

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

ФАКУЛЬТЕТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Кафедра адаптивной и лечебной физической культуры

Выпускная квалификационная работа

**ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ КАК СРЕДСТВО УЛУЧШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО И
ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В
СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

Работу выполнила:
студентка 343 группы
направления подготовки
49.03.02. Физическая культура для лиц с
отклонениями в состоянии здоровья
(адаптивная физическая культура),
профиль «Лечебная физическая культура»
Абрамович Ирина Игоревна

(подпись)

«Допущен к защите в ГЭК»

Зав. кафедрой

« ____ » _____ 2017 г.

Научный руководитель:
кандидат биол. наук,
доцент кафедры адаптивной и лечебной
физической культуры
Абызова Татьяна Васильевна

(подпись)

ПЕРМЬ

2017

Оглавление

Введение			6
Глава 1		Характеристика уровня психофизического развития и двигательных способностей учащейся молодёжи с отклонениями в состоянии здоровья	9
	1.1	Аспекты состояния здоровья учащейся молодёжи	9
	1.2	Особенности организации занятий физической культурой в вузе	12
	1.3	Психофизическая характеристика студентов в учебном процессе	14
	1.4	Характеристика медицинских групп для занятий физической культурой	18
	1.5	Значение двигательной активности для здоровья	21
	1.6	Значение игры в физическом развитии человека	23
	1.7	Игры для лиц с ограниченными возможностями	25
	1.7.1	Игра Бочче - вид адаптивного спорта	27
	1.7.2	Игра Дартс – вид адаптивного спорта	28
	1.7.3	Игра «Настольный теннис»	29
	1.8	Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека	31
Глава 2		Организация исследования и общая характеристика работы по оценке и коррекции психического состояния и физического развития студентов с отклонениями в состоянии здоровья	34
	2.1	Методы исследования	35
	2.1.1	Анкетирование двигательной активности студентов	36
	2.1.2	Исследование психического состояния студентов вуза	37

	2.1.3.	Количественная оценка параметров качества жизни человека	40
	2.1.4	Методы оценки координационных способностей	42
	2.1.5	Метод кистевой динамометрии	44
	2.1.6	Метод оценки функционального состояния системы внешнего дыхания для определения устойчивости организма к гипоксии	46
	2.2	Методы математической статистики	47
	2.3	Методы воздействия на уровень психического и физического развития студентов с отклонениями в состоянии здоровья	48
Глава 3		Результаты собственных исследований по изучению влияния подвижных игр на физическое и психическое состояние студентов с отклонениями в состоянии здоровья	50
	3.1	Оценка уровня двигательной активности у студентов вуза	50
	3.2	Исследование качества жизни студентов с различным уровнем здоровья	51
	3.3	Оценка психического состояния у студентов с различным уровнем здоровья	52
	3.4	Оценка функционального состояния дыхательной системы и определение устойчивости организма к гипоксии у студентов с различным уровне здоровья	55
	3.5	Результаты оценки координационных способностей у студентов с различным уровнем здоровья	56
	3.5.1	Оценка способности к статическому равновесию	56
	3.5.2	Оценка быстроты и стабильности моторно-	56

		сенсорного реагирования по тесту «Ловля линейки»	
	3.6	Результаты кистевой динамометрии у студентов с различным уровнем здоровья	57
	3.7	Оценка влияния занятий ЛФК в сочетании с подвижными играми на показатели качества жизни студентов специальной медицинской группы	58
	3.8	Оценка влияния занятий ЛФК в сочетании с подвижными играми на показатели психического состояния студентов специальной медицинской группы	59
	3.9	Оценка влияния занятий ЛФК в сочетании с подвижными играми на показатели устойчивости организма к гипоксии у исследуемых	62
	3.10	Анализ влияния занятий лечебной физической культурой в сочетании с подвижными играми на уровень развития физических качеств студентов специальной медицинской группы	63
	3.10.1	Оценка способности к статическому равновесию	63
	3.10.2	Оценка быстроты и стабильности моторно-сенсорного реагирования по тесту «Ловля линейки»	64
	3.10.3	Результаты кистевой динамометрии	65
Заключение			66
Выводы			68
Библиографический список			69
Словарь терминов			74
Приложение 1. Организация и правила игры «Бочче»			76
Приложение 2. Организация и правила игры в Дартс			78

Приложение 3. Анкета для оценки ДА молодёжи и взрослых. (Драбик, 2006)	81
Приложение 4. Опросник «Самочувствие-Активность-Настроение» (В.А. Доскин)	82
Приложение 5. Шкала тревоги Спилберга Stat-trait anxiety inventoy	83
Приложение 6. Опросник качества жизни SF-36	86

Введение

Актуальность темы. В современных условиях модернизации российского образования актуальными являются проблемы, связанные с подготовкой высококвалифицированных специалистов-педагогов, способных готовить подрастающее поколение к жизни и деятельности на уровне современных требований общества. Известно, что психические состояния, в значительной степени определяя протекание психических процессов, физическое и психическое здоровье студентов, являясь одними из существенных оснований поведения субъекта, деятельности и различных форм взаимодействия с окружающими, влияют на успешность учебной деятельности [38].

Несмотря на то, что понятие «качество жизни (КЖ) стало самостоятельной категорией, в сложившейся практике, социологических, демографических, статистических, и медицинских исследований оно явилось одним из критериев, характеризующих состояние жизнедеятельности человека и уровень жизни [6].

Высшее образование оказывает огромное влияние на психику человека; развитие его личности. За время обучения в вузе, при наличии благоприятных условий у студентов происходит развитие всех уровней психики. Обучение в высших учебных заведениях следует отнести к категории специфического умственного труда, то есть труда, требующего постоянного, длительного активного напряжения интеллектуальных, эмоциональных, волевых функций. Характеризуется целым рядом особенностей: постоянно нарастающим и меняющимся объемом, усложнением и новизной информации, необходимой для усвоения. Однако известно, что на успешность учебной деятельности, протекание психических процессов, физическое и психическое здоровье студентов, в существенной степени будут влиять переживаемые психические состояния в процессе

учебной деятельности, поэтому особое внимание следует уделить именно данной проблеме [6, 38].

Вместе с тем, проблема развития физических качеств - одна из наиболее значимых в педагогике, психологии и физиологии физического воспитания и спорта и одновременно предмет непрекращающихся дискуссий. Она становится все более важной для практики воспитания всесторонне развитой личности [43].

Цель исследования – исследование влияния подвижных игр на психическое и физическое состояние студентов с отклонениями в состоянии здоровья.

