

Одночасно слід зауважити, що для того, щоб цілеспрямовано впливати на формування здорового способу життя особистості цінностями фізкультурно-спортивної роботи, недостатньо надавати їм «готові» уявлення про них. Необхідно, щоб кожен учень усвідомлював цінність цього процесу, наповненого особистісним змістом, підтвердженого власним досвідом. Засвоєні учнями цінності є запорукою їх здоров'я.

ВИСНОВКИ. Отже, здоров'я людини в сучасному суспільстві є найвищою цінністю і залежить від цілого ряду об'єктивних і суб'єктивних факторів. У галузі зміцнення здоров'я учнів ставиться завдання удосконалення заходів, спрямованих на розвиток фізичної культури, спорту та організацію дозвілля. Різні організаційні форми фізкультурно-спортивної роботи, технології активного використання фізичної культури і спорту є ефективними у формуванні навичок здорового способу життя, адже це актуальна соціально-педагогічна проблема, від рішення якої залежить не тільки здоров'я конкретної особи, але і благополуччя та процвітання держави у цілому. Величезний освітній, виховний, ціннісний потенціал фізкультурно-спортивної роботи потребує інтегративного впливу цього процесу, використання не тільки уроків фізкультури, але й інших форм позаурочної, позакласної та позашкільної роботи, з можливістю врахування особистісних інтересів, що вимагають організацію ціннісно-орієнтованого простору здорового способу життя, як певного середовища або сфери діяльності, де культивуються цінності здоров'я.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ПОШУКІВ У ЦЬОМУ НАПРЯМІ полягають у дослідженні питання професійної підготовки студентів, а також пошуку раціональної системи підготовки майбутніх учителів фізичної культури до організації фізкультурно-спортивної роботи у загальноосвітніх навчальних закладах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бальсевич В.К. Физическая культура: молодежь и современность / В.К. Бальсевич, Л.И. Лубышева // Теор. и практ. физ. культ. – 1995. – №5.
2. Борщевский А.А. Ценностный потенциал физической культуры / А.А. Борщевский // Образование в Сибири. – 2008. – № 15.
3. Виленский М.Я. Ценности физической культуры и их интериоризация учащимися / М.Я. Виленский // «Спорт в школе» издательского дома «Первое сентября». – 2007. – №17.
4. Гавриленко Ю.М. Виховання здорового способу життя старшокласників у процесі навчально-виховної діяльності загальноосвітніх шкіл Автономної Республіки Крим / Ю.М. Гавриленко. – 13.00.07 – теорія та методика виховання. – Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук. – Херсон, 2006. – 29 с.
5. Лубышева Л.И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения обществом и личностью / Л.И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. – 1997. – № 6
6. Лубышева Л.И. Ценности физической культуры в здоровом стиле жизни / Л.И. Лубышева, В.К. Бальсевич // Матер. междунар. конф. "Современные исследования в области спортивной науки". – СПб НИИФК, 1994.
7. Степин В.С. Новая философская энциклопедия: В 4 томах / В.С. Степин., Г.Ю. Семигин и др. – М.: Мысль, 2010. – 744 с.

УДК 615.825(045)

Запорожченко Н.В., Лисецкая Е.Я., Корчак О.М.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького.

Мариупольский государственный университет.
Донецкий государственный институт здоровья, физического воспитания и спорта
Национального университета физического воспитания и спорта Украины

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СКОЛИОЗА I-II СТЕПЕНИ

Негативные эмоции, такие как грусть, печаль, тоска, страх, гнев, обида, вина и т.д. отражаются на теле человека в виде хронической мышечной недостаточности. Психологическая коррекция совместно с кинезиологическим лечением пациентов со сколиозом I-II степени полностью компенсирует физическое состояние и психическое здоровье.

Ключевые слова: кинезиология, эмоции, мышцы.

