., Вологодская обл., Калининградская обл., Мурманская обл., Новгородская обл., Псковская обл., Республика Карелия, Республика Коми). Череповецкий государственный университет находится на территории г. Череповца - крупнейшего по численности населения и промышленному развитию города Вологодской области. В 2017 г. г. Череповец получил статус территории опережающего социально-экономического развития (приказом Д. А. Медведева от 04.08.2017 г.), имеет удобное и выгодное расположение по отношению к другим субъектам РФ. С 2013 года в структуре ЧГУ создан на постоянной

основе Ресурсный центр поддержки обучающихся с ОВЗ и работающих с этой категорией лиц (РЦ) (Афанасьев Д. В., 2019, 142). В 2017 году ЧГУ получил статус опорного университета; статус центра инновационного, технологического и социального развития регионов; стал центром формирования компетенций по инклюзивному образованию в регионе. Ректор университета Д.В. Афанасьев вошел в состав управленческого резерва Президента РФ, является членом межведомственной рабочей группы совета при Президенте РФ по науке и образованию по направлению подготовки квалифицированных специалистов для социально-экономического развития регионов.

Ресурсный учебно-методический центр Северо-Западного федерального округа по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в Череповецком государственном университете (РУМЦ СЗФО ЧГУ) ориентирован на содействие оптимизации деятельности вузов на территории СЗФО по обеспечению доступности и качества высшего образования для инвалидов; организационное, учебно-методическое, консалтинговое и мониторинговое; сопровождение профориентации, обучения и трудоустройства инвалидов и лиц с ограниченными возможностями на базе образовательных организаций высшего образования на территории СЗФО. Задачи, решаемые РУМЦ СЗФО ЧГУ с вузами-партнерами включают: оказание консалтинговой помощи по вопросам профориентации, обучения и трудоустройства инвалидов; содействие адекватному профессиональному выбору и трудоустройству инвалидов; проведение мониторинговых мероприятий по вопросам профориентации, обучения и трудоустройства инвалидов; повышение квалификации сотрудников; пропаганда идей и ценностей ИВО через различные форматы деятельности; разработка адаптированных учебно-методических

материалов с учётом направлений подготовки. За период существования РУМЦ СЗФО ЧГУ заключены соглашения, подписаны и реализованы «дорожные карты» взаимодействия с 11 образовательными организациями высшего образования из всех субъектов РФ закреплённой территории, в том числе 2 федеральных университета, 5 вузов со статусом «опорный вуз», 2 крупнейших в РФ технических университета и все головные вузы Вологодской области.

Одним из современных инструментов реабилитации лиц с ОВЗ и инвалидов являются цифровые сервисы по сопровождению профориентации, образования и трудоустройства [Денисова, 2019, 57; Денисова, 2018, 216]. На территории Вологодской области такими инструментами являются региональные порталы, в т.ч. портал "Моя карьера в Вологодской области"⁹, "Компас-ПРО"¹⁰, "Перспектива-ПРО"¹¹. Для всех вузов России таким инструментом является портал "Инклюзивное высшее образование"¹².

Специфика функционирования РУМЦ Череповецкого государственного университета на территории Северо-Западного федерального округа.

Обобщение реализованных в 2017 г. работ и выполненных мониторинговых исследований позволяет выделить специфику функционирования РУМЦ СЗФО ЧГУ на территории округа и описать ключевые условия, в которых осуществляется деятельность по повышению доступности и качества высшего образования для инвалидов:

1. В вузах-партнёрах обучается относительно небольшое количество студентов с инвалидностью (чуть более 400 человек), доля инвалидов в вузах СЗФО невелика и составляет около 1% от

⁹ voloblcareer.ru

¹⁰ viro-profportal.edu.ru

¹¹ перспектива-про.рф

¹² инклюзивноеобразование.рф

обучающихся в университетах, что соотносится с общестатистическими данными [Аржанных, 2017, 160]. Однако, именно эти обучающиеся способны составить ключевой трудовой резерв региона для трудоустройства инвалидов.

2. Для основной части вузов, закреплённой за РУМЦ СЗФО ЧГУ территории характерна многопрофильность и широкий спектр направлений подготовки. Соответственно широк спектр специальностей и направлений подготовки (более 100 наименований), на которых обучаются инвалиды. Как правило, количество студентов с инвалидностью на одном направлении подготовки не превышает 3 человек. Учитывая, что по данным статистики [Алехина, 2016, 145] в 2016 году инвалиды обучались по 172 направлениям подготовки, становится понятна ситуация по выраженности вариативности спектра получаемых профессий обучающимися с инвалидностью в вузах СЗФО. Существенно вариативны и ограничения по здоровью студентов с инвалидностью (даже внутри одной нозологической группы). Наиболее востребованной и удобной формой обучения является очное обучение со студентами без ограничений по здоровью (71%). 75% респондентов при этом указывают на необходимость изменения и адаптации программ обучения с учётом состояния здоровья. При этом наибольшее число участников опроса определили потребность в социально-психологическом сопровождении (45%), разработке индивидуальной образовательной программы (18%) и помощи ассистента-помощника (18%). Любопытно, что абитуриенты, указавшие на потребность в помощи ассистента и необходимость разработки индивидуальной образовательной программы, имеют инвалидность по соматическому заболеванию (как правило, диабет). В 79% случаев абитуриенты говорят о том, что никакое специальное оборудование им не понадобится.

Основной процент обучающихся с инвалидностью на закрепленной за РУМЦ территории выбирают вуз, максимально приближенный к месту проживания. Основаниями для выбора направления подготовки и специальности для молодых инвалидов в доминирующем большинстве случаев выступает мнение родителей и учителей, интересы и хобби обучающихся, сведения, представленные на сайтах вузов. Иногда ребята обращаются за профориентационной помощью, но она не является определяющей при выборе профессии. Практически никто из опрошенных абитуриентов с инвалидностью не определил состояние здоровья и рекомендации МСЭ как основание для выбора будущей профессии. Редко звучит мнение о том, что в момент выбора специальности учитывается региональный рынок труда и наличие вакансий для трудоустройства.

Мониторинг образовательных потребностей абитуриентов с инвалидностью показал, что только половина инвалидов, обучающихся в выпускных классах (53%) имеют четкое представление о профессии, которую они хотят получить. Треть опрошенных абитуриентов (32%), имеют сомнения в вопросе выбора будущей профессии. При этом 46% опрошенных говорят, что не нуждаются в помощи специалиста по профессиональной ориентации. Любопытно, что 29% абитуриентов, положительно ответив относительно определения выбора профессии, затруднились в назывании будущей профессии; 54% абитуриентов не могут назвать учреждение, в которое они планируют поступать.

По сути, речь идет о том, что в 11 классе школьники с инвалидностью имеют смутное представление о своем будущем профессиональном образовании, декларируя понимание профессионального выбора, но при этом демонстрируя инфантильность относительно называния профессии и места ее получения.

В целом полученные данные отражают существующую в регионе тенденцию к дисбалансу между социально-профессиональными и ценностными ориентациями населения и структурой спроса на квалифицированные рабочие места.

3. Во всех головных вузах, подведомственных Минобрнауки РФ, реализуется работа по повышению доступности и качества высшего образования для инвалидов, по созданию специальных условий для обучения инвалидов.

Однако оценка наличия специальных условий для обучения инвалидов, созданы в вузах не полностью (Рис. 1).

Проведённый мониторинг показал, что численность ППС и специалистов, прошедших повышение квалификации в вопросах обеспечения доступности и качества высшего образования инвалидов во всех вузах, разнится и колеблется от 5% до 76% и в среднем составляет 17,2%.

Анализ проведённых консультаций показал, что в вузах нередко отсутствует понимание о ресурсах и средствах универсальной доступности. В целом же вузы, осознают значимость работ по повышению доступности и качества образования для инвалидов, 73% вузов-партнеров имеют специальное структурное подразделение, в 45% случаев в вузах закреплено ответственное лицо за работу с лицами с инвалидностью и ОВЗ.; в 82% есть волонтерские проекты, направленные на организацию сопровождения обучающихся с инвалидностью и ОВЗ.

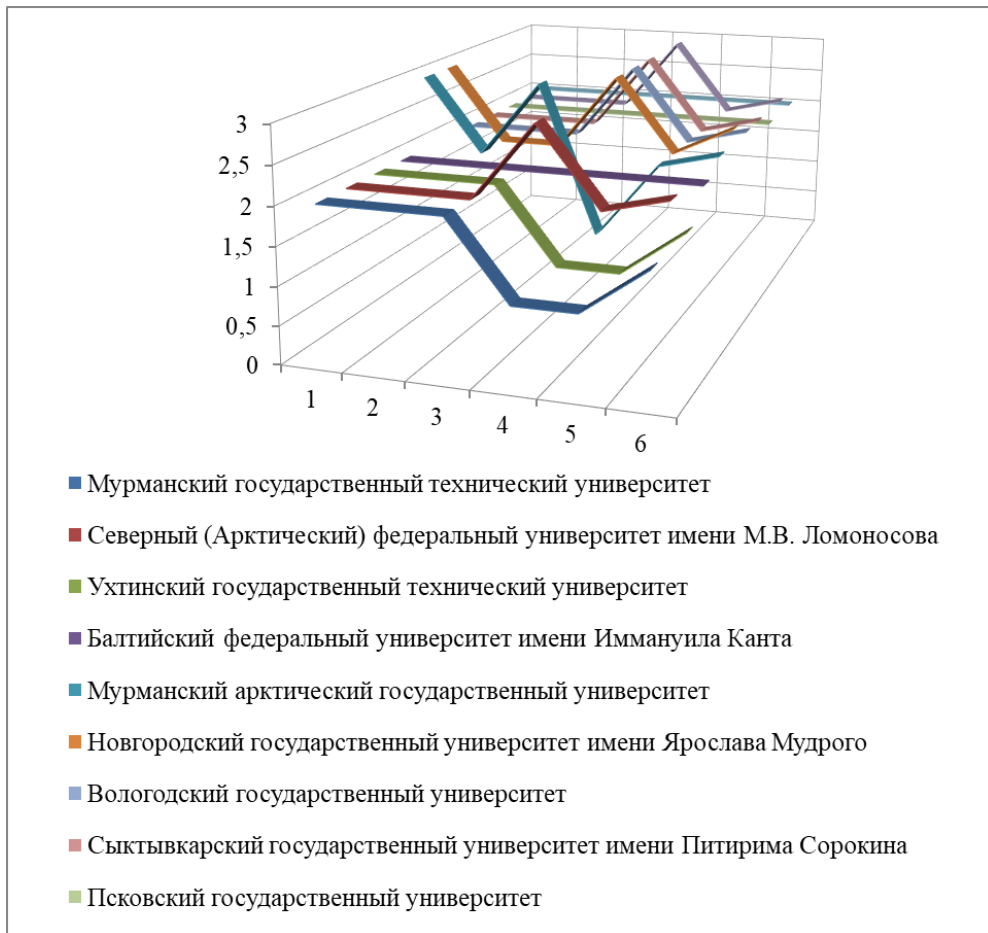


Рис.1. Показатели доступности и качества высшего образования для инвалидов в вузах-партнёрах на закреплённой за РУМЦ СЗФО

ЧГУ территории:

- 1 - Наличие АОП ОПОП и локальных актов, обеспечивающих инклюзивное образование;
 - 2 - Наличие специалистов, обеспечивающих сопровождение инклюзивного образования;
 - 3 - Доля ППС и специалистов в вузе, прошедших повышение квалификации по вопросам инклюзивного образования;
 - 4 - Наличие аудиторий, оснащенных для обучения инвалидов;
 - 5 - Наличие специализированного оборудования для обучения инвалидов;
 - 6 - Средний балл доступности и качества инклюзивного образования;
- 1 балл – показатель в вузе не представлен;*
2 балла – показатель представлен частично;
3 балл – показатель представлен в полном объеме.

4. Результаты реализованного РУМЦ СЗФО ЧГУ мониторинга трудоустройства выпускников с инвалидностью показал, что 49% выпускников 2017 г. успешно трудоустроены, 18% продолжают обучение, 33% не трудоустроены. В качестве причин, затрудняющих трудоустройство, выпускники в 23% говорят о том, что факторов, мешающих их трудоустройству нет. 5% причину трудовой незанятости объясняют иными видами занятий (параспорт, общественная деятельность). В остальных случаях трудности трудоустройства выпускники связывают с недостатком квалификации (17%), отсутствием подходящих вакансий (15%), низкой заработной платой (9%) и ограничениями здоровья (9%). В единичных случаях указывается на трудности собеседования, завышенные требования работодателя, сложности передвижения до места работы и потребность в специальном оборудовании рабочего места. Определяя виды помощи в вопросах трудоустройства, выпускники в 42% случаев отказываются от поддержки, в 31% желают получить помощь в подборе вакансии, 12% хотят получать информацию о проводимых ярмарках вакансий для инвалидов. В единичных случаях указывается на потребность в помощи при составлении резюме, подготовке к собеседованию с работодателем. при получении госуслуг службы занятости и оформлении справки МСЭ. Определяя виды помощи от органов службы занятости в вопросах трудоустройства, выпускники с инвалидностью в 32% случаев отказываются от поддержки, в 38% желают получить помощь в поиске подходящей работы, 9% хотят получать пособие по безработице. В отдельных случаях обозначена потребность участия в ярмарках вакансий для инвалидов, ожидание помощи в получении навыков поиска работы, дополнительном профессиональном обучении, поиске временной занятости, помощь при открытии собственного дела. Сопоставление полученных сведений с данными

реализованного РУМЦ СЗФО ЧГУ мониторинга регионального рынка труда показал, что даже при наличии вакансий и квотировании рабочих мест трудоустройство инвалидов затруднено, так как предоставляемые рабочие места не учитывают индивидуальные особенности ограничений жизнедеятельности. Если для части инвалидов, преимущественно лиц с инвалидностью по соматическому заболеванию и инвалидностью 3 группы, практически нет необходимости в создании дополнительных преференций при трудоустройстве, и они с успехом конкурируют на инклюзивном рынке труда, то для других категорий инвалидов, необходима реализация специальных мер поддержки для выхода на инклюзивный рынок труда. Любопытно, что согласно сведениям, представленным департаментом труда и занятости Вологодской и Псковской областей, о потребности в трудоустройстве заявляют около 40 % инвалидов в возрасте от 18 до 44 лет, однако приступить к работе готова только половина заявившихся. Половина опрошенных молодых инвалидов вообще не изъявили желания работать. В целом имеющиеся данные подтверждают влияние субъективных характеристик (доминирование иждивенческих настроений, пассивное жизнепроявление, потребительское отношение, нежелание трудиться [Айсмонтас, 2017, 70]) на объективные показатели успешности трудоустройства молодых инвалидов и их мотивацию к получению профессионального образования.

5. Опыт функционирования РУМЦ показал, что наряду с тем, что вуз обеспечивает реализацию образовательных профессиональных программ, что с точки зрения социальной защиты инвалидов является значимым элементом их профессиональной реабилитации через профессиональное образование [Денисова, 2018, 169], а сам вуз является организацией, участвующей в предоставлении государственных услуг инвалидам, вузы не имеют доступ к сведениям Федерального реестра инвалидов, что существенно затрудняет

осуществление адресной профориентации инвалидов и их постдипломного сопровождения. Объективно существует потребность в выстраивании единой системы согласованных действий образовательных организации, учреждений социальной защиты и органов занятости населения в сфере профориентации, образования, трудоустройства инвалидов и их адаптации на рабочем месте.

Региональные инициативы в решении проблемы трудоустройства молодых инвалидов в Северо-Западном федеральном округе.

Для оценки инициатив региональных властей в части решения проблемы трудоустройства выпускников с инвалидностью были проанализированы сведения, представленные на сайтах департаментов труда и занятости субъектов СЗФО и решения Правительств субъектов в части содействия трудоустройству молодых инвалидов. Анализ показал, что власти субъектов, входящих в состав округа, принимают меры, нацеленные на повышение уровня занятости инвалидов молодого возраста. Разработка программных документов ведётся с учётом утверждённой в августе 2017 г. Типовой программы по сопровождению инвалидов молодого возраста при трудоустройстве в рамках мероприятий по содействию занятости населения. Так в Псковской области и республике Коми утверждены региональные программы «О сопровождении инвалидов молодого возраста при трудоустройстве в рамках мероприятий по содействию занятости населения на 2018 – 2020 годы», в Калининградской области утвержден порядок сопровождения инвалидов молодого возраста при трудоустройстве, в Новгородской, Вологодской, Архангельской областях – внесены изменения в областные государственные программы содействия занятости населения в на 2014 - 2020 годы, в Мурманской области -

изменения в государственную программу Мурманской области «Управление развитием регионального рынка труда», в виде подпрограмм "Сопровождение инвалидов молодого возраста при трудоустройстве", в республике Карелия – расширена программ мероприятий по содействию занятости населения. В утвержденных субъектами СЗФО программных документах определяются целевые индикаторы (с нарастающим итогом) и мероприятия, направленные на повышение уровня занятости инвалидов молодого возраста до 2020 г. Перечень мероприятий и их масштаб разнится в разных субъектах СЗФО, но в целом, аналогичен содержанию программ во всех субъектах РФ и ориентирован на исполнение поручения Президента Российской Федерации от 28 мая 2015 г. № Пр-1067 о реализации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве, а также распоряжения Правительства Российской Федерации от 16 июля 2016 года № 1507-р.

Выводы и предложения

Полученные в ходе исследования данные позволяют говорить о необходимости консолидации усилий РУМЦ и вузов-партнеров на уровне муниципалитетов и субъектов СЗФО с органами исполнительной и законодательной власти региона, общественными организациями, региональными и городскими учреждениями здравоохранения, образования, труда и социальной защиты населения, профильными советами и объединениями с целью обеспечения комплексной реабилитации посредством профориентации, образования, трудоустройства молодых инвалидов. В качестве модельного образца комплексной реабилитации может быть представлен опыт взаимодействия РУМЦ СЗФО ЧГУ с региональными субъектами инклюзивного образования.

Реализация модельного образца комплексной реабилитации лиц с инвалидностью позволит:

- повысить информированность абитуриентов с инвалидностью о возможности получения высшего образования;

- даст возможность позиционировать РУМЦы как региональные межведомственные центры сопровождения и содействия профориентации, сопровождения образования и содействия трудоустройству молодых инвалидов;

- создать условия для подготовки специалистов разных служб и ведомств к работе в едином инклюзивном пространстве региона;

- проводить эффективные мониторинги доступности и качества услуг для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью;

- осуществлять обмен информацией и успешными практиками реабилитации в сфере социальной и образовательной инклюзии.

Заключение. В настоящее время объективно существует необходимость консолидации усилий различных учреждений, организаций и ведомств в решении проблемы реабилитации инвалидов средствами профориентации, сопровождения образования и трудоустройства. Достижимость такой цели видится в объединении усилий РУМЦ и региональных вузов-партнёров со всеми ступенями образования инвалидов, а также с департаментами и органами занятости населения, общественными организациями и объединениями, иными службами и ведомствами, предоставляющими услуги и оказывающими помощь в образовании, профориентации, трудоустройстве и социализации инвалидов.

Наделение РУМЦ функциями координационного центра, способствующего комплексной реабилитации лиц с инвалидностью средствами профориентации, сопровождения образования и трудоустройства инвалидов позволит объединить усилия межведомственной команды специалистов, восполнить существующий ресурсный дефицит [Рубцов, 2016, 93] и определит

возможность адресной работы с молодыми инвалидами по выстраиванию их вариативных жизненных траекторий.

Таким образом, становится очевидна необходимость взаимовыгодного сотрудничества субъектов инклюзивного образования в осуществлении комплексной реабилитации лиц с инвалидностью средствами профориентации, сопровождения образования и трудоустройства инвалидов повышения доступности и качества высшего образования.

2.2. Metody określania wskaźników rozwoju cech motorycznych dzieci z problemami skoliozy kręgosłupa

2.2. Methods of determination of indicators of motor quality development of children with scoliotic problems of the spine

Annotation. This research paper highlights the leading role of adaptive physical education (APE) in physical rehabilitation and socio-psychological adaptation of people with disabilities. With the use of various APE, the restoration and development of psychophysical abilities takes place, playing one of the leading roles in the socialization and integration of people with disabilities. Nowadays, in ZabSU and WSG, due to the increase of students with developmental disabilities, both Paralympic sports and various adaptive sports games are being intensively developed. Professional education acts as a factor in the socio-pedagogical adaptation of students with health problems.

В последнее время в медицине и педагогике все более утверждается реабилитационное направление по коррекции опорно-двигательного аппарата, стержнем которого является поэтапное восстановительное комплексное лечение заболеваний и повреждений [Григоренко, 2003, 148]. В этом процессе ведущую роль играет

физическая реабилитация, которая улучшает качество лечения, предотвращает возможные осложнения при различных заболеваниях и травмах, ускоряет восстановление функций органов и систем; тренирует и закаляет организм, возвращает работоспособность, уменьшает вероятность инвалидизации.

Следует согласиться с мнением многих авторов, нормализация нарушенных психомоторных функций у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата под влиянием адекватных мер физической реабилитации достигается благодаря постепенному совершенствованию универсальных регуляторных процессов в организме, активизации компенсаторных реакций, которые способствуют восстановлению психомоторного-висцеральных связей и улучшению двигательных качеств ребенка [Ganchard, 2001, 1058; Kustev, 2004, 96; White, 2000, 95].

Физическая реабилитация мобилизует резервные силы организма, активизирует его защитные и приспособительные механизмы, предупреждает развитие осложнений, ускоряет восстановление функций различных органов и систем, сокращает сроки клинического и функционального восстановления, адаптирует к физическим нагрузкам, тренирует и закаляет организм, восстанавливает работоспособность. В зависимости от характера течения и последствий заболевания или травмы, периода и этапа восстановительного лечения, физическую реабилитацию используют с целью профилактики или лечения и, соответственно этому, она занимает ведущее или вспомогательное место в комплексе взаимодополняющих лечебных мероприятий реабилитации [Абрамова, 2000, 135; Анохин, 1975, 448; Ишал, 2000, 37].

Одновременно с физической реабилитацией проводится психологическая подготовка больного к преодолению трудностей, связанных с болезнью и возможными его последствиями до необходимой адаптации, реадaptации или переквалификации. Эта

подготовка предшествует терапии трудом, которая начинается во время реабилитации.

В целом ряде работ доказано, что коррекционно-воспитательная работа является основой реабилитационного процесса детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и целенаправленно комплексно влияет на различные стороны личности, которая находится в аномальном состоянии [Белозёрова, 1984, 153; Григоренко, 2003, 148; Казьмин, 1989, 272; Кон, 1984, 83].

В указанном аспекте актуальным является утверждение В. Григоренко и соавторов, что двигательная активность человека – это важнейший фактор оптимального психического и функционального обеспечения ее деятельности в различных социальных сферах [Григоренко, 2003, 148; Сермеев, 1989, 33; Фомин, 2002, 18]. Практика реабилитации деформаций позвоночника свидетельствует о том, что она формируется в условиях, которые постоянно меняются и требуют оптимального руководства огромным количеством звеньев с их многочисленными взаимодействиями, с иерархической многоуровневой организацией комплексного процесса лечения [Аль-Аназіх Джасер Хоені Метлак, 1999, 18; Григоренко, 2003, 148; Зарецков, 2003, 21].

В условиях проведения комплексной реабилитационной и воспитательной работы в условиях специального детского учреждения становится возможным овладение учащимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата программе общеобразовательной школы, что дает им возможность продолжать обучение после школы.

Исследования проводили в три этапа. Базой исследования выступила школа-интернат № 1 для детей, больных сколиозом (г. Алексеево-Дружковка Донецкой области), общеобразовательные школы г. Славянска.

Для медико-педагогических наблюдений нами были созданы группы из детей со сколиотической проблемами позвоночника, с I, II, III степенями сколиоза, и здоровых сверстников – учащихся общеобразовательной школы. В анамнезе у большинства детей со сколиотической проблемами позвоночника отмечались частые простудные заболевания, вирусные инфекции и др.

Работа выполнялась в соответствии с биоэтическими нормами и с соблюдением соответствующих принципов Хельсинкской декларации прав человека, Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине и соответствующих законов Украины. Все родители (и по возможности - дети) дали письменное согласие на участие в исследовании.

В наших исследованиях мы остановились на тестах, которые, на наш взгляд, позволяют оценить физическое состояние детей со сколиотической проблемами позвоночника. Разработали программу обследования, состоящую из методики контроля физической подготовленности школьников, которая включала: общую выносливость, силу и силовую выносливость, скорость, гибкость и равновесие. Предложенные нами критерии оценки тестов были разработаны на основе нормативов «Еврофит» (1988), опубликованных в сборнике «Тестирование двигательных способностей школьников» Л. П. Сергиенко (2001) [Сергієнко, 2001, 439].

При измерении общей выносливости учитывали, что существуют различные механизмы энергообеспечения физической работы. Контроль выносливости осуществляли по трем параметрам: первый параметр определяет алактатно-анаэробные возможности, выполнение упражнения от 3 до 7 с; второй – определяет лактатно-анаэробные возможности, выполнение упражнения от 40 до 60 с; третий – аэробные возможности, выполнение упражнений от 60 с до 60 мин.

1. Общая выносливость – «челночный бег 20 м», «бег с заданной скоростью».

2. Развитие динамической силы и статической выносливости. Силовые показатели общефизической подготовки определены по результатам как динамических, так и статических упражнений. Рекомендовали следующие упражнения: развитие динамической силы «подъем туловища в положение сидя за 30 с»; статической выносливости: вис на перекладине (удержание тела на перекладине) [Гужаловский, 1979, 26]. Для динамических упражнений оценивали количество исполнений (раз), для статических – длительность удержания позы в виси (с).

Вис на перекладине (удержание тела на перекладине) – для оценки статической выносливости. Исследовалась общая выносливость, оценивалась характеристика силовой выносливости рук. Участник тестирования выполнял вис на перекладине, высота которой регулировалась в соответствии с ростом ребенка. Перед началом теста он вставал на подставку высотой 15-20 см, хватом сверху держась за перекладину, опускался с подставки и принимал положения вися. После выполнения теста ребенок прыгал на гимнастический мат. Участник тестирования выполнял две попытки (пауза между ними 1,5-2 мин. для отдыха), фиксировался лучший результат.

«Подъем туловища в положение сидя за 30 с» – оценка силовой выносливости туловища (рис. 1).

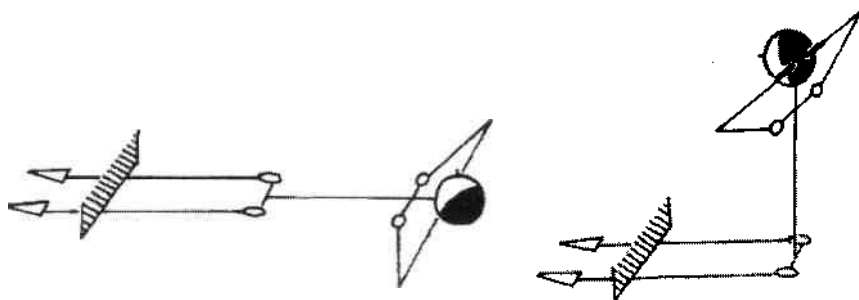


Рис. 1. Подъем туловища в положение сидя за 30 с

Исследование общей выносливости. Результаты биомеханических исследований циклических физических упражнений, которые являются основным средством развития общей выносливости, свидетельствуют, что одним из ее структурных компонентов является динамическая силовая выносливость. Уровень развития силовой (динамической) выносливости отражает уровень функциональной работоспособности, нервно-мышечной работоспособности в структуре техники физических упражнений циклического характера [Вильчковский, 1983, 118; Мальований, 2003, 90; Романенко, 2005, 290]. В связи с этим мы изучали возрастные закономерности развития у детей со сколиозом силовой (динамической) выносливости. С этой целью мы использовали тест «подъем туловища из исходного положения лежа на спине за 30 с», который рекомендован программой по физической культуре для общеобразовательных школ Украины. Содержание теста был следующим: участник тестирования приобретал исходное положение лежа на спине. В течение 30 с ученик поднимал туловище в вертикальное положение и снова опускал его. Ритм двигательных действий он определял самостоятельно. Результат теста определялся максимальным количеством раз правильно выполненного подъема туловища. Предоставлялась только одна попытка.

Аэробную выносливость (общую) исследовали с помощью теста «бег за 5 мин.» [Романенко, 2005, 290; Сергієнко, 2001, 360; Сергієнко, 2001, 439]. Тест состоит в определении длины дистанции, с точностью до 1 м, которую ученик может преодолеть за 5 мин.

Аналогичным тестом является тест Купера, но, в соответствии с ним, продолжительность бега должна составлять 12 мин. или 6 мин. в сокращенном варианте. Имея в виду, что мы работаем с детьми, имеющими недостатки опорно-двигательного аппарата, мы выбрали менее длительный период времени выполнения теста.

Возрастные закономерности развития скоростной выносливости у детей со сколиотическими проблемами позвоночника изучали по методике Б. В. Сермеева, В. А. Шекурова [Романенко, 2005, 290]. Содержание указанной методики состоит в том, что сначала у участников исследования определяли максимальную частоту движений во время бега на месте за 5 с. По максимальной частоте движений определяли частоту движений ног во время бега на месте с интенсивностью, которая составляла 70% от максимальной. Для этого мы использовали данные специальной таблицы [Романенко, 2005, 290]. При определении скоростной выносливости у участников исследования их фиксировали лонжей, как и при определении максимальной частоты движений. Метроном задавал частоту бега, с наступлением усталости и при неправильном выполнении теста процедуру останавливали.

Время, зафиксированное с точностью до 1 с, выполнения равномерного бега на месте с заданной интенсивностью является результатом теста. В процессе исследования дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата и дети контрольной группы выполняли физическую нагрузку аэробной выносливости в зоне 60% и 70% от результата максимального теста.

Поскольку мощность анаэробного энергетического обеспечения нервно-мышечной работоспособности имеет высокий уровень корреляции с показателем реализации общей выносливости [Пристиньский, 2004, 23; Містулова, 1996, 20], максимальное потребление кислорода организмом учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата мы изучали с помощью методики, которая была описана Л. П. Сергиенко [Сергієнко, 2001, 360]. Физиологической основой методики является наличие прямой зависимости между скоростью бега и максимальным потреблением кислорода организмом учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата различного возраста и пола.

Прогнозирование максимального потребления кислорода по результатам бега на различные дистанции осуществлялось на основе специальных таблиц. В таблицах приведены прогнозируемые величины максимального потребления кислорода (МПК) для детей [Романенко, 2005, 290; Сергієнко, 2001, 360].

Информативность и объективность методики исследования максимального потребления кислорода организмом учеников, больных сколиозом, в условиях двигательной деятельности, объясняется тем, что МПК определяется согласно результатам бега учеников на указанных дистанциях.

Для определения адаптационных возможностей и оптимальной дозировки физических нагрузок необходимо было изучить физическую работоспособность детей со сколиотической проблемами позвоночника. Физическая работоспособность определялась по результатам велоэргометрического теста PWC170 [Сафонова, 2000, 243; Лях, 2000, 192].

Физическая нагрузка дозировалась с учетом массы тела. Велоэргометрически моделировали работу умеренной мощности – 1,5 Вт на кг – продолжительностью 3 мин. в положении сидя на велоэргометре. Частота педалирования составляла 60 оборотов в мин. ЧСС регистрировали в течение 20 с в конце нагрузки пальпаторно. Уровень физической работоспособности рассчитывали по формуле:

$$PWC170 = (\text{мощность нагрузки} \times (170 - \text{ЧСС в покое})) / (\text{ЧСС после нагрузки} - \text{ЧСС в покое}).$$

Для изучения физиологических факторов развития общей выносливости использовали методику определения индекса Скибински. С помощью этого индекса комбинированно оценивали функцию дыхательной системы и ССС. У школьника определяли жизненную емкость лёгких (ЖЕЛ, мл). Затем, после отдыха 1-2 мин., определяли ЧСС в сидячем положении. После этого школьник

выполнял пробу с задержкой дыхания (с) на вдохе. Определяли индекс по формуле: $J = (\text{ЖЕЛ} / 100 \times \text{затримка дыхания}) / \text{ЧСС}$. Оценивали функциональное состояние ребенка так: (а) индекс меньше, чем 5 – очень плохо; (Б) 5-10 – неудовлетворительно; (В) 10-30 – удовлетворительно; (Г) 30-60 – хорошо; (Д) более 60 – очень хорошо.

3. Общая выносливость – «Челночный бег» с заданной скоростью, где исследовалась общая выносливость, оценивалась общая кардио-респираторная выносливость.

4. Скоростные способности – «частота постукиваний» – это тестирование по скорости, которое характеризует скорость движений руками. «Челночный бег 10 раз по 5 м» – тестирование скорости бега.

5. Ловкость (равновесие) – тест «Фламинго». Для оценки статического равновесия – поддержание устойчивого положения на одной ноге. Участнику тестирования предлагали зафиксировать устойчивое положение на одной ноге. Другая нога согнута, а ее пятка касается коленного сустава опорной ноги, руки на поясе, голова прямо. Необходимо удерживать это положение как можно дольше. Регистрацию времени по секундомеру начинали после фиксации устойчивого положения, а заканчивали в момент потери равновесия.

Общие указания: небольшие качания тела не сочли потерей равновесия; регистрацию времени проводили с точностью до 0,1 с; поддержание статической позы проводили на правой и левой ноге, лучший результат заносился в протокол.

6. Гибкость (подвижность в тазобедренных суставах). Оценивали характеристики подвижности позвоночника. Гибкость определяли за выполнением упражнений: наклон вперед в положении сидя («складка»). В наших опытах гибкость определяли с помощью доступных линейных измерений.

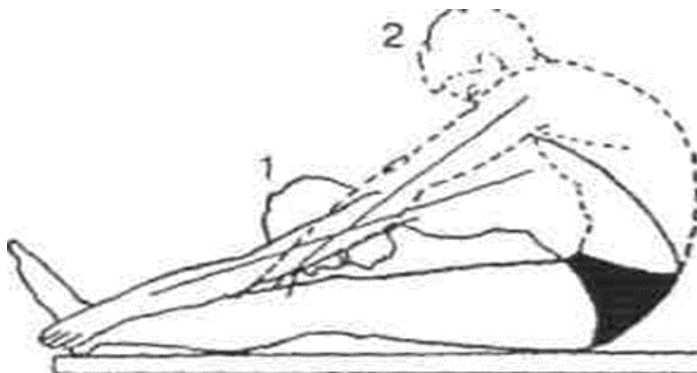


Рис. 2. Определение подвижности в суставах позвоночного столба при наклоне туловища вперед сидя на полу или скамье

Разработанная нами методика позволила с высокой точностью зафиксировать релевантные показатели с задачами исследования, достичь цели работы, обеспечить нужную достоверность результатов и выводов исследования.

Врачебно-педагогические наблюдения. Педагогические наблюдения проводили для определения эффективности предложенных методик, контроля уровня развития двигательных качеств и влияния данной методики на функции детей со сколиотической проблемами позвоночника.

Программа врачебного контроля включала проверку медицинских карт и медицинское обследование. Исследование состояния здоровья в течение исследования проводилось 8 раз (ежемесячно). Дополнительные медицинские осмотры детей проводились 2 раза в год: в начале и в конце учебного года.

Результаты врачебно-педагогических наблюдений способствовали научному обоснованию разработанной и применяемой в педагогическом эксперименте комплексной методики, позволяющей осуществлять одновременно коррекцию недостатков физического развития, двигательных качеств и

активизации функций организма. Это положение и появилось обоснованием для выполнения исследования.

Статистический анализ полученных результатов проводили по методу вариационной статистики с определением средней величины (M), средней ошибки (m). Разницу средних величин считали вероятной по критерию Стьюдента $\leq 0,05$.

Полученные в результате исследований данные физического развития детей, больных сколиозом, сравнивали с аналогичными показателями здоровых детей (таблица 1).

Таблица 1

**Антропометрические показатели детей, больных сколиозом
в возрасте 10-12 лет**

Показатели	Дети со сколиотическими заболеваниями позвоночника (n=30)			Условно здоровые дети (n=30)		
	M±m	G	V	M±m	G	V
Возраст, полных лет	11,45±0,06	0,27	2,36	11,55±0,06	0,27	2,34
Рост, см	142,1±0,7	3,22	2,27	149,25±0,96***	4,29	2,87
Масса, кг	37,55±0,8	3,22	8,57	37,8±0,72	3,22	8,5
Периметр грудной клетки на вдохе, см	70,1±0,8	3,48	4,96	74,35±0,72***	3,22	4,33
Периметр грудной клетки на выдохе, см	64,5±0,6	2,95	4,57	66,95±0,72**	3,22	4,8
Периметр грудной клетки на паузе, см	66,1±0,66	2,95	4,46	70,1±0,78***	3,48	4,96

Примечание. ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ по сравнению с детьми со сколиотическими проблемами позвоночника.

Разница между среднегрупповыми показателями детей, больных сколиозом, и здоровых детей составила 0,87% ($p > 0,1$), то есть группы были репрезентативными.

По показателям роста разница составила 7,15 см, то есть у здоровых мальчиков значения были на 5,03% выше ($p < 0,001$). Это свидетельствует о том, что здоровые дети выше благодаря правильно сформированной осанке. Квадратическое отклонение (G) и коэффициент вариации (V), как показатель рассеивания значений у здоровых мальчиков и девочек были на 33,23% и 26,43% выше, что указывает на неоднородность группы здоровых детей и соответствует стандартам благодаря развитию ростовых параметров в этом возрасте. Масса тела была больше у здоровых детей – на 0,25 кг (или на 0,66%), чем у детей, больных сколиозом ($p > 0,1$). Показатель V у детей, больных сколиозом, был на 0,82% больше, что, возможно, связано с наличием различных видов патологии.

Сравнение показателей периметра грудной клетки выявило некоторые различия: у здоровых детей периметр на вдохе оказался больше на 6,06% ($p < 0,001$), на выдохе – на 3,8% ($p < 0,01$), на паузе – на 6,05% ($p < 0,001$). Большая экскурсия грудной клетки здоровых детей может быть отражением лучших респираторных возможностей, признанным критерием которых является ЖЕЛ. G на вдохе и на паузе у здоровых детей был выше, соответственно, на 9,15% и 7,97%. Подобные увеличения отмечали и для значения V – соответственно, 5,03% и 11,2%.

Поскольку размеры тела человека находятся в тесной корреляционной связи друг с другом, показательными является не абсолютные значения антропометрических измерений, а относительные – индексы, вычисленные на основе абсолютных значений. Анализ данных антропометрических исследований показывает, что за массой тела и по возрастным характеристикам у

детей, больных сколиозом, обнаруженные снижены респираторные и ростовые характеристики.

Результаты расчетов индекса физического развития (ИФР) и оценки уровня функциональных и подвижных способностей по А.Д. Дубогай (Дубогай О.В., 1995, 220; Дубогай О.Д., 2002, 66) представлены в таблице 2.

Таблица 2

Шкала оценки функциональных и подвижных способностей детей, больных сколиозом (по А.Д. Дубогай)

Значение ИФР, у.о.	Уровень функциональных и двигательных способностей
Меньше 23,1	Низкий
23,1-31,9	Ниже среднего
32,0-37,9	Средний
38,0-42,8	Выше среднего
Больше 42,9	Высокий

Поскольку в группе больных детей среднее значение роста и массы тела составляло, соответственно, 142,1 см и 37,55 кг, а периметр грудной клетки на паузе – 66,1 см, то легко высчитывается ИФР = $142,1 - (37,55 + 66,1) = 38,45$ у.е., то есть уровень функциональных и подвижных способностей в группе детей со сколиотической проблемами позвоночника был выше среднего. В группе здоровых детей среднее значение роста и массы тела составляло, соответственно 149,25 см и 37,8 кг, периметр грудной клетки на паузе – 67,1 см. УФР = $149,25 - (37,8 + 67,1) = 44,35$ у.е., то есть уровень функциональных и подвижных способностей в группе здоровых детей выше, чем у детей со сколиозом.

Мы разделяем мнение других исследователей [Алексеева, 1978, 16; Боген, 1989, 52; Васильев, 2005, 44; Кашуба, 2004, 77], что оптимальная масса тела детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата облегчает восстановительное влияние коррекционных упражнений на организм, поэтому было решено более углубленно остановиться на оценках массы тела. Оптимальную массу тела детей со сколиозом мы рассчитали по формуле Т.Ю. Круцевич для детей 10-12 лет: $((7 \times B) - 5) / 2$ 3, где B – возраст испытуемых. Оптимальная масса тела детей со сколиозом составила 34,57 кг, здоровых детей – 34,92 кг. После определения оптимальной массы тела выражали фактическую массу в процентах. Разница в пределах 1-14% свидетельствовала о нормальной массе тела, в пределах 15-29% – об ожирении 1 степени, 30-49% – об ожирении 2 степени, 50-99% – об ожирении 3 степени, 100% и более – об ожирении 4 степени.

Фактическая масса тела в процентах от оптимальной у больных детей оказалась больше на 8,62%, у здоровых детей – на 8,24%, то есть в обеих группах отмечено нормальную массу тела для данного возраста.

Обобщая результаты расчетов физического развития, мы пришли к выводу, что по массе тела и возрастным характеристикам группы детей, больных сколиозом, и практически здоровых детей достоверно разные. У здоровых детей обнаружены лучшие респираторные и ростовые характеристики. По расчетам ИФР и оценке уровня функциональных и подвижных способностей по А.Д. Дубогай [Дубогай, 1995, 220; Дубогай, 2002, 66], уровень функциональных и подвижных способностей в группе детей, больных сколиозом, выше среднего, в группе практически здоровых детей – высокий. При расчете массы тела в процентах от должной было отмечено, что она соответствовала возрасту как у здоровых, так и у больных сколиозом детей.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) детей при выполнении пробы С. П. Летунова в исходном состоянии перед тестированием характеризовался незначительным отклонением показателей детей со сколиозом от группы практически здоровых детей (таблицы 3 – 4.). Среднее арифметическое значение ЧСС детей со сколиозом равно 96 в мин., что было достоверно выше, чем у здоровых детей ($p < 0,001$). ДК ЧСС у детей, больных сколиозом, на 36,4%, В – на 36,3%, V – на 30,9% превышали аналогичные показатели практически здоровых детей. В состоянии покоя артериальное диастолическое давление (АДД), артериальное систолическое давление (АСД) и пульсовое давление (ПД) были выше среднегрупповых значений практически здоровых детей на 3,9-6,4%, что отражает неодинаковое функционирование ССС детей, больных сколиозом, в состоянии покоя. После 20 приседаний, на первой минуте восстановления, наблюдали недостоверные различия в динамике увеличения ЧСС: у детей с проблемами позвоночника пульс вырос до 132,3 ударов в минуту. (Изменения от исходного состояния составили 37,8%), а в группе практически здоровых детей – до 126,5 ударов в минуту. (Изменения 5,0%).

Пульсовое давление у детей с проблемами позвоночника увеличилось по сравнению с исходным уровнем на 66,5%, у здоровых детей – на 63,75%. У детей, больных сколиозом, наблюдали увеличение АСД на 20,03%, у здоровых – на 17,07%, а АДД уменьшился соответственно на 9,9% и 14,7%. После бега на месте в течение 15 с на первой минуте восстановления наблюдали значительные изменения всех показателей.

METODY OKREŚLANIA WSKAŹNIKÓW ROZWOJU CECH
MOTORYCZNYCH DZIECI [...]

Таблица 3

**Артериальное давление и частота сердечных сокращений у детей, больных сколиозом
в возрасте 10-12 лет при выполнении пробы С.П. Летунова**

Показатели	Исходное состояние	20 приседаний	15 с, бег	3 мин., бег	5 мин., восстановление	Максимальные изменения
ЧСС						
M=m	96±0,9	132,3±1,5	160,5±1,3	142,6±0,8	103,3±0,9	67,19 %
ДК	15	26	23	24	16	
О	4,02	6,97	6,17	6,43	4,29	
V	4,19	5,27	3,84	4,5	4,15	
АСД						
M=m	108±0,54	129,7±0,8	153,3±0,78	136,3±0,7	99,9±1,2	41,88 %
ДК	16	14	20	16	20	
О	4,29	3,75	5,36	4,29	5,36	
V	3,97	2,89	3,5	3,15	5,36	
АДД						
M=m	66,5±1,7	60,5±1,5	55,5±1,08	58,5±1,4	62±1,2	16,5 %
ДК	18	25	18	17	20	
О	4,82	6,7	4,82	4,55	5,36	
V	7,25	11,07	8,67	7,8	8,6	
ПД						
M=m	41,55±1,03	69,2±1,14	97,8±1,14	77,6±0,9	37,9±0,96	135,38 %
ДК	18	19	19	15	16	
О	4,82	5,09	5,09	4,02	4,29	
V	11,6	7,35	5,2	5,18	11,35	

Таблица 4

Артериальное давление и частота сердечных сокращений у здоровых детей 10-12 лет
при выполнении пробы С.П. Летунова

Показатели	Исходное состояние	20 приседаний	15 с, бег	3 мин., бег	5 мин., восстановление	Максимальные изменения
ЧСС						
M±m	92±0,66	126,5±1,02**	150±0,8***	138±1,2**	97,2±0,84***	63,59 %
ДК	11	17	14	19	14	
О	2,95	4,55	3,75	5,09	3,75	
V	3,2	3,6	2,49	3,68	3,86	
АСД						
M±m	102,5±0,84	130±0,84	152±1,8	128±1,08***	96,5±0,8*	48,29 %
ДК	14	14	18	18	14	
О	3,75	3,75	4,82	4,82	3,75	
V	3,66	3,12	3,17	3,76	3,88	
АДД						
M±m	62,5±0,9*	54,5±1,32**	45±1,8***	52,5±1,2**	58±0,84**	38,9 %
ДК	15	22	18	17	14	
О	4,02	5,89	4,82	4,55	3,75	
V	6,43	10,8	10,7	8,67	6,46	
ПД						
M±m	40±1	65,5±1,8	107±0,9***	75,5±1	38,5±0,8	167,5 %
ДК	17	18	16	18	14	
О	4,56	4,82	4,29	4,82	3,75	
V	11,4	7,36	4	6,38	9,7	

Примечание. * – p < 0,05, ** – p < 0,01, *** – p < 0,001 по сравнению с показателями детей, больных сколиозом (таблица 3).