Задачи исследования:

1. Изучить состояния проблемы физического и психического здоровья учащейся молодежи на современной этапе.

2. Изучить психическое и физическое состояние студентов, имеющих различный уровень здоровья в педагогическом университете.

3. Оценить эффективность воздействия занятий лечебной физической культуры в сочетании с комплексом подвижных игр на психическое состояние и физическое развитие студентов по состоянию здоровья, относящиеся к специальной медицинской группе педагогического университета.

Объект исследования: психическое состояние и физическое развитие студентов педагогического вуза.

Предмет исследования: воздействие занятий лечебной физической культурой в сочетании с комплексом подвижных игр, не требующих интенсивной физической активности, на психическое и физическое состояние студентов с отклонениями в состоянии здоровья.

Гипотеза: комплекс подвижных игр, используемый на занятиях лечебной физической культурой способствует повышению уровня развития физических качеств, функционального состояния организма и психическое состояние студентов специальной медицинской группы вуза.

Научная новизна. Показана возможность применения комплекса подвижных игр на занятиях лечебной физической культурой для улучшения психического и физического состояния студентов специальной медицинской групп педагогического вуза.

Теоретическая значимость. Полученные данные расширяют существующие представления о возможности коррекционного влияния на уровень физического здоровья студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Практическая значимость: Комплекс подвижных игр (Бочче, Дартс, Настольный теннис) может быть использован для студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья в учебном процессе вуза.

Глава 1. Характеристика уровня психофизического развития и двигательных способностей учащейся молодёжи с отклонениями в состоянии здоровья

Неоспоримым качеством, которое лежит в основе успешного формирования социально активной личности, является состояние ее здоровья. Однако следует признать, что для современного периода развития общества, наоборот, характерно резкое ухудшение физического, психического и нравственного здоровья, понижение резервов жизнедеятельности человека [1, 6, 38].

1.1. Аспекты состояния здоровья учащейся молодёжи

Анализ состояния здоровья учащейся молодежи убеждает в том, что существовавшая система его формирования значительно подорвана, а новая только создается; отсутствуют реальные социальные и экономические возможности, способные повлиять на причины сдвигов здоровья отдельного человека и нации в целом. Не исключено, что в этом кроется одна из причин пренебрежительного отношения большей части учащейся молодежи к своему здоровью, и к здоровому образу жизни [1, 6, 38].

В настоящее время нередко юноши и девушки продолжают свое образование приближаясь к производственной сфере, то есть поступая после 9-класса общеобразовательной школы в колледж, технические лицеи или начиная собственную трудовую жизнь, совмещая работу с учением в вечерних школах. Для данной категории подростков соответствуют возрастные рамки, как правило, включающие в себя подростковый и юношеский возраст. По сути, они продолжают оставаться школьниками, учебная деятельность, как для подростков, так и для юношей продолжает сохранять свою актуальность [6, 38]. Тем не менее, ухудшение здоровья молодого населения России на сегодняшний день стало не только

медицинской, но и серьезной педагогической проблемой. Поражает стремительность, с которой нарастают кризисные явления в этой сфере жизни [43].

Для принятия адекватных организационных решений и выбора приоритетов в профилактической и лечебно – оздоровительной работе необходима комплексная оценка состояния здоровья данной категории детей и подростков. Анализ результатов медицинских осмотров свидетельствует о том, что в настоящее время число здоровых подростков как младшего (10 – 14 лет), так и старшего (15 – 18 лет) возраста не превышает 2 – 9 %: оно уменьшалось с каждым годом, и за последнее десятилетие эта тенденция приобрела достаточно устойчивый характер. Во многом это обусловлено интенсивным ростом функциональных нарушений и хронических болезней в подростковом возрасте. Также большую роль в происхождении функциональных расстройств играют нервно – эмоциональные факторы. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков научного центра здоровья детей РАМН, лица с так называемыми функциональными отклонениями составляют 24 – 36 %, а с хроническими заболеваниями – 55,4 – 73,4 %.

Полученные данные значительно варьируют, что связано с проведением выборочных исследований в различных группах подростков (обучающихся при различных формах общего и профессионального образования). Несмотря на имеющиеся различия, число здоровых подростков крайне уменьшилось, и за последнее десятилетие это снижение стало устойчивым. Количество здоровых подростков и подростков, имеющих функциональные нарушения, снизилось на 6 – 16%, соответственно возросло число лиц с хроническими болезнями различной степени тяжести [39, 43].

Исследования предыдущих десятилетий тоже показывают неутешительную картину. Сопоставление результатов медицинских обследований 7-летних детей (1987 г.) и 17-летних подростков – выпускников школ и средних специальных учебных заведений (1997 г.)

позволяет получить представление о динамике состояния здоровья в процессе профессионального и школьного обучения. К старшему подростковому возрасту на 14,3 % увеличивается число лиц с хроническими заболеваниями. Увеличение частоты хронических болезней (59,1%) опережает рост функциональных расстройств (30,9 %). Это свидетельствует о том, что у детей и подростков на возрастном отрезке 7 – 17 лет происходит формирование преимущественно выраженных форм патологии. Кроме того, высокая распространенность функциональных нарушений в старшем подростковом возрасте является предпосылкой для развития расстройств здоровья в более старшие возрастные периоды [45].

Л. В. Баль и С.В. Барканова говорят о том, что по данным медицинских осмотров школьников и учащихся средних специальных учебных заведений, среди детей, вступающих в подростковый период, и подростков старшего возраста за последнее десятилетие произошел заметный рост частоты нарушений соматического здоровья. В старшей возрастной группе распространенность, как функциональных нарушений, так и хронических болезней возросла в одинаковой степени (на 19 %). Среди подростков младшего возраста тенденция к увеличению этих расстройств оказалась более выраженной: количество функциональных нарушений выросло на 61,6 %, хронической патологии – на 53,5 %, и в настоящее время она в 1,5 раза выше, чем среди 17-ти летних подростков. Распространенность хронических болезней также имеет тенденцию к опережающему росту. Это свидетельствует о крайне неблагоприятном прогнозе состояния соматического здоровья подростков через 5 – 6 лет [6].