Запорожченко Н.В., Лісецька О.Я., Корчак О.М. Кінезіологічна корекція функціонального сколіозу і-іі ступеню. Негативні емоції, такі як смуток, печаль, туга страх, гнів, образа, провина та інші відображаються на тілі людини у вигляді хронічної м'язової недостатності. Психологічна корекція спільно з кінезіологічних лікуванням пацієнтів зі сколіозом I-II ступеня повністю компенсує фізичний стан та психічне здоров'я.

Ключові слова: кінезіологія, емоції, м'язи.

Zaporozhchenko N., Lisetskaja E., Korchak O.M. Treatment of a functional scoliosis i-ii degree by a method kinesiology. Negative emotions - grief, melancholy, fear, anger, insult, fault and others are shown on a body of the person, as chronic weakness or pressure of muscles. Psychological correction together with kinesiology treatment of patients with scoliosis of I-II degree fully compensates for physical and mental health.

Key words: kinesiology, emotions, and muscles.

Наиболее современным и оптимальным методом мануально-мышечного тестирования и коррекции мышечных нарушений является кинезиологический подход, который через мануально-мышечное тестирование показывает физиологическую обратную связь тела человека и его эмоциями. Методы кинезиологии, используя основные функции мышц запускают механизмы самовыздоровления и самокоррекции организма, благодаря восстановлению которых пациент справляется с болезнью сам.

Цель: При помощи кинезиологического подхода провести коррекцию квадратной мышцы поясницы для устранения функционального сколиоза I-II степени у взрослых.

Задачи:

1. Выявить зависимость хронического мышечного напряжения квадратной мышцы поясницы от эмоционального фона человека.
2. Проанализировать эффективность кинезиологического подхода для коррекции функционального сколиоза.
3. Установить эффективность кинезиологического метода коррекции в динамике при проведении повторных тестирований на 21 день и через 6 месяцев.

Материал исследования: исследования проводились на базе тренинго-психологического центра «Адаптация» и филиалов (г.Донецк, г.Мариуполь, г.Киев, г.Запорожье), в котором приняли участие 126 пациентов: 106 человек (62 женщин и 44 мужчин) с клиническим диагнозом функциональный сколиоз I-II степени и 20 (9 женщин и 11 мужчин) здоровых человек. Все добровольцы в возрасте 18 – 47 лет обратились с целью психологической и кинезиологической коррекции функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата. В течении 5 лет (с 2007 по 2013г.г.) из 1571 обратившихся с клиническим диагнозом функциональный сколиоз I-II степени в исследовании приняли участие 126 пациентов после подписания письменного согласия. 20 человек – без патологии опорно-двигательного аппарата (родственники пациентов), приглашались для участия в исследовании их базового эмоционального фона и были определены в контрольную группу. Добровольцы контрольной группы оповещались о необходимости исследования их эмоционального фона, для выявления риска развития нарушений опорно-двигательного аппарата у них в дальнейшем.

Методы исследования:

1. Соматоскопия с целью определения мышечного дисбаланса [2,4,10].
2. Мануальное мышечное тестирование [1, 3, 8, 10, 11].
3. Психологический: опросник - Л.Г. Почебут, выявляющий уровень агрессивности [5].
4. Тест Тейлора (J.Taylor), который предназначен для измерения уровня тревожности (склонности к стрессу и депрессии), для выявления уровня тревожности [6].
5. Дневник эмоций в течении 7 дней.
6. Техники психо-кинезиологии по устранению триггерных точек.

Соматоскопия мышечного дисбаланса проводилась предложенной нами схемой. В основе было использовано схематическое изображение мышечного корсета человека, на которой кинезиолог отмечал пораженную мышцу обозначить тип ее функциональной недостаточности (рис. 1). В статике и динамике, а также в положении, в котором человек испытывает максимальный дискомфорт. Визуально оценивались симметричность костных выступов, мышц, сухожилий, элементы капсулярно-связочного аппарата справа и слева во фронтальной и горизонтальной плоскостях, в переднезаднем направлении, в сагиттальной плоскости. Оценивалось взаиморасположение отделов позвоночника, головы и

конечностей, а также брюшная стенка, положение пупка, симметричность дыхательных движений [2, 4, 10].

