

Отже, результати вивчення функціональних можливостей юних футболістів 12–15 років, за даними низки показників фізичної працездатності і динаміки частоти серцевих скорочень під час фізичного навантаження з реверсом, і їх взаємозв'язку з кольором очей обстежених підлітків з використанням іридодіагностики, свідчать, що світлоокі хлопчики недостовірно превалюють порівняно з темноокими за більшістю критеріїв фізичної працездатності. Одночасно необхідно відмітити, що адаптаційні реакції темнооких хлопчиків, за частотою серцевих скорочень, на фізичні навантаження зі зміною потужності за замкнутим циклом протікали більш оптимально і носили менш виражений характер, що може обумовлюватися меншим обсягом виконаної роботи і, відповідно, меншим стомленням. Для ствердження про інформативність іридодіагностики у прогнозі функціональних можливостей юних футболістів необхідні додаткові дослідження з оцінкою функціонального стану забезпечувальних і регулювальних систем в процесах адаптації, що складає перспективи подальших наукових пошуків.

#### Література

1. Абрамов М. С. Иридодиагностика с компьютером. Ташкент: Изд. им. Ибн Сины, 1991. 194 с.
2. Аулик И. В. Как определить тренированность спортсмена. М.: ФиС, 1991. 102 с.
3. Белоцерковский З. Б. Эргометрические и кардиологические критерии физической работоспособности у спортсменов. М., 2005. 312 с.
4. Давиденко Д. Н. Методика оценки мобилизации функциональных резервов организма по его реакции на дозированную нагрузку // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. Вып. 12 (70). С.-Пб., 2011. С. 52–57.
5. Дублінський А. В., Яценко А. Г., Николаєнко В. В. Спортивний відбір у футболі: Науково-методичний посібник. Київ, 2004. 200 с.
6. Карпман В. Л., Белоцерковский З. Б., Гудков И. А. Тестирование в спортивной медицине. М., 1988. 208 с.
7. Пат. 59145А Україна, МПК 7 А61В5/00. Спосіб діагностики функціональних резервів людини / А. І. Босенко. № 2003031916; заявл. 04.03.2003; опубл. 15.08.03. Бюл. № 8. 4 с.
8. Bosenko Anatoly. Monitoring system of functional ability of university students in the process of physical education / Ivan Samokish, Anatoly Bosenko, Oleksandr Pryimakov, Viktoriya Biletskaya // Central European Journal of Sport Sciences and Medicine a quarterly journal Vol. 17, No. 1/2017. P. 75–80. DOI: 10.18276/cej.2017.1-09.8276/cej.2017.1-09/
9. Hoffman J. Physiological aspects of sport training and performance. Champaign, IL: Human Kinetics, 2002. 343 p.
10. Physical activity and health / ed. C. Bouchard, S. N. Blair, W. L. Haskell. Champaign: Human Kietics, 2007. 410 p.
11. Textbook oh work physiological bases of exercise / P.- O. Astrand, K. Rodahl, H. A. Dahl, S. B. Stromme. 4th ed. Champaign: Human Kinetics, 2003. 650 p.
12. Wilmore J.H., Costill D.L. Physiology of sport and exercise. IL: Human Kinetics, 2004. 726 p.
13. Zaporozhanov V., Sozanski H. Dobor i kwalifikacja do sportu. Warszawa. 1997. 114 s.

**Бочкова Н.Л., Ярчук Н. П.**

**Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут ім. І. Сікорського»**

#### ЗНАЧЕННЯ ПСИХОФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Значення психофізичної реабілітації хворих у післяопераційному періоді. Бочкова Н.Л., Ярчук Н.П. В роботі досліджувались причини розвитку, особливості депресивних станів у післяопераційному реабілітаційному періоді. Вивчали, які фактори визначають особливості цих депресивних станів; Визначався взаємозв'язок між швидкістю та якістю відновлення морфофункціонального стану хворого та його психічним станом. Розглянуто питання про значимість терміну початку психологічної підтримки хворого та його оточення як складової психофізичної реабілітації, досліджували складові психофізичної реабілітації пацієнтів у післяопераційному періоді. За результатами дослідження показано, що: операційне втручання, біль часто викликають розвиток депресивних станів, особливості яких визначаються характером захворювання, перебігом післяопераційного періоду, особистісним преморбідом; існує пряма залежність між раннім початком реабілітації, ступенем усвідомленості хворим свого фізичного стану, рівнем мотивації до одужання, професійним використанням складових психофізичної реабілітації та ступенем і швидкістю відновлення.*

**Ключові слова.** Гармонізація, депресивні стани, корекція, післяопераційний, психофізична, реабілітація, рівні регуляції.