Существуют также и другие серьезные проблемы, влияющие на здоровье подростков. Данные официальной статистики и результаты специальных научных исследований свидетельствуют о том, что в последние годы для подростков стала характерна не только широкая распространенность вредных привычек, но и более раннее приобщение к ним. Так, более 60 % юношей и 40 % девушек – учащихся ПТУ и колледжей

курят постоянно. За период с 1987 по 1997 годы частота употребления спиртных напитков подростками старшего возраста увеличилась почти на 50 %, причем среди девушек эта тенденция несколько более выражена. В настоящее время возраст приобщения подростков к алкоголю снизился и составляет 11 – 12 лет. Уже в 13 – 14 лет выявляется значительное число подростков, регулярно и часто употребляющих спиртные напитки. С возрастом тенденции к увеличению распространенности употребления алкоголя среди подростков нарастают. В конце 90-х годов XX века часто употребляют алкоголь 10 % юношей и 2,2 % девушек 13 – 15 лет, а также более 15 % юношей и почти 10 % девушек 16 – 17 летнего возраста. Эти данные свидетельствуют о том, что для значительной части подростков велика вероятность привыкания к алкоголю. В последние годы в России количество таких подростков значительно увеличилось [5,11,45].

1.2. Особенности организации занятий физической культурой в вузе

Студенческий возраст совпадает с периодом окончательного формирования взрослого организма. В 17–20 лет организм еще способен развиваться и совершенствоваться, полноценно приспосабливаться к окружающей среде. Занятия физической культурой строятся с учетом биологической целесообразности при соблюдении принципа целостности и динамичности выполнения упражнений. Целостный характер воздействия любого упражнения достигается включением в работу большого количества мышц, а также плавным переходом от одного двигательного акта к другому, волнообразным характером физической нагрузки в течение занятия.

Правильно организованные на занятиях физической культурой движения должны вызывать благоприятные психофизиологические сдвиги в организме занимающегося. Динамичность занятий со студентами специальной медицинской группы достигается не только перемещением занимающихся по залу, но и последовательным изменением степени

напряжения мышц, а также амплитуды, скорости, направления и характера движений в упражнениях.

Методически правильная компоновка упражнений в процессе занятия позволяет добиваться желательного положительного срочного и отдаленного тренировочного эффекта в процессе обучения студентов специальной группы.

По целевому признаку все средства физической тренировки условно подразделяют на три группы: 1-я – группа средств на развитие основных физических качеств; 2-я – группа средств на развитие координации и ловкости движений; 3-я – группа средств на регуляцию психофизического состояния занимающегося.

В каждом занятии упражнения должны быть подобраны таким образом, чтобы была возможность «проработать» все группы мышц – рук, ног, туловища, брюшного пресса и тазового дна.

Повышение эмоциональной насыщенности занятия, достижение чувства удовлетворенности может быть достигнуто игровыми упражнениями, упражнениями на тренажерах, с предметами и со снарядами [36, 41].

Тщательно продуманные и организованные занятия создают благоприятные условия для возникновения у студентов положительных эмоций, устойчивого, бодрого настроения, формируют новый уровень моторной активности, темп и ритм произвольных движений, в том числе и двигательных актов профессионально-прикладной направленности. Одной из основных особенностей методики проведения занятий со студентами специальной группы является значительная роль преподавателя, которая заключается не только в умении объяснять и показывать упражнения, но и в правильной дозировке физической нагрузки в отдельном упражнении и в целом за занятие для каждого занимающегося.

Проблема развития физических способностей - одна из наиболее значимых в педагогике, психологии и физиологии физического воспитания и

спорта и одновременно предмет непрекращающихся дискуссий. Она становится все более важной для практики воспитания всесторонне развитой личности, так как непосредственно связана с целым комплексом проблем: подготовкой школьника к жизни, труду и защите родины, выбором профессии в соответствии со склонностями и способностями, ориентацией и отбором для занятий определенными видами спорта [47].

Среди двигательных способностей одно из центральных мест занимают координационные способности, развитию которых уделено большое внимание в новых программах физического воспитания учащихся 1-4, 5-9 и 10-11-х классов. В современных условиях НТР возрастает значение таких качеств человека, как способность быстро ориентироваться в пространстве, тонко дифференцировать свои мышечные ощущения и регулировать степень напряжения мышц; быстро реагировать на сигналы внешней среды; вестибулярная устойчивость, координационные способности включают в себя также такие понятия, как чувство ритма, способность произвольно расслаблять мышцы, умение быстро и целесообразно действовать в изменяющихся условиях, способность сохранять равновесие и др. Именно эти способности имел в виду один из известных наших ученых, доктор педагогических наук, профессор Л.П.Матвеев, который еще в 1969 г. на страницах журнала «Физическая культура в школе» писал, что в век НТР «грубая сила все больше уступает место тонко усовершенствованным разносторонним способностям, косные навыки - динамическому богатству двигательных координации [31].

1.3. Психофизическая характеристика студентов в учебном процессе

Здоровье - величайшая социальная ценность. Хорошее здоровье - основное условие для выполнения человеком его биологических и социальных функций, фундамент самореализации личности [43].

Понятие "здоровье" сформулировано достаточно давно. Согласно определению ВОЗ принято считать, что здоровье это отсутствие болезней в сочетании с состоянием полного физического, психического и социального благополучия [43].

За прошедшие годы понятие "здоровье" неоднократно дополнялось и уточнялось, по мнению ряда авторов, несмотря на существование более 300 различных вариантов, с методологической позиции приведенное выше считается лучшим на сегодняшний момент [43].

В последнее время все значимее становится роль высшей школы как социального института, формирующего не только компетентного специалиста, но и полноценную личность с такими качествами и свойствами, как физическое и нравственное здоровье, социальная активность, ответственность и высокие эстетические идеалы. К сожалению, число проблем высшей школы растет пропорционально росту ее значимости. И одна и наиболее острых – здоровье молодых людей. Тенденции в этой сфере за последние десятилетия свидетельствуют не просто о снижении некоторых показателей, а о системном ухудшении, связанном как с организацией охраны здоровья студентов, так и с изменениями в их образе жизни. В то же время социально-экономические и культурные преобразования в России привели и к некоторым совершенно новым тенденциям в отношении к собственному здоровью у молодежи [20, 23].

Состояние здоровья студентов как значимой социальной группы нашего общества – это не только показатель существующего социально-экономического и общественного развития страны, но и важный индикатор будущего трудового, экономического, культурного, оборонного потенциала общества. Поэтому представлять сегодня, как формируется здоровье молодых людей, от каких факторов зависит и как на эти факторы воздействовать с целью получения позитивных результатов – чрезвычайно важная государственная задача. Приоритетность психофизиологического аспекта при анализе студенческого возраста утверждают М.Я. Виленский и

С.О. Авчинникова. Их мнение основывается на характеристике студенческой демографической группы как возраста «пиков» физиологических потенциалов организма [17].