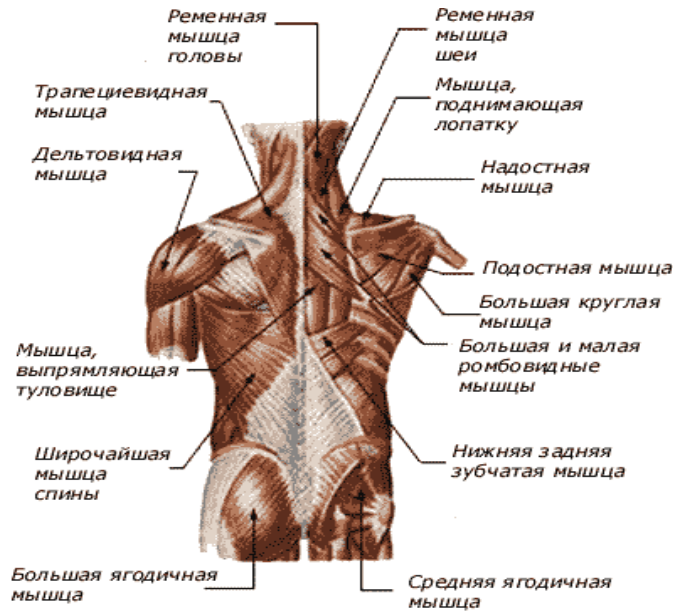


Рис.1. Схематическое изображение мышц задней поверхности тела человека.

Выявлены следующие отклонения: у 4 человек укорочение левой нижней конечности в пределах до 1-3 см. У 15 человек неоптимальная динамика с укорочением правой нижней конечности в пределах 1-3 см; 21 человек имели опущение правого плеча в пределах 1-2 см и 86 человек были с асимметрией и опущением левого плеча в тех же пределах. У 20 человек контрольной группы статика и динамика движений были в пределах нормы.

Мануальное мышечное тестирование выявляло скорость возбуждения мышц. Тестировалась слабая мышца. Далее анализировалась активность стреч-рефлекса [1, 3, 8, 10, 12].

Определялся эмоциональный фон добровольцев на основании опросников Л.Г. Почебут (40 вопросов), имеющих шкалы: вербальная агрессия, физическая агрессия, предметная агрессия, эмоциональная агрессия, самоагрессия [5]. Применялся тест Тейлора (J.Taylor) для измерения уровня тревожности, склонности к стрессу и депрессии [6]. Все добровольцы в течении 7 дней вели дневник эмоций, который был основан на данных эмоционального состояния индивида, что позволяло определить его преобладающий тон, или лабильность (Рис.2).

В дневнике каждые 3 часа пациент записывал свое эмоциональное состояние: спокойствие, радость, печаль, тревога, страх, вина, обида, злость (и их оттенки), и сам определял положительные это для него эмоции или нет, обозначив их в дневнике: положительные – выше горизонтальной срединной линии, или отрицательные – ниже линии.



Рис. 2. Дневник эмоций

Из дневников, заполненных участниками эксперимента, была оценена их эмоциональная конституция. Все участники исследования были разделены на 4 группы, в зависимости от преобладания эмоций в их дневнике на протяжении недели (табл. 1).

Таблица 1

Типы эмоциональной конституция

Эмоция				
раздражение, злость, гнев, ярость	грусть, печаль, тоска, апатия	тревога, страх	радость, интерес, спокойствие	всего
51 человек (41,5%)	34 человек (27,1%)	21 человек (16,6%)	20 человек (15,8%)	126 человек (100%)

Первая группа: 20 (15,8%) человек - это люди, живущие практически «без проблем», они чаще испытывали радость, проявляли интерес или были спокойны на протяжении недели. Вторая группа: 34 (27,1%) пациента, со склонностью к грусти, печали, тоске и апатии к жизни. Третья группа, состоявшая из людей склонных к раздражению, злости, гневу и даже ярости составила - 51 человек (40,5%). Люди склонные к тревоге и страху были определены в четвертую группу: 21 пациент (16,6%).