**Бочкова Н.Л., Ярчук Н.П. Значение психофизической реабилитации больных в послеоперационном периоде.** В работе исследовались причины развития, особенности депрессивных состояний в послеоперационном реабилитационном периоде. Изучали, какие факторы определяют особенности этих депрессивных состояний; Определялась взаимосвязь между скоростью и качеством восстановления морфофункционального состояния больного и его психическим состоянием. Рассмотрен вопрос о значимости срока начала психологической поддержки больного и его окружения как составной психофизической реабилитации; исследовали составляющие психофизической реабилитации пациентов в послеоперационном периоде. По результатам исследования показано, что: операционное вмешательство, боль часто вызывают развитие депрессивных состояний, особенности которых определяются характером заболевания, ходом послеоперационного периода, личностным преморбидом; существует прямая зависимость между ранним началом реабилитации, степенью осознанности больным своего физического состояния, уровнем мотивации к выздоровлению, профессиональным использованием составляющих психофизической реабилитации и степенью и скоростью восстановления.

**Ключевые слова.** Гармонизация, депрессивные состояния, коррекция, послеоперационный, психофизическая, реабилитация, уровни регуляции.

**Bochkova N.L., Yarchuk N.P. A value of psychophysical rehabilitation of patients is in a postoperative period.**

*Beginning of rehabilitation of patients in a postoperative period is important that exactly on these stage bases of successful realization of all rehabilitation courses are mortgaged. It is explained by irreversibility of rehabilitation process, impossibility to correct negative consequences. The feature of the postoperative state of patient is development of depressions, that prevents to the successful flow of restoration processes. In this connection there is a necessity for a psychophysical rehabilitation the constituents of that are a correction of the psychical state and harmonization psychophysical state of patient. Reasons of development, features of depressions, were in-process investigated in a postoperative rehabilitation period. Studied, what factors determined the features of these depressions. Intercommunication was determined between speed and quality of renewal of the morph functional state of patient and his mental condition. A question is considered about meaningfulness of term of beginning of psychological support of patient and his surroundings as component psychophysical rehabilitation; investigated the constituents of psychophysical rehabilitation of patients in a postoperative period. It is shown on results research, that: operating interference, pain is often caused development of depressions, the features of that are determined by character of disease, motion of postoperative period; there is direct dependence between the early beginning of rehabilitation, degree of realized by the patient of the bodily condition, level of motivation to recovery, by the professional use of constituents of psychophysical rehabilitation and degree and speed of renewal.*

**Key words:** harmonization, depressions, correction, postoperative, psychophysical, rehabilitation, adjusting levels.

**Вступ.** Реабілітація хворих у післяопераційний період має важливе, визначальне значення – саме у цей період закладаються основи успішного проведення всього реабілітаційного курсу. Пояснюється це незворотністю реабілітаційного процесу, і, у разі незадовільного результату, неможливістю виправити наслідки. Виходячи з визначення реабілітації як комплексу заходів і з урахуванням особливостей не тільки фізичного, а і психічного стану хворих у післяопераційний період, стає очевидним необхідність психофізичної реабілітації такого контингенту хворих [4, с.40-53]. У післяопераційний період як наслідки фізичного втручання та дії болю у хворих досить часто розвиваються депресивні стани, стани як наслідок перенесеного стресу [6, с.250-280]. Особливості цього періоду, які добре відомі хірургам з позиції соматичного здоров'я пацієнта, потребують уваги психологів з точки зору психічного стану хворого. Слід врахувати, що патологічні реакції можуть з'явитися як безпосередньо після операції, так і у більш віддаленому періоді. Особливість цих реакцій залежить від ряду факторів: характер захворювання, перебіг післяопераційного періоду, особистісний преморбід. На психічний стан хворого може впливати наявність чи відсутність больового синдрому. Після тривалих багатогодинних операцій можуть виявлятися зміни психічної діяльності по астеничному типу, що супроводжуються сповільненими реакціями, емоційною лабільністю, вираженим загальним зниженням фону настрою [4, с.40-53; 5, с.50-57].

Низка авторів [8, с.11-42; 9, с.90-120] розглядають психолого-педагогічні засоби як одні з основних у системі реабілітації осіб у післяопераційному періоді. Велике значення має психоемоційний стан хворого, його оптимізм, віра в позитивний результат реабілітації, а також взаєморозуміння між реабілітологом та хворим, мобілізація зусиль, які повинні бути направлені на боротьбу з недугою.