Ряд исследователей выделяют и педагогический аспект, в связи с тем, что обучение в профессиональной школе – это сложный этап в жизни молодого человека, имеющий свою ярко выраженную специфику и определенные организационные и психофизиологические сложности (Г.Н. Александров, С.М. Годник, Н.С. Козлов, Т.А. Нечаева, Г.М. Сентова и др.).

В России систематически ведутся социологические исследования студенчества, которые охватывают широкий круг проблем, таких как социальная эффективность высшего образования, совершенствование воспитательной деятельности высшей школы, жизненные планы ее выпускников, социальная активность молодых специалистов.

Все значимые для здоровья факторы обычно делят на социально-гигиенические, медико-биологические и психологические. Основными по негативному воздействию из них являются: нарушение режима дня, гигиенических требований к учебной и трудовой деятельности; недостатки в организации питания; недостаточная двигательная активность; наличие вредных привычек; неблагоприятный психологический климат в коллективах и семьях [21, 33].

Для студентов особое значение имеет процесс адаптации к студенческой жизни. Проведенными исследованиями (Т.Г. Малкова, С.В. Емельяненко) доказана значимость для успешности этого процесса таких условий, как: регулярные занятия физической культурой; соответствие организации труда и режима дня гигиеническим требованиям; психологический комфорт во взаимоотношениях в коллективе и семье; следование принципам рационального питания. Процесс адаптации, в частности, взаимосвязан с частотой заболеваний студентов. У студентов младших курсов по сравнению со старшекурсниками обнаружен более высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Установлено влияние даже формы контроля над знаниями на здоровье студентов: наиболее приемлемой для здоровья признана традиционная форма в виде устного экзамена с использованием билетов. Изучение образа жизни студентов и его влияния на функциональное состояние организма (Т.Ш. Миннибаев) привело к разработке мероприятий по оптимизации условий обучения и увеличению работоспособности студентов. Так, была обоснована гигиеническая модель среднесуточного бюджета времени студента, направленная на формирование здорового образа жизни и улучшение организации учебной деятельности. Были разработаны оптимальные функциональные размеры аудиторной мебели, обеспечивающие комфортные условия обучения студентов и, тем самым, повышающие их работоспособность [23].

Одним из наиболее объективных критериев оценки состояния здоровья человека является уровень его физического развития. Поэтому актуальное направление в профилактической медицине - изучение физического развития различных групп населения. Первые отечественные классические статистические исследования такого рода были проведены под руководством Ф.Ф. Эрисмана. В 1887 году началось изучение того, как влияет обучение в учебных заведениях на физическое развитие учащихся.

Физическое воспитание воздействует на всестороннее развитие личности студентов по трем основным направлениям: 1) приобщает студентов к систематическим занятиям физическими упражнениями; 2) обеспечивает необходимый уровень учебно-трудовой активности, который сохраняет и укрепляет здоровье; 3) содействует развитию общественно значимых черт характера, социальной активности, оказывает положительное влияние на формирование духовного мира, нравственное и эстетическое развитие личности студента [39, 43].

Многие авторы связывают здоровье со способностью к адаптации организма в изменяющихся условиях среды. При этом условно выделяют три группы факторов, влияющих на человека: а) социальные, б) гигиенические,

в) психологические. Уровень здоровья определяется способностью организма адаптироваться к ним. Тогда, по О.В.Сысоева, "здоровье" - процесс сохранения и развития физиологических, биологических и психических функций, оптимальной трудовой и социальной активности, максимальной продолжительности активной творческой жизни. Такой подход позволяет учесть влияние двух видов факторов: усиливающих естественный отбор и противодействующих ему. В результате каждая из популяций приобретает свою характерную структуру здоровья, определяемую степенью её адаптации к условиям среды [24, 38].

Все болезни человека происходят из-за состояния организма, находящегося между нормой и патологией. Отмечается, что в этом угрожающем состоянии находятся сейчас от 50 до 80% работающих и служащих, что не позволяет им эффективно трудиться. Состояние предболезни или нездоровья, по образному выражению В.П. Петленко, Д.Н. Давиденко, характеризуется тем, что - "я еще не болен, но уже не здоров" [21].

1.4. Характеристика медицинских групп для занятий физической культурой

К основной медицинской группе относятся учащиеся без отклонений в состоянии здоровья и физическом развитии, имеющие хорошее функциональное состояние и соответствующее возрасту физическое развитие, а также учащиеся с незначительными (чаще функциональными) отклонениями, но не отстающие от сверстников в физическом развитии и физической подготовленности. Отнесенным к этой группе студентам разрешаются занятия в полном объеме по учебной программе физического воспитания, подготовка и сдача тестов индивидуальной физической подготовленности. В зависимости от особенностей телосложения, типа высшей нервной деятельности, функционального резерва и индивидуальных

наклонностей им рекомендуются занятия определенными видами спорта в спортивных кружках и секциях. В качестве дополнительных бонусов при итоговой аттестации, желателен участие в спортивных соревнованиях, турнирах, спартакиадах, спортивных праздниках и фестивалях. При этом следует помнить об относительных противопоказаниях к занятиям спортом. Так, например, при прогрессирующей близорукости (при условии, что на момент проведения медицинского осмотра данного диагноза недостаточно для отнесения студента к специальной медицинской группе), астигматизме нельзя заниматься боксом, прыжками в воду, прыжками на лыжах с трамплина, горнолыжным спортом, тяжелой атлетикой и мотоспортом. Перфорация барабанной перепонки является противопоказанием к занятием всеми видами водного спорта. При нарушении осанки, в частности, при круглой и кругловогнутой спине не рекомендуются занятия велоспортом, греблей, боксом. Другие же виды спорта не запрещаются.

Подготовительная группа: относятся практически здоровые учащиеся:

- 1) имеющие те или иные морфофункциональные отклонения;
- 2) физически слабо подготовленные;
- 3) входящие в группу риска по возникновению патологий;
- 4) имеющие хронические заболевания в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии не менее 3-5 лет.

Отнесенным к этой группе учащимся разрешаются занятия по учебным программам физического воспитания при условии, более постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением к организму повышенных требований, более осторожной дозировкой физической нагрузки и исключений противопоказанных движений. Важно иметь в виду, что учащиеся, отнесенные по состоянию здоровья к специальным группам, нуждаются в двигательной активности не меньше, а чаще всего больше, чем здоровые люди, причем таким студентам требуется качественно иная двигательная активность.

Специальная медицинская группа делится на две: специальная «А» и специальная «Б». Окончательное решение о направлении студента в специальную медицинскую группу производит врач после дополнительного осмотра.