ЧСС, АСД, ПД как у детей со сколиозом, так и у практически здоровых детей, относительно исходного состояния увеличились, соответственно, на 6,19% и 63,59%; 41,88% и 48,29%; 135,38% и 167,5%. АДД снизился на 16,5% у первых и 38,9% – у других ($p < 0,001$). Таким образом, эта нагрузка выявила значительные изменения по среднегрупповым показателям между группами детей, больных сколиозом и практически здоровых детей в ЧСС, АДД и ПД. По показателям АСД различия были недостоверными.

После бега на месте в течение 3 мин. с частотой 180 шагов в 1 мин., на первой минуте восстановления у детей, больных сколиозом, ЧСС, в среднем, увеличилась против исходного уровня на 48,59%, у практически здоровых детей – на 50,27%. АСД снизилось на 25,96% у детей с заболеваниями позвоночника и на 24,9% у здоровых детей ($p < 0,001$). АДД снизилось, соответственно, на 13,67% и 19,05%. ПД увеличился на 86,76%.

Регистрация показателей на пятой минуте восстановления показала, что в обеих группах наблюдали неполное восстановление исследуемых параметров. ЧСС оставалась увеличенной на 7,66% у детей со сколиозом и на 5,65% у здоровых детей. АДД и ПД были ниже уровня на 7,25% и 9,63% у детей со сколиотическими проблемами позвоночника, и на 7,76% и 9% у здоровых детей. Оценивая реакцию ССС на бег в течение 3 мин. в темпе 180 шагов в мин., отметили большую реактивность системы кровообращения по ЧСС и ПД детей со сколиозом. Максимальные изменения показателей зарегистрированы в обеих группах после 15 с бега, которые были в большей степени выражены у детей со сколиозом (по ЧСС – на 67,19% от исходного состояния).

Следует отметить, что в обеих группах встречались лица как с признаками брадикардии (10-12%), так и с выраженной тахикардией. Последнюю в большинстве случаев (65%) наблюдали среди детей, больных сколиозом. Однако следует учитывать особенности детей

этого возраста, где ЧСС в 90 ударов в минуту, и АД 100/60 мм рт. ст. были приняты нами контрольные (нормативные) показатели. Таким образом, было установлено, что АДД после 15 с бега существенно уменьшалось у здоровых детей.

Отметим большую реактивность у здоровых детей в АСД и ПД: на 48,29% и 167,5%, хотя в состоянии покоя у детей со сколиозом АСД и АДД были больше на 5,55 и 4 мм рт. ст. Среднегрупповые данные обнаружили различия в реакции ССС на комплексную пробу С.П. Летунову между больными и здоровыми детьми в возрасте 11-12 лет.

Нами проведен индивидуальный анализ при общем количестве типов реакций. Установлено, что к нормотоническому типу в группе детей со сколиозом отнесены 40% обследованных, к гипертоническому – 40%, к дистоническому – 10% и к гипотоническому – 10%, в то же время, как в группе здоровых детей нормотоническую реакцию обнаружили 70% обследованных, гипертоническую – 20%, дистоническую – 10%. Следует отметить, что все обследованные со сколиозом, кто в большей, кто в меньшей степени, имели отклонения не только в структуре и функциях позвоночника и осанки, но и ССС. В целом, проведение пробы С.П. Летунова способствует определению функционального состояния организма детей со сколиотической проблемами позвоночника, готовности данного контингента к более сложным испытаниям – тестам для характеристики развития двигательных качеств.

Таким образом, анализ показателей развития двигательных качеств показывает, что у мальчиков по скорости (челночный бег 10 раз по 5 метров) и по подвижности в тазобедренных суставах между группами значения были недостоверно отличными, по всем остальным показателям достоверно отличались. У девочек между группами со сколиозом и здоровым подобные показатели были обнаружены в гибкости, равновесии, содержании тела на перекладине

и в общей выносливости, по всем остальным показателям отмеченные недостоверные различия. Лучшие показатели у девушек, чем у мальчиков, отмеченные в гибкости. Это характерно для данного возраста, по всем остальным показателям лучшие результаты были у мальчиков.

Резюме. Разработанный комплекс поэтапной реабилитационной коррекции нарушений психофизического развития у детей, больных сколиозом, предупреждает прогрессирование сколиотических поражений позвоночника и способствует воспитанию правильной позы и воспитанию правильной осанки.

Разработанный и предложенный комплекс поэтапной коррекции и реабилитации детей, больных сколиозом, приводит к улучшению показателей физического развития учащихся: увеличение роста (на 12,5-20,2%); массы тела (на 46,9- 56,8%), периметру грудной клетки на вдохе (на 20,8-33,0%), на выдохе (22,7-28,5%), в период паузы (на 23 , 4-32,3%) как у мальчиков, так и у девочек.

Зарегистрированные изменения результатов развития двигательных качеств у детей с проблемами позвоночника в различной по степени нарушений двигательных функций: возросла общая выносливость (на 13,6-17,4%), сила и выносливость мышц туловища (на 47-50%), скорость (на 18,3-35,3%), гибкость (на 75-90%).

По итогам проведенного исследования была разработана программа по физическому воспитанию для детей со сколиотической проблемами позвоночника (теоретические сведения по физической культуре, специальные и общеразвивающие упражнения, дыхательные упражнения, упражнения на воспитание правильной позы и формирования правильной осанки, профилактики и коррекции сколиотической деформации, плоскостопия, элементы игр, легкой атлетике, а также упражнения на расслабление) с ограничением

упражнений на скорость, силу и выносливость, дистанции ходьбы и бега, рекомендуются к внедрению в школах.

Прекращение коррекции в условиях специализированной санаторной школы-интерната в период активного роста позвоночника ведет к прогрессированию деформации позвоночника.

2.3. Rola adaptowanego wychowania fizycznego w systemie kompleksowej rehabilitacji osób całkowicie niewidomych i niedowidzących

2.3. The role of adaptive physical education in the system of complex rehabilitation of totally blind and visually impaired

Annotation. This research paper highlights the leading role of adaptive physical education (APE) in physical rehabilitation and socio-psychological adaptation of people with disabilities. With the use of various APE, the restoration and development of psychophysical abilities takes place, playing one of the leading roles in the socialization and integration of people with disabilities.

Nowadays, in ZabGU and WSG, due to the increase of students with developmental disabilities, both Paralympic sports and various adaptive sports games are being intensively developed. Professional education acts as a factor in the socio-pedagogical adaptation of students with health problems.

Влияние АФК на психофизическое состояние здоровья инвалидов

По данным ВОЗ, в настоящее время, в мире регистрируется более 1 млрд. людей (около 15% населения), имеющих разнообразные формы инвалидности. Из них, от 110 до 190 млн. взрослых, имеют

значительные трудности функционирования. В России на 1.12.2019 г. зарегистрировано более 11 млн. 200 тыс. людей, имеющих инвалидность. Масштаб инвалидности зависит от множества факторов: социально-экономического развития страны, наличия благоприятной экологической среды, состояния здоровья нации и др.

На фоне увеличения инвалидизации населения, определенно, отмечается рост значимости социализирующих практик в отношении лиц с нарушениями здоровья. Одним из важнейших направлений работы с данной категорией населения, является адаптивная физическая культура и спорт (АФК), способствующая развитию системы комплексной реабилитации лиц с инвалидностью.

Применение разносторонних форм АФК, является эффективным, а в ряде случаев и единственным реальным направлением физической реабилитации (ФР) и социально-психологической адаптации населения, имеющих ограничения по здоровью.

Гуманизация взглядов на состояние ограниченных возможностей, в ходе социальной эволюции, представляется актуальной с точки зрения понимания сущности и перспектив здоровьесберегающих технологий, включающих и АФК, преемственности и взаимной связи форм двигательной активности человека, подготовки специалистов и принятия взвешенных управленческих решений в этой области человеческой деятельности.

По данным сотрудников Института физической культуры и спорта университета Высшей школы экономики (WSG), в Польше и других европейских странах, среди пожилых людей и инвалидов, достаточно популярна физическая активность, представляющая собой комплекс разнообразных экскурсионно-познавательных, рекреационного и лечебно-оздоровительного отдыха, сохранения физической формы и необходимого уровня физической подготовленности [Кохан, Скалий, 2019, 324].

АФК является одним из приоритетных направлений в системе реабилитационных подходов к данной категории людей. Этот термин используется в разновидности физической культуры, которая предназначена для лиц, имеющих различные нарушения физического или психического характера, возникающих в результате острых или хронических форм заболеваний, травм или врождённого дефекта. Целью АФК является активизация положительных морфофункциональных реакций организма инвалидов и формирования необходимых двигательных координаций, физических качеств и способностей. Кроме того, средствами АФК может происходить восстановление и развитие психофизических способностей, профилактическая направленность возникновения вторичных изменений, таких как нарушение познавательной деятельности, эмоционально – волевой и личностной сферы. Занятия АФК, совместно с одноклассниками, в специальных медицинских группах, оказывают позитивное влияние на показатели здоровья и психоэмоциональную сферу.

Необходимо акцентировать внимание на решение выполняемых в ходе занятий по АФК, задач:

- обеспечение дозированной мышечной активности и стимулирование естественного иммунитета;
- снижение нервно – эмоциональных нагрузок и гипокинезии;
- нервно – эмоциональной сферы на новые объекты внешней среды, отвлечение студентов с ОВЗ от утомляющего и часто отрицательного воздействия в повседневной жизни;
- развитие коммуникативных способностей, положительно влияющих на адаптационные процессы.

В процессе формирования у студентов с нарушением здоровья положительной мотивации и предрасположенности к занятиям АФК, необходимо предусмотреть определенные педагогические условия, которые включают:

- организацию в образовательном процессе университета благоприятной среды для осознания значимости АФК;

- планирование занятий по АФК с учетом специфики группы, а также рекомендаций, согласно индивидуальной программе реабилитации и абилитации для лиц с инвалидностью.

- организация занятий на основании принципа взаимосвязи и преемственности между различными видами и формами физической активности, с учетом условий и возможностей поведения учебных занятий.

Совершенно необходимо выделять значение АФК в процессе получения образования студентов с нарушением здоровья.

Обучение в вузе позволяет, приемлемо, организовывать дозированный режим двигательной активности, который является обязательным условием способности студента с патологией, поддерживать физическую и умственную активность в условиях учебного процесса.

АФК ставит своей целью не только условия поддержания здоровья студента с недостаточными ресурсами, но и восстановление его социальных функций, корректировку психологического состояния. Целью АФК является адаптация студентов с ограниченными способностями в социуме и трудовой деятельности. Средства системы физического воспитания в вузах должны быть разработаны в строгом соответствии с коррекционно-компенсаторными задачами, учитывая особенность нозологии заболевания каждого студента. Для чего необходимо применять специальные упражнения, разнообразные индивидуальные и коллективные адаптивные игры с целью коррекции и компенсации функционального состояния психофизического здоровья студентов, испытывающих значительные трудности при движении координации и сохранения равновесия.

В этом случае особую значимость приобретают занятия АФК, так как разнообразие дозированных физических нагрузок положительно влияют не только на костно-мышечную систему, но и на психологическое состояние студентов с инвалидностью и ОВЗ.

В многочисленных работах Евсеева С. П., раскрыта суть АФК, которая занимает особое место в структуре реабилитационных и коррекционных мероприятий, потому что по специфике своего действия оказывает влияние не только на физическое и психическое состояние человека, но и на расширение его социального опыта [Евсеев, 2016, 346; Евсеев, 2016, 384].

Григорьев А.Ю. и Кондратьев В.В. в своих исследованиях рассматривают АФК в качестве органической части общего воспитания личности, включающая в себя, социально – педагогический процесс, цель которого укрепление и сохранение здоровья индивида, гармоничное формирование форм и работы организма, его физических способностей и качеств, организации и повышение двигательных навыков, необходимых в повседневной жизни [Григорьев, 2014, 29-38; Кондратьев, 2012, 141]. На рисунке 1 представлены виды АФК:

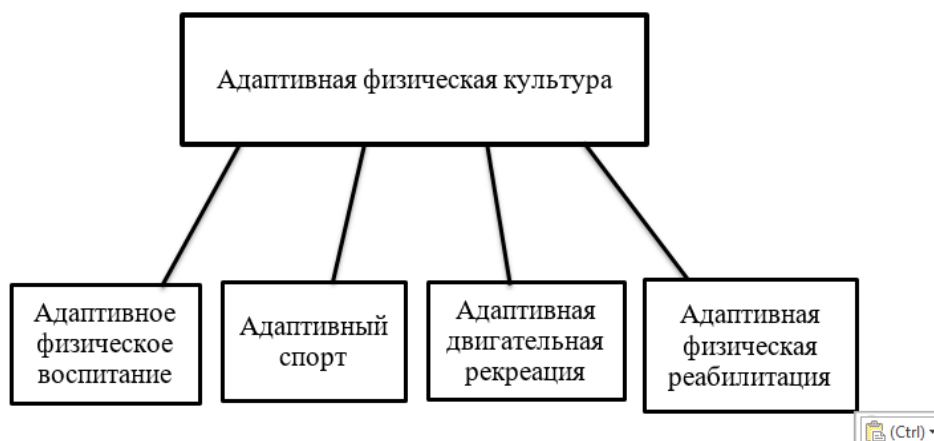


Рис. 1. Виды АФК

1. Адаптивное физическое воспитание (АФВ) необходимо для поддержания здоровья студентов, сохранения хорошей физической формы, приобщения к здоровому образу жизни и, конечном итоге, улучшения качества жизни.

АФВ оказывает благоприятное влияния на личностно-мотивационное развитие студента, становление морально – волевых и духовно – нравственных качеств, формирование более активного общественного положения [Правдова-Шуя, 2013, 100; Кохан, 2009, 198].

Традиционными средствами АФВ у студентов, имеющих ограничения, являются физические упражнения, спортивные адаптивные игры и другие формы благоприятного воздействия на организм. Оптимальный оздоровительный и развивающий эффект может быть реализован при условии комплексного использования выделенных средств физической культуры.

2. Адаптивный спорт (АС). Основные задачи АС заключаются в достижении определённых успехов существующих видов АС, исследовании мобилизационных и интеллектуальных ресурсов, технологий, влияющих на развитие АФК и АС. Федерация спорта слепых (ФСС) России была создана в 2001 году. В настоящее время идет активное развитие спорта слепых с их участием на мировых, европейских и паралимпийских турнирах.

Спортсмены с проблемным зрением, в соответствии с правилами международной спортивной ассоциации слепых – IBSA, разделяют на функциональные классы:

Класс В1 – острота зрения хуже, чем LogMAR 2,60 (недостаток светопроекции или ее наличия неспособность определить тень руки на любом расстоянии и направлении).

Класс В2 – возможность определить тень руки на любом расстоянии до остроты зрения в диапазоне от LogMAR 1,50 до 2,60 и/или сужения полей зрения менее чем 10°.

Класс В3 – острота зрения в диапазоне от LogMAR 1,40 до 1 и/или сужение визуального поля до диаметра менее чем 40° (IBSA, 2010).

По правилам IBSA спортсмены, выступающие в классе В1, во время турниров должны иметь светонепроницаемые очки, контроль за которыми осуществляет судья.

3. Адаптивная двигательная рекреация (АДР) в своей структуре носит полифункциональный характер, ориентированный на превентивные мероприятия по восстановлению физических сил людьми с инвалидностью, в ходе выполнения различных форм жизнедеятельности. В основе АДР лежит двигательная деятельность, ориентированная на удовлетворение потребности в активной отдыхе, повышению жизнестойкости и всестороннего совершенствования личности.

4. Адаптивная физическая рекреация (АФР) направлена на восстановление временно-утраченных и нарушенных функций, у лиц с различными формами инвалидности, в результате перенесенных острых и обострения хронических заболеваний, полученных травм, психического и физического истощения. Для устранения функциональных нарушений, активно используются разнообразные средства АФР: ЛФК, массаж, аквакинезитерапия, гигиенические и естественно-средовые факторы и др.

Необходимо отметить, что АФК является одной из самых эффективных и востребованных форм и методов социально-психологической адаптации студентов с ограничениями по здоровью в вузе. Восстановление физической форм данных студентов играет одну из ведущих ролей их социализации и интеграции. Приобретенные навыки будут способствовать укреплению здоровья и формированию полноценного с психической точки зрения мироощущения.

Численность незрячих людей на континенте в 2020 году, ориентировочно составляет 75 млн. абсолютно слепых и до 200 млн. имеющих нарушения зрения. В России, по оценке МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, количество незрячих составляет порядка 100 тысяч человек. Каждый год около 45 тысяч человек по всей стране из-за нарушений зрения становятся инвалидами из них до 20% инвалидов по зрению – молодежь.

Среди основных приоритетов социально-экономической политики РФ на 2016-2020 годы, сделан акцент на широкое распространение стандартов здорового образа жизни, включающие в себя создание необходимых условий для занятий, в частности, адаптивной физической культурой и спортом лиц, имеющих нарушения здоровья.

Значимость АФК и адаптивных видов спорта для незрячих и имеющих различные степени зрительных нарушений, крайне актуальна. При этом, в комплексной реабилитации и социальной адаптации занятия АФК и адаптивным спортом не имеют аналогов, равноценных по силе воздействия на разные стороны здоровья лиц с отклонениями в состоянии здоровья [Митин, 2013, 18; Попов, 2005, 136]. Необходимо отметить, что если для здоровых людей физическая активность является обычной потребностью в повседневной жизни, то для инвалидов по зрению занятия АФК и адаптированными видами спорта жизненно необходимы, потому что являются естественным и практическим методом одновременно физической, медицинской и социальной реабилитации.

В зависимости от степени нарушения зрения люди с данными проблемами делятся на две категории. Слепые (незрячие), к которым, по мнению В.З. Денискиной относятся:

Первая категория -

- незрячие со светоощущением;
- незрячие со свето и цветоощущением;

- незрячие, с остротой зрения от 0,005 до 0,009;
- незрячие с предметным остаточным зрением в пределах 0,01-0,04 (на лучше видящем глазу с коррекцией очками);
- лица с остротой зрения до 1, (100%), но границы поля зрения сужены до 10-15° или до точки фиксации [Денискина, 2011, 64].

Кроме того, безусловно, категория незрячих включает и лиц с полным отсутствием зрительных ощущений.

Вторая категория – слабовидящие, с остротой зрения (0,05 до 0,2) на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь несоответствие в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

Исследования отечественных ученых Л. С. Выготский, А. Г. Литвак, Л. И. Солнцева и др. свидетельствуют, что нарушение движений, неполнота, фрагментарность и обедненность восприятия образов и представлений возникают в результате первичного дефекта зрения, образуя наряду с этим ряд вторичных недостатков, неизменно отражающиеся на изменении игровой, учебной – трудовой и другой разнообразной работе.

Многолетней практикой работы отечественных и зарубежных специалистов с аномальными пациентами доказано, что наиболее действенным способом коррекции и компенсации их дефектов является разноплановая деятельность, включающая физическую реабилитацию через занятия АФК.

По мнению В. П. Ермакова, Л. И. Плаксиной, Л. И. Солнцевой и др., адаптивные спортивные игры и АС способствуют адаптации инвалидов к изменяющимся жизненным условиям, увеличивают их функциональность и условия жизнедеятельности, способствуют коррекционно-компенсаторной деятельности двигательной сферы и мобилизуют морально-волевые качества.

Физическое развитие и нравственное воспитание не являются изолированными процессами, так как социальное и общепсихическое формирование осуществляются в контексте становления личности человека. Игровая деятельность создает предпосылки для реабилитационных процессов первичного зрительного недостатка, которые свидетельствуют раскрытия его социального опыта, своих возможностей, апробации приобретенных навыков, служит также школой проверки нравственности и активного использования двигательной сферы.

При аномалиях органа зрения проявляется недостаток динамических перемещений, что, несомненно, приводит к гипокинетической болезни. В основе ее лежат гипокинезия и гиподинамия, их кумулятивное воздействие [Томенко, 2010, 24]. Гиподинамия предполагает абсолютное или относительное снижение объема силовой двигательной активности, которая сопровождается незначительными мышечными усилиями. При гипокинезии отмечается малая степень физических энергозатрат на мышечную нагрузку, а также снижением координационной деятельности [Попов, 2009, 608].

Дефекты зрения относятся к наиболее распространенным врожденным порокам, при которых замедляются навыки общения, нарушается формирование предметных представлений и развития эмоциональной сферы.

При планировании физических нагрузок в профилактических, тренировочных и коррекционных целях двигательной сферы для особых студентов, преподаватель должен учитывать существующие закономерности: глубокое знание функционального состояния нервной системы; физические нагрузки различного характера, применяемые локально и интегрально в профилактике и коррекции двигательной сферы студентов с патологией, в каждый момент проведения занятий должны быть оптимальными с учетом

функционального состояния их нервно-мышечной системы и системы внутренних органов [Мухин, 2010, 423]. Систематические дозированные нагрузки увеличивают работоспособность компенсаторных механизмов, восстановление способности к манипулятивным действиям. Профессиональная деятельность и социальная активность студента-инвалида в значительной степени определяется физическим состоянием и функциональными возможностями организма [Томенко, 2010, 24].

Разнообразие психофизических особенностей и нарушений развития зрения существенно затрудняет контроль уровня физической подготовленности студентов.

По данным Шапковой Л. В. осуществление принципа единства диагностики и коррекции, являющегося ведущим в методологии АФК, требует помимо учета структуры имеющихся расстройств развития, непрерывной оценки в течении физкультурно-педагогической активности.

Различные психофизические особенности студентов с отклонениями в здоровье раскрывают особые образовательные потребности, которые требуют специфического приспособления как организационно-структурной, так и содержательной стороны педагогического процесса [Шапкова, 2003, 464].

Необходимо отметить существующие проблемы в работе с инвалидами:

- дефицит адаптивных спортивных сооружений и отсутствие условий, дающих возможность инвалидам пользоваться физкультурно-спортивными сооружениями, отсутствие специализированного инвентаря;
- труднодоступность их для инвалидов;
- отсутствие безбарьерной среды;
- недостаток профессиональных кадров в области АФК, умеющих работать именно с инвалидами;

– недофинансированность АФК;

– низкий уровень мотивации к занятиям АФК у значительной части инвалидов, имеющих различные патологические нарушения.

Для решения вышеперечисленных проблем необходимо:

– открытие городских физкультурно-спортивных клубов инвалидов и создание условий для занятий АФК и спортом;

– обеспечение архитектурной доступности спортивных объектов;

– утверждение календаря спортивно-массовых мероприятий с инвалидами в муниципальных образованиях по четырем направлениям: спорт для глухих, спорт для слепых, спорт для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата, адаптивная физическая культура.

Голбол в структуре физической реабилитации незрячих и слабовидящих людей

Голбол как средство комплексной реабилитации может использоваться как на занятиях АФК, так и в системе дополнительного образования инвалидов. Однако специальных исследований, посвященных изучению игры как средства коррекции физического и нравственного развития незрячих людей в психолого-педагогическом аспекте, до настоящего времени не проводилось.

Голбол является паралимпийским видом спорта, в котором проявляется не только мастерство, но и необходим расчет и концентрация. Игроки должны иметь прекрасное восприятие пространства и молниеносную реакцию для блокирования мяча, который может лететь с высокой скоростью [Муляр, 2002, 45]. Изучение немногочисленных литературных источников, сведения интернета не дают исчерпывающего представления о предпосылках возникновения, этапах развития, обстоятельствах изменений в разных странах спортивных игр для слепых и слабовидящих людей.

Придумали игру голбол в 1946 г. австриец Ганс Лоренцен и немец Сепп Райндле в целях реабилитации слепых ветеранов войны [Брискин, 2010, 120]. Процесс физической реабилитации, через игру в голбол, базируется на принципах интереса к жизни, убеждения, что человек, даже потеряв зрение, может многое сделать и быть нужным и полезным. Отсюда такие строгие правила игры, интенсивность и высокая динамика. Так, скорость движения мяча достигает 60 км, а на владение мячом одной из команд дается восемь секунд [Винник, 2010, 608].

Презентация голбола на международных соревнованиях, способствовала популяризации командной игры во всем мире (Davis R.W., 2002). В 1972 г. на IV Паралимпийских играх (Хайдельберг, ФРГ) игра впервые была продемонстрирована широкой публике. В 1976 г. на V Паралимпийских играх (Торонто, Канада) под эгидой Организации спорта инвалидов (ISOD) состоялись показательные матчи по голболу. В 1978 г. в городе Волкмаркет, Австрия состоялся I чемпионат мира по голболу. На VI Паралимпийских играх в г. Арнем, Нидерланды в 1980 году голбол был включен в официальную летнюю программу соревнований. В 1981 году в Париже, представители более чем 30 стран, участвующих в спорте для слепых, объединились в Международную федерацию спорта слепых (IBSA). Были разработаны правила игры в голбол, регламент проведения соревнований, утверждены требования к инвентарю и оборудованию. Название игры «goalball» (голбол), произошедшее от английского перевода слова «torball» стало официальным [Houwen, 2009, 492].

Для безопасности игроков, в 1989 г. IBSA приняло решение уменьшить вес мяча до 1,25 кг, для играющих обеих полов. По не уточненным данным, сегодня, в около 70 странах в голбол играют лица с нарушениями здоровья по зрению.

По правилам в игре участвуют 2 команды по 3 игрока. Игра проводится в спортивном зале, где на полу размечена маркировка в

виде прямоугольной площадки, размером 9x18 метров поделенные на две половины центральной линией. На двух противоположных краях площадки стоят 9 метровые ворота [Толмачев, 2004, 108].

Игра проводится озвученным мячом, который помогает ориентироваться в зоне защиты или нападения [Davis, 2002].

Цель игры в голбол состоит в том, чтобы забить гол, бросая летящий мяч мимо ворот соперника, в тоже время как при броске другой команды, остановить звенящий мяч, оставив свои ворота в неприкосновенности [IBSA, 2010; www.teoriya.ru].

Существуют главные принципы техники и стратегии игры, которые включают в себя соблюдение условий: правила, снаряжение, судейство и др.

Тактическая подготовка игроков в голболе учитывает освоение личными, командными и групповыми действиями. К личным действиям относятся: ловля и передача мяча, атаки по воротам. Групповая тактика рассчитана на слаженные действия нескольких игроков. Командная тактика – это взаимодействие всей команды.

Техническая подготовка игроков подразумевает анализ техники выполнения приёмов во время игры и в процессе тренировок.

Большая роль отводится психологической подготовке участников соревнований и ориентирована на развитие волевых качеств личности. Она состоит из трех направлений работы:

- общей психологической подготовки;
- психологической подготовки к соревнованиям;
- управления нервно-психическим восстановлением спортсмена.

Общая психологическая подготовка учитывает развитие личности и межличностных взаимоотношений, развитие спортивного интеллекта.

В процессе общей психологической подготовки уделяется внимание соревновательной мотивации, эмоциональной

устойчивости, саморегуляции и дисциплине в соревновательной ситуации.

Адаптация студентов, имеющих проблемы по зрению, в университете неоднородна и осложнена многочисленными негативными факторами: дефицит коммуникабельности, фобии, ориентирование в социуме, привычка к снисходительному отношению, неуверенности в своих способностях и возможностях.

У лиц с нарушением зрения, происходят изменения функционального состояния двигательного анализатора, в связи с чем возникает снижение ориентации в пространстве, общей координированности движений, точности и быстроты, формированию двигательных навыков [Гаврилова, 2013, 32; Кондратьев, 2012, 141; Смирнов, 2013, 34].

Коррекция физического развития незрячих студентов, занимающихся голболом

В настоящее время в ЗабГУ и Университете Экономики (WSG), в связи с увеличением поступления студенческой молодежи с индивидуальными особенностями развития, интенсивно внедряются, как паралимпийские, сурдолимийские виды спорта, так и различные адаптивные виды спортивных игр. В стенах университетов предоставлена возможность научиться и совершенствовать своё физическое развитие, спортивное мастерство. Профессиональное образование выступает как фактор социально-педагогической адаптации студентов с инвалидностью и ОВЗ и играет главную роль в социализации и интеграции в общество.

Коллектив института спорта и физической культуры WSG г. Быдгощ в 2016 году разработал и внедрил, в образовательный процесс, программу АФК, включающую в себя алгоритм проведения занятий и тренировочного процесса для студентов, имеющих дисфункцию зрения. Вторым направлением работы сотрудников института является подготовка специалистов, осуществляющих

учебно-тренировочный процесс с данной категории лиц. Не маловажное значение имеет и организация волонтерской деятельности студентов – будущих специалистов в области физической культуры и спорта.

Ежегодно на спортивных площадках WSG проходит ряд чемпионатов Польши и циклических турниров, в соответствии с планом мероприятий Польской ассоциации академического спорта. Студенческая молодежь университета, постоянно принимает участие в интеграционном турнире по голболу, во время Студенческой ювеналии под названием «Ювеналия без барьеров».

На территории Забайкальского края расположено 9 высших и 26 средне-специальных учебных заведений. Во всех вузах и ссузах организовано проведение занятий по АФК, вместе с тем, индивидуализация занятий по нозологиям заболеваний у студентов, популяризации адаптивных видов спорта и игр крайне затруднена по ряду причин: — отсутствие доступности спортивных объектов, специализированного центра для занятий АФК и спортом инвалидов и лиц с ОВЗ, технического инвентаря, подготовленных специалистов и тренеров, специализированного транспорта и т.д. Все вышеперечисленные проблемы не способствуют популяризации и развитию адаптивных видов спорта в крае.

В ЗабГУ в настоящее время активно развиваются паралимпийские виды спорта — парабадминтон и голбол (тренер — директор спортивного клуба университета Буторин А. А.). Активные студенты с инвалидностью отмечают личный рост физического развития и наличия мотивации совершенствоваться, улучшать свои достижения и успехи, тем самым являясь примером для подражания не только для особых студентов, но и студентов без нарушения здоровья.

В 2016 году в университете было закуплено необходимое оборудование и инвентарь для игры в голбол и с этого времени наш

университет является единственной площадкой в Забайкальской крае, где проводятся тренировки и турниры по данной игре.

С 2017 года в ЗабГУ организован тренировочный процесс по голболу, который осуществляется в физкультурно-оздоровительном комплексе «Университет». Ежегодно проводится краевой турнир по паралимпийским и адаптивным видам спорта «Инклюзив-спорт», организаторами которого являются сотрудники регионального центра инклюзивного образования ЗабГУ и Министерства физической культуры и спорта Забайкальского края. Одним из видов турнира является голбол, в котором принимают участие не менее 8 мужских и 6 женских команд. Другим соревнованием, практикующим голбол, является городской турнир среди инвалидов – «Параспорт в ЗабГУ».

Цель нашего исследования – влияние голбола на коррекцию физического развития и морфофункционального состояния студентов с инвалидностью по зрению. Гипотеза состояла в том, что наибольшая эффективность коррекционно-воспитательной работы с абсолютно слепыми и частично видящими студентами может быть достигнута лишь при внедрении активных видов деятельности, в частности игрой, обеспечивающей физическое и психическое развитие.

Для изучения игры слепых и слабовидящих студентов использовался системный метод, включающий анализ компонентов игры, ее элементов в их взаимосвязи. Учитывались степень и уровень развития учащихся в их игровой деятельности, трудности в организации условий проведения.

Применение целостного подхода к анализу игры слепых и слабовидящих позволяет изучить ее как многоуровневое, полифункциональное средство коррекции, обеспечивающееся сенсорно-перцептивными, мыслительными и двигательными процессами различного уровня. Использование целостного подхода к изучению игры слепых и слабовидящих людей позволило нам выявить некоторые ее виды, наиболее способствующие коррекции

физического и нравственного развития студента, имеющего нарушения зрения.

Показана эффективность игры, как средства коррекции физического и нравственного развития слепых и слабовидящих студентов, на основе исследований систематических занятий голболом.

Уровень физического развития, игровых и двигательных действий, взаимодействий и взаимоотношений слепых и слабовидящих студентов зависят от характера первичного дефекта и особенностей вторичных отклонений, продолжительности периода коррекционной работы, что соответствует данным авторов [Davis, 2002; Karakaya, 2009, 129].

Методика обучения слепых и слабовидящих студентов двигательным игровым действиям, включающая в себя поэтапную подготовку к игре с использованием психотехнических и игровых корригирующих упражнений и заданий, формирующая игровые навыки, двигательные умения, владения элементами психотехники (релаксация; саморегуляция и др.), зависит от характера первичного зрительного дефекта и особенностей вторичных отклонений у различных людей с нарушением зрения.

Организация игры слепых и слабовидящих студентов с учетом типов социального поведения людей в играх и их влияния на основные виды объединений в играх позволяет использовать ее как средство коррекции физического и нравственного развития людей с нарушением зрения.

Учет зрительного дефекта, состояния двигательной сферы, связи между двигательными, предметными и игровыми действиями, сюжетом и ролевыми отношениями, игровыми взаимодействиями и взаимоотношениями между играющими, степени их зависимости друг от друга в процессе в совместной игровой деятельности позволяют построить классификацию игр и их иерархию,

характерную для людей с нарушением зрения, а также формы и методы формирования моральных и этических норм и правил поведения, условия их реализации в совместной игре слепых и слабовидящих студентов.

Игра в голбол для слепых и слабовидящих представляет собой целостное, многоуровневое, полифункциональное, жизненно необходимое средство коррекции, которое обеспечивается различными сенсорно-перцептивными, мнемическими, мыслительными и двигательными процессами.

В современных и зарубежных публикациях игра рассматривается как «разносторонний» объект исследования, отличный от «специфического» объекта исследования [Гаврилова, 2013, 32; Смирнов, 2013, 34; Hughes, 2002, 754].

Наличие первичного зрительного дефекта сказывается на качестве игровой деятельности, ограничивает возможности людей в использовании игр различного диапазона. Глубокое поражение или ограничение функций зрительного анализатора создает трудности при овладении и всеми структурными компонентами игровой деятельности: сюжетом, игровыми действиями, содержанием, ролью и практическим действием, что и определило своеобразие разработки методики исследования игры как средства коррекции физического и нравственного развития людей.

Необходимым условием формирования игры у слепых и слабовидящих является то, что педагоги используют потенциальные возможности каждого студента, опираясь на учение об общих и специфических закономерностях развития аномальных людей [Винник, 2010, 608; Мухин, 2010, 423; Евсеев, 2016, 346; Евсеев, 2016, 384; Толмачев, 2004, 108; Попов, 2009, 608]. Исходя из этого положения, для нас было важно определить общие и специфические закономерности в развитии игровой деятельности слепых и слабовидящих студентов.

Обобщая вышеизложенные материалы, анализ функциональной роли игры в развитии людей с патологией зрения, позволяет нам представить системную роль воздействия игры во всем объеме педагогического процесса учреждения.

Таким образом, на основе проведения теоретического исследования нами выделены следующие функции игры: воспитывающая, развивающая, социально-адаптивная, упражняющая, формирующая, регулирующая, организующая и компенсаторно-коррекционная.

В ЗабГУ обучается 22 студента с нарушением зрения, из них 14 человек - юноши. При подготовке к комплектованию мужских команд, было проведено вводное информационное занятие в аудиальной и мультимедийной формах, с разъяснением и предоставлением экипировочных принадлежностей, специальных мячей для игры в голбол, производства Германия.

В результате общения установлено, что из всех присутствующих (14 человек), только 2 студента слышали об игре голбол. 8 учащихся при обучении в средней школе и колледжах адаптивной физической культурой вообще не занимались.

По итогам вводного занятия согласия на тренировки и выступления в соревнованиях изъявили 12 студентов. Из них, 3 тотально слепых (В1 – 1 группа инвалидности) и 8 слабовидящих, имеющих 2 и 3 группы (В2-В3). Тренировочный процесс заключался в повышении уровня физической выносливости, координации движений, скоростно-силовых качеств, улучшения слуха и ориентировке в пространстве.

Исследования компенсаторных возможностей физического развития студентов с проблемным зрением проводилось в сентябре и контрольное в мае. Тренировочный процесс проходил 2 раза в неделю по 1,5 часа в течении 9 месяцев с сентября по май, в период учебного процесса в вузе. Также, физические нагрузки включали в себя

еженедельные 4-х часовые занятия АФК. Эффективность подготовки определялась по результатам на краевых и городских соревнованиях по голболу.

Для осуществления нашего исследования были проведены: анализ малочисленной литературы по данной проблематике, педагогический эксперимент (вставить вверх). Полученные результаты обработаны методом математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение.

Для выявления показателей общей физической подготовленности, в начале (сентябрь) и в конце (май) эксперимента были проведены исследования незрячих и слабовидящих студентов, занимающихся голболом.

Для определения сгибательной силы кистей обеих рук, в начале и конце эксперимента проводилась кистевая динамометрия. Данные измерений предоставляют возможность следить за качественным приростом показателей подготовки голболистов. Расчетные показатели динамометрии правой и левой рук, студентов с нарушением зрения, за период с сентября по май возросли в среднем: правая рука - на 6,5 кг, что составило 15,4 %, левая рука — на 3,9 кг (10,3 %). При подсчете абсолютной и относительной силы кистей рук, соотнесенной с массой тела (норма — 60-70 %), получены следующие результаты. Средняя масса тела всех исследуемых, практически не претерпела изменений в период исследований и составила в среднем — 68 кг.

Средний показатель относительной силы правой руки до эксперимента составлял 62%, что является нормой, а левой руки — 55 %. В конце проведения исследований в мае данные показатели достоверно увеличились и составили: на правой руке — 72 %, на левой увеличились до — 61 %, что соответствует нижней границы нормы.

Рост данных показателей крайне важен в тренировочном процессе, применяя дозированные физические нагрузки. Разнообразные методики по общефизической подготовке, позволяют правильно выбрать и сбалансировать нагрузку на различных этапах обучения (Смирнов О.С., 2013, 34).

Вторым важным показателем, необходимым для игры в голбол, являются скоростно-силовые качества рук, которые определялись с помощью измерения дальности полета мяча. Учитывая степень физических недостатков, неразвитой силы пояса верхних конечностей, имеющихся нарушений двигательного контроля и координации, что соответствует исследованиям [Hughes, 2002], на первых тренировочных занятиях мы использовали баскетбольный мяч для слепых со звуковым сигналом, вес которого в два раза легче (635 гр.), чем для игры в голбол.

В настоящее время влияние степени нарушения зрения на эффективность и устойчивость при выполнении движений незрячих до сих пор обсуждается (Houwen S, 2009, 492). Отмечено, увеличение показателей метания голбольного мяча по итогам наблюдения за весь девятимесячный период. Так, на 9,4 м. увеличилась дальность полета мяча при броске правой рукой и на 4,7 м. – левой.

В основную группу упражнений, необходимых для совершенствования скоростно-силовой выносливости и координированности, необходимо включать и прыжок с места. В виду отсутствия достаточного развития мышц нижних конечностей, сила толчка при прыжках составила в сентябре $192,14 \pm 19,31$ см. В мае эти показатели достоверно увеличились до $199,43 \pm 11,13$. Считаем, что увеличение показателей у студентов, занимающихся голболом (рост на 10,9%) произошел за счет отработки техники прыжка и достижения координации двигательной активности во всех фазах прыжка.

Помимо скорости броска, мы ввели упражнения на точность попадания в девятиметровые ворота, которые, условно, были

разделены на три позиционные зоны: левая, центральная, правая. Зачеты осуществлялись по десяти броскам мяча, с линии защиты и нападения по каждой из зон ворот. На «отлично» - 8 попаданий, «хорошо» - 6, «удовлетворительно» - 4. На начальном этапе тренировок, зонных бросков на «отлично» не было, на «хорошо» выполнено - 20% попаданий и «удовлетворительно» - 47%. К окончанию эксперимента, точность бросков достигла на «отлично» - 31%, «хорошо» - 36%, «удовлетворительно» - 43%.

Для поддержания тонуса мышц и развития физической силы, использовали комплексное упражнение – отжимание от пола. В начале эксперимента среднее количество отжиманий составило – $10,3 \pm 1,8$ раз. В заключении исследования этот показатель вырос в 2,1 раза и составил $21,63 \pm 3,78$ отжиманий.

Одним из показателей уровня тренированности и скоростно-силовой выносливости у студентов с нарушением зрения, занимающихся гольфом является итоговое количество приседаний за тридцать секунд. Полученные данные, достоверно, указывают на рост силовой выносливости у игроков. Так, вначале эксперимента среднее число приседаний составляло – $20,43 \pm 3,27$ раз, в мае среднее число приседаний увеличилось до $24,86 \pm 3,81$. В целом, за девятимесячный период, количество приседаний за тридцать секунд выросло на 12,1%.

Анализируя полученные результаты исследования изменений физической подготовленности незрячих и слабовидящих студентов, в ходе тренировочных занятий по гольфу в течении 9 месяцев, необходимо отметить, имеющиеся достоверные изменения в их физической подготовке и возможности.

Выводы. Установлено, увеличение мышечной выносливости, в ходе тренировочного процесса, с применением, как индивидуального,

так и комплексного подхода в выполнении всевозможных упражнений и технических заданий.

Зарегистрированы средние темпы прироста улучшений скоростно-силовых качеств у занимающихся голболом.

Улучшение качества игровых и тактических навыков, которые позволили командам студентов университета по голболу занять первые и призовые места на различных турнирах.

Занятия голболом содействуют двигательной активности тотально слепых людей, увеличению коммуникационных и адаптационных способностей, совершенствованию физических качеств с целью возрастания их социальной активности.

Таким образом, АФК в вузе является вспомогательным средством, способствующим осознать, что инвалидность не является препятствием для ведения полноценной активной жизни. Участие в спортивных мероприятиях, турнирах, чемпионатах помогает развивать самостоятельность, уверенность, профессионализм, укрепляет эмоциональное состояние, что в итоге благоприятствует преодолению негативных психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценности и социальной значимости.

2.4. Trenażery w rekreacyjnej i rehabilitacyjnej kulturze fizycznej studentów

2.4. Simulators in the recreational and rehabilitation physical education of students

Annotation. The importance of the organization of the educational process lies in its attractiveness, emotionality and diversity in the choice of forms, means and methods. Particular attention should be given to the

implementation of innovative technologies in the educational process aimed at more efficient development of physical qualities and improvement of special abilities and skills of students. For this purpose, it is necessary to create modern gyms available for everyone under the conditions of the university, and for extra classes outside the study time, create mini gyms at the dormitory. The study of the state of this problem shows that the use of modern technologies in the educational process makes it possible to effectively affect the neuromuscular apparatus of those who exercise by the local impact on independent muscle groups, to increase the motor density of drills by reduced downtime and repetitive exercises.

A special place in the organization of the training process must be given to recreational and rehabilitation physical education. Such training provides an opportunity to influence the body with the goal of: developing proper posture; correction of various diseases of the spine; receiving a fat-burning effect; overweight reduction; improving the functionality of the body.

Recreational physical culture is a motor activity aimed at restoring reduced body functions and increasing the working capacity of students.

When organizing physical recreation, special exercises performed on exercise machines aimed at improving health, improving the level of professional and applied training and restoring the working capacity of students will be effective.

Special recreational training using exercise machines creates the opportunity to recover faster after physical exertion, to eliminate the imbalance of physical development.

Rehabilitation physical culture is intended for people with deviations in the state of health, so its main goal is to restore the body. Active modern rehabilitation necessarily includes exercises in gym according to special programs, as well as training in therapeutic and recreational gymnastics. Exactly exercise machines are a safe form of movement, as they do not

create pain sensations. They make it possible to locally work on aching parts of the body and avoid pressure on certain areas.

To achieve this aim it is necessary to devote a special place to the introduction of modern exercise machines in the educational process, aimed at more efficient development of physical qualities and the sanitation of student youth in the process of studying at a university.

Педагогическая направленность использования тренажеров в физическом воспитании студентов

В физическом воспитании студентов тренажеры применяются как учебно-тренировочные устройства, направленные на более эффективное развитие основных двигательных качеств, совершенствование спортивной техники в различных видах спорта, рекреационной и реабилитационной физической культуре.

Тренажеры по своему воздействию на организм могут воздействовать: локально – когда в работе участвуют отдельные мышечные группы; регионально – когда в работе участвует примерно третья часть мышц; для общего воздействия – когда в работе участвует большинство мышц.

Технические особенности тренажеров зависят от конструктивных решений, которые определяются необходимостью преимущественного развития одного или одновременно нескольких двигательных качеств. Занятия на тренажерах дают возможность занимающимся воздействовать на организм с целью: развития правильной осанки; коррекции различных проблем позвоночника; получения жиросжигающего эффекта; снижения избыточного веса; улучшения функциональных возможностей организма; организации занятий при различных отклонениях в состоянии здоровья.

В учебно-тренировочной практике существуют различные классификации тренажеров: по назначению – для физической, технической, тактической подготовки; для восстановления работоспособности и контроля за функциональным состоянием

организма занимающихся; по структуре – механические, электрические, с обратной связью, со срочной информацией; по принципу действий – светозвукотехнические, электромеханические, цифровые моделирующие, кибернетические; по форме обучения – индивидуального, группового и поточного использования; по логике работы – с линейной или разветвленной программой, с альтернативным выбором двигательного действия или со свободным конструированием программы ответа.

Тренажеры можно условно разделить на четыре вида: тренажеры, повышающие выносливость – кардиотренажеры и тренажеры, развивающие силу – силовые тренажеры; тренажеры, направленные на рекреацию и реабилитацию. Кардиотренажеры, в первую очередь, рассчитаны на укрепление сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. Они предназначены для разминки перед основной тренировкой, для более продолжительных занятий с целью укрепления сердечно-сосудистой системы и сжигания жира.

Силовые тренажеры рассчитаны на силовую подготовку занимающихся. В силовых тренажерах в качестве нагрузки используется собственный вес спортсмена или вес отягощений.