Исследование. При соматоскопии и мануально-мышечном тестировании были выявлены изменения следующего характера: функциональная недостаточность большой грудной мышцы наблюдалось у 38 человек - 30,2%; квадратной мышцы поясницы у 29 (23,0); широчайшей мышцы спины у 17 человек - 13,5%; лопаточной мышцы 9 (7,1%); подвздошно-поясничной мышцы у 4 (3,2%); ромбовидной мышцы у 3 (2,4%); поясничные мышцы - у 2 (1,6%); прямая мышца живота - у 2 (1,6%); наружные и внутренние косые мышцы живота 1 пациент (0,8%); и средней порции трапецевидной мышцы - 1 пациент (0,8%). У 20 (15,8%) человек не было выявлено патологии мышечного корсета, они составили контрольную группу. Полученные результаты визуального осмотра и мануально-мышечного тестирования были сопоставлены с данными полученными в процессе определения преимущественного эмоционального фона человека (таблица 2).

Таблица 2

Сравнение эмоционального фона человека и поражением мышц тела.

Эмоция											
Раздражение, злость, гнев, ярость			Грусть, печаль, тоска, апатия			Тревога, страх			Радость интерес, спокойствие		
Функциональная недостаточность мышц при этих эмоциях											
мышца	абс	%	мышца	абс	%	мышца	абс	%	мышца	абс	%
большая грудная	38	30,2	квадратная поясницы	29	23,0	широчайшая спины	17	13,5	Нет поражения	20	15,8
лопаточная	9	7,1	поясничные	2	1,6	подвздошно-поясничная	4	3,2			
ромбовидная	3	2,4	прямая живота	2	1,6						
средняя порция трапецевидной	1	0,8	наружные и внутренние косые мышцы живота	1	0,8						
Всего 126 100%	51	40,5		34	27,1		21	16,6		20	15,8

Из таблицы 2 видно, что профиль эмоционального состояния участников эксперимента в большинстве случаев определял функциональную недостаточность определенной группы мышц.

Кинезиологическая и психологическая коррекция была проведена во второй группе – пациентов склонных к переживанию грусти, печали, тоски и апатии с функциональной недостаточностью квадратной мышцы спины - 29 человек. Участников контрольной группы просили вспомнить случаи из жизни связанные с переживаниями, вызывающие у них продолжительную тоску, печаль, либо периоды апатии. Во время генерирования таких эмоций кинезиологи проводили визуальный осмотр и тестирование исследуемых. Было выявлено напряжение квадратной мышцы поясницы с одной или двух сторон в 14 случаях 70 %. После возврата в обычное эмоциональное состояние, напряжение этих мышц исчезало самостоятельно.

Квадратная мышца поясницы вместе с наружными и внутренними косыми мышцами живота, поясничными мышцами, мышцами выпрямляющими позвоночник и прямыми мышцами живота - разгибают позвоночник, сгибают и производят ротацию туловища, её основным антагонистом является соответствующая мышца на противоположной стороне [7]. У людей с миофасциальной

недостаточностью квадратной мышцы поясницы включается мышечная защита, которая проявляется в ограничении подвижности между поясничными позвонками и крестцом во время ходьбы, при переходе из вертикального в горизонтальное положение, при поворотах в постели, при вставании с кровати, сильном кашле. При наличии триггерных точек в квадратной мышце поясницы в положении стоя таз несколько смещается вниз на стороне, противоположной пораженной мышце. На уровне поясничного отдела позвоночника обычно развивается функциональный сколиоз, направленный выпуклостью в сторону, противоположную пораженной мышце. Физиологический лордоз поясничного отдела несколько уплощается вследствие ротации позвоночника, сопровождающей развитие сколиоза. Наблюдается ограничение сгибания и разгибания в поясничном отделе позвоночника, в сторону, противоположную пораженной мышце или в обе стороны. Триггерные точки вызывают сокращение мышцы, и таким образом, приводят к асимметрии таза за счет его смещения вверх на стороне пораженной мышцы [7, 9].