В специальную группу «А» зачисляются студенты со значительными нарушениями в состоянии здоровья постоянного или временного характера

(хронические заболевания, врожденные пороки развития в стадии компенсации), не мешающими выполнению обычной нагрузки, однако требующими ограничения физических нагрузок. На занятиях физкультурой обязательно учитывается характер и степень выраженности отклонений в состоянии здоровья, физическом развитии и уровне функциональных возможностей занимающихся. Специальные тренирующие нагрузки при заболеваниях группы «А» должны быть направлены на развитие общей выносливости. Рекомендуется широко использовать ходьбу, оздоровительный бег, плавание, упражнения на тренажерах, дыхательные упражнения, упражнения в равновесии и на координацию. Вместе с тем с большой осторожностью используются все виды прыжков, быстрая смена положения тела в пространстве, лазание по канату, подскоки из глубокого приседа, упражнения с партнером, все виды метания, особенно при гипертонии, хронических заболеваниях почки близорукости.

К специальной группе «Б» относятся студенты, имеющие стойкие нарушения в состоянии здоровья (хронические заболевания в стадии субкомпенсации), но без выраженных нарушений самочувствия и допущенные к посещению теоретических и практических занятий. Рекомендуются регулярные самостоятельные занятия в домашних условиях по индивидуальным комплексам. Обязательным является неукоснительное выполнение режима и других элементов здорового образа жизни. При заболеваниях группы «Б» специальными упражнениями являются упражнения на развитие амплитуды движения в суставах и позвоночнике, формирования правильной осанки, а также упражнение для

мышц брюшного пресса, мышц тазового дна, широко используются дыхательные упражнения. Запрещаются все виды прыжков, подскоки из глубокого приседа, ходьба в глубоком приседе, сгибание ног в висе. Используются с осторожностью поднимания ног и т. п. лежа на спине, упражнения с отягощениями, опускание и поднимание туловища, силовые упражнения с партнером, гимнастический «мост». Противопоказаны занятия контактными спортивными играми, такими как: хоккей, регби, футбол, баскетбол [23, 42].

1.5. Значение двигательной активности для здоровья

Двигательная активность — это естественная потребность человека в движении. Количество движений, которые совершает человек в течение какого - либо времени, составляет объём двигательной активности. Понятие «двигательная активность» включает в себя сумму всех движений, выполняемых человеком в процессе жизнедеятельности. Она положительно влияет на все системы организма и необходима каждому человеку.

Систематические тренировки делают мышцы более сильными, а организм в целом — более приспособленным к условиям внешней среды. Под влиянием мышечных нагрузок увеличивается частота сердцебиений, мышца сердца сокращается сильнее, повышается артериальное давление. Это ведет к функциональному совершенствованию системы кровообращения. Во время мышечной работы увеличивается частота дыхания, углубляется вдох, усиливается выдох, улучшается вентиляционная способность легких. Интенсивное полное расправление легких ликвидирует в них застойные явления и служит профилактикой возможных заболеваний.

Физические упражнения приводят к возникновению очень интересного и полезного эффекта в организме. Во время нагрузки обмен веществ значительно ускоряется, но после неё - начинает замедляться и, наконец, снижается до уровня ниже обычного. В целом же у тренирующегося

человека обмен веществ медленнее обычного, организм работает экономичнее, а продолжительность жизни увеличивается. Повседневные нагрузки на тренированный организм оказывают заметно меньшее разрушительное воздействие, что также продлевает жизнь. Совершенствуется система ферментов, нормализуется обмен веществ, человек лучше спит и восстанавливается после сна, что очень важно. В тренированном организме увеличивается количество богатых энергией соединений, как то АТФ, и благодаря этому повышаются практически все возможности и способности.

При возникновении гиподинамии (недостаток движения), а также с возрастом появляются негативные изменения в органах дыхания. Снижается амплитуда дыхательных движений. Особенно снижается способность к глубокому выдоху. В связи с этим возрастает объём остаточного воздуха, что неблагоприятно сказывается на газообмене в лёгких. Жизненная ёмкость лёгких также снижается. Всё это приводит к кислородному голоданию. В тренированном организме, наоборот, количество кислорода выше (притом, что потребность снижена), а это очень важно, так как дефицит кислорода порождает огромное число нарушений обмена веществ. Значительно укрепляется иммунитет [35].

Целостность человеческой личности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психических и физических сил организма. Гармония психофизических сил организма повышает резервы здоровья, создает условия для творческого самовыражения в различных областях нашей жизни. Активный и здоровый человек надолго сохраняет молодость, продолжая созидательную деятельность [11].

В ряде работ отечественных авторов содержатся общие представления о нормах двигательной активности по затратам времени в неделю (табл. 1).

Таблица 1

Рекомендуемые нормы двигательной активности студентов (часов в неделю)

Исследователи	Нормы двигательной активности
Б.Г. Фадеев, 1986	9—10
В.В. Матов, 1984	7—8
Вниифк, 1983	10—14
Л.П. Матвеев, 1982	7—14
М.Я. Виленский, Б.Н. Минаев, 1975	9—12
Н.М. Амосов, И.В. Муравов, 1985	16—18
П.А. Назаров, 1977	16—18

Оптимальные границы должны определить тот уровень физической активности, при котором достигается наилучшее функциональное состояние организма, высокий уровень выполнения учебно-трудовой и социальной деятельности. Такой режим носит оздоровительно-развивающий характер. Отсюда следует, что в указанном режиме целесообразно ориентировать студентов на показатели двигательной активности спортсменов массовых разрядов. При этом для студентов с низким исходным уровнем физического состояния это может быть уровень спортсменов III разряда (1200 ккал), с высоким — не выше II разряда (1500 ккал), для остальных в этой совокупности — промежуточные значения между верхним и нижним пределами. Чтобы выполнить указанный двигательный режим, необходимо на целенаправленные занятия физическими упражнениями затрачивать не менее 1,3—1,8 часа в день. В рекомендациях для взрослых оптимальным считается режим 3—5 — разовых занятий в неделю, продолжительностью 30—40 минут [37,42].

1.6. Значение игры в физическом развитии человека

Физическое развитие человека - процесс изменения, а также совокупность морфологических и функциональных свойств организма. Оно

обусловлено факторами биологическими (наследственность, взаимосвязь функциональных и структурных, постепенность количественных и качественных изменений в организме и др.) и социальными (материальный и культурный уровень жизни, распределение и использование материальных и духовных благ, воспитание, трудовая деятельность, быт и т. д.), двигательная активность. Как совокупность признаков, характеризующих состояние организма на разных возрастных этапах, уровень физического развития (наряду с рождаемостью, заболеваемостью, смертностью) является одним из важнейших показателей социального здоровья населения. В социалистическом обществе всестороннее физическое развитие всех групп населения, достижение физического совершенства - социальная цель физического воспитания [20].