Рекреационные тренажеры, направлены на восстановление организма после выполнения физических нагрузок.

Реабилитационные тренажеры направлены на восстановление организма занимающихся после перенесенных травм и заболеваний.

Занимающиеся больше предпочитают тренироваться на тренажерах со свободными весами, так как на таких тренажерах можно подобрать вес индивидуально. За счет использования различных отягощений можно не только быстрее нарастить мышечную массу, улучшить координацию движений и восстановить функциональные возможности организма.

Тренажеры могут эффективно использоваться в оздоровительных целях, обеспечивая ряд преимуществ перед

традиционными средствами. С этой целью рекомендуется придерживаться следующих требований: соблюдать строгую дозировку нагрузки; направлять тренировочный процесс на развитие определенных групп мышц, особенно в период восстановления после перенесенного заболевания.

В физическом воспитании студентов тренажеры позволяют в более короткие сроки решать задачу развития двигательных качеств. Особенно эффективно использование тренажеров при занятиях со студентами, имеющими избыточный вес и определенные проблемы со здоровьем. Наиболее простым способом поддержания здоровья, работоспособности и хорошей спортивной формы являются занятия на всех видах тренажеров.

Педагогическая направленность в организации учебного процесса будет заключаться в том, что учебный процесс необходимо организовывать так, чтобы он был более привлекательным, разнообразным в выборе форм, средств и методов. Особое место в этом направлении рекомендуется отводить внедрению в учебный процесс инновационных технологий, направленных на более эффективное развитие физических качеств и совершенствование специальных умений и навыков студентов. С этой целью в условиях вуза необходимо создавать современные тренажерные залы, доступные для занятий всех желающих, а для дополнительных занятий во внеурочное время оборудовать мини тренажерные залы при общежитиях. Использование таких методик в учебном процессе является одним из перспективных направлений для совершенствования занятий по физическому воспитанию студентов, по состоянию здоровья зачисленных в основное и подготовительное учебные отделения, в специальное медицинское отделение и в группу ЛФК.

Такое направление в организации физической культуры создает предпосылки для целенаправленной подготовки студентов к выполнению зачетных нормативов на более качественном уровне.

Особенностью выполнения упражнений на тренажерах является преимущественное включение в основную часть занятия специальных упражнений, положительно воздействующих на позвоночный столб, суставы и большие мышечные группы. Это могут быть тренажеры, обеспечивающие разгрузку позвоночника, исключая массу собственного тела. Занятия на тренажерах рекомендуется проводить круговым методом, при этом тренировать и укреплять мышцы лучше в такой последовательности – выполнять упражнения для верхнего плечевого пояса, мышц спины, живота и нижних конечностей.

Тренировочные занятия в дневное или вечернее время рекомендуется организовывать не ранее чем через 2-3 часа после приема пищи или после легкой трапезы допускаются занятия через более короткое время.

При занятии на тренажерах особенно важно правильное построение отдельного тренировочного занятия. Физические упражнения будут не эффективными, если нагрузка не достаточна, а чрезмерная по интенсивности нагрузка может вызвать в организме явление перенапряжения.

При организации занятий на тренажерах рекомендуется индивидуальный подход к каждому студенту. Для этого необходимо определить исходный уровень функционального состояния организма занимающихся перед началом тренировочного процесса и затем в процессе занятий контролировать изменение показателей.

Рекреация как средство поддержания работоспособности студентов

Физическая рекреация – это специально организованная двигательная деятельность, направленная на восстановление

сниженных функций организма и повышение работоспособности студентов.

В физическом воспитании студентов рекреация представляет одну из форм двигательной активности, направленной на отдых после выполнения работы разной интенсивности. Она рассматривается как часть физической культуры, основу которой составляет двигательная деятельность умеренной интенсивности с использованием физических упражнений на растягивание, на ловкость, гибкость, а также подвижные и спортивные игры, пеший туризм, велотуризм, плавание, езда на лыжах и коньках. Как правило, в процессе выполнения пассивной или активной работы в течение дня в организме человека наступает усталость.

Студенческой молодёжи приходится на учебных занятиях при прослушивании лекционного и семинарского материалов порядка шести часов и более находиться в аудиториях в статическом положении. В первые часы нахождения без движения, занимающиеся ощущают определенный дискомфорт, которой может проявляться в следующем: быстро устает рабочая рука, ноги затекают, возникает напряжение мышц шеи и спины, замедляется процесс кровообращения, который вызывает изменения в функциональном состоянии организма.

В этом случае для восстановления работоспособности рекомендуется в аудиторных занятиях использовать специально разработанную методику применения рекреационной физической культуры в виде производственной гимнастики, направленной на восстановление работоспособности студентов.

Она представляет собой специальную систему физических упражнений, выполняемых в режиме труда, учебы и направлена на укрепление здоровья студентов, повышения их социальной активности, поддержание высокой работоспособности в течение дня, профилактику травматизма и профессиональных заболеваний.

Комплекс физических упражнений по производственной гимнастике составляется с учетом особенностей характера труда и условий проведения занятий. В комплекс рекомендуется включать разнообразные несложные упражнения, доступные для выполнения. Комплекс производственной гимнастики должен состоять из 6-8 упражнений и выполняться не более 8-10 минут.

При составлении комплекса необходимо пользоваться принятой гимнастической терминологией. Производственную гимнастику рекомендуется выполнять после первого часа второй пары как в первой, так и во второй сменах учебных занятий. Гимнастический комплекс в потоках на лекциях проводят общественные инструктора из числа студентов под руководством преподавателя. В данном случае для организации производственной гимнастики рекомендуется разработать 14 комплексов, рассчитанных на теоретический годовой курс обучения студентов.

Для усвоения комплексов физических упражнений студентами предлагается один комплекс выполнять в течение двух недель, а затем комплекс меняется.

К основным разновидностям физической рекреации рекомендуются: специальные физические упражнения; разнообразие двигательной активности; организация рекреационных занятий во время продолжительной работы в специально отведенное для нее время.

Рекреацию рекомендуется направлять на укрепление здоровья и повышение эмоционального эффекта, комплексно использовать основные и вспомогательные средства, к которым можно отнести физические упражнения различной направленности, естественные силы природы, рациональный режим питания, труда, отдыха и быта.

Физическая рекреация благодаря эффективности, специфике и универсальности, может быть востребована людьми разного возраста, пола, состояния здоровья и физической подготовки.

В результате физической рекреации необходимо добиваться удовлетворения в двигательной активности, получении эмоционального эффекта, переключения с одного вида деятельности на другой, активизации деятельности организма с помощью движений, направленных на восстановления сниженных функций организма.

Основу физической рекреации составляет организация активного отдыха, в процессе которой эффективно будут осваиваться принципы здорового образа жизни и совершенствоваться двигательные умения и навыки.

Физическая рекреация может быть усилена путем организации и проведения деловых игр, которые составляют базу для организации и проведения «Дня здоровья», «Спортивного вечера», «Всей группой на старт» и других форм оздоровительных мероприятий.

При этом в содержание деловых игр необходимо включать элементы различной физической рекреации. По своему содержанию физическая рекреация может быть пассивной. Поскольку при просмотре спортивных и других культурно-восстановительных мероприятий зрители или болельщики не проявляют двигательную активность, однако, сам факт присутствия на таких мероприятиях может выступать в качестве средства физической рекреации.

Основой такой рекреации является присутствие эмоционального, психологического и оздоровительного эффектов.

В практике физического воспитания рекомендуется выделять основные аспекты физической рекреации: биологический, психологический, общеобразовательный и культурно-воспитательный.

При организации физической рекреации эффективными будут специальные упражнения, выполняемые на тренажерах, направленные на укрепление здоровья, повышение уровня

профессионально-прикладной подготовки и восстановление работоспособности занимающихся.

Специальные рекреационные тренировки с использованием тренажеров дают возможность быстрее восстановиться после физической нагрузки; ликвидировать дисбаланс физического развития; улучшать подвижность в суставах.

Реабилитация как средство восстановления работоспособности студентов

Реабилитационная физическая культура предназначена для лиц, имеющих отклонения в состоянии здоровья и направлена на восстановление работоспособности после перенесенных травм и повышение функционального уровня организма занимающихся.

Главной целью реабилитационной физической культуры является восстановление организма.

В активную реабилитацию в процессе физического воспитания студентов обязательно входят занятия на тренажерах по специально разработанным программам.

Упражнения, выполняемые на тренажерах, являются безопасным видом движения, так как не создают болевых ощущений и дают возможность локально прорабатывать больные участки тела, а также избегать нагрузок на определенные мышечные зоны.

Методика, по которой работают реабилитационные тренажеры, основана на комплексной тренировке, направленной на восстановление опорно-двигательного аппарата. В этом случае восстанавливается циркуляция крови в ишемизированной зоне путем включения мышц и связок в работу. Нормальная циркуляция крови и питательных веществ на этих участках ведет к восстановлению мышечной работоспособности и к нормализации работы всего позвоночника и костно-мышечной системы. Оптимальными условиями такого восстановления являются пороговые нагрузки, которые возможны только при использовании реабилитационных

тренажеров. Именно их использование ведет к стимуляции периферического кровообращения и рецепторов нервных окончаний в мышцах.

Это осуществляется в результате индивидуального подбора комплекса физических упражнений, в основе которого лежат занятия на реабилитационных тренажерах. Контроль за правильностью подбора мощности нагрузки на реабилитационных тренажерах осуществляется по показателям частоты пульса.

С целью эффективной организации учебного процесса в подготовительную часть занятия рекомендуется включать упражнения на растягивание мышц нижних и верхних конечностей, увеличивающих амплитуду движений в суставах; упражнения на месте и в движении; маховые движения рук в разные стороны.

Для достижения поставленных задач необходимо особое место отводить внедрению в учебный процесс современных реабилитационных тренажеров, направленных на более эффективное развитие физических качеств и совершенствование специальных умений и навыков у студентов.

Кардиотренажеры в физическом воспитании студентов

Кардиотренажеры, рассчитаны на укрепление сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. К кардиотренажерам можно отнести: велотренажеры, беговые дорожки, степперы, эллиптические тренажеры, гребные тренажеры, райдеры.

Велотренажер – самый популярный вид тренажеров, занятия на них способствуют развитию выносливости, укреплению дыхательной и сердечно-сосудистой систем, тренируют мышцы ног и спины. Регулярные занятия на тренажёре способствуют сбрасывать лишний вес. На бортовом компьютере можно следить за дистанцией, скоростью и пульсом.



Для получения эффекта при использовании велотренажера необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- заниматься рекомендуется регулярно и желательно в одно и то же время; начинать тренировочные занятия с более легкого уровня, т.е. скорость педалирования и нагрузка должны быть минимальными; на начальном этапе рекомендуется заниматься 3 раза в неделю около 30-40 минут;

- после месячной тренировки, когда мышцы окрепнут можно тренироваться ежедневно; при достижении определенного уровня физической подготовки рекомендуется использовать метод интервальной тренировки, в этом случае занимающийся после 3-5 минутной разминки выполняет кручение педалей в спокойном темпе, затем переходит на более интенсивную работу и вновь переходит на умеренную в соотношении 1 минута кручение педалей занимающийся выполняет в быстром темпе, после – 3 минуты в спокойном темпе.

По такой схеме 30-40 минут продолжается интервальная тренировка с последующей заминкой и окончанием занятия.



Тренажер «Беговая дорожка». На сегодняшний день это самый популярный вид тренажеров. Занятие на беговых дорожках считаются одним из самых эффективных методов сжигания жира. Во многом, это объясняется физиологическими причинами: во время бега занимающийся переносит массу собственного тела в пространстве, что максимально ускоряет обменные процессы, сжигая лишние калории и укрепляя организм.

На беговой дорожке можно выполнять различные упражнения в умеренном и быстром темпе. Однако, прежде чем начинать тренировку на беговой дорожке необходимо в течении 10 - 15 минут

выполнить разминку, в содержании которой включают разновидности ходьбы и бега, за тем упражнения для рук, туловища и нижних конечностей. Для разнообразия работы на беговой дорожке предлагается выполнять ходьбу приставным шагом левым, затем правым боком вперёд и ходьбу в гору. Однако, самым эффективным и распространенным видом тренировки на беговой дорожке является интервальный бег, который предполагает смену нагрузки и интенсивности бега во время занятия. После разминки занимающийся выполняет пробежку в медленном темпе 3-5 минут, за тем интенсивный бег в пределах 1 минуты и вновь бег в спокойном темпе. По времени оптимально тренировочный процесс длится до 40 минут с трёхразовым посещением спортзала в неделю.

Тренажер «Степпер». Развивает не только общие для всех кардиотренажеров функции, но и наиболее активно тренируют мышцы ног и таза. Существует два вида степперов: с регулируемой и нерегулируемой нагрузкой. Последние – мини-степперы – состоят из одних педалей и счетчика шагов и времени. В более современных степперах есть компьютер, регулирующий нагрузку, измеряющий пульс, задающий частоту шагов и их ритм. У таких тренажеров есть поручни или рычаги для рук, нагружающие верхний плечевой пояс.



На степперах можно выполнять различные упражнения, однако, прежде чем начать работу на этом тренажёре необходимо выполнить разминку, включив в неё ходьбу, медленный бег и 6-8 общеразвивающих упражнений для рук, туловища и нижних конечностей. Специальные упражнения на степперах рекомендуется выполнять в медленном темпе, затем ускорять их выполнение в основной части и замедлять выполнение упражнения в конце

тренировки. Очень эффективной методикой при организации занятий на степперах будет сопровождение их ритмичной музыкой, которая требует выполнять различные движения в такт музыки. При занятиях на степперах необходимо следить за осанкой, в этом случае вся нагрузка ложится на ноги, туловище слегка наклоняется вперёд, стопы должны полностью опираться на педали. Необходимо следить за темпом движения ног. В начале тренировки темп переступания должен быть невысоким с постепенным повышением частоты шагов. Хороших результатов при тренировке на степперах даёт чередование быстрого темпа ходьбы с медленным. На начальном этапе тренировки рекомендуется заниматься до 15 минут. Затем это время постепенно увеличивается на 5-10 минут каждую неделю и постепенно время тренировки доводим до 40-60 минут.

Эллиптические тренажеры. Это один из новейших видов спортивного оборудования. По степени эффективности эллиптические тренажеры можно сравнить с беговыми дорожками.

Кросс-тренинг (ходьба по эллиптической траектории) сочетает в себе тренировку сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также вносит элементы силовой тренировки для верхней части тела. Считается, что такой «эллипсоидный шаг» целенаправленно задействует различные проблемные зоны и особенно – мышцы ног, ягодиц и бедер. При этом занятия на эллиптических тренажерах абсолютно безвредны для суставов. Конструкция тренажёра позволяет параллельно заниматься тренировкой мышц груди, рук и спины.

Прежде чем начать работу на эллиптическом тренажёре необходимо провести разминку продолжительностью 10-15 минут,



выполнив общеразвивающие упражнения, направленные на разогрев мышц.

На эллиптическом тренажёре движение ногами выполняется как на велотренажёре или велосипеде, но в положении стоя. При этом тело находится в вертикальном положении, что обеспечивает равномерное распределение нагрузки на мышцы ног. На эллиптическом тренажёре рекомендуется так же выполнять ходьбу движением ног на зад, в этом случае больше напрягаются ягодичные мышцы, так как это упражнение выполняется из исходного положения полуприседа. Одновременно при таком движении ног колени поднимаются выше, обеспечивая большую нагрузку на суставы. На данном тренажёре можно выполнять ходьбу в положение приседа. В этом случае, спина выпрямлена, руки вытянуты вперёд, ноги согнуты в коленях. Выполняя такое упражнение можно эффективно развивать силу мышц живота, бёдер и ягодиц. Рекомендуется также ходьбу выполнять с наклоном туловища вперед. Упираясь руками на рукоятки тренажёра, нагрузка на мышцы плеч, спины и живота невысокая, однако в таком исходном положении достаточно эффективно можно развивать мышцы нижних конечностей. На начальном этапе тренировочного процесса на эллиптических тренажёрах рекомендуется организовывать 3-4 тренировки в неделю, продолжительностью каждой 30-40 минут. Шаговая интенсивность не должна превышать 50 шагов в минуту. Очень важно, чтобы при выполнении упражнений ЧСС не превышала 70% от МВП (МВП=220 – возраст). На первых занятиях рекомендуется удерживать небольшую шаговую скорость движения на протяжении всей тренировки. После регулярных занятий на эллиптическом тренажёре в течении месяца рекомендуется постепенно увеличивать интенсивность выполнения специальных упражнений.

Гребной тренажер. Самый универсальный вид тренажеров. Он эффективен для развития выносливости и силы. При тренировках на таком тренажере работают все мышцы тела. При выполнении упражнений на предлагаемом тренажере хорошо тренируются мышцы грудного отдела, спины, рук и ног. Гребные тренажеры эффективно влияют на снижение веса занимающегося.



Перед выполнением упражнений на гребном тренажёре рекомендуется выполнить разминку используя ходьбу, бег и общеразвивающие упражнения для рук, туловища и ног. В процессе тренировки особое внимание необходимо обращать на удержание спины в ровном положении, выдерживая угол наклона туловища назад по отношению к полу примерно в 45 градусов. Все тяговые упражнения на тренажёре необходимо выполнять плавно как вперёд, так и назад. Объем получаемой нагрузки будет зависеть только от количества повторений упражнения. На начальном этапе тренировки время не должно превышать 10-15 минут. В одну минуту рекомендуется выполнять от 10 до 20 тяговых упражнений с постепенным увеличением нагрузки в течении первых двух недель занятий.



Тренажер «Райдер» обеспечивает комплексную тренировку основных групп мышц, способствует увеличению гибкости суставов и активному сжиганию подкожного жира. Данный тренажер обеспечивает плавность и бесшумность при выполнении движений и без излишнего напряжения на суставы и

связки. Конструкция райдера похожа на ножницы и обеспечивает почти бесшумную последовательность движений, при которой за счет подъема и опускания собственного веса нагрузка равномерно распределяется на различные части тела.

Для увеличения нагрузки используются резиновые сопротивления. Упражнения, выполняемые на райдерах, вовлекают в работу все мышцы тела и этим способствуют сгоранию жировых клеток и укрепляют сердечно-сосудистую систему.

Занятия на райдере предшествуют разминке, которая длится в течении 10 минут. В качестве разминки рекомендуется бег на месте, общеразвивающие упражнения для мышц всего тела, прыжки со скакалкой. Обязательно в разминку необходимо включать несколько упражнений на растягивание, это полушпагаты и шпагаты, наклоны туловища вперёд из исходного положения сидя, ноги врозь. Тренировку рекомендуется начинать с малых нагрузок в медленном темпе. Регулярность занятий достаточна 4 раза в неделю, а время отдельной тренировки может быть 15 минут, за тем интенсивность и время учебного занятия постепенно увеличивается. В результате регулярных занятий на данном тренажере можно развивать силу рук, ног и спины, увеличивать рельеф мышц живота и укреплять ягодичные мышцы.

Методические рекомендации при организации занятий на кардиотренажерах

Кардиотренажеры, в первую очередь, рассчитаны на укрепление сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. Основным показателем функционального состояния организма занимающихся является ЧСС. Максимальный эффект от тренировки достигается на кардиотренажере в так называемой «аэробной зоне». Аэробная зона – это частота пульса, равная 60-80 процентам от максимальной величины пульса, которую можно рассчитать по формуле: 220 минус возраст. Как правило, сжигание жира происходит при пульсе,

составляющем от 60 до 70 процентов, укрепление мышц – при 70-80 процентах от максимальной частоты.

Значения пульса зависят от уровня подготовленности занимающихся. На начальном уровне пульс во время занятий должен составлять 60-65 процентов от максимальной частоты, на среднем – 65-70 процентов, на более «продвинутом» уровне – 70-75 процентов.

Узнать свой пульс во время занятий очень просто, так как практически все кардиотренажеры снабжены разными датчиками для его измерения. Существуют датчики-клипсы на ухо, датчики на рукоятках тренажера и нагрудные кардиодатчики.

Силовые тренажеры в физическом воспитании студентов

В силовых тренажерах в качестве нагрузки используется собственный вес спортсмена и вес отягощений.

На силовых тренажерах с использованием веса занимающегося в качестве основной нагрузки хорошо развивается сила, выносливость и гибкость. Уровень нагрузки можно изменить, отрегулировав угол наклона скамьи или за счет использования дополнительных блинов.

В тренировочном процессе предпочтение отводится тренажерам со свободными весами. Тренажеры со встроенными весами более безопасны и позволяют работать над конкретной группой мышц, не вовлекая в процесс остальные. В качестве отягощений здесь используют плоские грузы, удерживаемые фиксаторами и передвигающиеся по направляющим. Эти тренажеры сконструированы таким образом, чтобы автоматически подстраиваться под изменяющуюся силу сокращения мышц.

К силовым тренажерам можно отнести: тренажеры, направленные на развитие силы верхнего плечевого пояса, нижних конечностей, мышц туловища и мышц живота.



Тренажер для развития силы мышц нижних конечностей. Этот тренажер предназначен для тренировки мышц ног и ягодиц. При выполнении упражнений вся нагрузка распределяется на ноги, и снижается травмирование коленного сустава и спины. Из исходного положения лежа на платформе, ноги располагаются на опорной платформе. Медленно приседая до образования прямого угла на сгибе коленного сустава, на выдохе разгибаем ноги и приходим в исходное положение. На начальном этапе тренировки на данном тренажере рекомендуется выполнять упражнение 3 подхода по 8-10 раз. Прежде, чем начать работать на данном тренажере, рекомендуется выполнить ходьбу и бег в медленном темпе, хорошо проработать мышцы верхнего пояса, туловища и нижних конечностей. При выполнении упражнений на данном тренажере задействуются ягодичные мышцы и мышцы голени. Укрепляется тазобедренный, коленный и голеностопный суставы.

Тренажер-платформа (жим ногами). Используется для проработки всех мышц ног. При выполнении упражнений на данном тренажере достаточно прорабатываются мышцы бедра и голени. Из исходного положения лежа на спине, ноги упираются в платформу, в медленном и среднем темпе выполнять сгибания и разгибания ног в коленном суставе. При работе на данном тренажере необходимо подбирать отягощения в зависимости от физического состояния занимающегося. Рекомендуется на начальном этапе тренировки каждое упражнение выполнять в трех подходах по 8-10 раз. Также перед началом работы



на тренажере необходимо выполнить разминку для разогрева организма и особенно тех мышечных групп, которые будут задействованы в работе.



Тренажер для выполнения упражнений при сгибании ног в коленях лежа на животе. На данном тренажере можно эффективно развивать силу мышц сгибателей и разгибателей ног, к которым относятся большая ягодичная мышца, двуглавая мышца бедра, камбаловидная мышца, икроножная мышца, длинная малоберцовая мышца, малый разгибатель пальцев, часть широкой фасции бедра и натягивающая мышца широкой фасции бедра.

При выполнении упражнений на тренажере уменьшается нагрузка на коленный и голеностопный суставы. Для выполнения упражнений занимающийся принимает исходное положение лежа на животе, стопы ног располагаются под валиком, руками держится за ручки тренажера. При выполнении упражнения занимающийся в медленном и среднем темпе сгибает коленный сустав до отказа, затем приходит в исходное положение. Упражнение рекомендуется выполнить 3-4 подхода по 8-10 раз в каждом. Перед началом тренировки рекомендуется выполнить ходьбу и бег, а также 6-8 общеразвивающих упражнений, направленных на разогрев организма.

При выполнении упражнений на данном тренажере можно добиться развития силы сгибателей, разгибателей ног и укрепить ягодичную мышцу.

Тренажер для развития икроножных мышц. На данном тренажере можно эффективно развивает силу икроножных мышц и этим укреплять голеностопный сустав. Для выполнения упражнений необходимо принять исходное положение сидя, руки лежат на ногах, носки ног поставить на опоры и из этого положения выполнять подъем и опускание стопы. Упражнение рекомендуется выполнить 3 подхода по 8-10 раз. Перед началом работы на тренажере лучшими упражнениями для разминки будут разновидности ходьбы – на носках, пятках, на внутренних и наружных сводах стопы, ходьба с пятки на носок, медленная обычная ходьба с переходом на бег. Также рекомендуется выполнить 6-8 общеразвивающих упражнений, направленных на развитие верхнего плечевого пояса и ног.



Тренажер для развития силы грудных мышц «Бабочка». На данном тренажере можно эффективно прорабатывать мышцы верхнего плечевого пояса. Из исходного положения сидя руками захватить движущиеся части тренажера, затем в медленном и среднем темпе выполнять сведение и разведение рук. В этом случае развиваются большая грудная, передняя зубчатая, двуглавая и трехглавая мышцы плеча, дельтовидная и трапецевидная мышцы и широчайшая мышца спины. Разминка должна в обязательном порядке предшествовать работе на тренажере. Рекомендуется выполнить ходьбу, медленный бег, 5-6 общеразвивающих упражнений для рук и туловища, а также 3-4 упражнения на растягивание мышц спины и нижних конечностей.



Тренажер «Римский стул». На данном тренажере можно эффективно развивать силу мышц живота и силу мышц спины. Из исходного положения сидя, ноги находятся под валиком, руки за голову, выполнять наклоны туловища назад и вперед. Можно выполнять повороты туловища влево и вправо. На данном тренажере хорошо прорабатываются мышцы живота, спины и верхнего плечевого пояса. В этом случае нагрузка на суставы минимальная, а мышцы прорабатываются за счет собственного веса занимающегося. Упражнения на данном тренажере рекомендуется выполнять в медленном и среднем темпе. Прежде, чем приступить к выполнению упражнений, необходимо хорошо размяться, выполнив 6-8 общеразвивающих упражнений для рук, плечевого пояса и спины.



Методические рекомендации при организации занятий на силовых тренажерах

На силовых тренажерах необходимо применять отягощения, составляющие от 50 до 70 процентов максимального веса, который может поднять занимающийся. Если упражнение выполняется очень легко, нагрузку следует увеличить. В течение первых пяти тренировок на силовых тренажерах рекомендуется движения выполнять без особого напряжения по 12-15 раз по два «подхода» в каждом упражнении.

Рекомендуется выполнить от 4 до 6 упражнений для нижней части тела, а затем – от 6 до 8 упражнений для верхней.

Начинать работу надо с крупных мышц, а затем переходить к тренировке более мелких. Выполнять силовые упражнения нужно сосредоточено и спокойно. Туловище рекомендуется держать прямо, сохраняя правильную осанку. Фаза опускания веса должна быть примерно в два раза длиннее фазы подъема. Очень важным моментом

при занятиях на силовых тренажерах будет контроль за дыханием. Рекомендуется выдох выполнить при подъеме, а вдох при опускании веса.

Интенсивность занятий на силовом тренажере в каждом конкретном случае устанавливается индивидуально.

Рекреационные тренажеры в физическом воспитании студентов

Особое место в оздоровительной физической культуре студентов занимают рекреационные тренажеры. Они способствуют восстановлению организма после выполнения физических нагрузок. Рекреационные тренажеры просты и доступны в эксплуатации. Их эффективность заключается в следующем: доступность для всех желающих, вне зависимости от возраста и уровня подготовки; возможность регулярно заниматься на свежем воздухе, в любое время года (для уличных тренажеров).

В учебном процессе по физическому воспитанию студентов имеется большое разнообразие рекреационных тренажеров, которые по своей простоте в использовании и эффективности представляют интерес для занимающихся. К ним можно отнести тренажер «Шагомер», «Маятник», «Лыжный тренажер», тренажер «Твистер» и др.



Шагомер предназначен для имитации разновидностей ходьбы, напоминающей одновременно ходьбу на лыжах и обычного прогулочного шага. На данном тренажере эффективно укрепляются суставы, вырабатывается эластичность связок и тренированность мышц спины и нижних конечностей.

Тренажер «Маятник». Принцип работы заключается в свободном раскачивании ног в разные стороны, удерживая корпус в неподвижном состоянии. Рекомендуется использовать для укрепления мышц живота и нижних конечностей.



Лыжный тренажер – имитирует ходьбу на лыжах. Упражнения, выполняемые на данном тренажере, позволяют улучшить осанку и укрепить мышцы спины. На данном тренажере могут заниматься студенты разного возраста и физической подготовки. При выполнении упражнений на данном тренажере

отсутствует нагрузка на позвоночник и суставы.

Тренажер «Твистер». Упражнения выполняются в виде вращений тазом из стороны в сторону, удерживая корпус в неподвижном положении с опорой на пятки. На тренажере «Твистер» можно эффективно развивать подвижность в суставах, укреплять связки и восстанавливать работу опорно-двигательного аппарата.



Методические рекомендации при организации занятий на рекреационных тренажерах

При организации занятий на рекреационных тренажерах тренировка обязательно должна состоять из разминки, основной части и заминки. Перед каждой тренировкой и после нее необходимо выполнять упражнения на растягивание, при этом усиливается кровообращение, происходит разогрев организма, что снижает риск травм.

Применение тренажеров в лечебно-рекреационных целях должно сопровождаться систематическим врачебным контролем и строгим учетом индивидуальных особенностей занимающихся.

На начальном этапе занятий на рекреационных тренажерах рекомендуется определить уровень физического развития и физической подготовленности студентов. Для начинающих предлагаются трехразовые занятия в неделю по 40 мин., с минимальным весом отягощений по 2-3 подхода с повторением упражнений 6-8 раз. По окончании тренировки рекомендуется выполнить по 3-4 упражнения на дыхание и расслабление.

Реабилитационные тренажеры в физическом воспитании студентов

При организации занятий на реабилитационных тренажерах рекомендуется пользоваться специальными программами, предусматривающими занятия лечебной, дыхательной и оздоровительной гимнастикой. Реабилитационные тренажеры являются безопасными при выполнении физических упражнений. Они дают возможность локально прорабатывать больные участки тела и при этом уменьшать нагрузку на определенные зоны.

При занятиях на тренажерах не создаются нагрузки на позвоночник и не появляются скручивающие моменты при выполнении упражнений. Реабилитационные тренажеры имеют большое значение в восстановлении подвижности опорно-двигательного аппарата, укреплении мышц и суставов. Особое значение реабилитационные тренажеры имеют при восстановлении утраченной способности нормально передвигаться, а также при получении травм. Они эффективны для студентов с ослабленным здоровьем, со слабым тонусом мышц, страдающих заболеваниями суставов и болезнями костно-мышечной ткани, перенесших инфаркт миокарда, инсульт, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с

осложнениями в работе дыхательных органов, а также студентов, ведущих малоподвижный образ жизни.

В реабилитационной физической культуре к эффективным тренажерам можно отнести: тренажер «Мотомед», тренажер для верхних и нижних конечностей, тренажер «Виброплатформа», тренажер «Вертикализатор», тренажер имитатор ходьбы «Шаг».



Тренажер «Мотомед»

восстанавливает тонус мышц. Рекомендуется при параличе, людям с нарушенной двигательной способностью, при травмах и патологиях позвоночника, дисфункции опорно-двигательного аппарата. Занятия на данном тренажере позволяют практически полностью вернуть двигательную активность. Тренажер оснащен электродвигателем и позволяет проводить активную или пассивную тренировку.

Тренажер для верхних и нижних конечностей. Направлен на реабилитацию верхних и нижних конечностей. В результате занятий на данном тренажере можно повысить эффективность подвижности конечностей и предотвратить атрофию мышц.



Тренажер «Виброплатформа». В процессе занятий на данном тренажере в работу включаются определенные группы мышц, кровеносные сосуды, сухожилия и опорно-двигательный аппарат, а также улучшается кровообращение, укрепляется нервная и иммунная системы, стабилизируется гормональный баланс. Упражнения, выполняемые на



виброплатформе, оказывают положительное влияние на осанку, состояние костных тканей, сухожилий и суставов.

Тренажер «Вертикализатор».

Применяется для пассивной вертикализации пострадавшего в процессе реабилитации.

Предназначен для лиц, имеющих порезы верхних и нижних конечностей, травмы различной степени и другие отклонения в состоянии здоровья. Благодаря реабилитации в вертикальном положении туловища,

происходит адаптация чувства равновесия, укрепляются внутренние органы и кровеносная система к определенным нагрузкам.



Тренажер имитатор ходьбы «Шаг» предназначен для реабилитации нижних конечностей, посредством упражнений, имитирующих ходьбу. Происходит восстановление функций верхних и нижних конечностей после инсульта и травм позвоночника, а также эффективен при тренировке равновесия.

На данном тренажере комплексы упражнений выполняются в вертикальном положении. При занятиях на тренажере происходит пассивная проработка мышц и суставов нижних конечностей, активно работают верхние конечности вместе с плечевым поясом, также тренируются мышцы живота и спины. В результате занятий на тренажере усиливается дыхательная активность, стимулируется кровообращение, улучшается работа сердечно-сосудистой системы.

Методические рекомендации при организации занятий на реабилитационных тренажерах

Основу методики работы на реабилитационных тренажерах, составляет комплексный подход. Происходит эффективное

восстановление связок, суставов, увеличивается подвижность опорно-двигательного аппарата, развивается координация движений, укрепляется мышечная система.

При организации занятий на реабилитационных тренажерах рекомендуется соблюдать контроль за состоянием организма занимающихся и определять его по внешним признакам. Также, с целью эффективной организации учебного процесса в подготовительную часть занятия рекомендуется включать упражнения на растягивание мышц нижних и верхних конечностей, увеличивающих амплитуду движений в суставах, в основной части рекомендуется подбирать упражнения с определенной нагрузкой в зависимости от физической подготовки студентов, а в заминке лучше использовать упражнения на дыхание и расслабление.

***Круговая тренировка с использованием тренажеров,
направленных на рекреационную и реабилитационную
физическую культуру студентов***

Основным средством при организации круговой тренировки служат в основном несложные упражнения, выполняемые на тренажерах. Простота подобранных физических упражнений позволяет повторять их многократно и комплексно в сочетании с различными отягощениями и без них.

Круговая тренировка должна применяться в сочетании с другими организационно-методическими формами. Это значит, что для круговой тренировки, как правило, отводят не все время данного занятия, а лишь часть его – 15-20 мин., а в остальное время используются другие организационно-методические формы, отвечающие содержанию данной части занятия.

Для комплексного воспитания физических качеств рекомендуется при организации учебного процесса применять различные варианты круговой тренировки. Это даст возможность занимающимся целенаправленно развивать выносливость, если

круговую тренировку проводить по методу непрерывного упражнения, или развивать силовую и скоростно-силовую выносливость, если ее проводить по методу интервального упражнения с определенными интервалами отдыха, или развивать силу, быстроту и гибкость, если круговую тренировку проводить по методу интервального упражнения с полными интервалами отдыха.

При введении круговой тренировки в учебные занятия ее можно организовать в подготовительной и основной части занятия. С этой целью при планировании круговой тренировки в подготовительной части учебного занятия подбираются комплексы физических упражнений, направленные на подготовку организма занимающихся к предстоящей работе в основной части.

На выполнение комплекса упражнений в подготовительной части учебного занятия по методу круговой тренировки лучше отводить 10-15 мин., а упражнения рекомендуется выполнять по методу интервального упражнения с заданным интервалом отдыха.

При самостоятельных занятиях физическими упражнениями по методу круговой тренировки необходимо сделать разминку, выполнив 8-10 упражнений общего воздействия типа зарядки, а затем перейти к выполнению специального комплекса упражнений с отягощениями и на тренажерах.

Методические рекомендации по развитию силы, быстроты, выносливости, ловкости и гибкости методом круговой тренировки

Развитие силы. Для укрепления мышечного аппарата рекомендуется выполнять физические упражнения в динамическом, статическом, собственно-силовом, и скоростно-силовом режимах работы.

Силу измеряют по показателям максимального мышечного напряжения, необходимого для выполнения определенной физической работы. Прежде чем определить метод тренировки,

необходимо знать, какую силу надо развивать. Если занимающиеся ставят перед собой цель развивать максимальную силу, то здесь целесообразно применять круговую тренировку по повторному методу, если же ставить целью развитие скоростно-силовой способности человека, рекомендуем применять круговую тренировку по интервальному методу и, наконец, для развития силовой выносливости необходимо проводить тренировку по непрерывному методу.

При самостоятельных занятиях по развитию силы с использованием метода круговой тренировки рекомендуется занимающимся выполнять упражнения поочередно на определенных, заранее запланированных станциях. Предложенные упражнения рекомендуется выполнять определенное количество раз или за установленный отрезок времени. Последовательность выполнения упражнений на станциях, вид отягощений, число повторения упражнений будут зависеть от поставленной цели занятия.

При организации занятий занимающимся рекомендуется вести самоконтроль за своим самочувствием. Для этого необходимо измерить частоту пульса перед началом тренировки, сразу после тренировочной нагрузки и через минуту после выполнения физической работы.

Если в процессе занятий не наблюдается ухудшения общего самочувствия, нет снижения результатов, это говорит о хорошей работоспособности и правильной организации тренировочного процесса. Рекомендуем, прежде чем приступить к выполнению комплекса упражнений по методу круговой тренировки, сделать пробежку, затем выполнить 6-8 общеразвивающих упражнений типа зарядки, а затем приступить к выполнению основной задачи тренировки.

Развитие быстроты. При организации занятий по развитию быстроты движений рекомендуется всесторонне повышать

функциональные возможности организма, связанные с проявлением высокой реакции и скоростных качеств.

Метод повторного упражнения считается самым эффективным при развитии быстроты, а средствами ее воспитания рекомендуются физические упражнения, которые можно выполнять в максимально-быстром темпе. Скоростные упражнения лучше всего подбирать нестандартного типа. Выполнять их во время проведения игровых эстафет, подвижных и спортивных игр.

Для достижения результатов в увеличении скорости движения необходимо придерживаться двух принципов организации тренировки. Во-первых, рекомендуется в учебный процесс включать упражнения, выполняемые с максимальной скоростью, и, во-вторых, упражнения скоростно-силового характера.

Если при первом варианте построения тренировки добиться повышения скоростных показателей не так-то легко, то при втором варианте, развивая скоростно-силовые возможности, можно достичь высоких результатов и в увеличении скорости.

При развитии быстроты рекомендуется использовать в учебном процессе тренажеры, направленные на развитие быстроты, что даст возможность за более короткий промежуток времени эффективно развивать скоростные качества.

Развитие выносливости. Для развития общей выносливости по методу круговой тренировки рекомендуется в тренировочном процессе постепенно увеличивать физическую нагрузку. Здесь можно использовать бег в чередовании с ходьбой, кроссы, длительный бег небольшой интенсивности, выполняемые при помощи равномерного метода, который является самым эффективным при развитии выносливости.

Общая выносливость является базой для развития специальной выносливости, под которой следует понимать выносливость к определенному виду деятельности. В зависимости от того, какой вид

специальной выносливости необходимо развить, рекомендуется включать в тренировку различные упражнения с отягощениями; с преодолением собственного веса и веса партнера, в висах, упорах; на удержание и фиксацию тех или иных поз с дополнительным отягощением или без него. Эффективным способом развития специальной выносливости будет выполнение упражнений на тренажерах многократно с определенным количеством подходов.

Развитие ловкости. Для развития и совершенствования ловкости рекомендуется использовать самые разнообразные упражнения из спортивных и подвижных игр, легкой атлетики, гимнастики и акробатики. Следует также учесть, что при выполнении сложных координационных движений требуются не только большие физические усилия, но и значительные нервные напряжения. При развитии этого сложного физического качества необходимо вначале выполнять простые, а затем сложные упражнения. Развивать ловкость лучше в начале основной части занятия после выполнения упражнений на гибкость.

Для воспитания ловкости как способности быстро и целенаправленно перестраивать двигательную деятельность, рекомендуется выполнять физические упражнения, связанные с быстрым реагированием на внезапно меняющуюся обстановку. Однако надо учитывать, что упражнения, направленные на воспитание ловкости, ведут к быстрому утомлению занимающихся. Рекомендуется при выполнении комплекса упражнений, направленного на развитие ловкости, использовать интервалы отдыха для полного восстановления организма занимающегося.

Развитие гибкости. Для развития гибкости следует подбирать упражнения на растягивание мышц и связок, выполняемые пружинисто, с постепенным увеличением темпа, амплитуды и продолжительности работы.

Особое внимание при развитии гибкости рекомендуется обращать на подвижность в пояснице, позвоночнике, тазобедренном, коленном, голеностопном, плечевом и локтевом суставах. Для развития гибкости необходимо подбирать упражнения, выполняемые с увеличенной амплитудой движения: пружинистые наклоны из основной стойки, наклоны из положения сидя; маховые движения руками и ногами. Эти упражнения можно выполнять с отягощениями и без отягощений.

Упражнения, направленные на развитие гибкости, следует выполнять регулярно, их можно включать в комплекс утренней зарядки, а второй раз выполнять на тренировках. Выполнению упражнений на гибкость, предшествует хорошая разминка. Для развития гибкости рекомендуется использовать в учебном процессе специальные упражнения, выполняемые на тренажерах многократно.

Методические рекомендации по организации круговой тренировки:

- занятия по методу круговой тренировки необходимо начинать после разминки;
- подбирать комплекс физических упражнений для круговой тренировки необходимо из простых упражнений, направленных на общее развитие занимающихся;
- для более рационального использования метода круговой тренировки, направленного на развитие физических качеств, рекомендуется дополнительно организовывать самостоятельные занятия для желающих в не учебное время;
- для повышения эффективности тренировочного процесса рекомендуется широко использовать гантели, гири, штангу, тренажеры;
- после прохождения каждой станции необходим интервал отдыха, направленный на восстановление функций организма после физической нагрузки;
- рекомендуется подбирать отягощения для выполнения упражнений в зависимости от физического развития и физической подготовленности занимающихся.

2.5. Znaczenie kompleksowego zastosowania czynników farmakologicznych i fizycznych we wczesnej rehabilitacji pacjentów po endoprotezoplastyki dużych stawów

2.5. Value of complex application of medicamental and physical factors in early rehabilitation of patients after endoprosthetics of large joints

Annotation. The increase of efficiency of operative treatment of osteoarthritis of large joints and safety of patient after an operation is straight related to the medicament and physical rehabilitation. In a postoperative period at 150 patients after an operation on the large joints of lower limbs (genicular and hip joints) a priority task is renewal of peak descriptions of the operated extremity. It was arrived at by introduction of the complex multicomponent program of speed-up postoperative renewal of patients. In an early postoperative period, the adequate was conducted such patients multimodal anaesthetizing, prophylaxis of deep venous thrombosis. Ant edematous, an aesthetic therapy was arrived at by assigning of low-frequency magneto therapy. Methods kinesitherapies plugged in itself: forming in the central nervous system of dominant of "new" stereotype of walking by the method of the position laying on a bed, gradual expansion of the motive mode, selection of individual complexes of curative physical education from an isometric gymnastics on 2-3-u twenty-four hours to educating to walking on crutches to the 5-6th day without support on the operated extremity. In intermediate and late repairer periods (from a 8-12th week after an operation) engaged in forming of muscular corset, stabilizing of the operated joint by means of methods of curative physical education and mechanotherapy. To that end used the sessions of actively-passive physical rehabilitation of lower limbs on rehabilitation complex Ortorent Moto and multifunction trainer. The motive mode included motion with a walking stick, exercise on the transfer

of mass of body on the operated extremity. Conducted employments on educating to skills of self-service, adaptations to everyday life.

Неослабевающий интерес к проблеме лечения остеоартроза крупных суставов (ОА) продиктован в первую очередь широкой распространенностью и прогрессирующим характером течения этого заболевания, приводящего к снижению или потере трудоспособности, ранней инвалидизации работающего населения и выраженному снижению качества жизни. ОА обычно характеризуется полиартикулярным поражением суставов, однако наиболее типичной локализацией являются коленные и тазобедренные суставы. По данным недавно проведенного эпидемиологического исследования, в РФ поражение коленных суставов встречается в 92% случаев, тазобедренных — в 42%, суставов кистей — в 38%

В реальной клинической практике, несмотря на проводимую консервативную терапию, заболевание прогрессирует и может приводить к формированию серьезной функциональной недостаточности, требующей тотального эндопротезирования суставов, которое является дорогостоящим и инвазивным методом лечения.

Эндопротезирование крупных суставов нижних конечностей является эффективным методом лечения тяжелых дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов. Опыт отечественных и зарубежных специалистов достоверно подтверждает, что тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов - наиболее перспективная операция, улучшающая качество жизни пациентов, так как избавляет их от болевого синдрома и восстанавливает опороспособность поврежденной конечности. Увеличение амплитуды движения в суставах возвращает больных к активному образу жизни, тем самым улучшая социальную и бытовую реабилитацию.

Однако тотальное эндопротезирование не решает до конца многие проблемы, связанные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, так как у пациентов сохраняется болевой синдром, снижается мышечная сила; несмотря на увеличение амплитуды движения в суставах, часть больных передвигаются со средствами опоры; биомеханика ходьбы остается нарушенной, и показатели статодинамической функции не достигают желаемого результата.

В последние годы реабилитология все чаще обращается к концепции комплексности, поскольку именно на реабилитационном этапе надо максимально наращивать перечень применяемых реабилитационных методов в наиболее ранние сроки. Комплексные, многокомпонентные программы медицинской реабилитации - «золотой стандарт» ускоренного послеоперационного восстановления пациентов в травматологии и ортопедии (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS). Мультиmodalная анальгезия, комплексная нутритивная поддержка, ранняя активизация пациента в сочетании с кинезотерапией и физиолечением - основные составляющие рекомендованных протоколов ERAS.

Это обеспечивает широкий спектр многоцелевого воздействия лечебных факторов, которые могут давать, в том числе и на подпороговом уровне, суммарный аддитивный эффект. Это относится особенно к комбинации медикаментозных и не медикаментозных методов лечения и реабилитации.

Осуществление реабилитационных мероприятий в полном объеме после эндопротезирования крупных суставов в специализированных центрах является важной и обязательной частью послеоперационного ведения больных.

Целями реабилитации пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов, с позиции Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ; 2001) являются:

восстановление функции оперированного сустава (на уровне повреждения по МКФ); улучшение возможности передвижения и самообслуживания (на уровне активности по МКФ); повышение социальной и профессиональной активности, улучшение качества жизни (на уровне участия по МКФ).