Актуальність роботи також визначається значною кількістю осіб, які за обставинами вимушені перенести хірургічне втручання, що залишає негативні психоемоційні наслідки.

Вплив засобів фізичної реабілітації повинен бути в міру нормованим. Це означає, що навантаження і фізичні і психічні мають адекватно відповідати можливостям хворого у післяопераційному періоді.

Робота виконана за планом НДР Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут ім. І. Сікорського».

**Мета, завдання роботи, матеріал і методи.** Метою роботи є визначення особливостей психофізичної реабілітації пацієнтів у післяопераційному періоді.

**Завдання дослідження:**

- розкрити причини розвитку депресивних станів у післяопераційному реабілітаційному періоді;
- визначити особливості депресивних станів у післяопераційних хворих;
- дослідити психофізичні фактори, що визначають ступінь та швидкість відновлення;
- охарактеризувати складові психофізичної реабілітації пацієнтів у післяопераційному періоді.

**Методи дослідження.** Використовували аналіз та узагальнення науково-методичної літератури; для оцінки морфофункціонального стану хворого у післяопераційний період використовують загальноприйняті клініко-фізіологічні методи: визначають антропометричні показники, показники функціонального стану серцево-судинної, дихальної та за показаннями інших систем органів.

Оцінку психоемоційного стану хворих здійснюють за допомогою тесту «Шпитальна шкала тривоги та депресії» [11, с.361-370], яка складається із 14 питань, причому непарні питання (1-13) складають субшкалу тривоги, а парні (2-14) – субшкалу депресії. Оцінка психоемоційного стану проводиться також за допомогою шкали Бекка [10, с.561-571] – для оцінки депресивного стану хворих, який значно впливає на ефективність проведення реабілітаційного втручання, пропонується 21 питання, кожне з яких включає по чотири варіанти відповіді, які оцінюються в балах – від 0 до 3 балів.

Психолого-психотерапевтичні методи реалізуються у вигляді свідомих (активних) і підсвідомих (пасивних) ауто- і

гетерогенних дій.

**Результати дослідження.** Система психофізичної реабілітації хворого у післяопераційний період включає такі основні напрями: роботу з пацієнтами, роботу з сім'єю хворого, співпрацю з педагогічними і соціальними працівниками в здійсненні реабілітаційних заходів, визначення значущості соціального середовища пацієнтами і подальша їх адаптація в процесі реабілітації [4, с.40-53; 5, с.50-57].

Пацієнт розглядається як головний елемент системи, і на першому етапі основний акцент робиться на виявлення і вивчення комплексу психологічних розбіжностей, наприклад, аналізується несумісність прийомів дослідження, лікування і внутрішньої картини хвороби з довкіллям [3, с.47-55]. При цьому на перший план виносяться дослідження відношення хворих і довкілля до його хвороби: адекватне, пасивне (байдуже), негативне, нестійке (мінливе) та ін.

У цій ситуації пацієнт виступає як об'єкт, інтегрований в довкілля - світ, соціум, економіку, природу і так далі як продукт певного соціального середовища, національних традицій, сімейного устрою і інших важливих для пацієнта особливостей. Сім'я є одним з ключових чинників в створенні і організації життєвого середовища хворого. Оскільки він пов'язаний зі своїми рідними глибокими і тісними стосунками, то його психологічний комплекс неповноцінності, викликаний недугою, може перейти і на сім'ю в цілому. Ось чому лікар повинен розпочинати саме з вивчення відношення близьких до недуги пацієнта. Виходячи з виявленої картини, приймаються на озброєння і застосовуються найдієвіші чинники дії всього реабілітаційного процесу. Медичні працівники виступають в ролі провідників лікувальної методики. Від їх професіоналізму, терпимості і уважності багато в чому залежить правильність використання системи на практиці, налагодження необхідного контакту з усіма елементами і ланками методичного ланцюга [1, с.5-35].

Соціальне середовище залишається головним чинником в процесі одужання пацієнтів, де об'єднуються, враховуючи глобальний характер цього життєвого простору, зусилля усіх учасників реабілітації - медичних, педагогічних і соціальних працівників [1, с.5-35; 6, с.50-95].