Значение игры в развитии и воспитании личности уникально, так как игра позволяет каждому ребенку ощутить себя субъектом, проявить и развить свою личность. Есть основание говорить о влиянии игры на жизненное самоопределение школьников, на становление коммуникативной неповторимости личности, эмоциональной стабильности, способности включаться в повышенный ролевой динамизм современного общества.

Подвижные игры развивают способность адекватно оценивать пространственные и временные отношения, одновременно воспринимать многое и реагировать на воспринятое [29,32,45].

Подвижные игры в большой степени способствуют воспитанию физических качеств: быстроты, ловкости, силы, выносливости, гибкости, и, что немаловажно, эти физические качества развиваются в комплексе. Большинство подвижных игр требует от участников быстроты. Это игры, построенные на необходимости мгновенных ответов на звуковые, зрительные, тактильные сигналы и игры с внезапными остановками, задержками и возобновлением движений, с преодолением небольших расстояний в кратчайшее время [29, 42].

Постоянно изменяющаяся обстановка в игре, быстрый переход участников от одних движений к другим способствует развитию ловкости.

Кроме того, занятия играми вырабатывают координированные и согласованные движения; игроки приобретают умения быстро входить в нужный темп и ритм работы, ловко и быстро выполнять разнообразные двигательные задачи, проявляя при этом необходимые усилия и настойчивость, что важно в жизни. Игровой метод особенно рекомендуется использовать на этапе начального освоения движений [18,19].

1.7. Игры для лиц с ограниченными возможностями

Подвижные и спортивные игры являются хорошим средством физического развития, нормализации психоэмоционального состояния, совершенствования координации движений. Включая игры в урок физкультуры, можно значительно повысить нагрузки за счет эмоционального фактора, а если их проводить на берегу реки, озера, моря, то эффективность возрастает еще и за счет закаляющего и эмоционального факторов.

Подвижная игра - специфический вид двигательной деятельности. Она является сознательной деятельностью, направленной на достижение поставленной цели. Подвижные игры занимают ведущее место, как в физическом воспитании здорового человека, так и в процессе физической реабилитации больных и инвалидов, позволяя на высоком эмоциональном уровне эффективно решать лечебные и воспитательные задачи [29, 32].

Подвижная игра как средство рекреации обладает целым рядом качеств, среди которых важнейшее место занимает высокая эмоциональность играющих. Эмоции в игре имеют сложный характер. Это и удовольствие от мышечной работы в игре, от чувства бодрости и энергии, от возможности дружеского общения в коллективной игре, от достижения поставленной в игре цели. Подвижные игры, как правило, не требуют от участников специальной подготовленности. Одни и те же подвижные игры могут

проводиться в разнообразных условиях, с большим или меньшим числом участников, по различным правилам [29, 32].

Важнейший результат игры - это радость и эмоциональный подъем. Именно благодаря этому замечательному свойству подвижные игры, особенно с элементами соревнования, больше, чем другие формы физического воспитания, адекватны потребностям организма в движении.

Упражнения с предметами, особенно с мячами - одно из важнейших средств развития КС «телесной» и «ручной» ловкости. Они положительно влияют на усвоение разнообразных навыков (письмо, рисование, резьба, лепка, конструирование и т.д.) и стимулируют умственную активность школьников. В этой связи уместно напомнить мысль известного педагога и психолога П.П. Блонского, сказавшего, что ловкий ребенок - это, как правило, умный ребенок, однако умный ребенок не всегда бывает ловким. Упражнений и комбинаций с предметами может быть неограниченное количество. Почти все они содействуют развитию КС у младших школьников. Уже первые попытки первоклассника ловить и передавать мяч требуют от него больших КС.

Метания малых мячей в цель и на дальность являются ценными прикладными видами физических упражнений. Кроме того, они больше, чем какие-либо другие упражнения, развивают глазомер, мышечное чувство, меткость, т. е. весьма ценные свойства, характеризующие КС человека. Несмотря на кажущуюся простоту и доступность, метание - одно из наиболее сложных в координационном отношении двигательных действий. Чтобы овладеть им, необходимо много тренироваться. [10, 26, 28].

1.7.1. Игра Бочче - вид адаптивного спорта

История Бочче. Невозможно точно назвать дату, когда придумали Бочче. По Дж. Крестьяго, важнейшему эксперту в Бочче, она происходит от каменного века. Очень трудно точно сказать конкретное время и место

происхождение Бочче. Вероятно она, стала популярной игрой, потому что в ней равное количество «атак» и «оборон». Начальная идея была бросать камень в деревянный или каменный вертикальный столб (такие упражнения используются сегодня, как в Бочче, так и в других играх, например в боулинге). Кто-то решил попробовать что - то новое и попробовал бросить камень как можно ближе к другому камню, и это явилось началом Бочче.

По другим источникам, изобретателем игры был Спортон Тимократес (500 г. До н.э.) и позже в 4 в. До н.э. ,Этруски распространили ее по областям центральной и северной Италии.

Бочча-мячи, (boccia-мяч). Это вид спорта и развлекательная игра которая называется «бочче» в Италии, «буль» во Франции, и «бол» в Англии. Эта игра особенно популярна в Южно-европейских странах. В эту игру играют в Северной и Южной Америке и в Европе. Ведущие страны - Швейцария, Италия и Сан-Марино [36].

Ничто не может помешать кому-либо играть в эту игру. Она подходит для любого возраста. (Франсуа Рабле – об игре Бочче (1494-1553 г.г.)) Эта игра подходит как для мужчин, женщин, так и для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями.

Бочче - это прекрасный вид активного отдыха для каждого, от молодого до велика. Так же Бочче – это вид спорта, который развивает многие группы мышц, в основном мышцы верхних конечностей, мышцы бедра и брюшные мышцы. Тренируясь играть в Бочче, совершенствуется моторная координация и общая физическая подготовка. В течение матча игроки совершают около 100 приседаний, прыжков и наклонов.

Игра заключается в том, что она не требует интенсивной физической активности и правила игры очень просты (Приложение 1.).

Преимущества игры Бочче проявляются в следующем: доступность; безопасность; носит игровой характер; отсутствуют противопоказания и возрастные ограничения; высокий коррекционный развивающий эффект [36].