У больных, перенесших эндопротезирование суставов нижних конечностей выделяем ранний послеоперационный (до 1,5 месяцев после операции), промежуточный (от 1,5 до 3,5 месяцев после операции) и поздний реабилитационный, или адаптационный (от 3,5 до 10 месяцев после операции), периоды.

На первом и втором этапах проводятся повторные курсы реабилитации в условиях специализированных центров. Третий этап реабилитации включает лечение больных в условиях амбулаторно-поликлинической системы, санаторно-курортного учреждения.

Технология реабилитационных мероприятий включает медикаментозную терапию, двигательный режим, дозированную ходьбу, физические упражнения, соблюдение правильного режима нагрузки на конечности, массаж, физиотерапевтические процедуры, иглорефлексотерапию, занятия с эрготерапевтом и психологом.

В раннем послеоперационном периоде нами решались вопросы адекватного медикаментозного обезболивания (мультиmodalная анальгезия), профилактика глубоких тромбозов и послеоперационных осложнений, предупреждение трофических расстройств, пролежней, уменьшение отека мягких тканей, так как в этом периоде происходит заживление послеоперационной раны и снятие швов.

Мультиmodalная анальгезия включала в первые пять суток продленную эпидуральную анестезию, которую в последующем заменяли назначением анальгетиков, таких как Трамадол (250-300 мг в сутки) или Кеторолак трометамол (300 мкг в сутки).

Не менее существенными при эндопротезировании нижних конечностей являются мероприятия по профилактике глубоких венозных тромбозов, летальные исходы при данной патологии составляют до 5%. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и развитие тромбоэмболии легочной артерии - одни из грозных осложнений после оперативного вмешательства в ортопедии, особенно после эндопротезирования.

На этапе медикаментозной реабилитации использовали прямые (гепариновые) антикоагулянты и ингибиторы тромбина, непрямые оральные антикоагулянты, препараты, улучшающие реологические свойства крови. Немедикаментозные методы профилактики включали бинтование нижних конечностей эластичными бинтами или применение компрессионного трикотажа.

I период (1-10 день). На второй день после операции для предупреждения тугоподвижности в смежных участках оперированной конечности в процедуру включали сгибание - разгибание стопы, идеомоторные упражнения, отведение - приведение ноги с помощью методиста. Возможно проведение активного сгибания и разгибания оперированной ноги в коленном суставе (вначале с помощью методиста). Для увеличения амплитуды движений в суставе, под конечность подводили скользящую плоскость для уменьшения силы трения. Каждое упражнение повторяли 4 - 6 раз, амплитуда средняя, темп медленный. В комплексе пациентам предлагалось выполнять изометрические, ритмические, статические напряжения четырехглавой мышцы бедра (для профилактики мышечных атрофий).

Кроме того, методы кинезиотерапии включали обучение присаживанию (не более 30 мин на небольшой подушке), сидению, передвижению при помощи костылей без нагрузки на оперированную ногу до 50 метров по коридору, изометрическую гимнастику лежа на спине, животе, здоровом боку для укрепления отводящих и

растяжения приводящих мышц бедра (упражнения выполняются со вспомогательными средствами), ручной массаж ноги, ягодичной области, пассивную механотерапию на аппаратах. Во избежание вывиха головки эндопротеза из-за слабости мышц вследствие их операционной травмы были противопоказаны упражнения, связанные с внутренней ротацией и приведением нижней конечности, на оперированную ногу не разрешалась полная осевая нагрузка. Таким образом, достигалось восстановление мышечного тонуса и амплитуды движения в суставе. При имплантации эндопротеза на костном цементе оперированную конечность можно было нагружать с первых дней, а к концу 1-го месяца возможна полная осевая нагрузка. При бесцементной имплантации эндопротеза назначалась ходьба с опорой на костыли с 5-7-го дня после операции с постепенным доведением нагрузки к концу 3-4-й недели до 50% массы тела.

В раннем послеоперационном и промежуточном периодах активно использовали воздействие физических факторов для получения анальгетического, противовоспалительного, противоотечного, рассасывающего и репаративно-регенеративного эффектов. Для предупреждения нагноения на область послеоперационного рубца и окружающие кожные покровы воздействуют ультрафиолетовым облучением с помощью аппаратов ОРКТТТ и БОП-4, курс 8-10 процедур. Противоотечная, обезболивающая терапия достигалась назначением низкочастотной магнитотерапии на область послеоперационных швов бедра или коленного сустава после удаления дренажа. До 4–5 процедуры проводили в палате портативными аппаратами «Алмаг–01», «Магнитер». Затем больные получали магнитотерапию от стационарных аппаратов «Полимаг-01», «Полимаг-02», «Алмаг-02» в условиях физиотерапевтического отделения до выписки из

стационара. Параметры магнитного поля (МП) – неподвижное, пульсирующее, частота 16 Гц, 6 мТл, 20 минут.

В промежуточном периоде реабилитации добавляется проведение функциональной многоканальной стимуляции мышц во время ходьбы с воздействием на большие и средние ягодичные мышцы с обеих сторон, четырехглавую и двуглавую мышцы бедра на оперированной конечности.

На этом этапе реабилитации использовали аппаратные методы пневмокомпрессии и лимфодренажа с применением прибора Pulsar. Суть метода аппаратной пневмокомпрессии заключается в механическом воздействии на лимфатическую и венозную системы организма с помощью сжатого воздуха, подаваемого в специальные манжеты, которые одеваются на бедра и талию. Данный метод воздействия используется только на здоровую конечность либо на обе конечности в течение 10 мин под давлением 60—120 атм. Таким образом, перемежающаяся пневматическая компрессия дополняет антикоагулянтную терапию у больных после эндопротезирования суставов нижних конечностей как доступный, безопасный и эффективный способ лечения. Ликвидацию сохраняющихся явлений лимфостаза в виде уплотнения мягких тканей бедра, сопровождающихся неприятными ощущениями тянущего характера в виде парестезий и локального болевого синдрома проводили с помощью воздействия знакопеременным электростатическим полем высокого напряжения (аппарат «Хивамат») на бедро и сегментарную зону частотами 200, 150, 100 Гц, 12–15 мин, № 7–10.

Устранение мышечной гипотрофии и коррекция стереотипа ходьбы достигалось с помощью проведения электростимуляции мышц, окружающих тазобедренный, коленный суставы для уменьшения асимметрии походки аппаратами «Амплипульс-4», «Амплипульс-5», «Амплипульс-7» двумя полями: ягодичные мышцы, четырехглавая мышца бедра по продольной методике Р I, РР II, 30 Гц,

75–100 %, п–п 4–6 с, по 10 мин на поле, № 10. Курсы электростимуляции по 10 процедур рекомендуются в течение трех месяцев.

В промежуточном и позднем восстановительных периодах (с 8-12-й недели после операции) применяли сеансы активно-пассивной физической реабилитации нижних конечностей на роботизированном реабилитационном комплексе для пациентов Орторент Мото.

В режиме пассивной механотерапии аппарат имеет независимого принудительного вращения либо рукояток, либо педалей в двух направлениях с установкой на дисплее скорости вращения рукояток, либо педалей - от 0 до 60 об/мин; продолжительность тренировок - от 1 до 180 мин; уровня определения спазматического состояния. Применение в реабилитационных программах указанного высокотехнологичного метода позволяет одновременно решать несколько очень важных задач: ускорение перевода пациента в вертикальное положение, проведение щадящей адаптации дыхательной, сердечно-сосудистой и опорно-двигательной систем пациента к возрастающим физическим нагрузкам с более быстрым восстановлением физиологического паттерна движений в паретичных конечностях, сокращение госпитальных сроков.

В этот период вырабатывается правильный стереотип ходьбы с помощью дополнительных средств опоры (костыли, трость). На занятиях лечебной гимнастикой вводятся дыхательные упражнения; упражнения, направленные на увеличение объема движений; используются изометрическое напряжение мышц, окружающих вовлеченный сустав; маховые движения рук и прямых ног. Рекомендуется выполнять упражнения по переносу массы тела на оперированную ногу в целях восстановления силы ее мышц, упражнения для всех суставов ног с преодолением веса конечности, тренировать четырехглавую мышцу бедра.

Основной задачей позднего реабилитационного периода являлось восстановление функции опоры. Двигательный режим расширялся, включались передвижения с дополнительными средствами (трость), упражнения по переносу массы тела на оперированную конечность. Совместно с эрготерапевтами проводились занятия по обучению навыкам самообслуживания, адаптации к повседневной жизнедеятельности.

В результате проведенного хирургического лечения с последующей ранней реабилитацией более чем у 150 пациентов отмечалось субъективное уменьшение болевого синдрома при движении и в покое, что подтверждалось данными опросников WOMAC и измерением объема движения в суставах. Функция ходьбы практически восстановилась у большинства пациентов (в 92% случаев в основной группе). Биомеханические показатели коленного сустава приблизились к нормативным значениям в основной группе: углы разгибания ($179 \pm 0,6^\circ$) и сгибания ($54 \pm 1,1^\circ$) соответствовали физиологическим.

Таким образом, нами обоснована эффективность включения на ранних этапах в реабилитацию больных после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей современных технологий механо- и физиотерапии. Применение в реабилитационных программах указанных высокотехнологичных методов позволяет одновременно решать несколько очень важных задач: ускорение перевода пациента в вертикальное положение, проведение щадящей адаптации дыхательной, сердечно-сосудистой и опорно-двигательной систем пациента к возрастающим физическим нагрузкам с более быстрым восстановлением физиологического паттерна движений в паретичных конечностях, сокращение госпитальных сроков реабилитации.

2.6. Skuteczność wykorzystania platformy Moodle przy nauczaniu dyscyplin z wychowania fizycznego i sportu przez studentów specjalnych grup medycznych

2.6. The effectiveness of using the Moodle electronic environment in the development of physical education and sports disciplines by students of special medical groups

Annotation. In recent years, the most convenient electronic environment has been considered the Moodle – Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment. Moodle is an automated, computer-based and Internet-based learning management system. For the development of disciplines in physical education and sports, we offer the use of blended learning (blended learning) based on Moodle, which brings together all the advantages of both classroom and online technologies. Based on the results of our five-year study, it can be argued that the use of the electronic course in the Moodle system in the form of blended learning of the elective discipline (module) “Physical Culture and Sport” (Elective) for students of a special medical group with limited health and disabilities shows positive dynamics : convenient use for students of an electronic course in the Moodle system; increasing motivation for physical education and sports; obtaining in-depth knowledge on the use of physical exercises for the disease, each student individually; the acquisition of practical skills in using physical exercises, taking into account contraindications and recommendations for the disease, each student individually; the absence of exacerbations of diseases and the improvement of overall health.

Характерной чертой современного общества является не только в огромных масштабах накопленная информация, но и интенсивно растущие темпы производства и накопления новых знаний. По оценкам экспертов, общий объем знаний, накопленных человечеством, удваивается каждые пять лет. Все это, конечно же, не может, не отразится на самой сути процесса образования,

применяемых средствах и методах. Само определение образовательного процесса включает в себя процесс взаимодействия обучающегося с обучающей средой, включающей преподавателя, учебные материалы (контент) и других обучающихся, т.е. в образовательном процессе взаимодействуют педагогическая, познавательная и социальная составляющая. К тому же, социальная составляющая является главным инструментом получения и освоения информации. Образование сегодня становится гораздо более интенсивным и динамичным. Традиционные педагогические методы все менее соответствуют новым требованиям, их вытесняют интерактивные методы обучения. Одной из таких новых образовательных технологий является использование в образовательном процессе специализированных виртуальных сред [Гильмутдинов, 2009, 169].

Приказ Министерства образования и науки России от 06 мая 2005 г. № 137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий» гласит: «Образовательное учреждение вправе использовать дистанционных образовательных технологий при всех предусмотренных законодательством Российской Федерации формах получения образования или при их сочетании, при проведении различных видов учебных, лабораторных и практических занятий, практик (за исключением производственной практики), текущего контроля, промежуточной аттестации обучающихся» (Приказ Минобрнауки РФ от 06.05.2005 N 137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»).

В развитых странах электронное обучение охватывает все уровни образования и широко используется не только в университетах, но и в средней школе, и в организации корпоративного (послевузовского) обучения.

Целью дистанционных образовательных технологий в образовании, является не только сокращение затрат на обучение и

повышение эффективности и качества обучения, но и возможность построения индивидуальной траектория для инклюзивного образования.

Задачами дистанционных образовательных технологий является активизация работы профессорско-педагогического состава по обеспечению студентов электронными средствами обучения и формирование базы электронных учебных материалов для перехода к открытому образованию.

Внедрение дистанционных образовательных технологий в образовании выявило несколько возможностей дистанционного обучения, когда преподаватель и обучающийся большую часть времени не встречаются лично друг с другом. Существует дистанционная поддержка очного обучения, когда преподаватель в учебном процессе использует средства электронного обучения, а учащийся может получать задания и отправлять их на проверку. Так же возможна поддержка очного обучения, например, выполнение отдельных практических заданий и тестов проходит во время учебных занятий.

Распространенной формой реализации дистанционных образовательных технологий является электронные курсы.

Применение электронных курсов в образовательной среде имеет широкий диапазон возможностей:

- своевременное обновление учебно-методического материала и данных науки;
- способность реагировать на запросы студентов, создавая возможность диалога с обучающей системой;
- возможность «подстраиваться» под индивидуальные возможности и потребности студента за счет предоставления различных траекторий изучения предметного материала, различных уровней сложности заданий;

- включение ссылки на другие электронные источники информации;

- возможность авторского использования цветового оформления материала, включения анимации, видео- и аудиофрагментов [Шалкина, 2008, 160].

Отличия электронных курсов от традиционных «бумажных»:

- интерактивность;
- визуализация;
- адаптация под возможности обучающегося;
- непрерывность и целостность.

В последние годы наиболее удобной электронной средой считается Moodle – модульная объективно-ориентационная динамическая обучающая среда. Moodle (Модульная объектно-ориентированная динамическая среда обучения (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment)) – это свободно распространяемое программное обеспечение с открытым исходным кодом, – система управления дистанционным обучением, ориентированная на создание и распространение в Интернете учебных материалов (moodle.org). Каждое учреждение имеет право настроить Moodle «под собственный запрос». Представляет собой автоматизированную, основанную на компьютерных и интернет-технологиях систему управления обучением (СУО).

Посредством такой системы на сегодняшний день преподается около 11 млн. курсов. Уже несколько лет СУО Moodle является самой распространенной системой ДО с самым большим количеством пользователей и разработчиков. На сегодняшний день имеется более 70000 зарегистрированных инсталляций платформы Moodle в 231 стране мира, она переведена на 82 языка. В РФ зарегистрировано более 600 инсталляций. Около 100 миллионов пользователей по всему миру обращаются к системе Moodle.

Использование таких электронных курсов координируют процесс обучения помогают сделать его более полноценным, что предполагает их комплексное содержание и систематизацию контента. Студент может в домашних условиях самостоятельно, в соответствии со своими физическими и психическими особенностями изучать учебный материал, выполнять практические задания и следить за собственными достижениями и т.д. Федеральный проект "Мониторинг электронных образовательных ресурсов" представляет свои результаты исследования эффективности электронных образовательных ресурсов. В соответствии с данными исследования, применение электронных образовательных ресурсов способствует повышению интереса студентов к предмету, усвоению учебного материала, получению дополнительных знаний и повышению качества обученности, индивидуализации образовательного процесса [Шалкина, 2008, 160].

Ректоры Московского физико-технического института и Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени И.П. Павлова прогнозируют, что в скором времени большая часть учебного материала будет поступать из электронных курсов, что приведет к сокращению профессорско-преподавательского состава^{13,14}. Только на образовательном портале Алтайского государственного университета (АлтГУ) открыты для обучения 1659 курс, в том числе 11 курсов по дисциплинам, (модулям) по физической культуре и спорту.

По мнению профессорско-преподавательского состава, использование электронных образовательных ресурсов не приводит к уменьшению времени, которое преподавателю необходимо для подготовки к занятиям, но, при этом благодаря их использованию сокращается время на обработку результатов контроля и повышается

¹³ mipt.ru

¹⁴ 1spbgmu.ru

объективность оценивания за счет автоматизации [Молостова, 2015, 49].

Применение дистанционных образовательных технологий, в том числе используя систему Moodle, для освоения обучающихся дисциплины, преимущественно лекционной и семинарской формы обучения целесообразно, о чем свидетельствуют многочисленные исследования. Намного сложнее применение дистанционных образовательных технологий при освоении практических дисциплин, таких как «Элективные дисциплины по физической культуре и спорту».

Рассмотрим, насколько целесообразно применение электронных образовательных ресурсов в высшей школе в дисциплинах (модулях) по физической культуре и спорту. Данная дисциплина реализуется в соответствии с ФГОС ВО на 2 дисциплинах: «Физическая культура и спорт» (базовая) в объеме не менее 72 академических час (2 зачетные единицы), и «Физическая культура и спорт» (элективной), в объеме не менее 328 академических часов, которая также является обязательной для каждой образовательной программы. Элективная дисциплина подразумевает практическую и методико-практическую форму освоения дисциплины.

Изучение дисциплины «Физическая культура и спорт» (элективная) осложнена тем, что студенты распределяются по учебным отделениям в соответствии с медицинскими группами (основная, подготовительная, специальная) по результатам медицинского осмотра.

По результатам исследования состояния здоровья первокурсников пяти высших учебных заведений Алтайского края (Алтайский государственный университет, Алтайский государственный технический университет им. И. И. Ползунова, Алтайский государственный аграрный университет, Алтайский

государственный педагогический университет, Алтайский государственный медицинский университет) за 2014-2017 учебные года, было выявлено, что 36,4% студентов, от общего числа поступивших, имеют отклонения в состоянии здоровья различной степени тяжести, в том числе 1,8% студентов имеют инвалидность [Новичихина, 2016, 82; Новичихина, 2015, 88; Новичихина, 2017, 140].

За последние два года, ситуация по заболеваемости студентов практически не изменилась, так в 2018 году из общего количества поступивших студентов в АлтГУ доля студентов имеющих отклонения в состоянии здоровья различной степени тяжести составила 36,7%, а в 2019 году 37%.

Основываясь на анкетирование студентов отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе (далее СМГ), выяснилось, что знаний, которые они получают в процессе освоения дисциплины (модуля) «Физическая культура и спорт» (базовая) недостаточно, потому, по нашему мнению, необходимо перераспределить часы в учебной программе по элективной дисциплине (модулю) «Физическая культура и спорт » и включить в нее дополнительные теоретические и методико-практические занятия, с последующим контролем. Причем изучение дисциплины должно непременно сопровождаться электронным курсом.

А что же думают про электронные курсы сами студенты, отнесенные по состоянию здоровья в СМГ. Так, в сентябре 2018 года, нами было проведено анкетирование студентов СМГ Алтайского государственного университета (далее АлтГУ), в котором приняло участие 326 студентов. В опросе участвовали студенты первого, второго и третьего курсов разных факультетов очного формы обучения.

Из проведенного анкетирования можно сделать следующие выводы: у большинства студентов АлтГУ образовательные

дисциплины сопровождаются электронными курсами. Вместе с тем, 44% студентов испытывают затруднения разного характера в использовании электронных курсов. По мнению 75% опрошенных студентов СМГ, лекционный материал удобнее осваивать на аудиторных занятиях с преподавателем, хотя более половины студентов, а именно 61% отметили, что находят дополнительную полезную информацию в составе электронных курсов. Стоит отметить, что лишь 20% студентов предпочитают получать задания по изучаемому предмету из электронных курсов, а вот сдавать выполненное задание и проходить тестирование для большинства опрошенных студентов (57%) считают удобнее используя электронные курсы.

Изучая целесообразность использования электронных курсов в образовательном процессе, на примере АлтГУ, можно сделать заключение о том, что электронные курсы в высшей школе необходимо применять в качестве вспомогательного инструмента для очного обучения. Об этом свидетельствуют и результаты изучения научной литературы, и исследование мнения студентов, как субъекта образовательного процесса.

Для освоения дисциплин по физической культуре и спорту мы предлагаем использование blended learning (смешанного обучения) на основе Moodle, что несет в себе объединение всех преимуществ как аудиторных, так и онлайн-технологий.

Так, с 2015 года и по настоящее время, для расширения объема получаемых знаний и индивидуализации данного процесса для студентов СМГ и для студентов с ограниченными возможностями здоровья и/или с инвалидностью на базе АлтГУ был создан в системе Moodle в форме смешанного обучения курс по дисциплине «Физическая культура и спорт» (элективная).

Организация учебной деятельности студентов с использованием системы дистанционного обучения по дисциплине (модулю) «Физическая культура и спорт» (элективная) включила в себя:

- разработку содержания учебного курса (лекции, задания, тесты и т.д.);
- доставка курса обучающимся;
- администрирование курса (посещаемость и текущий контроль, итоговые тесты и проверки и т.д.).

Так же были соблюдены следующие общие требования к оформлению электронного курса:

- заголовки четко передают содержание разделов;
- текст курса разбит на удобные части для быстрого чтения и восприятия информации;
- язык курса легкий и понятный;
- курс проверен редактором: отсутствуют орфографические, пунктуационные грамматические ошибки и опечатки;
- результаты обучения четко определены;
- цели обучения соответствуют содержанию курса;
- ссылки на внешние ресурсы актуальны и работают;
- ссылки открываются в отдельном окне браузера.

Структурирование электронного курса включило в себя:

- нормативный;
- учебно-методический;
- контрольно-измерительный;
- информационный.

Для индивидуализации практических занятий, для профилактики, укрепления и сохранения здоровья, для всех студентов, отнесенных по результатам медицинского осмотра в СМГ, а также для студентов с ограниченными возможностями здоровья и/или с инвалидностью в учебную программу мы включили

теоретические и методико-практические занятия в течении всего периода освоения дисциплины (Новичихина Е.В., 2019).

Лекции включают в себя изучение основ здорового образа жизни, нозологии, анатомии и физиологии человека, теории и методики физической культуры.

Рекомендуемые нами тематики лекционного материала:

- Противопоказания и рекомендации к занятиям физической культурой при основных заболеваниях (общие, временные, абсолютные и относительные противопоказания к практическим занятиям физической культурой и спортом; признаки утомления и переутомления при физической нагрузке; рекомендации и противопоказания с учетом заболеваний каждого студента индивидуально и конфиденциально) [Новичихина, 2017].

- Костно-мышечная система и соединительные ткани (строения и функций костей, суставов, мышц и соединительной ткани человека. Раскрываются основные заболевания и особенности занятий физическими упражнениями при них).

- Анатомия, физиология и нозология систем органов человека (строение, функции и болезни тех систем органов человека, в которой было диагностировано заболевание каждого студента индивидуально).

- Структура и содержание занятия физической культурой (структура занятия по физической культуре в специальной медицинской группе: цели, задачи и особенности содержания каждой части занятия в отдельности с учетом рекомендаций и противопоказаний к занятиям физической культурой).

- Правила составления комплекса общеразвивающих упражнений в подготовительной части занятия физической культурой (с учетом заболевания (заболеваний) каждого студента индивидуально).

- Правила составления комплекса физических упражнений для профилактики заболевания (заболеваний), сохранения и укрепления здоровья (с учетом рекомендаций и противопоказаний)

Методико-практические занятия призваны помогать в освоении теоретического материала по элективным дисциплинам (модулям) «Физическая культура и спорт», а также в изучении многогранных различных показателей физического и функционального состояния организма человека. Задания методико-практических занятий выполняются каждым студентом на его собственном примере средством ведения дневника самоконтроля, задания студенты получают через электронный учебно-методический комплекс дисциплины.

Методико-практические занятия включают в себя: изучение правил техники безопасности и охраны здоровья общего порядка и на практических занятиях физической культурой в частности; структура дневника самоконтроля и правила его заполнения; изучение определения точного диагноза по Международной классификации болезней 10-го пересмотра; изучение противопоказаний и рекомендаций к занятиям физической культурой с учётом заболевания каждого студента индивидуально; изучение техники и методики выполнения тестов по физической и функциональной подготовленности, методические рекомендации к ним по контролю за состоянием своего организма в соответствии с диагнозом(ах) основываясь на результатах, внесенных в дневник самоконтроля; исследование физического развития и функционального состояния организма; исследование реакции организма человека на физическую нагрузку, построение пульсовой кривой в течение практических занятий по физической культуре и ее анализ; исследование изменений субъективных показателей (сон, аппетит, болевые ощущения, настроение, физическая и умственная работоспособность) в течение обучения в вузе; составление комплекса общеразвивающих

упражнений для подготовительной части занятия физической культурой; составление комплекса физических упражнений для профилактики, сохранения и улучшения здоровья в соответствии со своим диагнозом.

Введение вышеперечисленных изменений в учебную программу по элективным дисциплинам (модулям) «Физическая культура и спорт» для студентов, отнесенных к СМГ, с ОВЗ и/или с инвалидностью, способствует обеспечению адаптации ослабленного организма студента к воздействию физических нагрузок и, соответственно, расширяет диапазон его функциональных возможностей систем организма, повышает их физическую подготовленность и работоспособность в целом, а также, ориентирует на наиболее важные для них жизненные ценности.

Учебные материалы по улучшению собственного здоровья у студентов данной категории, благодаря перераспределению часов по элективным дисциплинам, что значительно расширяет знания, умения и навыки в элективных дисциплинах (модулях) «Физическая культура и спорт». Отмечается тенденция изменения мотивации и сознательного отношения к занятиям физической культурой и спортом студентов, повышается физическая подготовленность, стабилизируются функциональные параметры организма, что в свою очередь замедляет прогрессирование основного заболевания.

Благодаря включению в учебную программу дисциплины теоретического материала и методико-практических занятий студенты имеют возможность научиться самостоятельно, составлять индивидуальные комплексы физических упражнений, оказывающих оздоровительное воздействие на состояние их организма, получают навыки самоконтроля не только при выполнении физических нагрузок различного характера на практических занятиях, но и в различных жизненных ситуациях, в том числе и в условиях будущей профессиональной деятельности. Студенты, зачисленные СМГ, с ОВЗ

и/или с инвалидностью во время обучения в общеобразовательных учреждениях, учатся с помощью физических упражнений стабилизировать имеющиеся у них отклонения в состоянии здоровья, самостоятельно контролировать и улучшать показатели физической подготовленности и уровень общей работоспособности.

Хотелось бы остановиться на мотивации студентов к занятиям физической культурой,

В течение 5 лет, по результатам ежегодного анкетирования первокурсников, отнесенных по состоянию здоровья в СМГ, которое проводится нами на первых занятиях, наблюдается низкая мотивация к занятиям физической культурой, как правило, у 60-70% студентов, которая возникает, к сожалению, не на пустом месте. В течении уже длительного времени в нашей стране был сформирован ложный стереотип освоения физической культуры в школах для детей, имеющих хронические заболевания, ОВЗ и/или инвалидность. Это привело к тому, что как у общества в целом, так и у самих детей - студентов, которые приходят в высшее учебное заведение, существует стойкое представление о том, что им необходимы значительные ограничения в их двигательной активности. Несмотря на то, что многие исследования в педагогической и медицинской сфере лишь подтверждают, что недостаточная физическая активность, неуверенность в своих способностях и возможностях приводят к возникновению и усилению психологических комплексов, которые, как правило у этого контингента студентов заключаются в постоянном ощущении тревоги, неуверенности в себе, пассивности. Целенаправленная двигательная активность предоставляет студентам, имеющим хронические заболевания, ОВЗ и/или инвалидность возможность не только улучшать состояние здоровья, профилактику сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, но и, повышать самооценку, качество жизни [Новичихина, 2019, 126].

Большинство студентов СМГ первого курса, которые не занимались в школе физической культурой по каким бы то ни было причинам, особенно студенты с ОВЗ и/или с инвалидностью считают себя автоматически освобождёнными от дисциплины «Физическая культура и спорт» (элективная) в вузе. Они не понимают, чем они могут заниматься и как это повлияет на состояние их здоровья. Такая ситуация складывается в связи с тем, что в подавляющем большинстве школ, практические занятия по физической культуре со школьниками, отнесенных по состоянию здоровья в специальную медицинскую группу «Б», с ОВЗ и с инвалидностью не организуются и не проводятся, как правило, из-за отсутствия материально-технического оснащения и кадрового потенциала. В школах зачастую отсутствуют и практические занятия по физической культуре даже для школьников, отнесенных по состоянию здоровья в специальную медицинскую группу «А». Как правило, такие учащиеся освобождаются от физической культуры и пишут рефераты. Приходя в высшие учебные заведения такие студенты, имеют уже сформированное убеждение о противопоказании для них любых физических нагрузок. Однако опыт применения физических нагрузок в медицинской и педагогической практике неоспоримо доказывает эффективность занятий доступной двигательной деятельностью при серьёзных заболеваниях различных органов и систем [Новичихина, 2019, 126].

По результатам ежегодного анкетирования первокурсников в СМГ, мы можем констатировать, что порядка 20-30% студентов не занимались в школе физической культурой. Для таких студентов использование blended learning (смешанного обучения) на основе Moodle просто необходимо. Опираясь на практический опыт, как правило, большинство из числа таких студентов имеют интерес и желание заниматься практическими занятиями по дисциплине «Физическая культура и спорт» (элективная).

Для выявления эффективности использования разработанного нами электронного курса *blended learning* на основе Moodle по дисциплине «Элективная физическая культура и спорт» в 2018/2019 учебном году на базе АлтГУ мы провели констатирующий эксперимент.

После проведения ежегодного медицинского осмотра, и анкетирования первокурсников в СМГ, нами были организованы контрольная и экспериментальная группы, численностью по 60 человек из числа следующих факультетов: географический, химический, биологический, факультет массовых коммуникаций филологии и политологии, экономический (международный институт экономики, менеджмента и информационных систем). В каждую группу входило около 30% студентов, которые не занимались физической культурой в школе.

Студенты экспериментальной группы занимались по разработанной программе с использованием электронного курса в системе Moodle. Контрольная группа занималась по стандартной программе.

В конце каждого семестра (2 раза в учебном году) студенты обеих групп выполняли идентичные контрольные тесты по физической и функциональной подготовленности. В начале и в конце учебного года, проводилось анкетирование, с целью выявления уровня мотивации к практическим занятиям по физической культуре, а также для выявления уровня сформированности знаний, умений и навыков по дисциплине. Дополнительно в экспериментальной группе, в конце учебного года, в анкету были включены вопросы на выявление отношения студентов к использованию *blended learning* (смешанного обучения) на основе Moodle.

Таблица 1

Перечень вопросов, включенных в анкету

№ п/п	Вопросы
1.	Я слежу за своим физическим здоровьем
2.	Я осознаю ценность физкультурной деятельности
3.	Я считаю, что физическая культура является эффективным немедикаментозным средством для сохранения и улучшения здоровья
4.	Я регулярно использую средства физической культуры для сохранения и укрепления собственного здоровья (более 3 раз в неделю)
5.	Мотивируете ли Вы себя на занятия физической культурой?
6.	Я знаю признаки утомления на занятиях физической культурой и спортом
7.	Я владею базовыми знаниями о строении, функциях и болезнях систем органов человека
8.	Я добросовестно, регулярно веду дневник самоконтроля
9.	Я знаю точную формулировку своего диагноза (ов)
10.	Я могу найти точную формулировку диагноза(ов) по коду болезни, используя МКБ-10
11.	До начала обучения в университете я знал(а) о Международной классификации болезней (МКБ-10)
12.	Я знаю основные и временные противопоказания к занятиям физической культурой
13.	Я знаю в какой фазе выполнения физических упражнений нужно делать выдох, а в какой вдох?
14.	Я точно знаю какие контрольные тесты по физической и функциональной подготовленности нельзя сдавать в соответствии с моим диагнозом(ах)
15.	Я владею методами оценки физического развития и функционального состояния организма
16.	Я умею самостоятельно определять какие упражнения рекомендованы, а какие противопоказаны при моем диагнозе(ах)
17.	Я умею регулировать и корректировать физические упражнения в соответствии с моим диагнозом(ами)

Анализируя полученные результаты анкеты в конце учебного года мы можем констатировать, что по всем вопросам (таблица 1) студенты экспериментальной группы показали более высокие показатели сформированности знаний, умений и навыков по дисциплине, а уровень мотивации повысился более чем на 40%, что, подтверждает эффективность использования разработанного электронного курса на основе Moodle.

По результатам анкетирования первых четырех вопросов, мы можем сделать вывод о том, что порядка 85% (среднее арифметическое значение первых 4 ответов) студентов экспериментальной группы осознанно следят за своим здоровьем, используя средства физической культуры, и 66,7% мотивируют себя на занятия физической культурой (рис. 1).

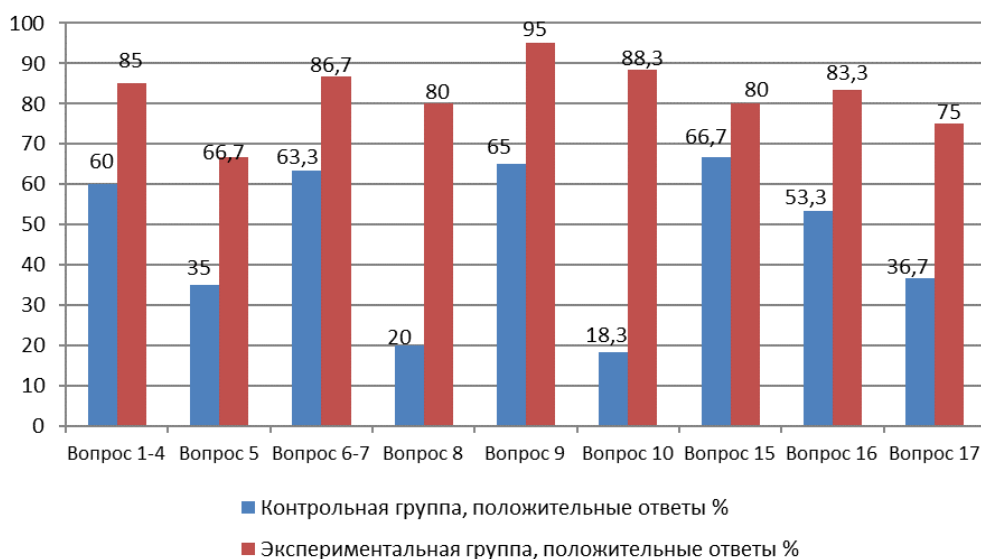


Рис. 1. Результаты анкетирования студентов специальной медицинской группы в мае 2018/2019 учебного года

Результаты контрольной группы гораздо ниже: можно сказать, что лишь 60% студентов осознанно следят за своим здоровьем,

используя средства физической культуры, что на 25% ниже, чем в экспериментальной группе. А вот на 5 вопрос положительный ответ дали лишь 35%, то есть практически в 2 раза меньше, чем в экспериментальной группе.

Что касается знаний признаков утомления на занятиях физической культурой и спортом и владением базовыми знаниями о строении, функциях и болезнях систем органов человека, то ситуация в разницы ответов студентов экспериментальной и контрольной группы сохраняется примерно в тех же пропорциях (около 25%).

Результаты восьмого вопроса «Я добросовестно, регулярно веду дневник самоконтроля» нас несколько озадачили. Эти данные свидетельствуют о действительных знаниях студентов о структуре дневника самоконтроля и осознанного его ведения. Лишь 20% студентов контрольной группы ведут или вели дневник самоконтроля и, к сожалению, лишь 80% студентов экспериментальной группы ведут эти наблюдения добросовестно, без контроля со стороны преподавателя.

Анализируя знания студентов точной формулировки своего диагноза и умения найти ее и код заболевания, используя МКБ-10 распределились следующим образом: 95% и 88,3% студентов экспериментальной группы дали положительный ответ на эти вопросы соответственно (9, 10 вопросы). В контрольной группе знают точную формулировку своего диагноза 65% студентов, а найти код с помощью МКБ-10 могут лишь 18,3%. Хотелось бы обратить внимание, что до начала занятий в вузе о МКБ-10 студенты экспериментальной и контрольной группы знали примерно одинаково - 8,3% и 6,6% соответственно.

Небольшая разница между экспериментальной и контрольной группой и в ответе на 12 и 13 вопрос – 5% и 6,7% соответственно. Результаты ответов на 14 вопрос, как ни странно, практически дублируют результаты ответов на 6 и 7 вопрос. Точно знают какие

контрольные тесты по физической и функциональной подготовленности нельзя сдавать в соответствии с диагнозом(ах) 85% экспериментальной и 66,7% контрольной группы.

На 15 вопрос: «Владеете ли Вы методами оценки физического развития и функционального состояния организма?» положительно ответили 80% студентов экспериментальной группы и 66,7% контрольной.

83,3% студентов экспериментальной группы и 53,3% студентов контрольной умеют самостоятельно определять, какие физические упражнения им рекомендованы и противопоказаны с учетом заболевания, а вот регулировать и корректировать физические упражнения в соответствии со своим заболеванием умеют, как ни странно, 75% студентов экспериментальной группы и всего 36,7% студентов контрольной группы соответственно.

Таким образом, анализируя результаты анкетирования студентов в конце учебного года, мы можем констатировать, что на все вопросы анкеты студенты экспериментальной группы имеют более высокие проценты положительных ответов.

Результаты нашего исследования однозначно говорят об эффективности использования разработанного электронного курса *blended learning* (смешанного обучения) на основе Moodle при освоении дисциплин по физической культуре и спорту студентами специальных медицинских групп.

В конце учебного года в экспериментальной группе в анкету также были включены вопросы на выявление отношения студентов к использованию *blended learning* (смешанного обучения) на основе Moodle (таблица 2).

Таблица 2

**Перечень дополнительных вопросов, включенные в анкету
экспериментальной группы**

№ п/п	Вопросы
1.	Для меня данный электронный курс прост и удобен
2.	Я легко нахожу любой элемент курса
3.	Мне легко изучать лекции на данном курсе
4.	Для меня задания по дневнику самоконтроля понятны и доступны
5.	Лекции о системах органов человека для меня были необходимы, чтобы заниматься практическими занятиями физической культурой
6.	Я знаю, как определить оптимальную физическую нагрузку на занятиях физической культурой по пульсовой кривой
7.	Я уверен(а), что смогу использовать знания и умения полученные при изучении дисциплины "Элективные дисциплины по физической культуре и спорту" после окончания вуза

Анализируя результаты ответов студентов на эти вопросы, мы можем отметить, что от 90 до 100% студентов ответили положительно на все эти вопросы. Хотелось бы отметить, что все студенты считают, что смогут использовать знания и умения, полученные при изучении дисциплины "Элективные дисциплины по физической культуре и спорту" на основе Moodle в своей будущей профессиональной деятельности после окончания вуза.

На начало нового 2019-2020 учебного года в экспериментальной группе нами было отмечено улучшение состояния здоровья у 14% студентов. После медицинского осмотра данным студентам была диагностирована устойчивая стадия ремиссии по основным заболеваниям (хронического характера в том числе) и была присвоена

подготовительная физкультурная группа здоровья. В контрольной группе такой показатель наблюдался только у 5% студентов.

Основываясь на результатах пятилетнего исследования, можно утверждать, что использование электронного курса в системе Moodle в форме смешанного обучения элективной дисциплины (модуля) «Физическая культура и спорт» (Элективная) для студентов СМГ, с ОВЗ и с инвалидностью прослеживается положительная динамика:

- удобное использование для студентов электронного курса в системе Moodle;
- повышение мотивации к занятиям физической культурой и спортом;
- получение углубленных знаний по применению физических упражнений при заболевании, каждым студентом индивидуально;
- приобретение практических умений и навыков в использовании физических упражнений с учетом противопоказаний и рекомендаций при заболевании, каждым студентом индивидуально;
- отсутствие обострений заболеваний и улучшение общего состояния здоровья.

2.7. Potencjał rehabilitacyjny adaptowanego wychowania fizycznego

2.7. The rehabilitation potential of adaptive physical culture

Annotation. The article is devoted to description of the rehabilitation potential of adaptive physical culture. Authors point to the possibilities of adaptive physical culture in rehabilitation of people with disabilities.

В отечественной системе реабилитации лиц с ограниченными возможностями ощущается недостаток эффективных средств и методов, способствующих интеграции данной социальной

группы/групп в общество¹⁵. Проблема заключается в том, что методы медицинской реабилитации до сих пор оторваны и не сопровождаются реабилитацией социальной. Последнее каждый раз заставляет говорить о комплексности и результативности программы реабилитации, имеющей индивидуальный характер, то есть разрабатываемой под конкретный случай. Поскольку адаптивную физическую культуру чаще всего рассматривают как комплекс медико-социальной и социально-психологической реабилитации, она оказывается интересной для специалистов, ищущих именно здесь глубокий потенциал. Под реабилитационным потенциалом адаптивной физкультуры будем понимать существующую в ней возможность так влиять на человека с ограничениями здоровья, что улучшение физического влияет на эмоциональное/ психологическое состояние, на психосоциальное благополучие и адаптивно-направленное социальное поведение¹⁶. Реабилитационный потенциал – понятие интегративное и включает в себя ряд компонентов, аспектов, которые необходимо учитывать в процессе организации реабилитационных мероприятий, в целом, а также в процессе организации деятельности по адаптивной физической культуре, в частности. В соответствие с Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 11 октября 2012 г. N 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» (с изменениями от 28 июня 2018 года приказом № N 427н), оценка реабилитационного потенциала становится одной из ключевых задач комплексно-реабилитационной диагностики Бюро медико-социальной экспертизы. Потенциал становится одним из ключевых индикаторов

¹⁵ Шапкова Л. В. Средства адаптивной физической культуры / Под ред. Н. А. Гросс. – М.: Сов. спорт, 2017. – 203 с.

¹⁶ См.: Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие. – М.: спорт Академ Пресс, 2017. – 140 с. и др.

оценки состояния гражданина для определения степени его инвалидизации, с одной стороны, а, с другой, - показателем его способности к ресоциализации, реабилитации, абилитации. При этом, в структуре реабилитационного потенциала содержатся составляющие, которые способны отразить разные уровни реабилитационного воздействия: потенциал выздоровления, социализации, социальной интеграции. В сущности, он выражает способность человека с различными нарушениями к восстановлению и/или компенсации физиологических функций и социальных компетенций (навыков). При этом необходимо говорить не только о количественных индикаторах социального и психофизиологического состояния человека, что, важнее, о качественных. В этом случае, мы имеем в виду социально-психологическое благополучие личности, которое всегда было связано с такими понятиями как удовлетворенность, качество жизни, успешность и пр. По мнению Я. И. Павлоцкой, данная категория «тесно связана с представлениями о гармоничном и полноценном бытии человека в различных философских концепциях, с ключевыми позициями относительно понимания личности и ее развития в психодинамическом подходе (А. Адлер, Дж. Боулби, З. Фрейд, Э. Фромм, К. Хорни, Э. Эриксон, К.Г. Юнг), а также с психологической концепцией позитивного функционирования человека, которая берет свое начало в теориях экзистенциально-гуманистического направления психологии (Дж. Бьюдженталь, А. Лэнгле, А. Маслоу, Р. Мэй, К. Роджерс, В. Франкл) и в его современном ответвлении - позитивной психологии (И. Бонивелл, П. Вонг, М. Селигман, М. Чиксентмихайи)»¹⁷. Тем не

¹⁷ Павлоцкая Я. И. Психологическое благополучие и социально-психологические характеристики личности: монография / Я. И. Павлоцкая; Волгоградский институт управления – филиал ФГБОУ ВО РАНХиГС. – Волгоград: Издательство Волгоградского института управления – филиала РАНХиГС, 2016. – С.12

менее, невозможно исключить влияние окружения, внешней среды на удовлетворенность и благополучие человека. То есть переживание удовлетворенности детерминировано внутренними интерпретациями происходящего во вне и отражением этих изменений в образе жизни, эмоциях поведении. Так, благополучие - это сложный феномен, это интегративное понятие, которое невозможно эксплицировать вне следующих категорий: «социальное благополучие (удовлетворенность социальным статусом, состоянием общества, к которому принадлежит индивид, межличностными связями и пр.), духовное благополучие (возможность приобщаться к богатствам духовной культуры, осознание и переживание смысла), физическое (телесное) благополучие (телесный комфорт, ощущение здоровья и пр.), психологическое благополучие (слаженность психических процессов, гармония личности, ощущение целостности)»¹⁸.

Т. А. Ахрямкина и И. Н. Чаус также считают, что благополучие – «это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. Этот сложный продукт – результат влияния генетической предрасположенности, среды и особенностей индивидуального развития. Такая формулировка благополучия наиболее соответствует определению здоровья, зафиксированному в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (1948): «Здоровье – это не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов, но и состояние полного физического, психического и социального благополучия»¹⁹. А. В. Воронина в

¹⁸ Павлоцкая Я. И. Психологическое благополучие и социально-психологические характеристики личности: монография / Я. И. Павлоцкая; Волгоградский институт управления – филиал ФГБОУ ВО РАНХиГС. – Волгоград: Издательство Волгоградского института управления – филиала РАНХиГС, 2016. – С.16.

¹⁹ Комплексная диагностика психологического благополучия участников образовательного процесса: методическое пособие / И. Л. Матасова, Б. Настази, И. Н. Чаус, М. А. Шаталина. – Самара: СФ МГПУ, 2009. – 48 с.

оценке благополучия предлагает обратить внимание на следующие критерии: биологический, социально-педагогический, социально-культурный, духовно-практический²⁰. Биологический уровень связан с жизнеспособностью и устойчивостью организма от влияния внешних воздействий. То есть имеется в виду, когда взаимодействующие психические и соматические сферы соответствуют друг другу. Социально-педагогический уровень предполагает способность к самоконтролю, проявлению конформизма, адекватное восприятие требований социума, восприятие себя как часть среды. Это означает проявлять эмпатию к окружающим. Социокультурный уровень подразумевает самоопределение в пределах осознаваемых культурных норм, наличие способности к планированию и постановке целей. Духовно-практический уровень предполагает способность ориентироваться на гуманистические ценности, на познание истины и пр.²¹ У А. Маслоу это состояние называется самоактуализацией.