Исследование болевых точек квадратной мышцы поясницы проводилось в положении исследуемого лежа на здоровом боку с запрокинутой за голову рукой. Нога закидывалась таким образом, что колено ноги на обследуемой стороне оказывалось на столе позади колена противоположной ноги. Такое положение человека позволяло получить наиболее широкий доступ к мышце и достигалось необходимое её натяжение для пальпации. Сила квадратной мышцы исследовалась во время латерального сгибания и подтягивания бедра в тазобедренном суставе с отведением ноги на 20-30 градусов и приведении бедра к ребрам, преодолевая сопротивление врача, который удерживает колено на стороне пораженной мышцы [12].

Кроме триггерных точек в пораженной мышце были выявлены зоны отраженной боли. Иногда на пораженной стороне наблюдалось укорочение нижней конечности. С искривлением осанки и формированием сколиоза. Кинезиологическую коррекцию проводили путем оказания давления на грудную клетку по направлению сверху и спереди с растягиванием квадратной мышцы. При отсутствии поражения тазобедренного сустава ногу на пораженной стороне, свисающую за край стола, слегка смещали в дистальном направлении, добиваясь, таким образом, полного расслабления мышцы. При этом производилось плавное надавливание на подвздошную кость, смещая ее в сторону от грудной клетки, что способствовало растягиванию квадратной мышцы. Контроль изменений проводился через 3 дня, 21 день и 6 месяцев. Через 3 дня у 20 человек (69%) из 29 с функциональной недостаточностью квадратной мышцы поясницы после коррекции с одной стороны, возникали боли на другой стороне, т.е. происходило возбуждение инактивированных латентных триггерных точек и контралатеральные мышцы становились активными, тем самым являясь источником болей. Коррекция этих точек также проводилась кинезиологическим подходом.

Через 21 день все пациенты отмечали отсутствие или значительное уменьшение болей в пояснице. Всем участникам исследования было предложено пройти психокоррекцию.

Психокоррекция была направлена на устранение причин грусти, печали, тоски и апатии к жизни. Психокоррекцию прошли 20 человек, 9 пациентов отказались. Через 6 месяцев все 9 человек, которые отказались от психокоррекции, они отмечали явное улучшение физического состояния в течение 4 месяцев, а затем снова проявился болевой синдром в поясничной области. В момент контрольного исследования эти люди нуждались в повторной кинезиологической коррекции. 20 участников, которые работали с психологами над проблемами, связанными с их отрицательными эмоциями, учились отслеживать эмоции, управлять ими или изменять на позитивные, жалоб не предъявляли. Эти пациенты отмечали явное улучшение качества жизни, как в соматическом, так и в психологическом состоянии.

Таким образом, длительно существующие негативные переживания, такие как грусть, печаль, тоска, страх, гнев, обида, вина и т.д. отражаются на теле человека в виде соматических патологий и хронического миофасциального напряжения мышц. Хроническая миофасциальная недостаточность квадратной мышцы поясницы выявлена у 29 человек – 23,0% из всех участников эксперимента. В эмоциональном плане это состояние связано с грустью, печалью, тоской и апатией в 85,3% (29 человек из 34). Ассоциация ситуаций, связанных эмоциями грусти, печали, тоски и апатии в контрольной группе приводили к напряжению квадратной мышцы поясницы в 70 % случаев (14 человек из 20). Кинезиологическая коррекция квадратной мышцы эффективна только в течение нескольких месяцев (в нашем исследовании 4 месяцев), тогда как совместно с психологической коррекцией,

кинезиологическое лечение приводит к полному устранению миофасциальной недостаточности этой группы мышц. Кинезиологи могут помочь при функциональном сколиозе. При коррекции неравенства длины нижних конечностей в тех случаях, когда сколиоз являлся стойким, наблюдалось усиление искривления позвоночника.