Играющие в Бочке развивают ловкость, когда бросают, и совершенствуют координацию. Площадка для Бочке не должна быть слишком большой, поэтому вы можете играть где угодно, сделать площадку для Бочке не представляет собой трудности [36].

В добавлении к физическим преимуществам существуют также психологические аспекты игры. Бочке - это великолепная, развлекательная игра, прекрасное времяпрепровождение. Она может быть замечательным способом отдыха после работы и восхитительный спорт для всей семьи. Игра имеет также огромную общественную ценность. Она учит работать в команде и позволяет завести новые знакомства.

1.7.2. Игра Дартс – вид адаптивного спорта

Игра Дартс (англ. darts — дротики) — ряд связанных игр, в которых игроки метают дротики в круглую мишень, повешенную на стену. Хотя в прошлом использовались различные виды мишеней и правил, в настоящее время термин дартс обычно ссылается на стандартизированную игру с определённой конструкцией мишени и правилами [33]. Игра зародилась несколько столетий назад на Британских островах. До сих пор дартс является традиционной игрой, в которую играют в пабах Великобритании, Нидерландов, Скандинавии, Соединённых Штатов и некоторых других.

Занятия дартсом являются общедоступными, благодаря разнообразию ее видов, огромному количеству легко дозируемых упражнений.

Занятия дартсом имеют оздоровительное значение: положительно влияют на развитие всех органов и систем детского организма (например, прыжки и метания укрепляют мышцы опорно-двигательного аппарата). Таким образом, с помощью легкоатлетических упражнений, при условии их регулярности, полностью решаются задачи гармоничного физического развития школьников всех возрастных групп.

Во время занятий дартсом приобретаются навыки координации движений, быстрого и экономичного передвижения и рационального выполнения сложных физических упражнений. Все кто занимаются дартсом, приобретают специальные знания относительно техники исполнения физических упражнений, основных функций человеческого организма, организации тренировочных занятий, режима личной гигиены, питания, работы и отдыха.

Кроме этого, занятия дартсом имеет воспитательное значение, способствуя популяризации здорового образа жизни. Правильная организация и методика проведения занятий положительно влияют на формирование личности человека, развитие ее моральных качеств (воли, целенаправленности, выдержки) и умственных способностей (самооценки собственных возможностей и тому подобное).

Помимо этого, в дартс играют и на профессиональном уровне. Человек, занимающийся дартсом, называется дартсмен (Приложение 2).

1.7.3. Игра «Настольный теннис»

«Настольный теннис» Рождение настольного тенниса относят к началу XIX века, во всяком случае, к тому времени относятся различные документы, подтверждающие существование игры, отдаленно напоминающей то, что мы сейчас называем настольным теннисом. Это один из самых массовых видов спорта - в соревнованиях ежегодно участвуют более 40 млн. человек во всем мире. Довольно долго игра использовалась не как вид спорта, а только как средство для проведения свободного времени и активного отдыха. Только в 1920 году Великобритания, Германия и Венгрия учредили Международную федерацию настольного тенниса (ITTF). Всесоюзная секция настольного тенниса (с 1959 года - Федерация настольного тенниса) была создана только в 1950 году. Первый чемпионат мира был проведен в 1927 году. В программу

Олимпийских игр настольный теннис был включен в 1988 году в Сеуле [8,14].

Настольный теннис или пинг-понг по праву называют увлечением миллионов. Людей любого возраста, которые с азартом в него играют, можно встретить на всех континентах. Даже представители старшего поколения нередко предпочитает поддерживать форму именно настольным теннисом, так как играть в него легко и комфортно. Что интересно, этот вид спорта влюбляет в себя не только сильный пол, но и наших очаровательных женщин.

Поскольку в настольном теннисе задействованы в основном руки, то игра в него хорошо развивает их подвижность, особенно кистей. Также развивается мелкая моторика рук, укрепляются их мышцы. Руки становятся более мобильными, увеличивается скорость их движения. Хорошую нагрузку получают и ноги игроков, становясь намного сильнее и выносливее.

Занятия настольным теннисом – это отличная тренировка дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Они лучше начинают функционировать, насыщая организм кислородом. Попутно игроки развивают свои внимание, реакцию и координацию движений. Последнее особенно полезно для лиц, страдающих некоторыми вестибулярными нарушениями (укачиваются в транспорте).

Развивая в человеке такие реакции как ловкость, гибкость и реакцию, пинг-понг словно учит наш мозг еще лучше управлять телом. Нагрузки, которые дает этот спорт, позволяет развивать многие суставы (локтевой, плечевой и лучезапястный, а также тазобедренный) и даже благотворно влияет на позвоночник [8].

Настольный теннис – одно из лучших лекарств от синдрома хронической усталости и стресса. Он помогает расслабиться, отвлечься от забот и психотравмирующих факторов. Даря своим поклонникам истинное удовольствие, словно заряжает этой положительной энергией, которая

сохраняется долгое время и позволяет многие проблемы, казавшиеся очень сложными, решать с большей легкостью.

Пинг-понг рекомендован лицам, страдающим такими нарушениями зрения как близорукость и дальнозоркость, и перенесшим операцию на глазах. Особенно хорошо он помогает при усталости глаз, так как, постоянно следя за перемещениями мячика, вы их тренируете. Советуют эту спортивную игру и гипертоникам: улучшая кровообращение, она помогает стабилизировать артериальное давление.

Но есть небольшая категория людей, которым играть в настольный теннис категорически нельзя. Это страдающие сколиозом, так как при данном заболевании невысокий стол и движения лишь одной рукой могут спровоцировать обострения, а также пациенты, которые имеют высокую степень близорукости или осложнения на глазном дне.

1.8. Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека

Всемирной организацией здравоохранения была осуществлена большая исследовательская деятельность по выработке основополагающих критериев качества жизни человека конца XX в. Основываясь на этих рекомендациях, качество жизни следует рассматривать как индивидуальное соотношение положения человека в жизни общества, в контексте культуры и систем ценностей этого общества, с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства. Другими словами, качество жизни — степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. ВОЗ рекомендует следующие критерии качества жизни: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные

переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); жизнь в обществе (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экологическая обстановка); духовность (религия, личные убеждения) [34].

Качество жизни (КЖ) – понятие важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, так как конечной целью активностью всех институтов общества является благополучие человека.

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии.

Методология исследования КЖ открывает уникальные возможности измерения ключевых составляющих здоровья человека: физического, психологического и социального функционирования.