У цьому контексті слід зазначити, що такі чинники, як етіопатогенез і тяжкість патологічних процесів, симптоматика захворювань і помилки, допущені в лікувальному процесі, грають в психологічній, психосоціальной і психофізичній моделі реабілітаційної системи другорядну роль. Головними ж важелями для одужання є міра усвідомленості хворим своїх фізичних недоліків і рівень мотивації до одужання, на які фахівці спираються в реабілітаційних заходах. В цілому має відбуватись комплексний фізичний і психічний вплив – психофізична дія [5, с.50-57].

Деадаптивні реакції хворих можуть набувати катастрофічного характеру, призводити до смерті або суїциду. Небажання прийняти зміни, що виникли внаслідок хвороби та операції часто викликає депресію і пасивність хворого, що утруднює процес реабілітації (рис.1).

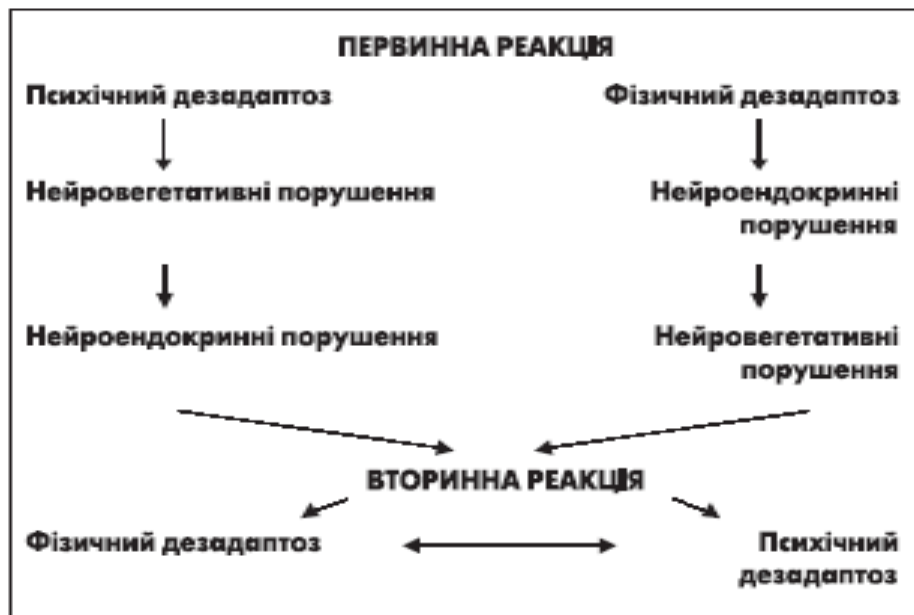


Рис.1. Взаємозв'язок фізичної і психічної дезадаптації

Психологічна підтримка хворого повинна починатися з раннього періоду реабілітації хворого. Надавати допомогу необхідно не тільки хворому, але й рідним, друзям та членам сім'ї [6, 150-190].

Корекція психоемоційного стану включає роз'яснення, навіювання, емоційний вплив, дидактичні і риторичні питання. Стержнем впливу на психоемоційну сферу хворого є правильне, доступне розумінню хворого трактування характеру, причин виникнення і прогнозу захворювання. Необхідно постійно орієнтувати діяльність хворого у процесі фізичної реабілітації на досягнення позитивних результатів. З перших днів перебування у стаціонарі хворому треба роз'яснювати у чому причина його незадовільного самопочуття. Також хворому треба роз'яснювати, що потрібно робити для одужання і повернення до активного суспільного життя, при чому увагу пацієнта акцентують на тому, що потрібно зробити для подолання недуги чи наслідків травми. Це сприяє формуванню у хворого адекватного ставлення до свого захворювання. У розмові із хворим постійно наголошується на важливості виконання фізичних вправ, роз'яснюються механізми позитивного впливу фізичних навантажень на органи та організм в цілому [4, с.30-55].

Паралельно з корекцією психоемоційного стану застосовують методи гармонізації психофізичного стану. Людина є

цілісною біоенергоінформаційною системою, тому вплив на будь-яку з цих складових позначається і на інших. Умовно всі методи гармонізації психофізичного стану людини можна об'єднати в 3 групи: фізіологічний рівень регуляції психофізичного стану (вплив на фізичне тіло), емоційно-вольова регуляція психофізичного стану (вплив на емоційний стан), ціннісно-смысловий рівень регуляції психофізичного стану (вплив на думки, зміна світогляду).

Фізіологічний рівень регуляції психофізичного стану включає достатньо тривалий і якісний сон, збалансоване, насичене вітамінами і мінералами харчування, достатнє фізичне навантаження, заняття спортом, ранкова гімнастика, танці (танцювальні рухи під ритмічну музику сприяють звільненню від негативних емоцій), фітотерапія, гомеопатія, терапія кольором, ароматерапія, дихальні вправи [2, с.97-101; 7, с.387-389].