Индикаторы социально-психологического благополучия могут быть дополнены следующими критериями психологического благополучия, которые выделяют Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушакова: «причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность; соответствующая возрасту человека зрелость чувств; постоянство места обитания; максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности; гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней; соответствие реакций силе и частоте внешних раздражителей; критический подход

²⁰ Воронина А.В. Проблема психического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт структурно-уровневого анализа URL: cyberleninka.ru/article/n/problema-psihicheskogo-zdorovya-i-blagopoluchiya-cheloveka-obzor-kontsepsiy-i-opyt-strukturno-urovneвого-analiza (дата обращения 02.02.2020).

²¹ Там же.

к обстоятельствам жизни; способность к самоуправлению поведением в соответствии с нормами, установившимися в различных коллективах; адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду); чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах; способность изменять поведение в зависимости от смены жизненных ситуаций; самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов; способность планировать и осуществлять свой жизненный путь»²². Так, перечень компонентов социально-психологического благополучия может быть представлен следующими составляющими: наличие межличностных отношений, социальный интерес, осознание ценности себя, устойчивая система представлений о себе, инициативность, самореализация, способность к развитию, изменениям, адаптивность, способность к деятельности и общению, способность к планированию и управлению ресурсами, профессиональная самореализация, автономность²³.

Мы исходим из убеждения, что на достижение социально-психологического благополучия влияют разнообразные социальные практики, в которых вовлекается личности, в том числе с ОВЗ и инвалидностью. Вот почему, к компонентам реабилитационного потенциала мы относим не только биологический и физиологический потенциал, а также образовательный, профессиональный, психологический, личностный, социальный, которые формируются в

²² Цит. по: Ахрямкина Т. А., Чаус И. Н. А956 Психологическое благополучие учащихся в образовательной среде: монография / Т. А. Ахрямкина, И. Н. Чаус. – Самара: СФ ГБОУ ВПО МГПУ, 2012. – С.9.

²³ Павлоцкая Я. И. Психологическое благополучие и социально-психологические характеристики личности: монография / Я. И. Павлоцкая; Волгоградский институт управления – филиал ФГБОУ ВО РАНХиГС. – Волгоград: Издательство Волгоградского института управления – филиала РАНХиГС, 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Систем. требования: IBM PC с процессором 486; ОЗУ 64 Мб; CD-ROM дисковод; Adobe Reader 6.0. – Загл. с экрана.

различных социальных практиках и деятельности, в том числе, связанной с адаптивной физической культурой и спортом.

При комплексной профессиональной диагностике и выработке эффективных методик работы по наращиванию компонентов реабилитационного потенциала можно говорить в целом об эффективности (результативности) реабилитационных мероприятий, в том числе и мероприятий по адаптивной физической культуре и спорту. Кроме того, реабилитационный потенциал непосредственно связан с адаптивным потенциалом личности.

Адаптивность во многом зависит от многих конституциональных, социально-психологических, врожденных и приобретенных факторов, определяющих структуру личности. Зачастую адаптивный потенциал эксплицируется посредством понятия адаптивность, выражающаяся в возможности личности к психической адаптации (С. Ю. Добряк). Адаптационный потенциал выражает «системное свойство личности, обуславливающее границы ее адаптационных возможностей и характер протекания адаптации личности»²⁴ (Ю. И. Толстых). К компонентам данного интеграционного показателя относят нервно-психическую устойчивость, самооценку личности, способность к саморегуляции (А. Г. Маклаков), конфликтологическую компетентность, социальные компетенции.

В сущности, адаптационный потенциал обеспечивает «готовность» личности к определённому адаптационному ответу, который, в свою очередь, обеспечивает гармоничные отношения со средой, оптимизацию и «настройку» психофизиологических ресурсов личности в реализации различных повседневных целей и задач. Адаптационный потенциал личности непосредственно определяет

²⁴ Толстых Ю.И. Современные подходы к категории «адаптационный потенциал» URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-kategorii-adaptatsionnyu-potentsial> (дата обращения 18.03.2020).

траектории, векторы адаптивных процессов и стратегий адаптации личности, в частности. И, наконец, результат адаптации будет определяться следующими показателями: оценкой личностью адаптивной ситуации; наличием обратной связи; наличием адаптационного потенциала определенного уровня (адекватного нагрузке); наличием адаптационных барьеров. Так, адаптационный потенциал включает определенные свойства, которые существуют в «скрытом виде», и задействуются в ходе адаптации (Л. В. Корель)²⁵. То есть речь идет о воздействии внешних факторов, «вынуждающих» активизировать необходимые ресурсы личности в процессе жизнедеятельности. Важно, как пишет С. Т. Посохова, что в адаптационном потенциале заложена латентность адаптационных способностей, «своевременность и вектор реализации которых зависит от активности личности»²⁶. По ее мнению, адаптационный потенциал целесообразно представлять как интегральное образование, объединяющее в сложную систему социально-психологические, психические, биологические свойства и качества, актуализируемые личностью для создания и реализации новых программ поведения в измененных условиях жизнедеятельности.

Таким образом, адаптационный потенциал представляет собой интегральную переменную, характеризующая совокупность индивидуально-психологических признаков, обуславливающих эффективность психической адаптации; включает не только наличные проявления адаптационных способностей, но и латентные свойства, проявляющиеся при наличии адаптогенных факторов; маркирует границы адаптационных возможностей личности и

²⁵ Корель Л.В. Социология адаптаций: вопр. теории, методологии и методики /Л. В. Корель; Рос. акад. наук, Сиб. отд-ние, Ин-т экономики и орг. пр-ва. - Новосибирск: Наука, 2005 – 415 с.

²⁶ Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности: монография. СПб.: Изд. дом С.-Петерб. гос. ун-та, 2001 – 175с.

устойчивости к воздействующим факторам, определяет формирование и масштаб ответных адаптационных реакций; связан с возрастными характеристиками личности, и, наконец, - реализует потенциальные возможности личности (Богомолов А. М.)²⁷.

Потенциал адаптации личности проявляется и реализуется в деятельности и системе отношений человека. Основным элементом адаптационного потенциала являются адаптационные ресурсы, которые определяют весь механизм социальной адаптации человека. Ресурсы адаптации, в сущности, могут быть интернальными (особенности темперамента, высших психических функций, физиологическое состояние человека, статус, доход, ценности, потребности, мотивация и пр.) и экстернальными (особенности проживания, наличие сети социальных контактов, доступ к образовательной и социальной инфраструктуре и пр.). Адаптационные ресурсы всегда находятся во взаимодействии. Ключевым становится вопрос об источнике этих ресурсов, которые могут как восполняться при взаимодействии различных систем (человека, социальных институтов, структур и пр.), так и растрачиваться.

Реабилитационный потенциал обладает определенными свойствами:

- обеспечивает накопление адаптационных ресурсов, эффектов;
- формирует «уникальные», «нетипичные» адаптационные ресурсы.

Таким образом, в основе реабилитационного потенциала лежит способность к адаптации человека. Уровень оценки реабилитационного потенциала личности всегда варьируется от

²⁷ Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. 2008. №1. – С. 67 – 73.

несформированного до высокого на основании комплекса показателей, о которых мы упоминали.

Как мы сказали источником адаптационных ресурсов является окружающая среда. Внешне воздействующие на человека социальные институты по-разному участвуют в социализации человека, в том числе и с инвалидностью. Такое воздействие может носить как непосредственный, так и опосредованный характер. При формировании реабилитационного потенциала важным станут вопросы степени влияния и воздействия внешних институтов и акторов на протекание процессов реабилитации, абилитации, ресоциализации. Причем, речь идет не только о количестве участвующих в процессе социализации институтов, но и о качестве такого участия.

Однако, реабилитационный потенциал адаптивной физической культуры до сих пор в полной мере не раскрыт, поскольку нет достаточного количества проверенных/профессиональных методик и, соответственно, специалистов, отсутствует организационная система и целевые программы, не проводится мониторинг (можно говорить только о диагностике отдельных переменных/сторон адаптивной физической культуры). Несмотря на слабую изученность, не развитые профессиональные практики и не высокую степень институционализации, адаптивная физкультура все больше перемещается в фокус внимания ученых (О. Э. Аксенова, Т. В. Андрюхова, Ю. А. Бахарев, Т. П. Бегидова, Н. А. Деделюк, С. П. Евсеев, Н. Л. Литош, С. Ф. Матвеев, Н. О. Рубцова и др.).

Внимание к реабилитационному потенциалу адаптивной физической культуры связано не только с увеличением доли лиц с ограниченными возможностями среди населения стран мира (например, в Российской Федерации в 2009 году на 100 000 детского населения приходилось 33 ребёнка с заболеванием ДЦП, а в 2016 – уже 45), но и социальными процессами. «Инклюзивное движение»,

касающееся: правовой структуры, политической активности, образования лиц с ограниченными возможностями здоровья – охватило значительное количество стран и стало лакмусовой бумажкой на цивилизованность и филантропичность общества, благодаря этому стали формироваться условия для развития адаптивной физической культуры и адаптивного спорта. С точки зрения исследователей, адаптивная физкультура и особенно адаптивный спорт позволяют удовлетворить потребности в самореализации и самоактуализации личности в максимально возможной степени²⁸, поскольку преодоление себя, своих физиологических ограничений, связано с высокой степенью удовлетворения, формирующей желание повторить результат и включиться в социальную жизнь.

Анализируя ситуацию с развитием адаптивной физкультуры и спорта, следует учитывать не только положительные, но и отрицательные факторы, связанные, в том числе, с тотальной информатизацией/цифровизацией. Статистика показывает, что уровень физического развития и физической подготовленности населения (особенно некоторых стран) сильно снизился (Н. М. Амосов, Ю. П. Лисицын, Л. П. Матвеев, Г. Б. Мейксон, Ю. А. Копылов, Р. Е. Мотылянская, Э. Я. Каплат, О. К. Величко, И. Н. Оверченко, Ю. А. Орешкин и др.)²⁹, что касается и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Компьютерная зависимость ребенка с ОВЗ является такой же, если не более серьезной, проблемой, чем зависимость ребенка «с нормой здоровья».

²⁸ Евсеев С.П., Абалян А.Г. Спорт как фактор самореализации и повышения качества жизни лиц с ограниченными возможностями // Вестник спортивной науки. – 2016. – № 2. – С. 49-51.

²⁹ Физическая культура и спорт с элементами адаптивной физической культуры : учебное пособие / М-во образования и науки РФ, М-во образования и молодежной политики Ставропольского края, ф-л Ставропольского гос. пед. ин-та в г. Эссентуки ; [под общ. ред. Р.Р. Магомедова] – Казань : Изд-во «Бук», 2017. – 476 с.

С одной стороны, для ребенка с ограничениями, виртуальное пространство комфортно и эффективно для социализации, что формирует устойчивую потребность, с другой – выйти в реальный мир становится все более затруднительным и адаптивная физкультура обладает здесь необходимым потенциалом.

Реабилитационный потенциал адаптивной физической культуры раскрывается тем сильнее, чем больше технологий, или авторских методик, существует. На раскрытие влияет распространение методик и формирование системы на национальном и региональных уровнях.

Адаптивная физическая культура — это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями³⁰. Считается, что цель адаптивной физической культуры как вида физической культуры – максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, за счёт обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для максимально возможной самоактуализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта³¹. Реабилитационный потенциал адаптивной физической культуры кажется большим, поскольку она повышает: активность; мотивацию; адаптацию; интеграцию.

³⁰ Аксенова О. Э. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: [учебное пособие] / Под ред. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2004. – с.240.

³¹ Храмов, В. В. Адаптивная физическая культура и спорт: социальные проблемы реабилитации: автореф. дис. ...канд. пед. наук / В. В. Храмов. – Волгоград, 2018. – 24 с.

Таким образом, при наличии системы адаптивной физкультуры выстраиваются отношения между человеком с ограничениями здоровья и обществом. Постоянные занятия адаптивной физической культуры, помимо оздоровления, развивают: когнитивную, физическую, социальную, духовную – стороны человека с ОВЗ.

Во многих исследованиях, сделанных в педагогическом дискурсе, подчеркивается воспитательная сторона адаптивной физкультуры. Несмотря на основную, оздоровительную, функцию адаптивной физической культуры: когда каждому человеку подбирается комплекс упражнений с учетом индивидуальных возможностей организма, возраста и других факторов – воспитательная функция реализуется в распространении здорового образа жизни. С учетом того, что упражнения воспитывают волевые качества людей с ОВЗ, адаптивная физкультура формирует целостную личность, способную принимать решения, достигать цели. Как известно, асоциальные склонности человека с ограничениями опосредованно связаны с отклонениями в здоровье, поскольку возникают по причине неуверенности в собственных силах, неумении взаимодействовать с другими людьми, непонимании места в обществе³².

Чтобы определиться с уровнем реабилитационного потенциала, или с тем, насколько сильно адаптивная физкультура может изменить образ жизни человека с ограниченными возможностями здоровья, можно попробовать посмотреть алгоритм изменений, происходящих с человеком. Поскольку адаптивная физкультура – это комплекс физических упражнений, направленных на исправление и компенсацию особенностей, то стоит обратить внимание на то, как изменяется тело/координация и как это изменяет первый, физический,

³² Нечаева Н. В. Физкультура и спорт для инвалидов / Н. В. Нечаева, Ю. С. Сыромолотов // Теория и практика физ. культуры. – 2016. – №11. – С.3-9.

уровень идентичности. Человек, владеющий своим телом, принимает себя в мире и становится более уверен в себе. Соответственно, формируется то, что мы называем доверием к себе. Чем больше двигается человек, тем он увереннее, поскольку он адаптируется к пространству, расширяя границы физического пространства, а, стало быть, и социального пространства. Специалисты говорят, что не существует видов заболеваний (за исключением острых стадий), при которых средства и методы адаптивной физической культуры не оказались бы полезными. Эффект от них будет зависеть от правильного подбора упражнений, определения нужной интенсивности и дозировки их выполнения, интервалов отдыха и других факторов. Результат от индивидуально подобранного комплекса упражнений будет выше при следующих обстоятельствах:

- 1) мотивация и потребность в упражнениях самого человека с ОВЗ;
- 2) профессионально подобранный индивидуальный комплекс;
- 3) включенность комплекса упражнений в социальное пространство (например, возможность продемонстрировать результаты и др.);
- 4) позитивная оценка результатов упражнений со стороны других;
- 5) возможность закрепить результаты в адаптивном спорте, образовательных и научных мероприятиях, в профессиональной деятельности.

Основу адаптивной физкультуры составляет двигательная активность, под которой понимается сумма движений, выполняемых самим человеком в процессе повседневной жизнедеятельности. Двигательная активность является биологической потребностью организма и энергетической базой всех психических процессов, обеспечивает нормальное развитие и деятельность различных функций и систем. Недостаток движений отрицательно влияет на функциональное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма. Отсюда человеку с ОВЗ важно заниматься

адаптивной физкультурой с детства, используя ее для раскрытия своего потенциала и развития личности.

Профессиональный подход к разработке комплекса упражнений по адаптивной физкультуре предполагает:

- комплексный анализ состояния здоровья человека с ОВЗ, проводимый с целью выявления особенностей недостатков и возможностей, на которые следует опираться;

- психологическое консультирование человека с ОВЗ, готовящегося к комплексу упражнений, сопровождение работы специалиста в области адаптивной физкультуры;

- выбор методики и разработка программы адаптивной физической культуры с учетом выявленных особенностей психофизического развития, двигательной сферы, социальных потребностей;

- рефлексия по поводу полученных результатов реализованной программы адаптивной физкультуры, консультирование психолога по вопросу дальнейшей жизненной стратегии.

Использование последовательного, поэтапного, системного подхода к развитию адаптивной физкультуры предполагает акцентирование внимания на нозологических группах. В свою очередь психофизиологические особенности каждой из групп предусматривают более детальное, поэтапное изучение особенностей движения индивидов с различными нозологиями. Алгоритм коррекции двигательной активности выглядит следующим образом:

- освоение отдельных частей упражнения;
- освоение целостного упражнения;
- многократное повторение упражнения, переход к самостоятельному выполнению двигательного действия;
- повторение двигательного действия в жизненной ситуации;

- постоянное использование двигательного действия, стереотипизация.

Данный алгоритм определяет порядок операций, необходимых для закрепления двигательного навыка. Дефициты двигательной активности – то важное, что позволяют восполнить занятия адаптивной физической культурой.

В качестве основных принципов организации профессиональной деятельности по адаптивной физической культуре выступают:

- принцип преемственности: движение от простого к сложному;
- принцип непрерывности;
- принцип раннего вмешательства;
- принцип организации адаптивных способов передачи информации;
- принцип системности;
- принцип компенсаторного развития личности;
- принцип вовлеченности в процесс первичных агентов социализации ребенка (родители и/или законные представители).

Важно понимать, что адаптивная физическая культура не тождественна «облегченной» серии физических упражнений, разрабатываемых валеологами, врачами, педагогами для детей с так называемой «нормой здоровья». Система адаптивной физической культуры берет на себя задачи пролонгированной, монотонной работы, в случае необходимости, с лицами с ОВЗ и инвалидностью. Проблемы в валидной оценке эффективности деятельности по адаптивной физической культуре, согласно нозологии, дополняются проблемами организационно-управленческого характера. Дефициты специалистов, адаптированных спортивных площадок в силу устаревшего спортивного инфраструктурного фонда, финансирование социальных-медицинских услуг, связанное с реализацией программ по физической адаптивной культуре, влияет в

целом на мотивацию профессионального сообщества. Особенно в ситуации, когда характер деятельности по данному направлению реабилитации всегда имеет отсроченный результат и не дает «быстрых» готовых решений и результатов в реабилитации несовершеннолетних и взрослых людей с инвалидностью. Вопрос о квалификации специалистов в области адаптивной физической культуры сопряжен с необходимостью комплексной подготовки с учетом формирования компетенций из смежных социально-гуманитарных областей знания: педагогического, в том числе и коррекционного, психологического, правового.

Автор учебника «Теория и организация адаптивной физической культуры» Сергей Евсеев отмечает, что «В настоящее время адаптивная физическая культура – активно развивающаяся сфера социальной практики, элементы которой проникают в различные области общественной жизни и выступают в виде адаптивного физического воспитания, адаптивной двигательной рекреации, адаптивного спорта, физической реабилитации, креативных (художественно-музыкальных) и экстремальных видов двигательной активности людей, имеющих отклонения в состоянии здоровья [Евсеев, 2016]. Автор правомерно подчеркивает развитие адаптивной физкультуры как социальной практики, элементы которой проникают в различные области общественной жизни и выступают в виде адаптивного физического воспитания, адаптивной двигательной рекреации, адаптивного спорта, физической реабилитации, креативных (художественно-музыкальных) и экстремальных видов двигательной активности людей, имеющих отклонения в состоянии здоровья. В тоже время исследование психологического (и в какой-то мере психотерапевтического) потенциала адаптивного спорта является актуальным и перспективным.

Психологическое сопровождение реабилитации – это важнейший компонент в системе реабилитационных мероприятий. Изменение социальной ситуации развития человека, связанной с хроническим заболеванием и инвалидностью, ограниченными возможностями здоровья приводят к специфическим личностным, волевым, эмоциональным, коммуникативным, ролевым изменениям и деформациям, что сказывается на всех сферах жизнедеятельности человека. Психологическое сопровождение является важнейшим аспектом комплексной реабилитации, направленной на возвращение больного человека, в том числе инвалида к продуктивной деятельности, сохранение его для семьи и общества (Н. Б. Шабалина, Р. М. Войтенко, Е. М. Старобина, С. А. Стеценко, Ж. В. Порохина).

В основе потенциала реабилитационного процесса, на наш взгляд, находится психологический реабилитационный потенциал, определяющий, с одной стороны, влияние самой личности на процесс реабилитации, а с другой сам процесс систематических занятий адаптивным спортом влияет на личностное, эмоциональное, социальное развитие человека. Уровень психологического реабилитационного потенциала имеет ценность для самого инвалида, так как указывает ему на те скрытые в нем самом личностные ресурсы, за счет которых возможна компенсация ограниченных возможностей и наиболее полная адаптация и реадaptация в новой для него социальной ситуации развития. Следует отметить, что современный взгляд на адаптированную физическую культуру предполагает комплексный подход, интегрирующий восстановительные, инновационные, воспитательные и психологические технологии.

Отметим, что до сих пор наблюдается недооценка психологического потенциала адаптивной физкультуры, что в свою очередь, требует актуальных междисциплинарных подходов создания теории и практики адаптированной физической культуры. В связи с

чем, в современной реабилитационной парадигме, необходимо поставить вопрос об интеграции физической культуры, медицины и психологии.

На наш взгляд, психологический аспект реабилитационного потенциала физической культуры включает в себя следующие компоненты: эмоционально-волевой и мотивационный; интеллектуальный, эстетический, коммуникативный, личностный.

Разделяя фундаментальные положения психологии о целостности, динамичности развития личности и её стремления к самореализации, можно предположить, что систематические занятия адаптированной физической культурой являются средством развития эмоционально-волевой сферы личности, изменение физического самочувствия, образа собственного тела, формирование приемов управления телом и координацией движений, иннервирует личностный рост и обладает психотерапевтическим эффектом.

Если для здоровых людей двигательная активность – это обычная потребность, реализуемая повседневно, то для инвалида физические упражнения жизненно необходимы, так как они являются эффективнейшим средством и методом одновременно физической, психической, социальной адаптации. Их пролонгированное тонизирующее, антистрессовое и психотерапевтическое воздействие на организм оказываются одним из немногих реальных путей восстановления и поддержания активной жизнедеятельности инвалидов, гармоничных реабилитационных изменений и мотивационных стимулов к созданию качественно иного стиля жизни и мироощущения.

Основываясь на вышесказанном, можно констатировать, что адаптивная физическая культура может рассматриваться как телесно-ориентированная психотерапевтическая практика. Суть её потенциала, на наш взгляд, можно определить следующими тезисами.

Систематические занятия влияют на улучшение самочувствия и общего физического состояния, в результате чего возникает гармонизация эмоционального фона.

Улучшение «телесного самочувствия» определяет позитивное отношения к себе как к самооценности.

Систематизаций занятий адаптивным спортом способствует развитию настойчивости, целеустремленности, стремления к самопознанию и саморазвитию.

Улучшение способности к выдерживанию значительных нагрузок создает ресурс для решения задач в стрессовых ситуациях, а также снижению уровня личностной и ситуативной тревожности.

Командные формы работы развивают коммуникативные и организаторские навыки; способствуют освоению новых социальных статусов адаптивного командного спорта, позволяет инвалидам лучше адаптироваться в различных сферах жизнедеятельности, в частности, не только спортивной и физкультурно-оздоровительной.

Таким образом, занятия адаптивной физической культурой и спортом способны выполнять психотерапевтическую, социокультурную функции. Такое положение дел создает новые требования к подготовке тренеров и наставников.

2.8. Aktualne praktyki położnicze w zakresie wspierania kobiet w ciąży z problemami społeczno-psychologicznymi

2.8. Current best practices in the work of the midwife to support pregnant women with social and psychological problems

Annotation. During pregnancy, not only certain changes in the physical state are made, but a fundamental transformation in the functioning of most systems of the body is performed. The psychological

state of the pregnant woman is also subject to change, which is a natural result of significant physical changes.

Regardless of her condition, the pregnant woman still remains a part of her family, the place of work continues to fulfill those social roles that were characteristic of her before the onset of pregnancy. Often, it is difficult for the pregnant woman to overcome the emerging social stereotypes that were created before she became a mother, doubts about her ability to combine the two social roles - mother and work. Therefore, psychological and social problems can be a frequent occurrence on which serious somatic problems subsequently develop, disrupting the normal upbringing of children.

Appropriate mechanisms for dealing with negative psychological and social problems are the use of good practices in the work of the midwife. This is based on the fact that the choice of more good practices allows, on the one hand, to achieve a high degree of efficiency in working with pregnant women and, on the other, does not require long-term, specialized midwifery training.

The combination of best practices in midwifery work will also enable the extension of research in this field, together with the immediate positive impact on pregnant women, will enable the collection of additional information on problem areas in the social environment of pregnant women.

I. Пренатальный период – сущность и специфика

Пренатальный период начинается после зачатия и заканчивается после рождения плода. Во время данного периода в организме матери наступают существенные изменения, которые охватывают весь спектр работы органов и физиологические процессы в материнском организме.

Одной из характеристик пренатального периода является сравнительно высокая степень неустойчивости в отношении физиологического состояния будущей матери, ее нервной системы и

общего психологического состояния. Это обуславливается обстоятельством, что в пренатальном периоде протекают не только определенные изменения телесного состояния, но и фундаментальное переустройство работы большинства систем в организме. Изменению подвергается и психологическое состояние беременной женщины, что является естественным результатом существенных физических перемен. Данные изменения прямым образом отражаются и на особенности взаимодействия будущей матери с разными социальными группами, к которым она принадлежит [Перусанова, 2018].

Пренатальный период делится на три базисных триместра, в рамках которых физиологические и психологические изменения беременной имеют свою специфику. Это определяет необходимость не только в специфических медицинских заботах о беременной, но и в разном подходе к ее психике в зависимости от триместра.

Заботы, которые осуществляются акушеркой и близкими людьми, социально значимыми для беременной, должны быть системно связаны.

Каждый этап изменений в организме, каким является и пренатальный период, связан с существенными угрозами для здоровья беременной и плода. Возможны разные сценарии неблагоприятного развития беременности, некоторые из которых обусловлены наследственными генетическими дисфункциями. Другие - непосредственно связаны с физико-химическими воздействиями окружающей среды, а существует и такая категория угроз, проистекающих из неблагоприятных психологических и социальных элементов среды, в которой находится беременная женщина [Перусанова-Павлова, 2016].

II. Социальные воздействия во время беременности

Беременная женщина, несмотря на физиологические и психологические изменения, продолжает быть частью общественной

системы – своей семьи, рабочего коллектива, она продолжает исполнять те социальные роли, которые были характерны для нее до наступления беременности [Перусанова-Павлова, 2016].

Социальные связи, частью которых является и сама беременная женщина, составляют общую систему, элементы которой взаимосвязаны и взаимозависимы. Выделяются следующие элементы социального воздействия:

- семья;
- коллектив и место работы;
- социальный статус и доминантная традиция в конкретной культурной среде.

Воздействия семейной среды

Семья как социальный институт является первой социальной подсистемой, которая в максимальной степени связана с предстоящими родами. В семье ожидают нового члена и еще до его появления он получает определенную роль в данной семье, которая в значительной степени зависит от доминирующей традиции и культуры данного общества.

Как правило, социальный статус будущего ребенка отражается и на беременной, чей статус может измениться в связи с беременностью. Социальный статус беременной женщины создает (даже в самых благоприятных условиях и высокой степени лояльности ее семьи и семьи будущего отца) определенную, не явную напряженность в отношениях с ее „узкой“ семьей (отцом ребенка и семьей, в которой живет беременная), но и между беременной и ее „широкой“ семьей (другими родственниками). Данная напряженность порождается гипотетическим характером качеств будущего ребенка, возможными затруднениями, связанными с уходом за ним, а также с социальными ожиданиями семьи, направленными на будущего ребенка. Существенное значение имеет предыдущий социальный

опыт данной семьи – если в семье есть старший ребенок, степень напряженности значительно ниже [Перусанова-Павлова, 2015, 64].

Социальное напряжение в значительной степени связано с культурными особенностями. Чем сильнее воздействие культурных норм, тем выше степень социальной неопределенности и, соответственно, степень напряженности беременной. Таким образом, при строгом доминировании традиционных норм культуры каждое физиологическое нарушение нормальной беременности воспринимается как своеобразное „отступление“ от принятых норм и нарушение „обычного“. Данная ситуация соответственно оказывает негативное воздействие на протекание беременности [Перусанова-Павлова, 2016, 121].

Семья имеет существенное значение для положительного воздействия на беременную женщину, на процесс осознания будущей матери ее новой социальной функции. Часто это связано с соблюдением определенных традиций и обычаев в пренатальном периоде [Перусанова-Павлова, 2015, 130]. Иногда из-за опасений нарушения определенных социальных норм в семье беременные женщины обращаются за консультацией к специалистам [Перусанова-Павлова, 2016, 121].

Воздействия рабочей среды

Несмотря на форму трудовой деятельности беременной женщины (в зависимости от соответствующей культуры, она может быть домохозяйкой), изменения в ее физическом состоянии в связи с беременностью отражаются на ее социальных контактах. Анализируя данные воздействия, можно дифференцировать два основных аспекта:

- изменения в формальных отношениях;
- изменения в неформальных отношениях.

В значительной степени формальные отношения определяются законодательными нормами, а также и традициями в данной культуре.

Формальные и неформальные отношения во время беременности можно прогнозировать, но и они, также, как и семья, могут привести к психологическому напряжению в результате неизвестности [Перусанова-Павлова, 2016, с. 121].

Будущая мать не может в самых незначительных деталях представить себе исполнение традиционных обязанностей в своем новом качестве. Адаптирование к новой социальной функции сопровождается и особенностями восприятия гестационной доминанты беременной женщины. Высокая степень тревожности может быть мотивирована и чисто объективными факторами:

- незнание особенностей правовой регуляции положения молодой матери;
- опасения, связанные с уходом за ребенком (особенно при вероятности проявления физических или психических недугов ребенка);
- риск потери работы в результате беременности или родов и др.

Если изменения в формальных отношениях на работе будущей матери в значительной степени предсказуемы или прогнозируемы, то перемены в неформальных отношениях чаще развиваются хаотически.

Для беременной сложно преодолеть возникающие социальные стереотипы, а также сомнения в связи с ее возможностью сочетать две роли – матери и работающей женщины. Чувство беспокойства зависит от нескольких факторов:

- квалификация будущей матери;
- формальные и неформальные рабочие отношения;
- перспективы и ожидания беременной в связи с ее профессиональной реализацией.

Роль семьи в преодолении возникающей тревожности существенна, и она выражается в моральной и материальной

поддержке, которую она оказывает будущей матери [Перусанова-Павлова, 2016, с. 16].

Воздействие социального статуса на будущую мать

В практике каждого общества существует социальная стратификация, которая определяет статус отдельной личности, а также социальные институты и их особенности, к которым данная личность относится.

Социальный статус выражается, с одной стороны, в отношениях в семье, в которых в результате беременности наступают изменения в структуре, составе и особенностях этих отношений. Несмотря на различия в отдельных культурах, социальный статус семьи и ребенка достаточно стабильны.

С другой стороны, социальный статус матери (ее социальная, этническая, религиозная, профессиональная или другая принадлежность) в обществе определяет и ожидания данного общества, направленные на социальную реализацию будущего ребенка.

Чем выше социальный статус беременной, тем легче преодолимо беспокойство в связи с процессом беременности и родами. Материальное благосостояние тоже оказывает положительное влияние на психологическое состояние беременной женщины и на превенцию рисков при беременности.

Установлена следующая взаимосвязь, несмотря на различия культур в отношении социального статуса, чем выше социальная категория, к которой принадлежит будущая мать, тем более значимо для нее рождение ребенка [Перусанова-Павлова, 2016, с. 16].

Культурная доминанта в традициях общества

Культура оказывает существенное воздействие на процесс беременности и на отношение будущей матери. Убеждения и обычаи влияют на беременную женщину, несмотря на ее принадлежность к данному социальному слою.

В ценностной системе болгарской женщины рождение здоровых и полноценных детей является приоритетом. Период беременности наполнен множеством ритуалов, которые следует соблюдать, а также и рядом запрет. Беременная ограничивается в еде и деятельности, которые каким-то образом, даже косвенным, напоминают ей то, чего она хочет избежать для себя и ребенка. Ограничения, с одной стороны, являются заботой о здоровье будущих мамы и ребенка, а с другой – это своеобразная изоляция и предохранительные меры. Моральный акцент запрета очень существен [Перусанова-Павлова, 2016, 121].

Запреты в соответствии с национальной традицией направлены на определенных людей, которых женщине следует избегать, а также и на ряд ограничений в ее деятельности.

В соответствии с ними женщина не должна есть некоторые продукты в следующих ситуациях: хлеб, который ее муж вернул с дороги, чтобы будущий ребенок не был пугливым; дичь или домашнее животное, убитые волком, чтобы ребенок не был волосатым; голову или жабры рыбы, чтобы ребенок не храпел во сне; мясо горлицы, чтобы ребенок не пугался во сне.

В народных традициях поощряется питание беременных определенной едой: козьим молоком с медом и вином или горбушкой хлеба, чтобы родить сына.

Существует и ряд запретов: беременной не следует переходить дорогу, чтобы не рассердить Матерь Божью, и чтобы ребенок не родился ненормальным; беременную не надо пугать, чтобы ребенок не стал похож на пугающего – человека или животного; о беременной не следует говорить ночью, чтобы злые демоны не вызвали выкидыш.

Традиция рекомендует беременной женщине определенные действия:

- чтобы избежать зла, беременная в первые недели беременности должна провести мылом по своему голому телу;

- купаться чаще, чтобы новорожденный не плакал часто; соблюдать строго церковные праздники – Святой Анны, Вознесение Матери Божьей, Святого Симеона, Святой Варвары; когда плод впервые шевельнется, беременная должна замесить хлеб из белой пшеничной муки и куски хлеба раздать близким и родственникам, чтобы ребенок родился легко.

В Болгарии принято беременность хранить в секрете в первые несколько месяцев – пока ребенок не „оживет“ в ней, т. е. не начнет двигаться в матери. Тогда уже она должна рассказать о предстоящих родах, чтобы ребенок не стал немым. Беременную в народе называют тяжелой, трудной, большой, непустой. Во время беременности она соблюдает ряд запретов, цель которых оберегать ее и ребенка от злых сил и сглаза. Беременная не должна садиться на порог, носить тяжелое, переходить через веревку, ходить босиком и много др. Если она увидит еду, которую она захочет съесть, ей обязательно надо дать попробовать. Поэтому все должны предлагать ей попробовать еду, даже если она этого не просит. В соответствии с верованиями, если беременная захочет что-то съесть, но не попробует эту еду, то, когда она притронется к своему телу, на данном месте появиться шрам у ребенка. Если беременная украдет еду или что-нибудь другое, она должна прикоснуться к пятке, чтобы шрам на ребенке не был виден [Перусанова-Павлова, 2016, 121].

Существует ряд гаданий, связанных с полом будущего ребенка. Принято на голову беременной незаметно для нее посыпать соль, и когда она прикоснется к какой-то части своего тела, это указывает на пол. Например, если она прикоснется к носу, ей предстоит родить сына, а если ко рту – дочку.

Когда начнутся роды, нельзя об этом говорить до рождения ребенка. Чем меньше людей об этом знают, тем легче пройдут роды. Если в данный момент в доме присутствует посторонний человек, ему не позволяют уйти до окончания родов.

В дом звали бабу акушерку, которая помогала при родах. В большинстве случаев, это пожилая женщина, для которой контакт с нечистой родов не опасен. Несмотря на это, раз в году акушерка очищается в Бабий день (Бабьи каши). Чтобы облегчить роды, отец будущего ребенка и остальные присутствующие окунали руки в воду, которую давали беременной женщине выпить. Женщины в доме молились Матери Божьей, которая по народным традициям помогает при родах.

Принято считать, что во время родов женщина „одной ногой в могиле“, так как существует реальный риск для ее жизни, а и потому что она в контакте с потусторонним миром, откуда приходят дети и уходят мертвые. Граница между двумя мирами воспринимается как большая река, которую беременная должна перейти [Perusanova-Pavlova, 2015, 225].

При появлении проблем акушерка брала целебные травы, названные „рука Богоматери“, которые похожи на сжатую руку в кулак. Погружала их в воду и травы раскрывались, как ладонь, а беременная выпивала эту воду. Принято толковать, что раскрытие „руки“ способствует легким родам.

Когда ребенок рождался, отрезали пуповину и сохраняли плаценту, так как если кто-нибудь ее украдет, то лишит возможности женщины снова иметь ребенка. Потом ее закапывали в землю.

С момента начала родов до 40-ого дня мать воспринимается как нечистая (данное верование имеет рациональную основу, так как в этот период женщина продолжает кровоточить). Принято верить, что она подвластна злым силам и ей следует соблюдать определенные запреты, которые ее оберегут. Она не должна выходить из дому, особенно ночью, не вывешивать свое и ребенка белье на улице, не встречать и не провожать гостей, не месить хлеб. Ее не оставляют одну дома, она носит косынку и не смотрит людям в глаза. Ей и

ребенку завязывают красную ниточку с синим шариком против сглаза.

В народе говорят, что там, куда ступила ногой только что родившая женщина, не растет трава. Если две такие женщины встретятся, им следует дать друг другу что-то, чтобы одна не отняла молока у другой. На 40-ой день мать идет в церковь, чтобы ей прочли „чистую молитву“, после чего все вышеуказанные ограничения заканчиваются. По дороге обратно из церкви молодая мать посещает свою мать или другую близкую родственницу, которая встречает ее на пороге дома, моет ей ноги и угощает хлебом [Перусанова-Павлова, 2016, 121].

После родов, ребенка моют и натирают тело солью, а потом укутывают в рубаху отца. В соли он остается от одного до трех дней. Болгары считают, что тело того, кого не натерли солью, пахнет. Сразу после родов в доме пекут хлеб и раздают всем присутствующим – это хлеб Матери Божьей. Этим хлебом свидетельствуют ей свою благодарность за то, что ребенок родился живым и здоровым. Пока ребенка не крестят, его не оставляют одного. На третий день после родов ребенка отмывают от соли впервые, а в воду окунают яйцо, цветы и серебряную монету. На 40-ой день рождения ребенка пекут хлеб и приглашают в гости женщин и детей. На пороге ставят кусок железа или протягивают красную нитку, через которую гости переступают. Ритуальный хлеб ломает бабушка или акушерка над белым полотенцем, покрывающим головы матери с ребенком, крошки собираются в это полотенце. Первый кусок предназначен для Матери Божьей и его кладут на самое высокое место в доме. Остальными кусками хлеба с медом угощаются гости, чтобы жизнь ребенка была сладкой. Гости дарят подарки или деньги.

Когда впервые ребенка начинают кормить грудью, над головой матери держат еду, чтобы ребенок был сытым всю жизнь [Perusanova-Pavlova, 2015, 225].

Принято считать, что на третью ночь после родов приходят три благодетельницы, которые желают ребенку счастливой судьбы.

Соблюдение ритуалов и традиций создает определенный психологический комфорт беременной женщине, несмотря на ее степень образованности или профессии [Perusanova-Pavlova, 2015, 225].

III. Передовая практика при преодолении социальных и психологических проблем у беременной женщины при помощи акушерки

Установление „передовых практик“ при оказании акушерского ухода не должно основываться на субъективных восприятиях отдельных специалистов или на следовании определенных систем здравоохранения.

Для утверждения акушерской практики как передовой она должна соответствовать конкретным целям на национальном и всемирном уровне.

Следовательно, передовыми практиками можно воспринимать те, которые применяются в странах, в которых:

- снижен уровень детской смертности до 5-летнего возраста;
- снижен уровень материнской смертности (как правило, желательно снижение на $\frac{3}{4}$);
- введена единая система управления степенью подготовки персонала при предоставлении акушерского ухода [Council Directive, 1980].

В мониторинговом докладе Всемирной организации здравоохранения (МОЗ) указано толкование о необходимом уходе, предоставляемом акушеркой³³.

Лучшей практикой можно определить ту, при которой существует соответствие между оказанным акушерским уходом на

³³ A Global Survey Monitoring Progress in Nursing and Midwifery World Health Organization 2010.

удовлетворение потребностей и ожиданий беременной, а также соответствие уровню медицинской технологии и ресурсам.

В научной литературе указан ряд примеров лучших практик акушерского ухода в странах Европейского союза и США.

В докладе ВОЗ „European health for all database” рассматриваются стандарты акушерского ухода в европейских странах, где они имеют императивный или рекомендательный характер (Council Directive, 1977).

Лучшими практиками определяются те, которые связаны с обучением акушерки и с ее социальными функциями на примере Франции и Германии³⁴.

В этих странах с высоким качеством акушерского ухода осуществляется постоянное модернизирование в четырех направлениях:

- управление качеством на основании конкретных критериев акушерского ухода;
- воздействие профессиональной общности, которая соблюдает стандарты акушерской деятельности;
- инновации в каждой области акушерского ухода;
- постоянное продолжающееся образование акушерок в процессе их профессиональной деятельности.

Один из существенных элементов передового опыта Германии и Франции связан с ранней диагностикой возникающих психосоматических проблем беременных женщин.

Акушерская деятельность, как и весь комплекс управления здоровьем беременной, направлен на максимальную эффективность ухода за беременной женщиной в лечебных заведениях, а это включает и заботу о ее психологическом здоровье.

³⁴ European health for all database (HFA-DB), WHO/Europe; 2009; U.S. Census Bureau, The 2009 Statistical Abstract.

Современные передовые практики не ограничивают акушерку лишь в рамках диагностики возможных психологических проблем во время беременности. Существенную роль исполняет акушерка в процессе обучения будущей матери, в активной работе с семьей беременной женщины, в преодолении некоторых культурных паттернов, которые могут неблагоприятно повлиять на психическое состояние беременной женщины. В ряде случаев беспокойство и тревожность могут быть преодолены при создании подходящей обстановки, моделирование которой требует специфической квалификации. Профессиональной акушерке следует уметь рекомендовать исполнение определенных ролей членами семьи или значимой для беременной социальной группы [Council Directive, 1980].

Реализация передового опыта в области пренатальной психологии (конкретнее при идентификации психологических проблем беременной женщины) осуществляется на основании высоких морально-этических стандартов, связанных с функциями акушерки, с медицинскими манипуляциями и деятельностью, а также и с оказанием психологической и социально-психологической поддержки.

Одним из основных морально-этических принципов в работе акушерки является принцип одинакового отношения ко всем беременным без отношения к их культурным, психологическим, религиозным или другим социальным различиям между акушеркой и беременной.

Не менее значим и другой морально-этический принцип в работе акушерки, такой, как принцип максимализации помощи во время родов. В него входят все доступные акушерке средства, которые могут быть полезны беременной и матери в первые месяцы после родов [Council Directive, 1980].

Одним из существенных условий реализации передовых практик является постоянное повышение квалификации акушерки, которое предусматривает процесс обучения, ознакомление с новейшими медицинскими практиками, а также активность в научно-исследовательской области.

Обучение и повышение квалификации рассматривается как перманентный процесс, включающий усвоение новых практик и анализ новейших теоретических моделей, что способствует расширению креативных возможностей акушерок.

В Болгарии обучение акушерки соответствует самым высоким требованиям и полностью сопоставимо с подготовкой акушерок во Франции и Германии. Этот факт можно установить на основании образовательных программ в подготовке акушерок. Такими являются программы по следующим дисциплинам: Философия и введение в сестринский и акушерский уход – теоретические и практические основы; Специфический уход за беременной с нормальной и патологической беременностью; Специфический уход за беременной и роженицы в анестезиологической и интенсивной терапии; Специфический уход за беременной и роженицей с хирургическими заболеваниями; Специфический уход за беременной, роженицей и больными с гинекологическими инфекционными и венерическими заболеваниями; Медицинская психология; Медицинская этика и деонтология; Социальная медицина и промоция здоровья; Социальное и медицинское законодательство; Сексология и семейное планирование; Принципы и методика обучения и Промоция женского здоровья (www.euro.who.int).

В учебных программах пропорционально представлены теоретические элементы подготовки и практические упражнения, которые способствуют опыту в уходе за беременной, а также и при проведении сопутствующих деятельности по социально-психологической диагностике беременной [Сиджимова, 2016, 51].

Квалификационные программы постоянно обновляются и дополняются, что способствует базисному обучению и обогащению будущих специалистов новейшими достижениями медицины и других областей знания, имеющих отношение к их профессиональной деятельности. Широкий спектр использования методики подготовки позволяет быструю адаптацию и высокое качество акушерского ухода [Перусанова-Павлова, 2015, 130].

Заключение.

Во время беременности часто возникают психологические и социальные проблемы, которые могут явиться предпосылкой для развития серьезных соматических нарушений, препятствующих нормальной заботе о детях. Не существует единый, унифицированный механизм, при помощи которого возможно противодействовать подобным проблемам во время беременности. Ответственность за обеспечение внутреннего баланса будущей матери распределена между несколькими специалистами, а их работа не всегда согласована, что рефлектирует на конечный результат.

Самый близкий контакт с беременной устанавливают акушерки.

Адекватным механизмом преодоления негативных психологических и социальных расстройств является использование лучших практик в деятельности акушерки. Применение передового опыта очень адаптивно и находит реализацию как в лечебных заведениях, так и в женских консультациях.

Передовые практики создают условия рационального поведения беременных и способствуют снижению риска от проявления психо-социальных проблем во время беременности.

Акушерка обладает необходимым набором знаний о здоровье беременной, она осуществляет и прямой контакт с будущей матерью, существует также ряд возможностей в постоянном повышении квалификации, а все эти факторы обуславливают существенную роль акушерки в процессе беременности и родов.

2.9. Czynniki ryzyka zdrowia w tworzeniu zespołu metabolicznego i zasad żywieniowych dla optymalnej rehabilitacji pacjentów z cukrzycą i z jej powikłaniami

2.9. Knowledge of risk factors forming metabolic syndrome and its consequences for health and dietetic principles for optimal rehabilitation of patients with diabetes and its complications

Аннотация. Одним из значительных рисков для здоровья, связанных с развитием цивилизации, является метаболический синдром, который способствует в первую очередь снижению физической активности, не сбалансированному питанию, загрязнению воды, воздуха и пищи, а также увеличению темпов жизни, способствующий снижению стрессоустойчивости. Метаболический синдром в настоящее время является растущей клинической проблемой в промышленно развитых странах, а также проблемой для эпидемиологов. Он характеризуется ожирением, гипертонией, диабетом 2 типа, резистентностью к инсулину и нарушениями липидного обмена. Воздействие и риск отдельных видов заболеваний и расстройств, взаимно усиливаются и накапливаются, что увеличивает риск неблагоприятных осложнений. Нездоровый образ жизни населения приводит к увеличению распространенности метаболического синдрома и, следовательно, увеличивает риск развития атеросклероза и/или диабета. Распространенность ожирения и чрезмерная длительность течения болезни, вызывающая множество сопутствующих заболеваний, имеющих крайне второстепенное значение для больного человека и для общества, делают сопутствующие расходы очень большими. Единственный способ снизить эти расходы — это интенсивная первичная и вторичная профилактика и санитарное просвещение, которое

влияет не только на дополнение к лечению, но и само по себе, обучая пациентов заботиться о своем здоровье. Знание факторов риска для здоровья пациентов с метаболическим синдромом, очень важно для выбора оптимального способа реабилитации. Это связано не только с изменениями и использованием для них правильной низкоуглеводной диеты, способствующей уменьшению массы тела, но и подбору, проведению соответствующих упражнений для повышения метаболизма, как части отдыха с выполнением и лечебно-профилактических мероприятий.