ВЫВОДЫ: Поражение мышц с развитием их функциональной недостаточности непосредственно связано с эмоциональным фоном человека. Хроническое переживание печали, грусти, тоски приводит к развитию функциональной недостаточности квадратной мышцы поясницы. Длительность существования — этого симптома влечет за собой развитие сколиоза. Кинезиологический подход эффективен для коррекции функциональных видов сколиоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика / Васильева Л.Ф. / – С.-Петербург: Фолиант, 1999. – 400 с.
2. Васильева Л.Ф. Способ диагностики статических нарушений у пациентов с хроническими болевыми мышечными синдромами / Васильева Л.Ф., Шмидт И. Р., Коган О. Г. / АС 96109392, – 1996. – 25 с.
3. Иваничев Г.А. Мануальная медицина / Г.А. Иваничев / Казань, – 2000. – 160 с.
4. Коган О.Г. Визуальная диагностика неоптимальности статики и динамики / Коган О.Г., Шмидт И.Р., Васильева Л.Ф. // Ман. мед. – 1986. – № 3, – С. 85-92.
5. Платонов Ю.П. Основы этнической психологии. Учеб. пособие. – СПб.: Речь, 2003, – С. 383 - 385.
6. Тейлор (J.Taylor), адаптация Немчина Т.А., дополнение В. Г. Норакидзе. Разработан в 1955 году и предназначен для измерения уровня тревожности (склонности к стрессу и депрессии). Адаптирован Немчиным Т.А. (1966).
7. Тревелл Дж.Г. Миофасциальные боли и дисфункции. Руководство по триггерным точкам в 2х томах. Перевод А.Г. Власенко Б.В. Гусева / Дж.Г.Тревелл Д.Г Симонс / М. Медицина – 2005. – Т. 2 – 647 с.
8. Goodheart G. Applied Kinesiology. - London: Edinburg. –1998. – 359 p.
9. Gerz W. This is Applied Kinesiology. - GmbH.: Ullstein Mosby, 1995. – 16 p.
10. Janda V. Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik. - GmbH.: Ullstein Mosbv. – 1994. – 300 с.
11. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system, - Butter-worth.: Heinemann, 1999. – 346 p.
12. Lewit K. Diagnosis of muscular dysfunction by inspection / Lewit K., Wasilyewa L. / In Rehabilitation of the spine - USA: Williams and Willkins, –1995. – P. – 113-14.

УДК 378.147:796.071.4 : 303.442.3 (045)

Захаріна Є.А.

Класичний приватний університет, м. Запоріжжя

АНАЛІЗ ЗМІСТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Проаналізовано навчальні плани семи вищих навчальних закладів України, в яких здійснюється професійна підготовка майбутніх учителів фізичної культури. Визначено розподіл годин за циклами підготовки та співвідношення в навчальних планах нормативної та варіативної частин.

Ключові слова: навчальні плани, цикли підготовки, кредити, майбутні учителя фізичної культури.

Захарина Е.А. Анализ содержания профессиональной подготовки будущих учителей физической культуры в высших учебных заведениях Украины. Проанализированы учебные планы семи высших учебных заведений Украины, в которых осуществляется профессиональная подготовка будущих учителей физической культуры. Определено распределение часов по циклам подготовки и соотношения в учебных планах нормативной и вариативной частей.

Ключевые слова: учебные планы, циклы подготовки, кредиты, будущие учителя физической культуры.

Zaharina E. A. Analysis of the content professional training of future physical culture teachers in higher educational institutions of Ukraine. Analyzed seven curricula of higher educational institutions of Ukraine in which the training is providing for future teachers of physical culture. The distribution of hours of preparation and correlation in curricula normative and variant parts is certain.