Емоційно-вольова регуляція психофізичного стану (вплив на емоційний стан) передбачає використання гумору (сміх позитивно впливає на імунну систему, активізуючи Т-лімфоцити крові), музики, спілкування з сім'єю, друзями, заняття улюбленою справою, хобі, спілкування з природою, тваринами, медитації, візуалізації, аутотренінги (самонавіювання) [2, с.97-101; 7, с.387-389].

Ціннісно-смысловий рівень регуляції психофізичного стану – вплив на думки, зміна світогляду. Образа, злість, невдоволення, критика себе та інших – все це найшкідливіші для організму емоції; мозок індивіда викидає гормони стресу на будь-які подразники, що загрожують його спокою, при цьому байдуже, реальні вони чи вигадані; тому на надуману проблему організм відреагує, як на справжню, отже, важливо навчитись контролювати свої думки і емоції [3, с.47-55; 5, с.50-57].

#### **Висновки.**

1. Депресивні стани, що досить часто розвиваються у післяопераційний період, є наслідками фізичного втручання та дії болю, перенесеного стресу.

2. Особливості цих депресивних станів визначаються характером захворювання, перебігом післяопераційного періоду, особистісним преморбідом.

3. Існує пряма залежність між ступенем, швидкістю відновлення і мірою усвідомленості хворим своїх фізичних недоліків та рівнем мотивації до одужання.

4. Психологічна підтримка хворого, його рідних та друзів повинна починатися з раннього періоду реабілітації.

5. Психофізична реабілітація післяопераційних хворих серед інших складових має обов'язково включати корекцію психоемоційного стану та гармонізацію психофізичного стану.

#### **Перспективи подальших досліджень**

Подальші дослідження планується провести у напрямку індивідуалізації методів та засобів психофізичної реабілітації.

#### **Література**

1. Авраменко М. Л. Фізична реабілітація в умовах центру професійної реабілітації Інвалідів: метод. рек. /М. Л. Авраменко, Д. А. Кузнєцов, І.В.Совгир, І. В. Шуневич. – К. : [б.в.], 2007. – С.39.
2. Ганзен В.А., Юрченко В.М. Систематика психічних станів людини //Сер. 6. Вип.http://ua-referat.com/1 1 (6). 2005. С. 47-55;
3. Губенко В.П. Медична реабілітація, фізіотерапія і курортологія / В.П. Губенко, С.М. Федоров, А.В. Ткаліна, Т.М. Зачатко /Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика, 2013. № 22 (3). 123с.
4. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник /[За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко.] – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 405 с.
5. Пономарьова Е. Е. Музыкалтерапия как неотъемлемая часть психофизической реабилитации/ Е. Е. Пономарьова, Ю. А. Попадюха// Психологические, педагогические и медико-биологические аспекты физического воспитания : сб. ст. (материалы V Междунар. электронной науч.-практ. конф.). – Изд. 1-й Южноукраинский нац. пед. ун-т им. К. Д. Ушинского. 21–25 апреля 2014 г. – Одесса: ЮНПУ, 2014. – С. 387–389.
6. Beck A.T. et al. An Inventory for Measuring Depression //Archives of general psychiatry. -1961. -Т.4.-№6. -С. 561-571.
7. Koch C., Crick F. Some thoughts on consciousness and neuroscience.//The cognitive neurosciences, 2-nd edition, Gazzaniga, M.S., editor. MIT Press: Cambridge, Massachusetts. -2000. -P. 1285-1294.
8. Lamme V.A.Towards a true neural stance on consciousness. //TrendsCogn Sci. -2006, Vol.10. –P. 494 –501.
9. Ligmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psy-chiatr. Scand. – 1993. – Vol. 67. – P. 361-370.
10. Tononi G.Information integration: its relevance to brain function and consciousness // Arch Ital Biol. 2010.-Vol.148(3). – P.299-322.

*Бублей Т. А., Шегімага В. Ф.*

*Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова*

### **ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УРОКІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ**

*В статті розкрито сучасний стан фізичного здоров'я учнівської молоді. Визначено організаційно-педагогічні умови ефективності уроків фізичної культури школярів середніх класів, які за станом здоров'я належать до спеціальної медичної групи.*

**Ключові слова:** уроки, учні, спеціальна медична група, педагогічні умови, диференційований підхід.