Basic epidemiological data and health consequences of diabetes and metabolic syndrome

The development of civilization has brought great progress in science and substantial improvement of living conditions of people, but also became the cause of the appearance of many previously unknown risks, primarily in the form of increased incidence of diabetes, hypertension and lipid disorders, and metabolic syndrome. Diseases of the cardiovascular system are the leading cause death in the world, and also in Poland, where they account for almost 50% of all deaths [Modrzejewski, 2010, 112]. Independently of region in the world, with mortality due to cardiovascular disorders affect primarily motivated by atherosclerosis. Atherosclerosis is a chronic inflammatory disease of the arteries characterized by formation of specific changes in the vessel wall with inflammatory infiltration, lipids accumulation and also fibrin [Undas, 2009, 397; Chłopicki, 2005, 68; Biondi-Zoccai, 2003, 1077]. Atherotrombosis is a pathological phenomenon of simultaneous occurrence of atherosclerosis and thrombosis in the arteries. These complications associated with the formation of atherosclerotic plaques are mainly associated with endothelial cell damage, a tendency to hypercoagulability of blood and on the capacity of natural anticoagulant mechanisms. Many years of accumulation of cholesterol in blood vessel walls in the form of so-called. atherosclerotic plaque leads to a narrowing of the artery. Plaque rupture causes the rapid formation of

thrombus and occlusion. Various factors cause endothelial dysfunction, change its properties, and consequently pro-inflammatory function, they can activate platelets, can affect the clotting, affect vascular tone and the regulation of vascular permeability, and thus contribute to development of atherothrombotic events [Chłopicki, 2005, 68; Biondi-Zoccai, 2003, 1077]. Diabetes has many of the negative actions on endothelial function as a result of hyperglycemia and hypertension, and dyslipidemia associated with diabetes and insulin resistance commonly found. High glucose concentration causes a decrease of nitric oxide synthesis /NO/ and/or increased its inactivation by oxygen free radicals. These mechanisms that lead to endothelial dysfunction in people with diabetes are diverse, but always associated with metabolic pathways for oxygen. Diabetes significantly reduces vasodilatory effect of NO and causes a tendency to narrowing blood vessels and inflammatory and pro-thrombotic action [Chłopicki, 2005, 68; Biondi-Zoccai, 2003, 1077; Carry, 2004, 2090]. In addition, in diabetes is difficult regeneration of endothelial cells, which results from the reduced number of EPC (endothelial progenitor cells) in patients, as well as multi-weakening action of these cells [Chłopicki, 2005, 68; Carry, 2004, 2090; Głowińska-Olszewska, 2011, 2693]. Diabetes significantly affect lipid metabolism, and its impact on the acceleration of atherosclerosis is the glycation of proteins in LDL cholesterol, which increases the susceptibility of these particles to oxidation. That changed LDL (oxy-LDL) accumulate in the macrophages to form foam cells [Głowińska-Olszewska, 2011, 2693; Njajuo, 2009, 739].

Epidemiological studies indicate a significant prevalence of the metabolic syndrome in both the U.S. and Europe, including Poland. It is estimated that among adults in developed countries from 20 to 25% of people in middle age meet the diagnostic criteria for metabolic syndrome [Stern, 2004, 2681]. Diabetes occurs in people of all races in every continent and appears in each age group. The World Health Organization

(WHO) in the 6 billion people in the world 175 million have diabetes, and expects that over the next 25 years this number will increase to 250 million. Diabetes affects about 2-5% of the population of Europe over 15 years of age. The greatest incidence of the disease occurs in urban areas (about 2%) and less in rural areas (about 1%), and it concerns women more than men. In Poland, suffering from diabetes 1.5 million people [Wyzgał, 2009, 503]. From this it was estimated that the population of all children in the world (aged 0 to 14 years) had in 2007 about 1.8 billion, of which 0.02% have diabetes. This means that the world of children with diabetes is nearly 440 000, and each year are diagnosed with 70 000 new cases. Despite therapeutic advances, diabetes is a disease that causes disability and shortens the average duration of life of patients by 20 to 30%. It is estimated that the treatment of diabetes and its complications consumes about 7% of all material expenditures on health care in Poland [Craig, 2009, 12]. Diabetes is a metabolic disease in the World's most widely characterized by hyperglycemia, or elevated blood sugar because of the defect production or action of insulin secreted by pancreatic β cells. Insulin deficiency leads to metabolic disorders, especially carbohydrates, but also fats and proteins. Insulin affects the synthetic functions of complex carbohydrates and proteins and fats, and takes part in the transport of electrolytes into the cell, mainly potassium ions. Chronic hyperglycemia is associated with damage, dysfunction and failure of various organs, especially the eyes, kidneys, nerves, heart and blood vessels. Due to the cause and course of the disease can be distinguished: "Type 1 diabetes" - it depends on the original, inadequate secretion of insulin by pancreatic β cells, is the type of insulin-dependent diabetes, "diabetes type 2" - is to reduce insulin sensitivity (insulin resistance). In type 2 diabetes causes damage to the pancreatic β cells and impairment, and later cessation of insulin secretion. There are many etiological factors, which determine the group of emerging symptoms. Can be divided into endogenous factors and exogenous factors. To endogenous factors include genetic predisposition, autoimmune

mechanisms, cellular receptor dysfunction, disorder or sections of hormones that stimulate inhibitory insulin secretion, and others, including a history of pregnancies in women with overweight and obesity. To exogenous factors include viral infections, drugs with a side-effect pro-diabetic, alcoholism. The principle of modern diabetes therapy is to treat all disorders accompanying the disease, not just the control of carbohydrate metabolism. Striving to normalize body weight, increased physical activity, proper diet, treatment of common lipid disorders in diabetes, hypertension and other cardiovascular diseases and to maintain blood glucose within the range of possible values close to normoglycemia reduces the risk of developing complications of the disease. The primary treatment of type 1 diabetes is insulin [Kowal-Gierczak, 1997]. Important risk factors for diabetes are overweight or obese. In the case of the abdominal obesity, adipose tissue accumulates mostly in the abdomen. Then produced in the decomposition of fat free fatty acids reach the blood to the liver, competing with glucose and causing a decrease in insulin sensitivity and increase blood glucose. The pancreas is forced to produce more insulin and consequently, as long as there is the possibility of pancreatic β cells and in then to diabetes. For the latter, the pancreas may also be subject to fatness, which also damage the function and can accelerate the development of diabetes. Many substances produced by adipose tissue to adversely affect the body - foster the development of inflammation, aging, atherosclerosis. Adiponectin is a substance that has a beneficial effect, sensitizing tissues to insulin [Kowal-Gierczak, 1997; Baranowska, 2010]. Adipose tissue of obese people produces adiponectin but in much smaller quantities than in those without obesity. For weight reduction risk of developing type 2 diabetes significantly decreases, then also improves glucose tolerance in the case of diabetes reduced the need for oral medications or insulin [Baranowska, 2010]. Prophylaxis and treatment of overweight and obesity is symptomatic, because obesity is a disease in some people polygenic and

is constantly changing under the influence of the environment. An important principle of treatment of obesity is obtain a negative energy balance. This required a reduction in food intake and increase physical activity. Treatment of obesity and overweight should be aimed not only at losing weight, but also aimed at controlling disorders coexisting cardiovascular disease. In the course of treatment should include improving the mental and social. An important issue in the treatment of overweight and obesity is an individual adjustment for age, sex, degree and type of obesity, risk factors and comorbidities. The goal of treatment should be reduced body weight by 5-15% over 3-6 months. The process should include the treatment of obesity: dietary advice, increased physical activity, lifestyle modification, drug therapy and possible surgery. Weight reduction leads to many positive changes in the cardiovascular system: the reduction of left ventricular hypertrophy, reduction of the risk of developing coronary heart disease and sudden death risk. Loss of 10% weight loss leading to lower blood pressure, reduction in fasting glucose, lower total cholesterol, LDL cholesterol and triglycerides, increased HDL cholesterol, facilitates the treatment of hypertension and heart failure [Kowal-Gierczak, 1997; Baranowska, 2010].

Epidemiological data on the prevalence of the metabolic syndrome are not optimistic, because the observations carried out around the world confirm that we are dealing with the growing epidemic of metabolic syndrome. The prevalence of metabolic syndrome in populations is diverse in terms of ethnicity, age and gender. It is believed that the main role played by obesity, especially abdominal obesity. Adipose tissue, is currently regarded as the endocrine gland produces several substances that obese people are excreted in abnormal amounts and have an impact on the development of metabolic disorders [Lawlor, 2009]. The prevalence of obesity and excessive duration of the disease and causing her a lot of diseases of very secondary importance for a sick person and to society, make the costs involved are very large. The only way to reduce these costs

is intense primary and secondary prevention and health education, which not only affects an adjunct to treatment, but alone it is by teaching patients how to care for their own health. Patient's knowledge about his illness affects his awareness and involvement in the healing process. Lack of knowledge may lead to the adoption of passive attitude towards the treatment and its low efficiency. Problems in coping with the disease can lead to deterioration of the patient's life and, consequently, to withdraw from professional and social life. Metabolic syndrome is one of the major causes of cardiovascular diseases and diabetes type 2. It is estimated that the presence of metabolic syndrome doubles the risk of cardiovascular disease and five times higher risk of developing diabetes type 2 [Lawlor, 2009; Grundy, 2006; Ford, 2002].

It was shown that the prevalence of metabolic syndrome increases with age. In the age group 20 - 29 years metabolic syndrome was found in less than 7% of the people, while in the group over 60 years, the frequency is increased above 40%. The prevalence of metabolic syndrome was similar in both sexes. Epidemiological studies have revealed the racial and ethnic differences in the prevalence of the metabolic syndrome and its risk factors [Szczęch, 2007, c. 76].

People who have problems with the cardiovascular system, they should follow and implement in your eating habits are some important changes to food intake. An important assumption of dietary calories are consumed during the day. People who are overweight and obese should limit the amount of calories by 600-1000 calories a day keep the body's needs. The diet should contain 1000-1200 calories a day for women and 1400-1800 kcal per day for men [Lawlor, 2009, 38, Szczęch, 2007, 76; Peters, 2000]. An important element in the fight against overweight and obesity is a rational eating. The causes of irregular eating too fast pace of life, lack of time, living in constant stress. Meals are usually then unscheduled, is consumed in a hurry and have very little nutritional value.

The success of proper nutrition, especially people with diabetes is to normalize the way you eat foods. Obese should eat 5 meals a day of placing the time of day. Properly distributed meals consist of hearty and healthy breakfast, light lunch and dinner and easily digestible snacks in the middle of the morning and afternoon. Dinner should eat at least two hours before bedtime, that the body has time for proper digestion [Erdmann, 2009]. It is shown that the meals into five to seven servings a day contain less fat and are more valuable and varied. This prevents the sharing of meals at some of the many diseases that are associated with diet. The important thing is to draw attention to the composition of snacks, as the good old snack is a way to better health. An important part of your diet is to plan a meal, to avoid buying fast food, where the products are not valuable, and contain a lot of calories. Another important principle in the diet is variety of food you eat. Each meal should contain some products of protein, carbohydrates, as well as fruits and vegetables. So good food provides man with the necessary ingredients in the diet for life. It should be remembered that the amount of food ingredient was not too big or too small. Note that any deficiency or excess is harmful to the body [Peters, 2000; Erdmann, 2009]. A diet of overweight and obesity is based primarily on increasing intake of fruits and vegetables. Water is so essential for the body. Too small amounts of water during the day can lead to dehydration. A symptom of this is somnolence, fatigue, inability to concentrate. A person should drink about two liters of fluid a day to properly hydrate your body. Drinking water, we satisfy hunger. Many people believe that hunger causes the symptoms of dehydration, but the body with water is required [Miles, 2008, c. 2].

Diabetic patients and diet Glycemic Index (Glycemic Load).

Glycemic index (GI) first appeared in the literature in the early 1980s as a means by which to categorize carbohydrate according to glycemic effect postprandially. Carbohydrate containing foods can be categorized according to the following GI classes: low-GI (<55); medium GI (55 to 69) and high GI (≥ 70). The GI is based upon a glucose (reference) scale where

glucose has a GI of 100 (using standardized methodology). For instance, the high GI cut point can be expressed as 70/100. Postprandially, starchy foods included in the low-GI category are absorbed more slowly across the intestine than medium or high GI foods. Slow postprandial intestinal absorption of starchy low-GI food results in a gradual increase in blood glucose (BG) and lower peak BG when compared to the prominent peak in BG observed after consuming a high GI food. A large body of data suggests a diet composed of low-GI food has a role to play in the prevention or treatment of a number of chronic conditions including type 2 diabetes mellitus, cardiovascular disease, and cancers. Consumption of foods with low glycemic index is associated with a decrease of postprandial elevated blood glucose levels and with the slow normalization of the glucose levels, because of insulin secretion reduction, and thus a lower postprandial hyperinsulinaemia. The GI value represents the type of carbohydrate in a food but says nothing about the amount of carbohydrate typically eaten. Portion sizes are still relevant for managing blood glucose and for losing or maintaining weight. The GI of a food is different when eaten alone than it is when combined with other foods. When eating a high GI food, you can combine it with other low GI foods to balance out the effect on blood glucose levels. Many nutritious foods have a higher GI than foods with little nutritional value, for example, oatmeal has a higher GI than chocolate. Use of the GI needs to be balanced with basic nutrition principles of variety for healthful foods and moderation of foods with few nutrients. The results of many investigations clearly show that the glycemic index is an important element in differentiating metabolic effects of food carbohydrates and evaluate the relationship between dietary carbohydrates and the risk of diabetes, atherosclerosis, and certain cancers, risk of colorectal cancer or cancers of the breast [Erdmann, 2009, 121; Miles, 2008, 2; Ryan, 2008, 1490].

In the diabetic patients diet Glycemic Index (GI) plays an important role, which indicates the rate at which carbohydrates pass into the blood and raise blood glucose. Due to the fact that insulin has a direct effect on carbohydrate metabolism, to determine the quantity and quality of carbohydrates is important in maintaining normal glucose levels. GI depends on the chemical structure of carbohydrates and methods of preparation, which affects the absorption of carbohydrates. In people with type I diabetes recommended diet with low glycemic diet can favorably affect the long-term glycemic control. When used with a low GI diet causes a smaller increase in blood glucose after a meal [Ryan, 2008, 1490; Ciok, 2006, 85]. The value of the glycemic index is dependent on the hydrolysis of carbohydrates occurring in the small intestine. Carbohydrates, which easily decompose, are rapidly absorbed and cause a rapid rise in blood sugar levels. The carbohydrates that are more difficult process of hydrolysis, are absorbed relatively slowly and slowly increase the level of blood sugar levels. An example of such "resistant" foods are legumes and pasta from semolina cooked al dente. While the cooking process causes gelatinization of starch, making it more susceptible to pancreatic amylase activity and increases the value of the glycemic index. Therefore, boiled potatoes and rice have high glycemic index. Occurring in patients with type 2 diabetes, there are many metabolic disorders that can cause that the use of carbohydrates with a low glycemic index, however, may not lead to normoglycemia. These problems can include damage to insulin secretion, impaired inhibition of glucagon secretion, decreased glucose uptake by peripheral tissues, impaired inhibition of lipolysis and damage to the process of endogenous synthesis of glucose in the liver [Aston, 2006, 134; Kelley, 2003, 864]. Moreover, in patients with type 2 diabetes damage arises glucose uptake in peripheral tissues. The beneficial effect of diets with low glycemic index may become apparent only in patients with well controlled diabetes, in whom treatment with pharmacological correction obtained metabolism of glucose and insulin [Thomas, 2008, c. 85-89].

The GI value is affected by many factors, including other nutrients, cooking processes, which are subjected to food products, or complex impact of different products consumed during the same meal [Kelley, 2003., 864 c.]. The advantage of products with a low glycemic index helps to lower increase in blood glucose, which in turn stimulates insulin secretion weakly and prevents hyperinsulinemia. Repeated episodes of hyperinsulinemia causes depletion of pancreatic insulin reserves and worsen insulin resistance [Brand-Miller, 2003]. While GI can predict the extent to which carbohydrates in the diet increases blood glucose, the total increase in blood glucose after eating a particular product or a meal depends on both the quantity and the quality of carbohydrates consumed. Therefore, the concept of "Glycemic Load" an indicator of the overall impact of food on postprandial glucose and insulin. Eating healthy by making choices from nutritional food groups, food that have a low glycemic index, can help the diabetic achieve stable blood glucose levels in conjunction with diabetic their current medication [Brand-Miller, 2008, c. 25].

A healthy diet and proper management can enhance their health by promoting stable glucose levels. Meal plan can be tailored to personal preferences and lifestyle and helps achieve goals for blood glucose, cholesterol and triglycerides levels, blood pressure, and weight management. Many research shows that both the amount and the type of carbohydrate in food affect blood glucose levels. Studies also show that the total amount of carbohydrate in food, in general, is a stronger predictor of blood glucose response than the GI. According to these research, for most people with diabetes, the first tool for managing blood glucose is some type of carbohydrate counting and balancing total carbohydrate intake with physical activity and diabetes pills or insulin is key to managing blood glucose levels. Because the type of carbohydrate does have an effect on blood glucose, using the GI may be helpful in "fine-tuning" blood glucose management. Carbohydrate counting, it may provide an additional benefit

for achieving blood glucose goals for individuals who can and want to put extra effort into monitoring their food choices. The patient who is diagnosed as a diabetic must face the challenges of restructuring their diet. Eating healthy by making choices from nutritional food groups can help the diabetic achieve stable blood glucose levels in conjunction with their current diabetic medication [Kelley, 2003., 864; Brand-Miller, 2003, 2267; Brand-Miller, 2008, 25].

Knowledge of the basic principles of dietetics in patients with glucose intolerance, and above all patients with diabetes, mainly type 2 should imply modifications of the methods of their rehabilitation adequate to their health. First of all, they need to modify their diet taking into account carbohydrate parameters, including the Glycemic Index, and adapt these modifications to the current state of health and energy load of these patients. In overweight patients, recreational activities as well as various rehabilitation procedures combined with increased physical effort and as a result of increased energy expenditure are very often indicated. It should always be remembered that the increase of physical effort in these patients should be increased gradually and always under the control of their general state of health and especially in controlling the degree of their circulation and taking into account the recommendations of doctors in connection with the possibility of and exacerbation of coronary heart disease. Hyperglycaemia in particular diabetes leads to failure of endothelium activity and to subsequent reducing release of active vasodilators and to antiplatelet activity, and so, consequently, to acceleration of atherosclerosis/atherothrombosis processes, to hypertension, heart failure and other life-threatening clinical consequences. It is therefore important for all patients, especially for people with diabetes is both a knowledge of these processes and thus optimizing their diet (including consideration of important of carbohydrate in diet metabolism and diet glycemic index), connected often with customized for each patient exercise stress in the form

of recreational activity, and also in connection with the other forms of physical activity, exercises and physiotherapeutic procedures.

2.10. Strategie zapobiegania przewlekłym chorobom niezakaźnym oraz odnowy biologicznej w Republice Mołdowy

2.10. Strategies for prevention of chronic noncommunicable diseases and wellness treatment in the Republic of Moldova

Annotation. The main goal of public health policy of any state is to reduce the mortality rate and increase life expectancy with an improvement in its quality. Of particular importance in achieving this goal is the preservation and strengthening of the active population health since the population health is a prerequisite for ensuring the economic and social progress of any country. This provision is reflected as a priority task of the Republic of Moldova, enshrined in the government's policy documents for the period up to 2030 and in the National Health Policy for 2007–2021.

This study presents a real picture regarding the health status of the population and the health care system of the country, comparable with similar international data, as well as the generalized experience of economically developed countries in the promotion of healthy lifestyles and prevention of chronic diseases.

For the argument of our judgments, we used statistical data provided by the National Agency of Public Health, institutions subordinate to the Ministry of Health, Labor and Social Protection, the National Medical Insurance Company and the National Statistical Bureau, the WHO database “Health for All” and research reports developed with the support of development partners.

The main problems faced by the healthcare system and possible solutions aimed at the prevention of chronic diseases and improvement of the population health status were identified. Particular attention was paid

to the prevention of chronic diseases and wellness treatment as a healthy behavior strategy for various population groups.

Каждая историческая эпоха, каждая социально-экономическая формация имела и имеет свои специфические заболевания, свою характерную патологию. Идея, что заболевания с массовым распространением тесно связаны с определенными аспектами цивилизации (развития общества), была высказана еще врачами и философами Древнего мира. Эти заболевания несут на себе отпечаток социальных, экономических, культурных, религиозных и т.д. условия конкретного исторического периода времени, а также отпечаток уровня развития медицинской науки и практики, а также возможностей общества по обеспечению населения медицинскими услугами.

На нынешнем этапе развития человечества отмечается увеличение бремени хронической неинфекционной заболеваемости в экономически развитых странах и сохранение актуальности инфекционной заболеваемости в развивающихся странах. Неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания, сахарный диабет и др.) являются первой причиной смертности и заболеваемости в большинстве стран мира³⁵. В тоже время, они объединены общим названием болезни «цивилизации» или болезни «образа жизни», наглядно указывая на причинные факторы. Стоит отметить, что нездоровый образ жизни и рискованное поведение, такое как употребление табака, наркотиков, злоупотребление алкоголем, сидячий образ жизни, снижение потребления фруктов и овощей, плохая гигиена, незащищенный секс и т. д. влияет не только на здоровье, но и на качество жизни.

Основной целью политики общественного здравоохранения любого государства является снижение смертности и увеличение

³⁵ World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Available at: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

продолжительности жизни с улучшением ее качества. Особое значение в достижении этой цели отводится сохранению и укреплению здоровья активного населения, поскольку хорошее здоровье населения является необходимым условием обеспечения экономического и социального прогресса любой страны.

Сдвиг парадигмы в сторону оздоровительного лечения заболеваний назрел уже много лет (на уровне 60 годов XX столетия) и в настоящее время набирает обороты. Признано что прогресс оздоровительного движения зависит от трех взаимосвязанных сил – профилактики, вмешательства (интервенции) и инноваций.

Для разработки адекватных политик по контролю хронических заболеваний в том числе по переходу к их оздоровительному лечению необходимо выявить возможные отклонения и динамику ожидаемых системных изменений и как они повлияют на различные заинтересованные стороны, а также приоритизировать необходимые действия для реализации в срочном, среднесрочном и долгосрочном периоде.

Для этих целей необходимо исследовать основанные детерминанты которых следует брать во внимание при реализации изменения парадигмы здравоохранения и рекомендовать шаги, необходимые для реализации системных изменений на национальном уровне, основанные на здоровом образе жизни.

Для аргументации наших суждений использовались статистические данные, предоставленные Национальным Агентством Общественного Здоровья, учреждениями подчиненными Министерству Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты, Национальной Компанией Медицинского Страхования и Национальным Статистическим Бюро, базой данных ВОЗ «Здоровье для всех», а также отчеты исследованиях, разработанные при поддержке партнеров по развитию.

*Основные тенденции состояния здоровья населения
Республики Молдова*

Республика Молдова, является бывшей республикой СССР. После провозглашения независимости в августе 1990 г. проводит глубокие реформы общества при поддержке ЕС, ВОЗ, МОТ, Всемирного банка и других международных партнеров по развитию. Соглашение об ассоциации с ЕС является направляющей всего политического вектора, в том числе в области охраны здоровья населения.

Система здравоохранения страны, в нынешнем виде была создана после Второй Мировой Войны, по типу Семашко. За 30-летний период независимости, были проведены многочисленные реформы. Сеть сельских участковых больниц в стране была ликвидирована (1995). С 1990-х годов была проведена консолидация и определение приоритетов первичной медико-санитарной помощи в рамках системы, основанной на модели семейной медицины. В начале 2004 года была начата реформа финансирования системы здравоохранения, с введением обязательного медицинского страхования. Реформа сектора профилактической медицины, проведенная в 2018 году заключается в упрощение Государственной Службы Санитарного Надзора и создание Национального Агентства Общественного Здоровья, в рамках которой была создана Санитарная инспекция, сеть районных Центров Общественного Здоровья сократилась от 32 до 10 региональных, с сокращением штатной сетки на 50%. Начались реформы сектора госпитальной медицины, в рамках которой предусмотрено сокращение сети районных больниц до 10 региональных. Продолжается реформа сектора первичной медицинской помощи. Однако все проводимые реформы не привели к улучшению состояния здоровья населения.

Наша система здравоохранения по своей природе сложна и со временем становится все более сложной. Все законодательные

попытки реформирования системы здравоохранения показывают, насколько сложны и противоречивы различные интересы и властные роли правительства в решение вопросов, способствовавших оздоровлению и профилактике, поддержанию инноваций и обеспечиванию надлежащей медицинской помощи различным сегментам населения, особенно подрастающему поколению и лиц с хроническими заболеваниями.

Сегодня мы можем распознать и установить негативные последствия кардинальных изменений социально-политических, экономических и экологических условий для психоэмоционального, социокультурного и материального существования населения. Эпидемиологический профиль страны является интегральным показателем социального развития страны, отражением социально-экономического и морального благополучия людей, условий проживания и потребления медицинских услуг, а также уровня осведомленности об факторах риска и здорового образа жизни. Для Республики Молдова характерно, с одной стороны, наличие заболеваний свойственных для развивающихся стран, таких как инфекционные и паразитарные заболевания, обусловленные эпидемией ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, а с другой стороны, наступлением хронических неинфекционных заболеваний, характерных для прогрессивных стран, таких как раковые заболевания, болезни системы кровообращения, диабет и др.

К сожалению, мы являемся свидетелями многочисленных случаев, когда пренебрежение здоровьем масс проявляется как прямое следствие превосходства других факторов и соображений: экономических, политических и т. д. До сих пор, в системе здравоохранения Республики Молдова, преобладают инвестиции в болезнь, а не в здоровье, текущие национальные программы по профилактике и контролю хронических болезней не получают

адекватного финансирования исходя из реальных потребностей и затрат (стоимости).

Однако необходимость инвестировать в профилактику и укрепление здоровья становится все более очевидной и оправданной, в т.ч. статистическими показателями состояния здоровья населения [Russu-Deleu, 2013, с. 94-100].

Республика Молдова переживает отрицательный естественный прирост из-за низкого уровня рождаемости и постоянно растущей смертности, к которой добавляется миграция за границу социально продуктивного населения.

Анализ демографических показателей за 1990 - 2019 гг. указывает на постоянное сокращение численности стабильного населения с 4,36 млн. до 3,54 млн. в соответствующем периоде. В то же время следует отметить, что численность населения на начало 2019 года, перечисленная с применением международного определения обычного места жительства, составила 2,68 млн человек.

Отмечается демографическое старение, выраженное в увеличении значения коэффициента старения, в период 2014–2019 годах с 17,5 до 20,8 ($14,5 \div 17,5$ у мужчин и $20,3 \div 23,8$ у женщин), и увеличение значение индекса демографической нагрузки до 72,23 человек для обоих полов ($56,62$ мужчин и $89,39$ женщин) в 2019 году.

Социально-экономическая ситуация и политическая нестабильность в стране привели к непрерывному снижению темпов естественного прироста населения, который достиг отрицательные значения с 1999 по 2019 годы.

Общеизвестно что хорошее здоровье населения является неотъемлемым условием обеспечения экономического и социального прогресса любого государства, а трудовые ресурсы являются важнейшим фактором устойчивого развития общества. В тоже время, качество трудовых ресурсов, в свою очередь, определяется количеством и уровнем здоровья населения трудоспособного

возраста, особенно занятого населения. В этом контексте следует отметить сокращение численности населения трудоспособного возраста с 1514,60 тыс. в 2000 году до 1207,50 тыс. в 2017 году, главным образом за счет лиц в возрасте 35–44 лет (на 139,8 тыс. или в 1,5 раза), 15-24 лет (на 117,2 тыс. или в 2,5 раза) и прирост численности лиц в возрасте 45-54 лет (на 88,9 тыс. или в 1,3 раза). Профессиональная эмиграция (работа или поиск работы за границей) составляет 323,86 тыс. человек, из которых 46,9% - в возрасте от 20 до 39 лет.

Сравнительный анализ показателей состояния здоровья населения Республики Молдова с показателями зарегистрированными в странах Европейского Союза и Европейским Регионом ВОЗ, показывает печальную ситуацию.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения в 2019 году составляет 70,55 года для обоих полов (66,26 года - для мужчин и 74,98 года - для женщин), то есть практически на 10 лет ниже по сравнению со странами ЕС. В то же время ожидаемая продолжительность жизни без болезни (оцененная спорадически) в 2016 году составила 60,5 года, что примерно на 12 лет ниже, чем в странах ЕС, и на 7 лет ниже, чем в Европейском регионе ВОЗ.

Общая смертность примерно в 2 раза выше по сравнению со странами ЕС и в 1,6 раза с Европейским регионом ВОЗ. Причиной смерти в 85% случаев являются хронические неинфекционные заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания, инсульт и раковые заболевания и др. В настоящее время данные заболевания являются наиболее распространенными, дорогостоящими и в высшей степени предотвратимыми состояниями, которые затрагивают население и систему здравоохранения Республики Молдова.

В то же время, смертность от ишемической болезни сердца - примерно в 5 раз выше по сравнению с ЕС и примерно в 2 раза по сравнению с европейским регионом ВОЗ, от цереброваскулярных

кровоизлияниях - в 3,5 и 1,8 раза соответственно, от хронических гепатитов и цирроза печени - в 7,7 и 5,7 раза соответственно. Уровень смертности в Молдове от раковых заболеваний до 2016 года была ниже среднего уровня по ЕС и Европейскому региону ВОЗ, а с 2017 года до настоящего времени они практически уравнились с уровнем ЕС.

Преждевременная смертность в стране составила 41,4-48,6% от общего уровня смертности, из которых около 75% обусловлено хроническими неинфекционными заболеваниями. Основными причинами смерти в возрасте до 65 лет являются заболевания системы кровообращения (30%), травмы и отравления (23,5%), онкологические заболевания (22,9%), заболевания пищеварительного тракта (17,3%) и заболевания дыхательных путей (6,3%).

Отмечается «омоложение» умерших от инфаркта миокарда (возрастная группа 25–29 лет) и от хронических гепатитов и циррозов печени (возрастная группа 30–34 лет).

За 30-летний период зарегистрировано значительное увеличение уровня сердечно-сосудистой заболеваемости, заболеваемости желудочно-кишечного тракта, нейроэндокринной системы и опорно-двигательного аппарата среди населения трудоспособного возраста. Средний уровень заболеваемости с временной утратой работоспособности составляет $59,3 \pm 6,78$ случаев и $883,6 \pm 40,21$ дней на 100 работающих.

Следует отметить низкий уровень регистрации или скорее всего не регистрация случаев профессиональных заболеваний. Так, в период 1980-1991 гг. в стране ежегодно регистрировалось около 100 случаев профессиональных болезней, в период 1992-1996 гг. - 50-60 случаев (сокращение можно объяснить экономическими реформами, характерными для периода перехода к рыночной экономике), а после введения оплаты за выполнение обязательных периодических медицинских осмотров с 1996 по 2019 гг. отмечается постоянное

снижение числа случаев профессиональных болезней от 45 до 1-2 случаев в год, при этом в 2014 и 2016 гг. не было зарегистрировано ни одного случая.

Уровень производственного травматизма в 2018 году был в 18,2 раза ниже, чем в среднем по странам ЕС, и в 7,3 раза ниже, чем в СНГ. Отмечается постоянное сокращение числа жертв производственного травматизма, примерно в 4 раза (с 1946 случаев в 1995 году до 503 случаев в 2018 году) которое выражается в снижении уровня травматизма примерно в 1,5 раза - с 1,19 в 1995 году до 0,76 жертв на 1000 работников в 2018 году. В то же время следует отметить увеличение числа несчастных случаев со смертельным исходом с 0,055 в 1998 году до 0,062 на 1000 работников в 2018 году.

Стратегии сохранения здоровья населения трудоспособного возраста

Специалисты в области медицины труда подчеркивают роль и рентабельность укрепление здоровья на рабочем для сохранения здоровья населения в трудоспособном возрасте. Данное движение было начато в США в 1970-х годах, как выражение социальной необходимости защищать человеческое сообщество от болезней, нетрудоспособности или смерти. После 1980 года концепция укрепления здоровья на рабочем месте набирает обороты и в Европе, где эта концепция начинает считать рабочее место значимым местом для проведения интервенций по профилактике как вредных воздействий профессиональных факторов риска и по формированию навыков здорового образа жизни [Роу, 2014, с. 142-144].

Впоследствии, в 1985 году, Оттавская Хартия под эгидой ВОЗ выделила 5 основных областей деятельности в этой области, а именно: 1- разработка политики общественного здравоохранения; 2- создание возможностей и / или условий для поддержки этой политики; 3- развитие личных навыков; 4 - усиление вмешательства сообщества; 5- переориентация служб здравоохранения.

В настоящее время в странах ЕС программы по укреплению здоровья на рабочем месте получили широкое распространение, в котором особое внимание уделяется контролируемым факторам риска и общему термину «здоровый образ жизни»³⁶.

Внимание ВОЗ к программам по укреплению здоровья на рабочем месте определяется теми преимуществами, которые они создают для всех участников - работников, работодателей и государства в целом. Соответствующие программы оцениваются как инвестиции в человеческий капитал, и органы государственного управления активно поддерживают экономические субъекты, которые осуществляют программы по укреплению здоровья работников и членов их семей. Как правило эти программы вовлекают широкие круги населения, а не только работников и членов их семей, но также друзей, соседей и др. из-за «эффекта окружения». В то же время не все программы укрепления здоровья, осуществляемые на предприятиях, имеют широкий охват, поскольку некоторые из них адресованы только определенным категориям работников (например, инвалидам, людям, подверженным профессиональным факторам риска, левшам, женщинам и т.д.). Даже в программах, адресованных всем работникам, де-факто задействованы от 10 до 64% работников, чаще всего их доля колеблется в пределах одной трети сотрудников предприятия [Robroek, 2009].

Комплекс мер, включенных в программы по укреплению здоровья на рабочем месте, в разных странах отличается большим разнообразием и позволяет любой компании разрабатывать свои собственные программы таким образом, чтобы они максимально отвечали потребностям сотрудников. В настоящее время компании имеют возможность выбирать различные комбинации мер для укрепления здоровья в соответствии с конкретной деятельностью,

³⁶ Building a stronger evidence base for employee wellness programs. NINCM Foundation. 2011.

характером рабочей силы, финансовыми и техническими возможностями. Как правило, все программы начинаются с выявления факторов риска для здоровья сотрудников, прежде всего поведенческих - курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание и отсутствие физической активности [Grossmeier, 2013, с. 3-4]. К факторам риска отнесен и стресс, который очень часто является причиной хронических заболеваний [Pronk, 2012, с. 3].

В этом контексте стоит упомянуть пример Бергамо (Италия), по созданию и внедрению Программы по укреплению здоровья на рабочих местах и созданию сети по укреплению здоровья на рабочих местах, организованной доктором Роберто Моретти, который занимает должность главы департамента по укреплению здоровья в Бергамо [Cremaschini, 2013].

Выявление факторов риска может быть реализована и в ходе профилактических медицинских осмотров и проверок состояния здоровья на основе опросов сотрудников с целью оценки состояния здоровья и образа жизни. По результатам скрининга и медицинских осмотров сотрудников могут быть предложены следующие интервенции: индивидуальная консультация (коучинг), программы поддержки по прекращению курения, индивидуальные программы контроля массы тела, программы модификации питания, программы физической нагрузки³⁷.

Широкое образование в странах ЕС включает образовательные программы, которые могут включать такие мероприятия, как дни здоровья, специальные семинары и конференции, онлайн-ресурсы, посвященные проблемам здоровья, и т. д. Очевидно, что не в последнюю очередь, в качестве эффективной меры по укреплению

³⁷ Employer-Sponsored Health Promotion Programs. NCSL Briefs for State Legislators. 2010.

здоровья на рабочем месте является изменение производственной среды^{38, 39}.

Благодаря многочисленным примерам организации программ по укреплению здоровья на рабочих местах в развитых странах Запада была создана доказательная база, которая демонстрирует положительный эффект от реализации программ по укреплению здоровья на работе, обобщающий анализ которых содержится в докладе ВОЗ⁴⁰.

Повышение производительности труда сотрудников, улучшение корпоративного имиджа компаний и снижение затрат на здравоохранение являются важными аргументами, когда речь идет о повышении эффективности мер, направленных на улучшение производственной среды и повышение уровня здоровья населения трудоспособного возраста⁴¹.

Хорошее здоровье способствует повышению производительности труда и предотвращает расходы по уходу за больными. Сегодня работодателям важно интегрировать устойчивые вмешательства, которые создают позитивную культуру здоровья на рабочем месте.

Для сохранения здоровья населения и профилактики хронической неинфекционной заболеваемости необходимо проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни с самого раннего возраста с учетом всех факторов риска и специфики

³⁸ Tu & Mayrell. Employer Wellness Initiatives Grow, but Effectiveness Varies Widely. Washington, D.C., National Institute for Health Care Reform. Available: <http://www.nihcr.org/Employer-Wellness-Initiatives.html>

³⁹ Workplace Wellness: A literature review for NZWell@ Work, 2009. Available: 32. <http://nzwellatwork.co.nz/pdf/wrkplc-wellness-lit-rev-feb09.pdf>

⁴⁰ ВОЗ/ВЭФ. Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности: Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии, 2008.

⁴¹ Здоровье на рабочем месте: сборник корпоративных практик. М.: РСПП, 2011. – 92 с.

деятельности. В этом контексте представляет интерес программы по реабилитации и восстановлению юных спортсменов.

Реабилитация и восстановление юных спортсменов

Очень важно чтобы спортсмены смогли достичь своего полного потенциала, сохраняя при этом удовольствие от спорта. Так же не маловажную роль играет всестороннее развитие для подростков и молодых людей, которые могут затем более изящно перейти к жизни после спорта, независимо от их возраста.

Жизненные навыки, приобретенные в спорте, должны быть признаны и использованы таким образом, чтобы после спорта суметь сохранить здоровье и самореализоваться.

Просвещая и повышая осведомленность о том, как поддерживать общее самочувствие спортсменов, спорт не только станет более приятным для всех участников, но, в конечном счете, спортсмены станут более здоровыми, счастливыми и будут жить дольше в спорте. После перехода к жизни после спорта спортсмены чувствуют сильное чувство собственной личности, им важно получить жизненные навыки, позволяющие им оставаться уверенными, здоровыми и уравновешенными личностями.

Здоровая тренировка — это умная тренировка, которая направлена на минимизацию травм и предотвращение выгорания. Требования к организму спортсменов очень велики, и, если тренеры не понимают, как правильно и эффективно структурировать тренировки, спортсмены будут чрезмерно нагружены. Этот стресс может привести к травмам и, в конечном итоге, к выходу из спорта.

Для этого необходимо организовать безопасную и эффективную программу тренировок, позволяющую спортсменам полностью раскрыть свой потенциал, сохраняя при этом свое здоровье и благополучие [France, 2011].

Для положительного эффекта спортивной тренировки и профилактики состояний перетренированности тренировочный

процесс должен осуществляться в соответствии с общеобязательными правилами педагогического и тренировочного процесса, которые основаны на физиологических и гигиенических принципах.

Основным фактором повышения степени физической подготовки юных спортсменов является организованная систематическая тренировка с соблюдением режима занятия и отдыха, условий тренировки, физиологических принципов и гигиенических требований правильного и здорового питания [Capranica, 2011, 9; Marit, 2011, 214].

Diehl K. и соавторы (2012) отмечают, что укрепление здоровья и санитарное просвещение спортсменов основано на знании негативных последствий, вызванных несоблюдением гигиенических условий тренировки и поведения, нерационального питания, использованием различных пищевых добавок и их влияние на организм, не придавая важность медицинским осмотрам, отсутствием профессиональной ориентации в выборе вида спорта, профессиональные факторы риска спортивной деятельности [Diehl, 2012, 201-220].

Одним из основополагающих принципов Международного Олимпийского Комитета в отношении окружающей среды является просвещение и повышение осведомленности об экологических проблемах и важности их защиты и сохранения с помощью инициатив, предпринимаемых со всеми членами олимпийской семьи⁴².

Важную роль для юных спортсменов заключается в пропаганде здорового образа жизни и, в частности, в предотвращении допинга в спорте [WADA, 2016, 43].

Общение определяется как вербальный и невербальный обмен информацией, включая все способы передачи и получения знаний.

⁴² International Olympic Committee. The environment and sustainable. 2014

В спорте эффективное общение является катализатором установления хороших отношений. Поддержание открытых коммуникаций в триаде тренер-родитель-спортсмен упрощает процесс роста и обучения, которые являются двумя важными элементами, необходимыми для успеха в спорте.

В современном спорте соблюдение спортивного режима играет важную роль. Это связано с тенденциями развития мирового профессионального и любительского спорта. Это прежде всего жесткая конкуренция, возросший уровень технико-тактического мастерства, неуклонное повышение соревновательных и тренировочных нагрузок.

Чтобы избежать перегрузок, всегда нужно уделять особое внимание сну и восстановлению после тренировки, использовать рациональное питание.

Мониторинг восстановления следует проводить активно, ежедневно (с помощью журнала тренировок, диеты, растяжки и сауны, альтернативных ванн и других техник расслабления) и еженедельно (один активный день восстановления в неделю, три раза в неделю массаж и конечно правильное управление временем).

Спортсмен должен построить свои ежедневные диаграммы мониторинга, в то время как тренер должен использовать простые методы для проверки состояния восстановления спортсмена после тренировки [Brenner, 2007, 1242-1245; Sebanu, 2008, 78-82].

Нагрузка и восстановление, являются двумя компонентами одного и того же процесса. Восстановление — это спонтанное, естественное явление организма, которое находится под прямым эндокринно-вегетативным и нервным контролем. Восстановление систем и аппаратов происходит в определенном порядке, обычно реабилитация центральной нервной системы происходит дольше, после вегетативных и обменных функций.

Мы не должны оценивать восстановление организма после нагрузок, просто отслеживая частоту сердечных сокращений или другие доступные параметры.

Восстановление носит сугубо индивидуальный характер, будучи зависимой от особенностей и состояния организма спортсмена, устойчивости к нагрузкам, пола, аффективной мотивации, степени тренированности, факторов окружающей среды, режима дня, биоритма.

Как возбуждение, так и торможение связаны с лечением состояния перетренированности. В случае его выявления следует немедленно уменьшить или прекратить тренировку спортсмена, для определения причин следует проконсультироваться с врачом и специалистом по спортивной подготовке. Легкая форма перетренированности не означает прерывание тренировки спортсмена, а только уменьшение нагрузок и избегание тестирований или соревнований [Anderson, 2002, 4; Soligard, 2016, 1043].

Комплексной частью спортивной медицины является постморбидное и посттравматическое восстановление спортсменов, которое включает в себя деятельность специалистов по кинетотерапии, физиотерапии, травматологии и ортопедии, массажеров, инструкторов, которые разрабатывают программы и методы для тренировок и восстановления. Основная задача состоит в использовании программ и методов для краткосрочного и долгосрочного выздоровления, а также предотвращение постморбидных осложнений.

Диета и регидратация играют важную роль в восстановлении после нагрузок, восстанавливая потерянный мышечный гликоген, минералы и белки. И именно поэтому очень важно разрабатывать учебные программы в области питания не только для спортсменов, но и для тренеров, медицинского персонала, и др. [Torres-MsGehee, 2012, 211].

В обязанностях медицинского персонала, помимо периодического медицинского осмотра состояния здоровья и оказания медицинской помощи во время спортивных соревнований и тренировок, важную роль играет решение проблем питания, воспитательная деятельность, восстановление спортсменов с травматическими повреждениями.

Квалифицированные специалисты в области общественного здравоохранения и питания должны проводить образовательные мероприятия в области питания, касающиеся потребностей в энергии для разных видов спорта и роли правильного питания. Для спортсменов важно избегать нереалистичных целей в отношении веса и состава тела, а подчеркивать важность адекватных энергетических затрат для хорошего здоровья и предотвращения травм [Campbell, 2013, 279-293].

Так же имеет значение оценка фактического потребления пищи и пищевых добавок спортсменами во время тренировок, соревнований и вне сезона. Эта оценка будет использоваться для предоставления соответствующих рекомендаций по потреблению энергии и питательных веществ для поддержания здоровья, веса тела и спортивных результатов в течение года.

Спортсменам важно знать типы и количество напитков, которые они должны использовать во время тренировок, особенно если спортсмен тренируется в экстремальных условиях [Martin, 2015, 400].

Для спортсменов-вегетарианцев, имеющих особые требования к питанию, должны быть разработаны рекомендации для обеспечения адекватного потребления энергии, белка и микроэлементов.

Любые пищевые добавки или медикаменты для улучшения работоспособности спортсменов будут тщательно проанализированы. Эти продукты следует использовать с осторожностью и только после тщательного изучения ингредиентов, перечисленным на этикетке продукта.

Следует отметить, что внимание общественного здравоохранения направлена не только на первичную профилактику на и на вторичную, которая имеет в качестве основной цели консервацию состояния здоровья в случае, если человек уже заболел и предотвратить дальнейшее ухудшение данного состояния. В этом контексте наше внимание было обращено и на эти аспекты национальной системы здравоохранения.

Медицинская реабилитация

В последние годы успешно развивается новое научное и практическое направление - физическая и реабилитационная медицина [Пирогова, 2008, 5; Cazacu, 2018, 409]. Она является приоритетом в продвижении здоровья и хорошего самочувствия, как среди пациентов, так и среди здоровых людей. Для этого применяются программы профилактики как первичной, так и вторичной. Профилактика заболевания с помощью реабилитации основывается не только на предотвращении возникновения, но и уменьшения влияния болезни на все аспекты жизни индивида.

Согласно «The White Book» «Физическая и реабилитационная медицина – независимая медицинская специальность, заинтересованная в продвижении (в содействии) физического и когнитивного функционирования деятельности (в том числе поведения), участия (в том числе качество жизни) и изменения личных и окружающих факторов. Таким образом, она отвечает за профилактику, диагностику, лечение и ведение людей с инвалидизирующими и сопутствующими заболеваниями в любом возрасте»⁴³.

Одним из направлений физической и реабилитационной медицины является профилактика, снижение осложнений, вызванных

⁴³ Белая книга Физической и реабилитационной медицины в Европе— М.: Журнал "Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация", 2-е издание, 2018 г, 182 с.

заболеванием, улучшение функционирования, деятельности и облегчение участия в повседневной жизни. При этом необходимо учитывать личный, культурный и экологический аспект. Медицинская реабилитация может практиковаться в самых разных местах от специализированных подразделений до общественных учреждений.

Реабилитация — это непрерывный и длительный процесс, который берет начало с первых признаков болезни или несчастного случая.

Целью реабилитации является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально — оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе [Пономаренко, 2016, 688].

Реабилитация может быть предоставлена как в специализированных отделениях, центрах здоровья и отделениях неотложной помощи, так и в амбулаторных и общественных учреждениях. Реабилитация в острой стадии заболевания необходима для своевременного и эффективного использования пластичности, а также предотвращения развития осложнений. Люди с ограниченными возможностями и постоянными, часто прогрессирующими состояниями, нуждаются в сообществах, чтобы обеспечить поддержку их физического состояния, здоровья и навыков, а также содействовать их независимости. Для этого необходимо не только одна бригада квалифицированных специалистов в сфере реабилитации, способная проконсультировать все отделения одной больницы, включая реанимацию, но и специализированные кровати, предназначенные для реабилитации. Для проведения данных мер, в специально оборудованных учреждениях, необходимы специалисты в сфере медицинской реабилитации.

Служба физической и реабилитационной медицины Республики Молдова является частью системы здравоохранения и обеспечивает помощь в медицинской реабилитации на всех этапах и уровнях медицинского обслуживания (первичный, вторичный) для населения всех возрастов, с нарушениями или ограниченными возможностями возникшими в последствии острых, хронических заболеваний, а так же аварий.

Служба основана на применении скоординированных и комбинированных мер в медицинской, социальной, психической, педагогической области которые могут обеспечить социально-профессиональную и семейную интеграцию пациента, возобновление своей старой профессии или другой полезной деятельности. Служба физической и реабилитационной медицины включает реабилитацию населения с различными острыми и хроническими заболеваниями, особенно при полипатологии, сопутствующие заболевания, инвалидность. Применяет специализированные методы диагностики и лечения для переадаптации, перевоспитания, восстановления и профилактики физико-функциональных дисфункций и для реинтеграции населения с различными ограниченными возможностями в общество.

Медицинскую реабилитацию проводят при условиях стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций, при отсутствии противопоказаний к применению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза [Пономаренко, 2016, 688].

Группа специалистов в системе здравоохранения, работает в тесном контакте с мультидисциплинарной бригадой, что

способствует максимальной реализации индивидуального реабилитационного потенциала пациента.

Руководителем мультидисциплинарной бригады является врач физической и реабилитационной медицины, который несет ответственность за уход за своими пациентами в специализированных медицинских реабилитационных отделениях.

Мультидисциплинарная бригада тесно и постоянно сотрудничает с врачами специализированной и общей медицины там, где необходимо устранить многочисленные повреждения с функциональными инвалидизирующими последствиями, для разработки общей стратегии лечения, что включает в себя все соответствующие реабилитационные вмешательства в случае болезни, этап/фаза восстановления и исключение неэффективных изолированных процедур.

Специалисты бригады должны как можно раньше начать реабилитацию у пациентов с критическим состоянием, даже в отделении интенсивной терапии, или в салонах острой реабилитации.

Неотъемлемой частью медицинской реабилитации является санаторно-курортное лечение пациентов.

Санаторно-курортное лечение - включает медицинскую помощь, осуществляемую санаторно-курортными организациями в лечебных, реабилитационных и профессиональных целях на основе использования природных лечебных ресурсов. Санаторно-курортное лечение направлено на активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления; на восстановление либо компенсацию функций организма, нарушенных в следствии травм, операций и хронических заболеваний, предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации [Пономаренко, 2016, 688].

Все мероприятия на санаторном этапе проводят больным дифференцированно в зависимости от их состояния, возраста,

особенностей клинического течения болезни, наличия сопутствующих заболеваний или осложнений и других патологических синдромов. Санаторный этап реабилитации имеет важное значение для больных с разными заболеваниями, но его все же нельзя полностью отождествлять с выздоровлением в целом. Длительность пребывания больных в санатории составляет чаще всего 10-14, 15 и более дней, фаза выздоровления может длиться дольше этого срока и проходит в условиях поликлинического наблюдения. Кроме этого, большая часть больных проходит реабилитацию под наблюдением врача-реабилитолога. Тем не менее, у многих больных процесс выздоровления после стационара, где они проходят весьма эффективную и хорошо отработываемую программу реабилитации, осуществляется на санаторном этапе. Кроме того, в санатории больные получают важные для последующих этапов навыки выполнения физических упражнений, обучаются дозированной ходьбе, осваивают на практике принципы правильной диететики и т.д. [Пирогова, 2008, 5].

Молдавская курортно-санаторная сеть начала развиваться менее ста лет, но за это время очень хорошо себя зарекомендовала. В настоящее время санаторно-курортные зоны Молдовы включают в себя Вадул-луй-Водскую группу, зоны отдыха в Кодрах, санатории в Каменском, Каларашском районах, в Кагуле и др.⁴⁴.

Курорты имеют большое значение в профилактической и лечебной деятельности и могут быть ориентиром в развитии, как отдельных регионов, так и всей страны.

Факт наличия в недрах Молдовы изобилия минеральных вод был установлен в результате геологических разведок еще в 50-60 гг. XX века. Есть аргументы в пользу того, что наша республика располагает потенциалом, позволяющим создать бальнеологический кластер из сети санаториев.

⁴⁴ mold.su/sanatorii-moldovy

В Молдове имеются так называемые воды без специфических компонентов, так и с таковыми. Среди первых гидрокарбонатно-натриевые, сульфатно-натриево-магниевые, сульфатно-гидрокарбонатно-кальциево-натриево-магниевые, сульфатно-гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые, различающиеся степенью минерализации, т. н. столовые, лечебно-столовые и лечебные, питьевые и купальные [Cazacu, 2018, 409].

Из второй группы – со специфическими компонентами и свойствами – в Молдове присутствуют сероводородные (сульфидные), сероводородные с содержанием брома, также – бромные, кроме того, с содержанием газов – метановые и азотные, и радиоактивные – радоновые.

Анализируя карту распределения минеральных вод на территории Республики Молдова, можно отметить, что они претерпевают изменения качества с севера на юг страны, обладая неровными характеристиками в зависимости от геологического и геоморфологического характера территории, а также в зависимости от вмешательства человека в эти природные источники (строительство деградации).

В настоящий момент в Республике Молдова работают 9 санаториев и 139 домов отдыха, которые осуществляют деятельность по оказанию услуг в области туризма в области здравоохранения и красоты.

PODSUMOWANIE

Na obecnym etapie ważnym zadaniem każdego państwa jest opieka zdrowotna obywateli. Systemy służb odpowiedzialnych za ochronę, zachowanie, promocję zdrowia i zdrowego stylu życia, a także optymalizacja i poprawa działań rehabilitacyjnych powinny być jednym z priorytetowych obszarów pracy.

Opublikowane prace naukowe poświęcone są badaniom nad przywróceniem kondycji fizycznej i psychicznej człowieka za pomocą zasobów rekreacyjnych, a także wyników prac naukowych i praktyk w systemie usług rekreacyjnych i rehabilitacyjnych. Autorskie opracowania naukowe zawierają zalecenia praktyczne oparte na własnych badaniach, mających na celu poprawę skuteczności działań w obszarach rekreacyjnych i rehabilitacyjnych.

Niniejsza zbiorowa monografia „Współczesne trendy rozwoju rekreacji i rehabilitacji w XXI wieku” jest kontynuacją pierwszej części, opublikowanej w 2019 r. w Zabajkalskim Państwowym Uniwersytecie (Czita). Odnotowano zainteresowanie przedstawionymi w niej materiałami wśród studentów, którzy wiążą swoją przyszłość zawodową z dziedziną wychowania fizycznego, turystyką, pracą socjalną i edukacją. Doświadczenie autorów pozwoliło nam przyjrzeć się różnym zastosowanym formom i metodom pracy, imponującym wynikom, a także problemom, które należałoby rozwiązać.

W napisaniu drugiej części monografii wzięli udział autorzy z 19 uniwersytetów 9 krajów Europy i Azji. Statystyki te pokazują, jak ważne jest omawianie przedstawionych tematów w społeczeństwie.

W rozdziale pierwszym kadra akademicka opisała swoje wieloletnie doświadczenie oraz wyniki eksperymentów i badań w dziedzinie rekreacji w swoich krajach. Należy zauważyć, że w swoich

pracach wielu autorów położyło nacisk na istniejące problemy zdrowotne wśród studentów. Udowodniono, że motywacja wewnętrzna oraz osobisty stosunek do kultury fizycznej, sportu, turystyki, zdrowego stylu życia, zwiększona odporność na stres i zrównoważona strefa psycho-emocjonalna pozytywnie wpływa na możliwości rekreacyjne organizmu.

Biorąc pod uwagę, że koncepcja rehabilitacji opiera się na społecznym modelu niepełnosprawności, który obejmuje percepcję pacjenta i uniwersalne podejście do niego. Wszystkie procesy rehabilitacji powinny być skierowane na ciało oraz osobowość.

W drugim rozdziale naukowcy i pedagodzy zadają pytania dotyczące znaczenia rehabilitacji medycznej i fizycznej, istniejących nowoczesnych środków rehabilitacji wśród uczniów z problemami zdrowotnymi i społeczno-psychologicznymi. Sukces autorów w rehabilitacji medycznej pozwala nam mieć nadzieję, że stosowane przez nich techniki znajdą zastosowanie w kręgach medycznych krajów uczestniczących w publikacji. Pokazano wiodącą rolę adaptowanego wychowania fizycznego i sportu paraolimpijskiego w życiu uczniów niepełnosprawnych. Adaptowane wychowanie fizyczne i sport adaptacyjny są uważane przez autorów za zasób integracji społecznej, będącą silną zachętą, wspierającą rozwój wszechstronnych więzi z otaczającym światem.

Podsumowując, monografia odzwierciedla główne obszary badań i rozwój potencjału rekreacyjnego i rehabilitacyjnego, zarówno w Polsce, jak i za granicą.

Obecnie rozwój tych obszarów, wzmocnienie współpracy międzynarodowej w dziedzinie edukacji, medycyny, usług społecznych, wychowania fizycznego i sportu, a także innych instytucji, nabrały szczególnego znaczenia i są w znacznym stopniu zależne od wspólnej i skutecznej pracy na rzecz zachowania, wzmocnienia i przywrócenia zdrowia wszystkich narodów.

Spodziewamy się, że rozwój i doskonalenie badań naukowych, rozwój nowych metod i technologii w dziedzinie rekreacji i rehabilitacji znajdzie odzwierciedlenie w naszych kolejnych pracach naukowych.

Mamy nadzieję, że publikacja drugiej części monografii w ZPU i WSG, będzie dodatkową zachętą do podjęcia współpracy w ważnych i priorytetowych obszarach. Rozwój i doskonalenie badań naukowych, nowych metodyk i technologii w dziedzinie rekreacji i rehabilitacji, będzie sprzyjało zwiększeniu efektywności naszej współpracy.

CONCLUSION

At the present stage, an important task of any state is the health care of citizens. Existing systems of institutions and services responsible for the protection, preservation and promotion of healthy, practically healthy health, as well as optimization and improvement of rehabilitation technologies should be one of the priority areas of work.

The published scientific work is devoted to studies of the restoration of the physical and spiritual forces of a healthy person using a combination of recreational resources, as well as the results of scientific and practical work in the system of rehabilitation and rehabilitation services. The author develops scientifically-based practical recommendations based on their own research aimed at improving the efficiency and effectiveness of activities in recreational and rehabilitation areas.

This collective monograph “Modern trends in the development of recreation and rehabilitation in the 21st century” is a continuation (second part), published in 2019 at the Trans-Baikal State University (Chita), the first part. Interest in the material presented in it was noted among students who associate their future work and professionalization in the field of physical education, tourism, social work, and education. The unique experience of the authors allowed us to take a fresh look at the various forms and methods of work used, impressive results, as well as problems that need to be addressed in a timely manner.

The authors of already 19 universities from 9 countries of Europe and Asia took part in writing the second part of the monograph! These statistics show the significance and importance of discussing relevant topics in society.

In chapter 1, the teaching staff described their experience of many years of work and the results of experiments and research in the field of

MODERN TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF RECREATION AND REHABILITATION IN THE TWENTY-FIRST CENTURY

recreational activity in their countries. It is important to note that the emphasis in their submissions by many authors was made on existing health problems among students. It is proved that personal motivation, attitude to physical culture and sports, tourism, a healthy lifestyle, increased stress resistance, balanced psycho-emotional sphere - all this positively affects the recreational capabilities of the human body.

Considering that the concept of rehabilitation is based on the social model of disability, which includes integrated patient perception and a comprehensive universal approach to them, then all rehabilitation processes should be directed to the body, personality and society.

In the second chapter, scientists and teachers posed questions about the importance of medical and physical rehabilitation, the existing modern means of rehabilitation among students with health problems, social and psychological problems. The success of the authors in medical rehabilitation allows us to hope that the techniques they practice will find their application in the medical circles of the participating countries. The leading role of adaptive physical education (APE) and the Paralympic sport in the life of students with disabilities is shown. APE and adaptive sport are considered by the authors as a means of social integration and adaptation, being a powerful incentive supporting the development of comprehensive ties with the outside world.

Summing up, it should be noted that the monograph reflected the main directions of the study and development of recreational and rehabilitation potential, both in Poland and abroad.

Currently, the development of these areas, the strengthening of international cooperation in the fields of education, medicine, social services, physical education and sports, as well as other interested ministries and departments, have acquired particular relevance and are significantly dependent on joint and effective work for the benefit of preservation, strengthening and restoration health of all nations!

MODERN TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF RECREATION AND REHABILITATION IN THE TWENTY-FIRST CENTURY

We hope that the development and improvement of your scientific and applied experiments, research, the development of new methods and technologies in the field of recreation and rehabilitation will certainly be reflected in our subsequent scientific works.

We hope that the implementation of this project - the publication of 2 parts of the monograph in ZabSU and WSG, will serve as an additional incentive to join efforts in joint work in important and priority areas. The development and improvement of scientific, applied experiments and research, the development of new techniques and technologies in the field of recreation and rehabilitation, as well as increase the effectiveness of cooperation!

WIADOMOŚCI O AUTORACH

INFORMATION ABOUT AUTHORS

1. Adamyan Evelina Ervand, senior lecturer, Yerevan Brusov State University of Languages and Social Sciences.
2. Akhmetov Rustam Fagymovych, Doctor of Science of Physical Education and Sport, Professor, Department of Theory and Methods of Physical Education, Zhytomyr Ivan Franko State University.
3. Avanesov Ernest Yurievich, candidate of pedagogical sciences, associate professor, Yerevan Brusov State University of Languages and Social Sciences.
4. Battsagaan Bayasgalan, lecturer, Ph.D, Ass professor, Department of Pharmaceutical chemistry, pharmacognosy, School of Pharmacy Mongolian National University of Medical Sciences.
5. Byambaa Ariunsanaa, candidate of medicine sciences, professor, Mongolian National University of Medical Sciences.
6. Botagariyev Tulegen Amirzhanovich, doctor of physical and pedagogical sciences, professor Department Physical Culture and Sport, Aktobe Regional State University named after K. Zhubanov.
7. Choijil Otgon, Senior lecturer, Ph.D, department of agricultural and applied economics, School of Economics and Business, Mongolian University of Life Sciences.
8. Cebanu Sergey Ivanovich, PhD, MPH, associate professor, Head of Department of Hygiene, "Nicolae Testemițanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau.
9. Degtyareva Valeriya Viktorovna, candidate of philosophy sciences (PhD in philosophy), associate professor, Novosibirsk State Technical University.
10. Deleu Raisa Dmitrievna, PhD, associate professor, Department of Hygiene, "Nicolae Testemițanu" State University of Medicine and Pharmacy.

-
11. Denisova Olga Alexandrovna, Ph.D. in pedagogy, professor, Cherepovets State University.
 12. Dychko Vladislav Viktorovich, head of physical therapy, physical education and biology, doctor of biological sciences, professor, Donbas State Pedagogical University.
 13. Dychko Elena Anatolievna, candidate of Biological Sciences, associate professor, Donbas State Pedagogical University.
 14. Duda Joanna, Section of Physical Culture of the "WyKoNa" scientific circle of the Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland.
 15. Jasińska Natalia, Section of Physical Culture of the "WyKoNa" scientific circle of the Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland.
 16. Klimczyk Mariusz, Institute of Physical Culture, Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland.
 17. Klimenko Julia Sergeevna, candidate of biological sciences, associate professor, Donbas State Pedagogical University.
 18. Kokova Elena Ivanovna, candidate of pedagogical sciences, associate professor, Siberian Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russian Federation.
 19. Kokhan Sergey Tikhonovich, director of Regional center for inclusive education, head of the scientific and educational center "Ecology and Human Health", candidate of medical sciences, professor, Transbaikalian State University.
 20. Kowalski Witold, professor, doctor of medical science, University of Economy in Bydgoszcz.
 21. Kubiyeva Svetlana Sarsenbaevna, candidate of physical and pedagogical sciences, dozent Department Physical Culture and Sport, Aktobe Regional State University named after K. Zhubanov.
 22. Kudritsky Vladimir Nikolaevich, professor, candidate of pedagogical sciences, associate professor, Brest state technical university.

23. Kutek Tamara Borysovna, Doctor of Science of Physical Education and Sport, Professor, head Faculty of Physical Education and Sports, Department of Theory and Methods of Physical Education, Zhytomyr Ivan Franko State University.

24. Lekhanova Olga Leonidovna, Ph.D. in pedagogy, associate professor, Cherepovets State University.

25. Limarenko Olga Vladimirovna, candidate of pedagogical sciences, associate professor, Siberian Federal University

26. Makunina Olga Aleksandrovna, candidate of biological sciences, associate professor, senior researcher of the Institute OS UralSUPC, Ural State University of Physical Culture.

27. Milewska Agata, Instytut Kultury Fizycznej, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, Polska.

28. Mozheikina Liudmila Borisovna, candidate of psychology sciences (PhD in psychology), associate professor, Novosibirsk State Technical University.

29. Namokonov Evgenij Vladimirovich, head of the department, doctor of medicine, professor, Chita State Medical Academy.

30. Novichikhina Elena Viktorovna, candidate of pedagogical sciences, Altai state university.

31. Orlova Natalia Vasilievna, associate professor, candidate of pedagogical sciences, associate professor, Brest state technical university.

32. Osmuk Liudmila Alekseevna, doctor of Sociology, professor, Novosibirsk State Technical University.

33. Perusanova Lilia Vasileva, PhD, associate professor, Department of Neurology, psychiatry, physiotherapy and rehabilitation, preventive medicine and public health, Sofia University, "St. Kliment Ohridski", Faculty of Medicine.

34. Ponomarev Vasilij Viktorovich, doctor of pedagogical sciences, professor, V.P. Astafyev Krasnoyarsk State Pedagogical University.

-
35. Romanova Elena Veniaminovna, candidate of philosophy sciences, Altai State University.
 36. Rutowski Jan Antoni, Ph.D., D.Sc., professor, Medical College, University of Rzeszów, Poland.
 37. Sidjimova Dobriana Alexandrova, PhD, associate professor, Department of Health Policy and Management, Medical University of Sofia, Faculty of Public Health.
 38. Shaljyan Alina Artashes, senior lecturer, Yerevan Brusov State University of Languages and Social Sciences.
 39. Sikora Filip, associate professor, chancellor of the University of Economy in Bydgoszcz.
 40. Skaliy Aleksander, professor, director of the Institute of Sports and Physical Education, doctor of Physical Education and Sport, University of Economy in Bydgoszcz.
 41. Skaliy Tatiana, associate professor, doctor of physical education and sport, University of Economy in Bydgoszcz.
 42. Taneva Svetlana Yordanova, senior lecturer in english and russian Medical Terminology, Department of Language Training and Sports, Medical University of Sofia, Faculty of Public Health.
 43. Tabirta Alisa Valentinovna, PhD, associate professor, department of Medical Rehabilitation, physical medicine and manual therapy, “Nicolae Testemițanu” State University of Medicine and Pharmacy.
 44. Ulyanova Natalya Anatolyevna, candidate of pedagogical sciences, Altai state university.

PIŚMIENNICTWO

BIBLIOGRAPHIC LIST

1. Абаскалова, Н. П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа-вуз»: монография / Н. П. Абаслакова – Новосибирск: Изд-во НГПУ. – 2001. – 316 с.
2. Абрамова, Т. Ф. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Т. Ф. Абрамова, Гончарова Г. А., Гросс Н. А. – М.: Советский спорт, 2000. – С. 133 - 135.
3. Аванесов, К. Е. В сельской малокомплектной школе: организация спортивных соревнований / К. Е. Аванесов // Физическая культура в школе. – 1990. – №1. – С. 43-45.
4. Адаптивное физическое воспитание и спорт / под редакцией Джозефа П. Винника; пер. с английского И. Андреев. – Олимп. лит., 2010. – 608 с.
5. Адаптивный спорт / Ю. А. Брискин, С. П. Евсеев, А. В. Передерий. – М.: Советский спорт, 2010. – С. 119 - 120
6. Айсмонтас, Б. Б. Учебно-методическое сопровождение обучения студентов с инвалидностью в вузе / Б. Б. Айсмонтас, С. В. Панюкова, Г. Г. Саитгалиева // Психологическая наука и образование. - 2017. - Т. 22. - № 1. - С. 60 – 70.
7. Айсмонтас, Б. Б. Социально-психологическое сопровождение студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья / Б. Б. Айсмонтас, М. А. Одинцова // Психологическая наука и образование. - 2017. - Т. 22. - № 1. - С. 71 – 80.
8. Актуальные проблемы совершенствования программы по физической культуре в университетах страны: тез. докл. I Всесоюз. науч.-метод. конф., Ростов н/Д, 14-18 октября / РГУ; редкол.: Н. К. Ковалев, В. А. Уваров. – Ростов н/Д. – 1991. - 113 с.

-
9. Алабин, В. Г. Применение тренажеров в скоростно-силовой подготовке легкоатлетов / В. Г. Алабин, А. Д. Скрипко // Применение технических средств в обучении и тренировке спортсмена. – Минск : Полымя, 1973. – С. 39 – 44.
 10. Алабин, В. Г. Тренажеры и специальные упражнения в легкой атлетике / В. Г. Алабин, М. П. Кривоносов. – М. : ФИС, 1982. – 221 с.
 11. Алабин, В. Г. Тренажеры и тренировочные устройства в физической культуре и спорте / В. Г. Алабин, А. Д. Скрипко. – Минск : Полымя, 1979. – 173 с.
 12. Алексеева, Н. В. Динамика диспластического сколиоза: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.03.03 «Нормальна фізіологія» / Н. В. Алексеева. – М., 1978. – 16 с.
 13. Алехина, С. В. Инклюзивное образование: от политики к практике // Психологическая наука и образование. - 2016. - Том 21. - № 1. - С. 136–145.
 14. Аль-Ананзіх Джасер Хоені Метлак. Фізичний стан дітей молодшого шкільного віку з порушенням постави: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.02. «Олімпійський та професійний спорт» / Аль-Ананзіх Джасер Хоені Метлак. – К., 1999. –18 с.
 15. Анес, Д. А. Физическая рекреация как основа гармонизации и сохранения здоровья в студенческой среде / Д. А. Анес, В. В. Глебов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 8. – С. 47-48.
 16. Аннан, К. Мировое сообщество эры интернационализма / К. Аннан // Независ. газета. 31.12.1999. – С. 3.
 17. Анохин, П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин. – М.: Медицина, 1975. – 448 с.
 18. Апанасенко, Г. Л. Диагностика индивидуального здоровья/ Г. Л. Апанасенко // Валеология. – 2002. – №3. – С. 27-31.

19. Аржаных, Е. В. Высшее профессиональное образование для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью: статистический анализ // Психологическая наука и образование. -2017. - Т. 22. - № 1. - С. 150–160.

20. Артемьева, Л. Ф. К вопросу использования физической рекреации для восстановления сил спортсменов // Современные методы организации тренировочного процесса, оценки функционального состояния и восстановления спортсменов: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (г. Челябинск, 24-25 октября 2017 г.) : в 2 т. / Под ред. д.м.н. проф. Е. В. Быкова. – Челябинск: УралГУФК, 2017. – Т. 2. – С.4-8.

21. Афанасьев, Д. В. Специфика взаимодействия ресурсного учебно-методического центра череповецкого государственного университета с субъектами инклюзивного образования на территории Северо-Западного федерального округа / Д. В. Афанасьев, О. А. Денисова, О. Л. Леханова // Развитие инклюзии в высшем образовании: сетевой подход. Сер. "Библиотека журнала «Психологическая наука и образование»". - Москва, 2018. - С. 72-82.

22. Афанасьев, Д. В. Готовность преподавателей высшей школы к инклюзивному образованию / Д. В. Афанасьев, О. А. Денисова, О. Л. Леханова, В. Н. Поникарова // Психолого-педагогические исследования. - 2019. - Т. 11. - № 3. - С. 128-142.

23. Ахундова, Р. Е. Физиологическое обоснование программ реабилитации после травм спинного мозга методами ЛФК и миофасциального расслабления с использованием биологических обратных связей: автореф. дис....канд.биол.наук.- 03.00.13.– Волгоград, 2002. - 22 с.

24. Байданов, В. Я. Новые подходы к оздоровлению школьников / В. Я. Байданов // Физическая культура и здоровье. – 2000. – № 1. – С. 36-42.

-
25. Байданов, В. Я. Физическая культура учителя как часть его общепедагогической культуры / В. Я. Байданов // Физическая культура и здоровье. – 1996. – № 2. – С. 83-88.
26. Бальсевич, В. К. Интеллектуальный вектор физической культуры человека / В. К. Бальсевич // Теория и практика физ. культуры. – 1991. – № 7. – С. 37-39.
27. Бальсевич, В. К. Концепция физического воспитания детей и молодёжи // Физическая культура, спорт и здоровье нации.: Матер. веждународ. гонгресса. – СПб. – 1996. – С. 25-33.
28. Бальсевич, В. К. Физическая культура человека: состояние, проблемы и стратегия развития на перспективу (актовая речь) / В. К. Бальсевич – М.: ГЦОЛИФК. – 1992. – 41 с.
29. Баранова, И. В. Функциональное состояние суставов как критерий оценки эффективности использования озонотерапии в восстановительном лечении больных гонартрозом / И. В. Баранова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2018. - № 3. - С. 42-47.
30. Белая книга Физической и реабилитационной медицины в Европе - М.: Журнал "Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация", 2-е изд-е, 2018. - 182 с.
31. Белозёрова, В. М. Дифференциальный подход к лечению физическими упражнениями детей, больных сколиозом в условиях школы-интерната. Актуальные вопросы профилактики и лечения сколиоза у детей / В. М. Белозёрова. – М.: Просвещение, 1984. – С. 144-153.
32. Бердус, М. Г. Формирование теории физической рекреации в контексте её метатеории: автореф. дис....канд.пед.наук.-13.00.04. – Малаховка, 2000. - 24 с.
33. Бикбулатова, А. А. Модель работы ресурсного учебно-методического центра Российского государственного социального университета в части профессионального и трудового ориентирования лиц с инвалидностью и ОВЗ / А. А. Бикбулатова, А.

В. Карплюк, О. В. Тарасенко // Психологическая наука и образование. - 2017. - Т. 22. - № 1. - С. 26–33.

34. Бирюков, Н. А. Педагогические условия валеологической подготовки студентов средствами физической культуры: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.08 / Н. А. Бирюков. – Барнаул, 2000. – 24 с.

35. Бирюкова, А. В. Рекреация подростков в структуре показателей качества жизни: автореф. дис...канд.социол.наук. - 22.00.04.– Санкт-Петербург, 2009. - 24 с.

36. Боген, М. М. Современные теоретико-методические основы обучения двигательным действиям: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук: спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / М. М. Боген. – М., 1989. – 52 с.

37. Бондаренко, Е. В. Особенности физического воспитания лиц студенческого возраста на современном этапе развития общества / Е. В. Бондаренко, В. Н. Васильев, Ю. Т. Ревякин // Физическая культура и спорт на современном этапе: проблемы, поиски, решения: Материалы всероссийской научно-практической конференции. – Томск: ТПУ. – 2016. – С. 38-41.

38. Борисевич, А. С. Роль тренажерных устройств и тренажеров в учебном процессе / А. С. Борисевич, В. Н. Кудрицкий // Физическую культуру и спорт – на научную основу: метод. реком. – Брест: БИСИ, 1980. – 18 с.

39. Борисова, И. А. Жизнь без стресса. Материал для лекций, выступлений в СМИ, занятий в школах здоровья, бесед / И. А. Борисова // beshenkovichicrb.by: [сайт]. – 2011. – февр. URL: <http://beshenkovichicrb.by/healthy-lifestyle/591-zhizn-bez-stressa> (дата обращения 05.02.2020)

40. Букуп, К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц / К. Букуп // М.: 2008. - 320 с.

41. Вакуленко, О. Ю. Обоснованность применения криотерапии и радонотерапии у пациентов с остеоартритом / О. Ю.

Вакуленко, М. А. Расулова, А. Н. Разумов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2017, № 5. - С. 58-64.

42. Василютова, Т. В. Физическое воспитание студенток вуза, проживающих в неблагоприятных климатографических условиях: теория и практика: Монография / Т. В. Василютова, В. В. Пономарев. – Красноярск: СибГТУ. – 2011. – 140 с.

43. Васильев, О. В. Структурно–конструктивный подход в методологии построения реабилитационных программ / О. В. Васильев // Физическая реабилитация детей, взрослых и инвалидов. – 2005. – № 2. – С. 40-44.

44. Веблен, Т. Теория праздного класса: пер. с англ. / Т. Веблен; под общ. ред. В. В. Мотылева. – М.: Прогресс. – 1984. – 367 с.

45. Використання засобів фізичної культури при реабілітації дітей 7-9 років зі сколіотичною хворобою / П. Б. Джуринський, Б. Г. Шеремет, С. І. Кисліченко [та ін.] // Матеріали міжнародної конференції «Проблеми реабілітації». – Одеса: ПУДПУ ім. К.Д. Ушинського, 2003. – С. 19-20.

46. Виленский, М. Я. Двигательная активность студентов в режиме учебно-трудовой деятельности, быта и отдыха / М. Я. Виленский // Теория и практика физ. культуры. – 1973. – №3. – С. 60-64.

47. Вильчковский, З. С. Развитие двигательной функции детей / З. С. Вильчковский. – К.: Здоров'я, 1983. – 118 с.

48. Виноградов, Г. П. Теоретические и методические основы физической рекреации: автореф. дис....докт.пед.наук. - 13.00.04.– Санкт-Петербург, 1998. - 44 с.

49. Власова, В. П. Физическая реабилитация студентов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в условиях педагогического вуза // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27864> (дата обращения: 21.01.2020).

50. ВОЗ / ВЭФ. Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности: Доклад ВОЗ Всемирного экономического форума о совместном мероприятии, 2008.

51. Вознесенская, Т. Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий / Т. Г. Вознесенская // Рус. Мед. Журнал. - 2006. – Т. 14. - № 9. - С.694-697.

52. Гавриленко, А. В. Растить здоровое поколение / А. В. Гавриленко // Физическая культура и здоровье. – 1998. – № 4. – С. 76-97.

53. Гаврилова, Е. А., Гаврилова М. Д. Проблема компенсации дефектов зрения в спорте слепых / Адаптивная физическая культура. – 2013. – №4 (56). – С. 30-32.

54. Галкин, Ю. П. Проблемы физической рекреации и неспециального физкультурного образования работников промышленного производства: на примере АО г. Смоленска: автореф. дис....докт.пед.наук. - 13.00.04. – Санкт-Петербург, 1996. - 45 с.

55. Гильмутдинов, А. Х. Электронное образование на платформе Moodle / А. Х. Гильмутдинов, Р. И. Ибрагимов, И. В. Цивильский // – Казан. гос. ун-т, 2009. – 169 с. - URL: http://old.kpfu.ru/fpk/bin_files/moodle!7.pdf.

56. Глебов, Ю. А. Повышение физического состояния работников промышленного производства под влиянием индивидуальных средств физической рекреации и двигательной реабилитации: автореф. дис....канд.пед.наук. - 13.00.04. – Смоленск, 2000 - 22 с.

57. Голбол (спорт слепых): учеб. пособие / под ред. М. А. Правдова – Шуя: Изд-во Шуйский филиал ИвГУ, 2013. – 100 с.

58. Горовой, В. А. Подходы и принципы организации физической рекреации студентов / В. А. Горовой // Веснік МДПУ імя І. П. Шамякіна. – 2013. – № 1. – С. 72-76.

-
59. Горовой, В. А. Физическая рекреация студентов: методические рекомендации / В. А. Горовой. – Мозырь: УО МГПУ имени И. П. Шамякина. – 2011. – С. 40-46.
60. Григоренко, В. Г. Профессионально-педагогическая мотивация и технология ее формирования / В. Г. Григоренко. – Одесса: Издательство ЮУГПУ им. К.Д. Ушинского, 2003. – 148 с.
61. Григорьев, А. Ю. Формирование двигательной компетенции студентов в процессе физического воспитания в вузе / Известия ТулГУ. Физическая культура. Спорт. – 2014. – № 1. – С. 29 – 38.
62. Григорьева, Е. В. Роль современных оздоровительных систем в укреплении здоровья людей, занимающихся в различных возрастных группах / Е. В. Григорьева, В. В. Горелик // Наука и образование: новое время. - 2017. - № 3 (20). - С. 1–5.
63. Гужаловский, А. А. Этапность развития физических (двигательных) качеств и проблема оптимизации физической подготовки детей школьного возраста: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / А. А. Гужаловский. – М., 1979. – 26 с.
64. Гужаловский, А. А. Физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного и продленного дня / А. А. Гужаловский, С. Д. Бойченко // Физическая культура и здоровье. – 1998. – № 3. – С. 97-121.
65. Гуров, С. А. Эффективность лечения шейной дорсалгии методам мануальной терапии в сочетании с локальными миофасциальными блокадами: дис. ... канд. мед. наук. М.: 2017. - 136 с.
66. Дегтярик, И. В. Студент и свободное время / И. В. Дегтярик, З. Л. Королева // Адукацыя і выхаванне. – 1998. – № 8. – С. 30-36.

67. Денискина, В. З. Особенности зрительного восприятия у слепых, имеющих остаточное зрение / В. З. Денискина // Дефектология. – 2011. – №5. – С. 56–64.

68. Денисова, О.А. Разработка специализированного регионального портала как инструмента профориентации, образования и содействия трудоустройству инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья / О. А. Денисова, Л. М. Кобрин, О. Л. Леханова // Дефектология. - 2019. - № 6. - С. 50-57.

69. Денисова, О. А. Успешный опыт вузов-партнеров РУМЦ СЗФО ЧГУ в сфере инклюзивного высшего образования на территории Северо-Западного федерального округа / О. А. Денисова, О. Л. Леханова // Специальное образование Материалы XV Международной научно-практической конференции. - 2019. - С. 75-78.

70. Денисова, О. А. Инклюзивное образование студентов с инвалидностью в региональном многопрофильном вузе на примере Череповецкого государственного университета / О. А. Денисова, О. Л. Леханова // Психологическая наука и образование. - 2017. – Т. 22. - № 1. - С. 119–129. doi:10.17759/pse.2017220114

71. Денисова, О. А. Лучшие практики инклюзивного высшего образования в вузах Северо-Западного федерального округа / О. А. Денисова, О. Л. Леханова // Вестник Череповецкого государственного университета. - 2018. - № 6 (87). - С. 156-169.

72. Денисова, О. А. Роль ресурсного учебно-методического центра Северо-Западного федерального округа Череповецкого государственного университета в создании специальных условий реализации образовательного процесса для лиц с ОВЗ и инвалидностью в вузе / О. А. Денисова, О. Л. Леханова // Организационное, учебно-методическое, консалтинговое и мониторинговое сопровождение профориентации и обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями в организациях

профессионального образования Сборник научных статей. Санкт-Петербург, 2018. - С. 43-46.

73. Денисова, О. А. Сопровождение студентов с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного высшего образования / О. А. Денисова, О. Л. Леханова // Ярославский педагогический вестник. - 2018. - № 6. - С. 202-211.

74. Денисова, О. А. К проблеме трудоустройства молодых инвалидов в Вологодской области / О. А. Денисова, О. Л. Леханова, Р. А. Самофал, О. Ю. Лягинова, С. А. Парыгина // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. - 2018. - № 2. - С. 208-216.

75. Джумаев, А. Д. Теоретические основы физической рекреации как составной части физической культуры: автореф. дис....канд.пед.наук. - 13.00.04. – Ленинград, 1991. – 22 с.

76. Дубогай, О. В. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи [навчальний посібник] / О. В. Дубогай, В. І. Завацький, Ю. О. Коран. – Луцьк: Надстир'я, 1995. – 220 с.

77. Дугнист П. Я. Девиации и формирование навыков здорового образа жизни студентов. / П. Я. Дугнист, Е. В. Романова, Т. М. Перегудова, Е. М. Семнякина, Т. В. Дылкина // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2019. - 5(5(16)). – С. 64-69; URL: <http://journal.asu.ru/zosh/article/view/7222>.

78. Еремушкин, М. А. Мягкие мануальные техники. Постизометрическая релаксация мышц: учеб. пособие. - СПб. - 2014. - 288 с.

79. Жолдак, В. И. Олимпийский туризм: перспективы развития / В. И. Жолдак // Теория и практика физической культуры. – 1999. – № 11. – С. 26-28.

80. Зайцев, В. П. Формирование валеологической и рекреационной культуры студентов // - URL:

<http://lib.sportedu.ru/Press/FVS/2011N4/p27-36.htm> (дата обращения: 15.12.2019)

81. Зайцев, В. П. Методология рекреации в структуре образовательного пространства / В. П. Зайцев, С. С. Ермаков, Хагнер-Деренговска Магдалена // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 1. – С. 58-65.

82. Зайцева, С. С. Формирование культуры умственного труда студентов вуза: автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.01 / С. С. Зайцева. – Нижний Новгород, 2007. – 23 с.

83. Запесоцкий, А. С. Образование: Философия, культурология, политика. / А. С. Запесоцкий. – М.: Наука. – 2003. – 456 с.

84. Зарецков, В. В. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника у детей и подростков: клиника, диагностика и лечение: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Травматологія та ортопедія» / В. В. Зарецков. – М., 2003. – 21 с.

85. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году // Статистический сборник. - Нұр-Сұлтан, 2019. - 324 с.

86. Здоровье на рабочем месте: сборник корпоративных практик. М.: РСПП, 2011. - 92с.

87. «Здоровые города (регионы) Казахстана»: Методические рекомендации по проведению постоянно действующего конкурса / В. И. Ахметов, Р. К. Сатывалдеев, Н. Г. Юшицина, Д. Ш. Бердымбаева, М. К. Турганова, Е. М. Оразалы, К. Тусупова // Астана: Национальный центр общественного здравоохранения, 2018. - 63 с.

88. Иванова, В.В. Интеграция умственной работоспособности и двигательной активности студентов

технического вуза в процессе профессиональной подготовки / В. В. Иванова, В. В. Пономарев // – Красноярск: СибГТУ. – 2012. – 210 с.

89. Исаев, А. П. Учение о здоровье: монография / А. П. Исаев, Н. Я. Прокопьев, В. М. Чимаров; Тюменский гос. ун-т. – Тюмень: Изд-во ТюмГУ. – 2002. – 144с.

90. Ишал, В. А. Физиология, асимметрия, фронтальные нарушения осанки, сколиоз и сколиотическая болезнь / В. А. Ишал // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2000. – № 5. – С. 33-37.

91. Казин, Э. М. Научно-методологические и организационные подходы к созданию региональной программы «Образование и здоровье» / Э. М. Казин // Валеология. – 2004. – №4. – С. 6-10.

92. Казначеев, В. П. Основы общей валеологии: учебное пособие / В. П. Казначеев. – Воронеж: МОДЭК. – 1997. – 48 с.

93. Казьмин А. И. Сколиоз / А. И. Казьмин, И. И. Кош, В. Е. Беленький – М.: Медицина, 1989. – 272 с.

94. Кардіогемодинаміка і стан вегетативної нервової системи у хворих на остеохондроз хребта і їх зміни під впливом фізичної реабілітації / Г. Сафонова, Ю. Яськів, Д. Губенко [та ін.] // Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції «Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення». – Львів: ЛДДФК, 2000. – С. 239-243.

95. Кашуба, В. А. Биомеханическая коррекция нефиксированных нарушений опорно–двигательного аппарата детей дошкольного возраста / В. А. Кашуба, Е. М. Тышко // Сборник научных трудов под ред. С.С. Ермакова «Физическое воспитание студентов творческих специальностей». – Харьков: ХГАДИ, 2004. – № 1. – С. 71-77.

96. Коган, Б. М. Стресс и адаптация / Б. М. Коган. - Мостква: Знание, 1980. - № 10. – 64 с.

97. Кокин, В. Ю. Оздоровительный потенциал персонализированной силовой подготовки студентов вузов: автореф.

дис. ... канд. пед наук: 13.00.04 / В. Ю. Кокин. – Екатеринбург, 2007. – С. 4.

98. Колбанов, В. В. Валеологическая служба в образовательных учреждениях / В. В. Колбанов // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. «Проблемы валеологии в образовании». – Липецк. – 1995. – С. 54- 55.

99. Кон, И. И. Двадцатилетний опыт консервативного лечения детей и подростков, больных сколиозом, в условиях специализированной школы–интерната (анализ 3547 наблюдений) / И. И. Кон, Р. Д. Назарова // Материалы Всесоюзного симпозиума «Актуальные вопросы профилактики и лечения сколиоза у детей». – Москва, 1984. – С. 78-83.

100. Кондратьев, В. В. Модель формирования положительного отношения студентов педагогического вуза к физической культуре / Вестник ТГПУ. – 2012. – №11 (126). – С. 137 – 141.

101. Красноперова, Н. А. Приобщение студентов к здоровому образу жизни как педагогическая здоровьесберегающая технология / Н. А. Красноперова // Лингвистическое образование и межкультурная коммуникация; проблемы, концепции, пути решения. – Красноярск: СибГТУ. – 2002. – С. 59-66.

102. Кривцун, А. В. Программа тестирования баскетболистов: метод. рекомендации для тренеров и врачей / А. В. Кривцун, Р. В. Бойдаков. - 2013. - 19 с.

103. Кряж, В. Н. Исследование эффективности круговой тренировки в физическом воспитании студентов / В. Н. Кряж // Тезисы докладов к респуб. науч.-метод. конф. по совершенствованию системы физического воспитания студенческой молодежи. – Гомель: ГГУ, 1971. – С. 66 – 68.

104. Кряж, В. Н. Круговая тренировка в физическом воспитании студентов / В. Н. Кряж. – Мн.: Вышэйшая школа, 1982. – 120 с.

105. Кудрицкий, В. Н. Использование нестандартного оборудования в организации физического воспитания студентов / В. Н. Кудрицкий // Пособие для студентов высших учебных заведений. – Брест: БрГТУ, 2001. – 110 с.

106. Куликова, О. А. Влияние психофизических упражнений ушу на работоспособность студенток I-II курсов: автореф. дис. ... канд. пед наук: 13.00.04 / О. А. Куликова. – Улан-Удэ, 2004. – С. 3-4.

107. Кураев, Г. А. Валеологическая система сохранения здоровья населения России / Г. А. Кураев, С. К. Сергеев, Ю. В. Шленов // Валеология. – 1996. – № 1. – С. 7-17.

108. Курбангалеева, Е. Ш. Доступность высшего профессионального образования инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) / Е. Ш. Курбангалеева, Д. Н. Веретенников // Психологическая наука и образование. - 2017. - Т. 22. - № 1. - С. 169–180.

109. Лаптев, А. П. Педагогические аспекты здорового образа жизни студентов [Текст] / А. П. Лаптев, В. А. Панков // IV Международный конгресс «Современный олимпийский спорт для всех». - Т. 2. – М.: СпортАкадемПресс, 2003. – С. 102–103.

110. Леонова, В. А. Социально-психологический портрет учащейся молодежи Украины и ее здоровье / В. А. Леонова // Здоровье и физические упражнения: Сб. статей. – Тюмень: Изд-во ТюмГУ. – 2000. – С. 108-112.

111. Лимаренко, О. В. Механизмы проявления психоэмоционального напряжения студентов в процессе учебной деятельности / О. В. Лимаренко // Оптимизация учебно-воспитательного и тренировочного процесса в учебных организациях высшего образования. Здоровый образ жизни как фактор профилактики: сборник статей 11 Всероссийской научно-практической конференции (18 мая 2019). – Красноярск: СибЮИ МВД России. – 2019. – С. 91-94.

112. Лимаренко, О. В. Педагогическая модель формирования готовности студентов вуза к спортивной деятельности / О. В. Лимаренко, В. В. Пономарев //Физическая культура: воспитание, образование, тренировка №5. – 2016. – С. 64-67.

113. Лимаренко, О. В. Психоэмоциональное напряжение студентов в процессе учебной деятельности / О. В. Лимаренко, А. П. Лимаренко // Актуальні проблеми фізичного виховання та здоров'я людини: Матеріали IV-ої Міжнародної заочної науково-практичної конференції (3-7 грудня 2018 року, м. Слов'янськ) / [За заг. Ред. Проф. В. В. Дичка]. Слов'янськ: ДДПУ, 2018. – С. 85-92.

114. Лимаренко, О. В. Универсальная интегративная система качества физкультурного образования / О. В. Лимаренко // Образование и глобализация: материалы Третьей Байкальской международной научной конференции: в 2 ч. 1-4 июля 2009г. – Улан-Удэ: Изд-во Бурятского госуниверситета, 2009. – Ч. 1. – С. 253-256.

115. Локтев, С. А. Новый взгляд на старые проблемы / С. А. Локтев, В. А. Барабанов, В. А. Якобашвили // Теория и практика физической культуры. – 1999. – № 3. – С. 51-53.

116. Лотоненко, А. В. Формирование физической культуры молодежи: теория, методология, практика / А. В. Лотоненко. – М.: ФОН – 1999. – 92 с.

117. Лубышева, Л. И. Концепции формирования физической культуры человека / Л. И. Лубышева. – М.: ГЦОЛИФК. – 1992. – 123 с.

118. Лях, В. И. Двигательные способности школьников: основы теории и методики развития / В. И. Лях. – М.: Терра-Спорт, 2000. – 192 с.

119. Макеева, В. С. Теория и методика физической рекреации. Основы оздоровительной физической культуры: учебное пособие для высшего профессионального образования / В. С. Макеева, З. С. Тинькова. – Орел: ФГБОУ ВПО «Государственный университет – УНПК». – 2012. – С. 4-19.

120. Мальований, А. В. Шляхи управління і проблеми організації фізичного виховання студентської та учнівської молоді / А. В. Мальований // Збірник наукових праць. – Львів: ЛДФЕІ, 2003. – С. 88-90.

121. Марголис, А. А. Концепция проекта развития качества и доступности высшего образования для лиц с инвалидностью в Российской Федерации / А. А. Марголис, В. В. Рубцов, О. А. Серебрянникова // Психологическая наука и образование. - 2017. - Т. 22. - № 1. - С. 10–17.

122. Мартиросова, Т. А. Рекреативно-оздоровительная технология в системе физического воспитания студентов: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / Т. А. Мартиросова. – Красноярск, 2006. – 22 с.

123. Мельников, В. А. Социальная реабилитация в современном обществе: социально-философский анализ: автореф. дис....канд.фил.наук. - 09.00.11. – Москва, 2011. - 24 с.

124. Мельничук, А. А. Физкультурно-спортивная деятельность студентов в вузе: теоретические и практические основы / А. А. Мельничук, В. В. Пономарев. – Красноярск: СибГТУ. – 2013. – 173 с.

125. Методика визначення оптимальних навантажень в процесі занять фізичними вправами реабілітаційної спрямованості / В. М. Пристинський, Т. М. Пристинська, Ю. С. Клименко [та ін.] // Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції «Науковий потенціал світу 2004». – Т. 65. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2004. – С. 21-23.

126. Методика выявления и описания интегративных процессов в учебно-воспитательном процессе средних ПТУ / Под ред. Ю. С. Тюнникова. – М.: АПН СССР. – 1988. – 87 с.

127. Митин, А. Е. Педагогическое сопровождение профессионального образования спортсменов-инвалидов / А. Е.

Митин, С. О. Филиппова // Адаптивная физическая культура. – 2013. – №4 (56). – С. 16-18.

128. Містулова, Т. Є. Розвиток статодинамічної стійкості тіла дітей у віці 4 – 9 років шляхом реалізації навчаючих програм: автореф. дис... канд. наук з фіз. виховання і спорту: спец. 24.00.02 «Олімпійський та професійний спорт» / Т. Є. Містулова. – К., 1996. – 20 с.

129. Молостова, О. В. Электронные образовательные ресурсы в образовании / Новая наука: современное состояние и пути развития: Издательство: Общество с ограниченной ответственностью «Агентство международных исследований», Уфа. – 2015. – №5. – С. 46-49; URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24847049>.

130. Морозова, Т. С. Эффективность применения плавания в физической реабилитации школьников с нарушениями осанки: автореф. дис....канд.пед.наук. - 13.00.04. – Москва, 2003. - 22 с.

131. Мудрость тела: путеводитель по методам телесно-ориентированной терапии / под ред. С. А. Римского. - Москва, 2017. - 273 с.

132. Муляр, Л. П. Использование подвижных и спортивных игр при занятиях в спортивных секциях с детьми с нарушениями зрения (на примере голбола): метод. пособие для учителей физкультуры школ слепых и слабовидящих. Киев, 2002. – 45 с.

133. Мухин, В. М. Физическая реабилитация / В. М. Мухин. – Киев: Олимпийская литература, 2010. – 423 с.

134. Мухина, А. В. Особенности рекреационных занятий с отягощениями со школьниками-инвалидами по зрению: автореф. дис....канд.фил.наук. - 13.00.04. – Санкт-Петербург, 1999. - 24 с.

135. Мякишева, Н. А. Физическая реабилитация детей с последствиями ДЦП в условиях спортивно игрового центра: автореф. дис....канд.пед.наук. - 09.00.11. – Москва, 2000. - 23 с.

136. Намоконов, Е. В. Применение физических методов реабилитации больных с артрозами в раннем послеоперационном

периоде / Е. В. Намоконов, Е. Н. Смолина, С. К. Ложкин // Экология. Здоровье. Спорт: сборник научных статей VII Международной научно-практической конференции / Забайкальский государственный университет – Чита, 2019. – С. 215-217.

137. Нейматов, Э. М. Профилактика спортивного травматизма с применением нейрофизиологических принципов прикладной кинезиологии и традиционной китайской медицины в спорте / Э. М. Нейматов. - Москва: Граница, 2016. - С. 102.

138. Неправский, М. М. Для самостоятельных занятий учащихся в свободное время / М. М. Неправский // Физическая культура и здоровье. – 1998. – № 2. – С. 119-127.

139. Новичихина, Е. В. Анализ динамики заболеваний органов чувств среди студентов Алтайского государственного университета / Е. В. Новичихина, Н. А. Ульянова // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2015. - (1). - С. 82-88. URL: <http://journal.asu.ru/zosh/article/view/896>.

140. Новичихина, Е. В. Анализ динамики заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани среди студентов Алтайского государственного университета / Е. В. Новичихина, Н. А. Ульянова // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2016. - (2). С. 78-82. URL: <http://journal.asu.ru/zosh/article/view/1608>.

141. Новичихина, Е. В. Эффективность практических занятий физической культурой со студентами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в рамках освоения дисциплины «Элективная дисциплина по физической культуре и спорту» // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2019. - 1(12). - С. 113-126. URL: Retrieved from <http://journal.asu.ru/zosh/article/view/5231>.

142. Новичихина, Е. В. Новые направления в работе по дисциплине «Физическая культура и спорт» (элективная) для студентов специальной медицинской группы / Е. В. Новичихина, Н.

А. Ульянова // Современные проблемы науки и образования. 2019. - № 1.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28513>.

143. Новичихина, Е. В. Динамика состояния здоровья первокурсников высших учебных заведений Алтайского края за последние 3 года / Е. В. Новичихина, Н. А. Ульянова, А. А. Кокшаров, Н. В. Анушкевич, С. Н. Калагина, Н. М. Лобыгина // Современные наукоемкие технологии. - 2017. - №7. - С. 136-140. URL: <http://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=36744>.

144. Оюунгэрэл, Б. Современное состояние особо охраняемых природных территорий Монголии / Б. Оюунгэрэл, О. Мунхдулам // География и природные ресурсы. – 2011. - № 2. - С. 168-172.

145. Парфенов, А. С. Особенности адаптивной физической культуры инвалидов с последствиями детского церебрального паралича с использованием занятий пулевой стрельбой: автореф. дис....канд.пед.наук. - 13.00.04. – Орёл, 2006. – 24 с.

146. Пасичниченко, В. А. Использование тренажеров в физическом воспитании студентов в оздоровительных целях / В. А. Пасичниченко, В. Н. Кудрицкий, Н. И. Козлова, Н. В. Орлова // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты: X Междунар. науч.-практ. интернет-конф. – Чита, 2019. – С. 460 – 467.

147. Пасичниченко, В. А. Особенности повышения эффективности занятий по физической культуре студентов / В. А. Пасичниченко, В. Н. Кудрицкий // Экология. Здоровье. Спорт: сборник науч. статей VII Междунар. науч.-практ. конф. / Забайкал. гос. ун-т. – Чита, 2019. – С. 424 – 430.

148. Перусанова, Л. Диагностика и помощь при психосоматични разстройства в пренаталтия период, Медицински меридиани / Л. Перусанова, А. Рашева, Д. Сиджимова. – 2019. - бр. 1, ISSN 13141090. - С. 41-45.

149. Перусанова, Л. Коучинг практики в работата на специалистите по здравни грижи / Л. Перусанова, А. Рашева, Д. Сиджимова // Медицински меридиани. – 2019. - бр. 2, ISSN 13141090. - С. 25-30.

150. Перусанова, Л. За някои социално-психологически аспекти на майчинството / Л. Перусанова, Д. Иванова, А. Рашева // Управление и образование. – 2018. – Т. 14. - брой: 5 ISSN 13126121. - С. 58-60.

151. Перусанова, Л. Пренатални грижи: Учебник за медицински сестри и акушерки под научната редакция на проф. д-р. Борислав Маринов, Д.М. - ISBN 978-619-232-078-2, Издателски комплекс – УНСС, София. - 2018.

152. Перусанова, Л. Тренинг-практика в работе специалистов здравоохранения, УДК 618.2: VIII Междунар. науч.-практ. конф. (3-5 октября 2019 г.) / Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления» (ВСГУТУ) Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия, ISBN 9785604186893. - С. 201-202.

153. Перусанова–Павлова, Л., Бременната жена в условията на разпад на модела „Голямото семейство“, Здравна политика и мениджмънт, 2015 - Т.14. - №2. - ISSN 1313-4981. - С. 56-64.

154. Перусанова-Павлова, Л. Изменения в психике беременной женщины – наблюдение, консультация и помощь со стороны акушерки / Л. Перусанова-Павлова, Д. Сиджимова // Medicus International medical scientific journal. – Т. 4. – 2015. - ISSN 2409-563X. - С. 14-16.

155. Перусанова-Павлова, Л. Психоемоционален стрес при бременни жени през погледа на акушерките / Л. Перусанова-Павлова,

Д. Сиджимова // Управление и образование. – Т. 12. - бр.5. – 2016. - ISSN 13126121. - С.122-126.

156. Перусанова-Павлова, Л. Ролята на културата и традициите в семейството за предотвратяване на проявата на психоемоционални проблеми при бременните жени / Л. Перусанова-Павлова, Д. Сиджимова // Управление и образование. – Т. 12. - брой: 5. – 2016. - ISSN 13126121. - С. 117-121.

157. Перусанова-Павлова, Л. Здравни грижи за бременни със социални и психосоматични проблеми / Л. Перусанова-Павлова // Университетско издателство „Св. Климент Охридски“. – 2016. - ISBN 978-954-07-4150-5.

158. Перусанова-Павлова, Л. Психосоматични разстройства сред бременни жени / Л. Перусанова-Павлова // Здравна политика и мениджмънт. – 2016. - Т. 16. - №1. - С. 12-16. - ISSN 1313-4981.

159. Перусанова–Павлова, Л., Комуникационни модели по време на бременността / Л. Перусанова-Павлова // Управление и образование. – Т. 11. - бр.5. – 2015. - С. 127-130. - ISSN 13126121.

160. Петров, П. К. Математико-статистическая обработка и графическое представление результатов педагогических исследований с использованием информационных технологий: учеб. пособие. – Ижевск, 2013. - 179 с.

161. Пирогова, Л. А. Основы Медицинской Реабилитации и немедикаментозной терапии / Л. А. Пирогова. – Гродно: ГрГМУ 2008. - С. 3-5. - URL: http://www.grsmu.by/files/file/university/cafedry/medicinskoi-reabilitacii-nemedikamentoznoi-terapii/files/pirogova_5.pdf.

162. Пономаренко, Г. Н. Физическая и реабилитационная медицина / Г. Н. Пономаренко. – Москва: Гэотар-Медиа, 2016. – 688 с.

163. Попов, Г. Н. Организационно-методические формы адаптивного физического воспитания детей-инвалидов / Вестник Томского гос. пед. ун-та (TSPU Bulletin). - 2005. - Вып. 2 (46). – С. 133-136.

164. Об использовании дистанционных образовательных технологий: приказ Минобрнауки Российской Федерации от 6 мая 2005 г. № 137; - URL: <http://www.zakonprost.ru/content/base/82701> (дата обращения: 14.12.2019).

165. Региональные компоненты формирования здорового образа жизни среди студенческой молодежи: учеб. пособие / С. Т. Кохан, М. И. Сердцев, И. В. Романова. – Чита: ЧитГУ, 2009. – 198 с.

166. Романенко, В. А. Диагностика двигательных способностей. Учебное пособие / В. А. Романенко. – Донецк: издательство ДНУ, 2005. – 290 с.

167. Рубцов, В. В. О межведомственном взаимодействии в реализации социальной и образовательной инклюзии для социально уязвимых групп населения // Психологическая наука и образование. - 2016. – Т. 21. - № 1. - С. 87–93.

168. Рутман, Э. Как преодолеть стресс / Э. Рутман. – Москва: АСТ, 2000. - 160 с.

169. Сергієнко, Л. П. Комплексне тестування рухових здібностей людини [навчальний посібник] / Л. П. Сергієнко. – Миколаїв: УДМТУ, 2001. – 360 с.

170. Сергієнко, Л. П. Тестування рухових здібностей школярів / Л. П. Сергієнко. – К.: Олімпійська література, 2001. – 439 с.

171. Сермеев, Б. В. Кабинеты здоровья / Б. В. Сермеев // Наша жизнь. – 1989. – № 2. – С. 33.

172. Сиджимова, Д. Проучване на нагласите на акушерките за обучение, свързано с консултиране на бременни с психосоматични проблеми / Д. Сиджимова, Л. Перусанова-Павлова // Управление и образование. – Т. 12. - бр.5. – 2016. - С. 47-51. - ISSN 13126121.

173. Сиджимова, Д. Семейството в подкрепа на бременната жена / Д. Сиджимова, Л. Перусанова-Павлова // Управление и образование. – Т. 12. - брой: 5. – 2016. - С. 42-46. - ISSN 13126121.

174. Смирнов, О. С. Возникновение и развитие спортивных игр для слепых и слабовидящих / Смирнов, О. С., Корнев, А. В. // Адаптивная физическая культура. - 2013. - № 4 (56). – С. 33– 34.

175. Современные тенденции развития рекреации и реабилитации в XXI веке / монография под ред. С. Т. Кохана, А. Скалий. – Чита: ЗабГУ, 2019. – 324 с.

176. Соёл, спорт, аялал жуулчлалын салбарын лавлах. Улаанбаатар хот: Соёл, спорт, аялал жуулчлалын яам; Аялал жуулчлалын Үндэсний төв, 2013 он. 285 хууд.

177. Соколова, Н. А. Реабилитация пациентов после эндопротезирования суставов / Н. А. Соколова, Т. А. Путинцева // Труды межрегиональной научно-практической конференции «Реабилитация хирургических больных в условиях модернизации отечественного и регионального здравоохранения – Чита, 2013. - С. 158-160.

178. Спатаева, М. Х. Физическая реабилитация: профилактика миофасциального синдрома в силовых видах спорта: учеб. пособие. - Омск, 2017. - 107 с.

179. Сютина, В. И. Состояние здоровья студентов как педагогическая проблема школьного и вузовского физкультурного образования / В. И. Сютина, Я. В. Калинин // Современные аспекты физической и спортивной работы с учащейся молодежью: материалы Междунар. науч.-практ. конф. – Пенза: Пенз. гос. ун-т. – 2015. – С. 175-180.

180. Теория и организация адаптивной физической культуры: учеб. пособие / С. П. Евсеев. - Москва: Спорт, 2016. - 346 с.

181. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: учеб. пособие / С.П. Евсеев, О.Е. Евсеева. - Москва: Спорт, 2016. – 384 с.

182. Толмачев, Р. А. Адаптивная физическая культура и реабилитация слепых и слабовидящих / Р. А. Толмачев. – Москва: Советский спорт, 2004. – 108 с.

183. Томенко, А. А. Занятия физической культурой и спортом в структуре физической и социально-психологической реабилитации инвалидов / А. А. Томенк // Педагогика, психология и мед.-биол. пробл. физ. воспитания и спорта. – 2010. – №1. – С. 19-24.

184. Томилин, К. Г. Медико-биологические аспекты оздоровления спортсменов с использованием игровых видов водной рекреации / К. Г. Томилин, И. Н. Овсянникова // В сборнике: Игровые виды спорта: актуальные вопросы теории и практики. Сборник научных статей 1-й Международной научно-практической конференции, посвященной памяти ректора ВГИФК Владимира Ивановича Сысоева. Воронежский государственный институт физической культуры. - 2018. - С. 363-369.

185. Фалеева, Л. В. Студент и образовательная среда вуза: социально-культурный контекст / Л. В. Фалеева // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2015. - № 2 (11). – С. 113-116.

186. Физическая реабилитация: учебник для академий и институтов физической культуры / под общей ред. проф. С. Н. Попова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2009. – 608 с.

187. Фомин, А. Н. Физические предпосылки мануальной коррекции опорно-двигательной функции при нарушениях осанки и остеохондрозах позвоночника: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. біол. наук: спец. 03.00.13 «Фізіологія людини і тварин» / А. Н. Фомин. – Челябинск, 2002. – 18 с.

188. Фомина, С. Н. Интегративный подход к профессиональной подготовке в вузе специалистов по работе с молодежью: дис. ... доктора пед. наук: 13.00.08 / С. Н. Фомина. – Москва, 2015. – С. 57-68.

189. Цвок, И. Организационно-педагогические и правовые условия спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: автореф. дис....канд.пед.наук.- 13.00.04. – Санкт-Петербург, 2003. - 23 с.

190. Чапаев, Н. К. Педагогическая интеграция: методология, теория, технология / Н. К. Чапаев: 2-е изд., испр. и доп. – Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та; Кемерово: Изд-во Кемеровского гос. проф.-пед. колледжа. – 2005. – 325 с.

191. Чикуров, Ю. В. Мягкие мануальные техники / Ю. В. Чикуров. - Москва, 2011. - 176 с.

192. Шапкова, Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Л. В. Шапкова. – Москва: Советский спорт, 2003. – 464 с.

193. Шилько, В. Г. Спортивно-видовые технологии формирования физической культуры студентов / В. Г. Шилько // Теория и практика физической культуры. – 2002. – №9. – С. 50-53.

194. Шилько, В. Г. Физическое воспитание в вузе на основе комплексной технологической модели физкультурно-спортивной деятельности / В. Г. Шилько, Т. А. Шилько // Теория и практика физической культуры. – 2012. – № 11. – С. 59-62.

195. Шолих, М. Круговая тренировка / М. Шолих // Перевод с нем. – Москва: Физкультура и спорт, 1966 – 174 с.

196. Щедрина, А. Г. Онтогенез и теория здоровья: монография / А. Г. Щедрина. – Новосибирск: СО РАМН, 2003. – 164 с.

197. Щекина, Е. Г. Как бороться со стрессом? / Е. Г. Щекина, С. М. Дроговоз. – Москва, 2005. - С. 17.

198. Щоденник зміцнення здоров'я / [під ред. проф. О. Д. Дубогай]. – К.: Оріана, 2002. – 66 с.

199. Эльмурзаев, М. А. Социокультурная направленность научных исследований физической рекреации / М. А. Эльмурзаев, Х. М. Солтамурадова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. - № 3 (145). - С. 247-251.

200. Эльмурзаев, М. А. Социокультурный потенциал физической рекреации / М. А. Эльмурзаев // Теория и практика физической культуры. – 2014. – № 2. – С. 52.

-
201. Юшкевич, Т. П. Тренажеры в спорте / Т. П. Юшкевич, В. Е. Васюк, В. А. Буланов. – Москва: ФИС, 1989. – 320 с.
202. A Global Survey Monitoring Progress in Nursing and Midwifery. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press. – Geneva: Switzerland, 2010. – URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70371/WHO_HRH_HPN_10.4_eng.pdf;jsessionid=B2F2AD99B348873D25D6DCBFD61D2A94?sequence=1 (дата обращения: 20.01.2020).
203. A. Leszczyńska, (2013) Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków, *Acta Universitatis Lodzianis Folia Sociologica* 45: 185.
204. A. Pawłucki (1996) *Pedagogika wartości ciała*, AWF, Gdańska.
205. Ankieta Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie "Postawy wobec Kultury Fizycznej" <https://www.surveymonkey.com/r/37XYB8K>
206. Aston, L. M. Glycaemic index and metabolic disease risk. *Proc. Nutr. Soc.* 2006. - Feb 65(1). – P. 125-134.
207. Baranowska B, Bik W. The physiological role of adiponectin. In: *Polish. Postępy Nauk Medycznych*, 2010. - № 6. - P. 503-508.
208. Biondi-Zoccai, G. G., Abbate, A., Liuzzo, G., Biasucci, L. M. Atherothrombosis, inflammation, and diabetes. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2003. - Apr 2. - 41(7). P. 1071-1077.
209. Bojkowski Ł. (2014) Radzenie sobie ze stresem przez mężczyzn trenujących zespołowe gry sportowe oraz sporty walki, *Zeszyty Naukowe Uczelnianej Rady Doktorantów Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego* 2(1): 32-43
210. Bozhkova, A. Professional oriented motor preparation for students in the specialty Medical Rehabilitation Therapy and Ergotherapy. Monograph, - Sofia: ed. ARTGRAPH, ISBN 978-954-9401-73-8, 2012. - 126 P.

211. Bozhkova, A., P. Slavcheva, Combined fitness gymnastics. Dental Medicine Students' Tutorial. Sofia: ed. ARTGRAPH, ISBN 978-954-9401-72-1, 2012.

212. Bozhkova, A., P. Slavcheva-Hinkova, D. Lekina. Impact of specialized sports program for students with health issues. Journal of Physical Education and Sport (JPES), Vol. 17 Supplement issue 1, Art 1, online ISSN: 2247 - 806X; p-ISSN: 2247 - 8051; ISSN - L = 2247 - 8051, 2017. - P. 3 - 6.

213. Brand-Miller, J., Hayne, S., Petocz, P., Colagiuri, S. Low-glycemic index diet in the management of diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetes Care, 2003. - № 26. – P. 2261-2267.

214. Brand-Miller, J., Marsh, K. Low-glycemic index diet – a new way of nutrition for all? In: Polish. Medycyna Praktyczna, 2008. - № 6. – P. 22-25.

215. Brenner, J. S. Overuse Injuries, Overtraining, and Burnout in Child and Ado-lescent Athletes. Pediatrics Jun, 2007. - 119 (6). – P. 1242-1245.

216. Building a stronger evidence base for employee wellness programs. NIHCM Foundation, 2011. – URL: <https://www.nihcm.org/categories/event/building-a-stronger-evidence-base-for-employee-wellness-programs-meeting> (дата обращения: 25.12.2019)

217. Bum, C. H. A Comparative Analysis of Satisfaction and Sustainable Participation in Actual Leisure Sports and Virtual Reality Leisure Sports / C. H. Bum, T. Q. Mahoney, C. Choi // Sustainability. - Tom: 10. - Issue: 10. – Article number: 3475. - DOI: 10.3390/su10103475. - Published: OCT 2018.

218. Campbell, S. C. Nutritional Recommendation for Athletes. In B. C. Coulston A. M., Nutrition in the Prevention and treatment of Disease. Third Edition, 2013. - P. 279-293.

219. Capranica, L., Millard-Stafford, M. L. Youth sport specialization: how to manage competition and training? *Int J Sports Physiol Perform*, 2011. – Dec. - № 6(4). – P. 572-9.

220. Carry, D. B., Utzschneider, K. M., Hull, R. L. Intra-abdominal fat a major determinant of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria for the metabolic syndrome. *Diabetes*, 2004. - № 53. P. 2087- 2090.

221. Cazacu, M. M., Ionce, A., Florea, N., Stratulat, I. S., Pascal, O., Chihai, V., Tăbîrță, A. [et alt]. *Balneoclimatologia în România și Republica Moldova: istoric și perspective europene*. București: Editura Academiei Române, 2018. - 409 p.

222. Cebanu, S. Măsurile profilactice privind îmbunătățirea condițiilor de antrenament și ameliorarea stării de sănătate a sportivilor. *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2008. - nr.5. - P. 78-82.

223. Chatzisarantis, Nikos L. D., Hagger, Martin S. The moral worth of sport reconsidered: Contributions of recreational sport and competitive sport to life aspirations and psychological well-being // *Journal of sports sciences*. - 2007. – T. 25 - Выпуск: 9. - C. 1047-1056.

224. Chłopicki, S. Farmakologia śródbłónka w atherothrombosis (w aterotrombozie). In: Polish. *Kardiologia po Dyplomie*, 2005. - 7: 60-68.

225. Cieśla, E. (2009). Kształtowanie się poziomu rozwoju fizycznego i sprawności motorycznej a aktywność fizyczna studentów fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach oraz ich wybrane zachowania prozdrowotne. *Stud. Med.*, (16): 21-28.

226. Ciok, J, Dolna, A. Glicemic Index in the pathogenesis and the treatment of diabetes, In: Polish. *Diabetologia Praktyczna, Via Medica* 2006; 7; 2. – P. 78-85.

227. Council Directive 77/452/EEC of 27 June 1977 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the formal qualifications of nurses responsible for general care, including

measures to facilitate the effective exercise of this right of establishment and freedom to provide services. Official Journal of the European Union, 1977, L 176:1-7 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0452:EN:HTML>, accessed 26 June 2009).

228. Council Directive 77/453/EEC of 27 June 1977 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in respect of the activities of nurses responsible for general care. Official Journal of the European Union, 1977, L 176:8–10 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0453:EN:HTML>, accessed 26 June 2009).

229. Council Directive 80/154/EEC of 21 January 1980 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications in midwifery and including measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment and freedom to provide services. Official Journal of the European Union, 1980, L 033:1–7 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0154:EN:HTML>, accessed 26 June 2009).

230. Council Directive 80/155/EEC of 21 January 1980 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action relating to the taking up and pursuit of the activities of midwives. Official Journal of the European Union, 1980, L 033:8–12 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0155:EN:HTML>, accessed 26 June 2009).

231. Craig, M., Hattersley, A., Donaghue, K. Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 2009. - 10 (suppl. 12). - P. 3-12.

232. Cremaschini, M., Moretti, R., Brembilla, G., Zottola, G., Franchin, D., Noventa, A., Luzzana, G., Pesenti, B., Belotti, L., Barboglio, G. The role of the factory doctor in the health promotion of workers: the

experience of the "WHP Bergamo" network. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*. - 2013, 34, 434-6.

233. Davis, R.W. Inclusion through sports: A guide to enhancing sport experiences. 1 st edition. Human Kinetics, Champaign, Illinois; 2002.

234. Diehl, K., Thiel, A., Zipfel, S., Mayer, J., Litaker, D., Schneider S. How healthy is the behavior of young athletes? A systematic literature re-view and meta-analyses. *Journal of Sports Science and Medicine*, 2012. - № 11. – P. 201-220.

235. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. *Official Journal of the European Union*, 2005, L 255:22–142

(<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:022:0142:EN:PDF>, accessed 26 June 2009).

236. Dumazedier, J. Tuwards a socicly of leasure / J. Dumazedier. – N.Y., 1967. – P. 25.

237. Dumazedier, J. Versune civilization du loisir? Ed, du Senil / J. Dumazedier. – Paris, 1962. – 68 s.

238. E. Szczepanowska, M. Sokołowski (2013) Socjalizacja do prozdrowotnego wypoczynku w rodzinie i placówkach przedszkolnych", *Wielkopolska Wyższa Szkoła Turystyki i Zarządzania w Poznaniu*, 9: 75-87

239. Employer-Sponsored Health Promotion Programs. NCSL Briefs for State Legislators, 2010. – URL: <https://www.ncsl.org/portals/1/documents/health/WorksiteWellness-2010.pdf> (дата обращения: 25.01.2020).

240. Erdmann, M. Health pyramid, In: Polish. *Świat Zdrowia* 2009. - № 5 (24). – 121 s.

241. European health for all database (HFA-DB), WHO / Europe; 2009; U.S. Census Bureau, The 2009 Statistical Abstract.

242. Ford, E. S., Giles, W. H., Dietz, W. H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults. Findings from the Third National

Health and Nutrition Examination survey. JAMA, 2002. – 287. – P. 356-357.

243. France, R. C. Introduction to Sports Medicine and Athletic training. Second edition, Delmar, 2011. - 720 p.

244. Ganchard, G. C. Influence of different types of progressive idiopathic scoliosis at static and dynamic postural control / G. C. Ganchard, P. Lascombers, M. Kuhnast, P. P. Perrin // Spine. – 2001. – № 1. – P. 1052-1058.

245. Głowińska-Olszewska, B., Łuczyński, W., Bossowski, A. Endothelial progenitor cells as a new marker of endothelial function with respects to risk of cardiovascular disorders. In: Polish, Postępy Hig. Med. Dośw. (online). 2011. - 65: P. 8-15, P. 1732-2693. - e-ISSN

246. Goodwin, D., Howe, P. D. Framing cross-cultural ethical practice in adapt[ive] physical activity // Quest. - Tom: 68. - Issue: 1. P.: 43-54. - Special issue: SI. - DOI: 10.1080/00336297.2015.1117501. - Published: JAN 2 2016.

247. Grossmeier, J., Dalal, K. Energy Company Generates Better Health for Employees. Worksite Health International. 2013. - Vol. 4. - № 1. - P. 3-4.

248. Grundy, S. M. Does a diagnosis of metabolic syndrome have in clinical practice? Am. J. Clin. Nutr. 2006. – 83. - P. 1248-1251.

249. H. Bonecki, J. Barbag (1986) Encyklopedia

250. Hasan, AMA. Depression and Suicide into Adolescence (12-18) years in Rehabilitation Health Center, in AL-Hilla City// Journal of contemporary medical sciences. - Tom: 3. - Issue: 9. - P.: 186-188. - Published: WIN 2017.

251. Houwen, S., Visscher, C., Lemmink, KAPM, Hartman, E. Motor Skill Performance of Children and Adolescents With Visual Impairments: Review. Except Children, 2009. – 75. - P. 464-492.

252. Hughes, M. D., Bartlett, R. M. The use of performance indicators in performance analysis. J Sport Sci, 2002; 20, P. 739-754.

-
253. I. Kowalewski (2006) *Kultura zdrowotna studentów*, Wydawnictwo naukowe AP, Kraków.
254. IBSA (2010). *IBSA Goalball Rules 2010-2013*. Available at: URL: <http://www.ibsasport.org> (data обращения: 10.03.2020).
255. International Olympic Committee. *The environment and sustainable.* – 2014.
256. Ivanov, I. *The curve of happiness.* - Sofia: Vakon, 2014. - P. 69-70.
257. J. Drabik (1996) *Aktywność fizyczna w treningu u osób dorosłych cz. 2*, AWF Gdańska.
258. J. Rodziewicz – Gruhn, L. Głazyrina, W. Pilis, (2007) *Zdrowotne znaczenie współczesnych form rekreacji ruchowej podejmowanych przez ludzi w różnym wieku w Polsce*, *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Kultura fizyczna 7*: 107-117.
259. K. Hildt – Ciupińska, J. Bugajska (2011) *Rola zachowań prozdrowotnych w promocji zdrowia pracowników*, *Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Bezpieczeństwo i Praktyka (9)11*: 10-13.
260. K. Zatoń, K. Zatoń, (2014) *Aktywność fizyczna a zdrowie*, *Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 45: 34-40.
261. Karakaya, I. C., Aki, E., Nevin, E. *Physical Fitness Of Visually Impaired Adolescent Goalball Players. Percept Motor Skill*, 2009; 108, P. 129-36.
262. Kelley, D.E. *Sugars and starch in the nutritional management of diabetes mellitus. The American Journal of Clinical Nutrition* 2003; 78: 858S-864S.
263. Kelly, J. R. *Leisure and sport a sociological approach / J. R. Kelly // Hand-book of social sciences of sport.* – Champagn Striples publ. comp. – 1981. – P. 18.
264. Kochanowicz, B. (2007). *Poziom sprawności fizycznej studentów kierunku fizjoterapii Akademii Medycznej w Gdańsku a ich*

opinia wobec różnych form aktywności ruchowej. *Ann. Acad. Med. Gedan*, 37: 53-62.

265. Kovacheva, L. *Breathing, Nutrition, Health - Unpublished Reflections*. - Sofia: Kibea, ISBN: 954-474-786-2, 2017. – 160 P.

266. Kovacheva, L. *Longevity. In the footsteps of Hippocrates*. - Sofia: Gutoranov i sin, 2016. - P. 25.

267. Kowal-Gierczak, B. *Diabetes*. In: Polish, Wyd. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 1997. – P. 10-14;

268. Lauruschkus, K., Nordmark, E., Hallstrom, I. *Parents' experiences of participation in physical activities for children with cerebral palsy - protecting and pushing towards independence// Disability and rehabilitation*. - Tom: 39. - Issue: 8. - P. 771-778. - DOI: 10.3109/09638288.2016.1161841. - Published: 2017.

269. Lawlor, D. A., Lean, M., Sattar, N. *Otyłość a choroby układu sercowo-naczyniowego*, In: Polish, Lean M. Sattar N. In: *ABC otyłości*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 38.

270. Leszczyńska, A. (2013). *Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, (45): 179-189

271. M. Gruszczyńska, M. Bąk – Sosnowska, R. Plinta (2015) *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, *Hygeia Public Health* 50 (4): 558-565.

272. M. Gruszczyńska, M. Bąk – Sosnowska, R. Plinta, *op. cit.*, s. 561.

273. M. Gruszczyńska (2013) *Aktywność fizyczna i psychika*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.

274. M. Zarzeczna – Baran, E. Wojdak – Hassa, (2007) *Wiedza studentów akademii medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia*, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Akademia Medyczna w Gdańsku, *Probl Hig Epidemiol*, 88(1): 55-59.

-
275. Maayan, A., Amalia, S., Tal Araten-Bergman The person in the disabled body: a perspective on culture and personhood from the margins// *International Journal for Equity in Health* (2016) 15:147. - DOI 10.1186/s12939-016-0437-2.
276. Mariț, A. și coaut. *Aplicarea cunoștințelor din fiziologie și medicina sportivă în practica sporturilor*. Chișinău, Editura USEFS, 2011. - 214 p.
277. Martin, Ș. A., Tarcea, M. *Nutriția sportivului: compendiu*. Târgu-Mureș, University Press, 2015. - 400 p.
278. McDougall, C. *Born to run*. - London: Profile Books, 2010. – 287 p. - ISBN: 987-1-8619-7877-6.
279. Miles, J. M. A role of the glycemic index in preventing or treating diabetes? *The American Journal of Clinical Nutrition* 2008; vol.67, 1: 1-2.
280. Modrzejewski, W., Musiał, W. J. Old and new risk factors for cardiovascular disease - how to stop the epidemic of atherosclerosis? In: *Polish, Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010. - 1(2). – P. 111-112.
281. Mongolian news agency Montsame / October 15th, 2019.
282. *Munich Declaration: Nurses and Midwives: a Force for Health*, 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_4, accessed 26 June 2009)
283. Nababan, M. B., Dewi, R., Akhmad, I. *Recreational Sports Coaching of North Sumatera // Proceedings of the 2nd annual international seminar on transformative education and educational leadership (Aisteel 2017)*. – Series of books: *Advances in Social Science Education and Humanities Research*. - Tom: 104. - P. 434-437. - Published: 2017.
284. Njajuo, O. T., Kanaya, A. M., Holvoet, P., Connelly, S., Strotmeyer, E. S., Harris, T. B., Cumming, S. R., Hsueh, W. C. Health ABC Study. Association between oxidized LDL, obesity and type 2 diabetes in a population-based cohort, the Health, Aging and Body Composition Study. *Diabetes Metab. Rev.* 2009. - Nov:25(8). – P. 733-739.

285. Novanska, V. Options for recreation in the city of Bratislava based on the perception of local inhabitants / V. Novanska, A. Benova, S. Geghamyan // *Geographiacassoviensis*. - Tom: 12. - Issue: 1. - P. 110-128. - Published: 2018.

286. Obodynski K. (2001) *Specyfika jūjutsu i jūdō, IDO - The Movement for Culture*, 2(6): 46-51.

287. Parry, S. M., Knight, L. D., Connolly, B., Baldwin, C., Puthucheary, Z., Morris, P., Hart, N., Denehy, L., Granger, C. L. Factors influencing physical activity and rehabilitation in survivors of critical illness: a systematic review of quantitative and qualitative studies // *Intensive care medicine*. - Tom: 43. - Issue: 4. - P. 531-542. - DOI: 10.1007/s00134-017-4685-4. - Published: APR 2017.

288. Perusanova-Pavlova, L., *Social and cultural impacts on the pregnant woman*, *Trakia Journal of sciences*, ISSN 1313-7050 (print), ISSN1313-3551(online) Volume 13, Supplement 2, 2015. - P. 221-225.

289. Peters, D. *A full health*, In: Polish. Wyd. Bertelsmann Media Sp. z.o.o., Warszawa, 2000.

290. *Polish Forum for Prevention of Cardiovascular Diseases*, In: Polish. – URL: <http://www.pfp.edu.pl/download/Forum8.pdf> (data обращения: 15.12.2019).

291. Popa, D., Constantin, B. *Promovează sănătății la locurile de muncă: repere europene. Sănătate publică, economie și management în medicină*. - 2014. - 3 (54). - P. 142-144.

292. Pronk, N., Pfeiffer, G., Kirsten, W. *Creating an Integrated Model of Employee Health*. *Worksite Health International*. - 2012. Vol. 3. - № 1. - P. 3.

293. Przybylski, G., Pujszo, R., Pyskir, M., Pyskir, J. (2010). *Male recreational judo training as a factor improving physical wellness based on particular indicators*. [In]: *Physical activity in disease prevention and health promotion* [Ed]: Barbara Bergier / Wyd. Białą Podlaska : Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II, (1): 61-70

-
294. Regional components of a healthy lifestyle formation among students: textbook / S. T. Kokhan, M. I. Serdtsev, I. V. Romanova. - Chita: ChitGU. - 2009. - 198 P.
295. Robroek, S., Van Lenthe, F., Van Empelen, P., Burdorf, A. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. - 2009. - № 6. – P. 26.
296. Russu-Deleu, R., Moraru, M., Vasiliev, V., Lipovan, S. Dinamică epidemiologică și previziune profilactică în apărarea sănătății populației în vârstă aptă de muncă. *Buletinul AȘM. Științe medicale*, 2013. - № 5(41). - P. 94-100.
297. Ryan, L. R., King, B., Anderson, D., Attia, J., Smart, C., Collins, C. Influence of and optimal insulin therapy for a low-glycemic index meal in children with type 1 diabetes receiving intensive insulin therapy. *Diabetes Care*, American Diabetes Association, 2008. – 31. – P. 1485-1490.
298. Shajrawi, A., Al-Smadi, A. M., Al-Shawabkeh, G. K., Aljribeea, H. S., Khalil, H. Impacts of Treatment Modalities on Physical Activity After First Acute Myocardial Infarction in Jordan // *Dimensions of critical care nursing*. - Tom: 38. - Issue: 6. - P. 284-292. - DOI: 10.1097 / DCC.0000000000000382
299. Shelton, H. M. Food combining made easy. - San Antonio, USA: Dr. Shelton's health school, 1951.
300. Shelton, H. M. History of Natural Hygiene and Principles of Natural Hygiene. - Whitefish, USA: Kessinger Publishing, 1996.
301. Sochocka, L., Wojtyłko, A. (2013). Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycechnych. *Medycyna Środowiskowa /Environmental Medicine/*, 16(2): 53-58.
302. Soligard T., S. M. How much is too much? (Part 1) *International Olympic Committee consensus statement on load in sport and risk of injury*. Volume 50, Issue 17. – 2016. – P. 1030-1043.

303. Song, Y., Wang, J.; Chen, X. L., Guo, Y. J., Wang, X. M., Liang, W. Facilitators and Barriers to Exercise Influenced by Traditional Chinese Culture: A Qualitative Study of Chinese Patients Undergoing Hemodialysis// *Journal of transcultural nursing*. - Tom: 30. - Issue: 6. - P. 558-568. - DOI: 10.1177/1043659618823908

304. Stern, M. P., Williams, K., Gonzales–Villalpando, C. Does the metabolic syndrome improve identification of individuals at risk of type 2 diabetes and/or cardiovascular disease? *Diabetes Care*, 2004. – 27. – P. 2676-2681.

305. Szczęch, R., Narkiewicz, K. Jak zmniejszyć ryzyko chorób układu krążenia? Poradnik dla pacjentów, In: Polish, Wyd. Viva Medica, Gdańsk, 2007; 76.

306. Szczepanowska E., Sokołowski M, (2008) Aktywność fizyczna i odżywianie się jako uwarunkowania promocji zdrowia, Wielkopolska Wyższa Szkoła Turystyki i Zarządzania w Poznaniu, Poznań : 267-268

307. Taneva, S. Hygiene of nutrition as a first-rate value of healthy way of life. X International scientific-practical online conference. / ed. S. T. Kokhan. - Chita, ISBN: 978-5-9293-1883-2, 2019. - P. 218-226.

308. The basics of a healthy lifestyle: textbook / S. T. Kokhan, A. V. Pateyuk, E. M. Krivosheeva and [other] 2nd ed. additional - Chita: ZabSU. - 2015. - 186 P.

309. Thomas, D. E., Elliott, E. J., Baur, L. Low-glycemic index Or Low Dietary Glycemic Load in the treatment of overweight and obesity, In: Polish. *Medycyna Praktyczna*, 2008; 6. – P. 85-89.

310. Torres-McGehee, T., Pritchett, K. L., Zippel, D. Sports Nutrition Knowledge Among Collegiate Athletes, Coaches, Athletic Trainers, and Strength and Conditioning Specialists. *Journal of Athletic Training*, 2012. - 47(2). - P. 205–211.

311. Tsankova, Zh. Methods of teaching basketball in high schools. Monograph, Sofia, Nice AN EOOD, 2013. - P. 53-55. ISBN: 978-954-8587-14-3.

-
312. Tu & Mayrell. Employer Wellness Initiatives Grow, but Effectiveness Varies Widely. Washington, D.C., National Institute for Health Care Reform. Available: - URL: <http://www.nihcr.org/Employer-Wellness-Initiatives.html> (дата обращения: 12.02.2020).
313. Undas, A. Pathogenesis of atherotrombosis. In: Polish. Forum Medycyny Rodzinnej 2009; 3: 5. - 397 p.
314. Villafuerte, J., Perez, L., Delgado, V. Challenges of Physical Education, Sport and recreation in Ecuador: the teaching competences Retos-nuevas tendencias en education fisica deporte v recreacion. - Issue: 36. – P. 327-335. - Published: 2019.
315. W.M. Kuś, J. Sołtysiak, Stecińska - Majkowska, P. Wyszogrodzki (1981) Czas wolny, rekreacja i zdrowie, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.
316. WADA. Information / Education Guidelines to Prevent Doping in Sport. – 2016. - 43 p.
317. Wakimoto, K., Dakeshita, T., Wakimoto, J., Watanabe, T., Terasawa, S., Okuhara, M., Murata, Y., Taki, N., Uchiyama, R., Ashida, K. Effects of triple-treatment trunk stretching on physical fitness and curvature of the spine // Heliyon. - Tom: 4. - Issue: 12. - Номер статьи: e00985. - DOI: 10.1016/j.heliyon.2018.e00985. - Published: DEC 2018.
318. White, A. A. Clinical biomechanics of the spine / A. A. White, M. M. Punjabi. – Philadelphia, 2000. – P. 89-95.
319. Workplace Wellness: A literature review for NZWell@Work, 2009. Available: 32. – URL: <http://nzwellatwork.co.nz/pdf/wrkplc-wellness-lit-rev-feb09.pdf> (дата обращения: 12.02.2020).
320. World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland Anderson O. How do you know when you are at risk of overtraining? It's a simple matter of well you feel, sleep and eat. Peak Performance, 2002. – 163. - P. 1-4.
321. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Available at: - URL:

http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/ (дата обращения: 14.11.2019).

322. Wyzgał, J., Senatorski, G. Diabetes, Internal medicine – book for students of nursing and midwifery, In: Polish, In: Paćzek L, Mucha K, Froncewicz B. (red), PZWL, Warszawa 2009. – P. 501-503.

323. Zuzda, J., Latosiewicz, R. (2010). Zasady i komponenty treningu rekreacyjnego-regulacja intensywności rekreacyjnych ćwiczeń systemu Step Reebok. *Ekonomia i Zarządzanie*, 2:111-126

324. Монголын Оюутны Спортын Холбоо. Нийслэл Улаанбаатар. – URL: <http://mssf.mn/ulaanbaatar-the-capital-of-mongolia-eng/> (дата обращения: 10.10.2019).

325. Современные тенденции рекреации и реабилитации в XXI веке: – URL: <http://oplib.ru/random/view/921016> (дата обращения: 01.02.2020).