В 80-е годы в реабилитологию было введено также понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (health-related quality of life, англ.). Впервые это понятие появилось в Index Medicus в 1977 г., при этом именно качество жизни стали рассматривать как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов. Качество жизни, связанное со здоровьем, определяют как «индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соотношении с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями». Качество жизни, таким образом, — это целостная характеристика физического, психического, эмоционального и социального состояния человека, основанная на его субъективном восприятии. Понятие «качество

жизни, связанное со здоровьем» отражает группы критериев, характеризующих здоровье: физические, психологические и социальные, причем каждая из этих групп включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и на уровне субъективного восприятия.

Для понятия «качество жизни, связанное со здоровьем» принципиальными и основополагающими являются следующие три признака [34] многомерность, изменяемость во времени (динамика во времени в зависимости от состояния пациента), участие человека в оценке собственного состояния (самооценка пациентом собственного состояния представляется в настоящее время особенно ценным показателем его общего состояния) [10].

Таким образом, источник литературы показал что, целостность человеческой личности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психических и физических сил организма. Гармония психофизических сил организма повышает резервы здоровья, создает условия для творческого самовыражения в различных областях нашей жизни. Следовательно, студенты специальной медицинской группы отстают от своих сверстников по уровню развития физических качеств, особенно выраженное отставание, наблюдается по показателям координационных способностей. Координационное совершенствование направлено на подготовку студентов к их социальной интеграции во всех областях общества. Особое внимание уделяют на изучение влияния на организм отдельных видов физических упражнений, а также игр, что позволяет целенаправленно влиять на состояние физических способностей студентов в процессе их физического воспитания. Поиск дополнительных методов на улучшение координационных способностей остается в наше время актуальной проблемой.

Глава 2. Организация исследования и общая характеристика работы по оценке и коррекции психического состояния и физического развития студентов с отклонениями в состоянии здоровья

Исследования проводились в Пермском государственном гуманитарно-педагогическом университете.

В исследовании приняли участие 80 студентов с различным уровнем здоровья с 1 по 3 курсы, в том числе:

53 студента, относящиеся по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, юношей (n=18), девушек (n=35);

27 студентов - направление подготовки 49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура), юношей (n=10), девушек (n=17). Возраст исследуемых от 19 лет до 21 года.

Исследование проводится в несколько этапов:

1 этап. Анализ литературных источников по проблемам здоровья студентов, планирование и определение методов исследования;

2 этап. Проведение исследования по оценке физического и психического состояния у исследуемых студентов, на протяжении года в 2015, 2016 и 2017 уч.г;

3 этап. Обобщение, теоретический анализ и математическая обработка полученных данных;

4 этап. Формулирование выводов и разработка рекомендаций по итогам исследования.

Для достижения поставленной цели и решения задач исследуемые поделены на три группы:

1-я группа (основная) – студенты специальной медицинской группы (n=24), которые систематически посещали занятия лечебной физической культурой, в ходе проведения которых проводились игровые мероприятия

(Дартс, Бочче, Настольный теннис). Средний возраст студентов составил $19,86 \pm 1,34$ лет. Юношей – 10 человек. Девушек – 14 человек.

2-я группа (контроля) - студенты специальной медицинской группы ($n=29$), которые посещали занятия лечебной физической культуры без проведения подвижных игр. Средний возраст студентов составил $20,06 \pm 0,46$ лет. Юношей – 10 человек. Девушек – 19 человек.

3-я группа (сравнения) - студенты ($n=27$), не имеющие ограничения по состоянию здоровья для посещения занятий физической культурой в вузе. Средний возраст студентов составил $19,46 \pm 1,04$ лет. Юношей – 10 человек. Девушек – 17 человек.

2.1. Методы исследования

Для достижения цели и решения поставленных задач применялись следующие методы исследования:

- Анализ научно-методической литературы.
- Анкетирования (анкетирование двигательной активности молодёжи Драбик Ю., 2006г.).
- Оценки качества жизни человека с использованием русской версии опросника SF-36.
- Оценки психического состояния: по бланковой методике «Самочувствие - Активность – Настроение» В.А. Доскина, шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.
- Методы оценки координационных способностей:
 - оценка реагирующей способности используется (тест «ловля линейки»);
 - оценка способности к статическому равновесию (проба Ромберга 1,2,3).
- Метод кистевой динамометрии.

- Методы оценки функционального состояния системы внешнего дыхания - функциональные пробы для определения устойчивости организма к гипоксии (гипоксические пробы Штанге и Генче).

- Математическая статистика.

2.1.1. Анкетирование двигательной активности студентов

Метод анкетирования — психологический вербально-коммуникативный метод, в котором в качестве средства для сбора сведений от респондента используется специально оформленный список вопросов — анкета. В социологии анкетирование — это метод опроса, используемый для составления статических (однократное анкетирование) или динамических (при многократном анкетировании) статистических представлений о состоянии общества, общественного мнения, состояния политической, социальной и прочей напряжённости с целью прогнозирования действий или событий. Анкетирование в психологии используется с целью получения психологической информации, а социологические и демографические данные играют лишь вспомогательную роль. Контакт психолога с респондентом при анкетировании, в отличие от интервьюирования, сведён к минимуму. Анкетирование позволяет наиболее жёстко следовать намеченному плану исследования, так как процедура «вопрос-ответ» строго регламентирована [10].

При помощи метода анкетирования можно с наименьшими затратами получить высокий уровень массовости исследования. Особенностью этого метода можно назвать его анонимность (личность респондента не фиксируется, фиксируются лишь его ответы). Анкетирование проводится в основном в случаях, когда необходимо выяснить мнения людей по каким-то вопросам и охватить большое число людей за короткий срок.

Одним из распространенных методов контроля за двигательной активностью детей, молодёжи и взрослых является анкетирование, которое

позволяет выявить структуру и содержание двигательной активности у них, Приложение 3. [10, 28, 34].

2.1.2. Исследование психического состояния студентов вуза

Реальное состояние здоровья человека оценивается как на основании субъективной оценки (самооценка), так и по объективным. Перспективность применения в диагностических целях субъективных методик объясняется многообразием проявлений симптоматики различных состояний во внутренней жизни индивида – от комплекса ощущений усталости до специфических изменений, возникающих в необычных условиях деятельности [10].

Использование тестовых заданий, характеризующих эффективность различных психических процессов.

Опросники – группа методов, направленная на выявление качественно разнообразных переживаний состояния, которые с большей или меньшей легкостью могут быть осознаны человеком. Выделенные состояния входят в состав опросника в виде развернутых словесных формулировок, имеющих вопросную или утвердительную формы. Характеристика состояния испытуемого строится на основе общего числа отмеченных признаков и анализе их качественного своеобразия.

Опросник «Самочувствие-Активность-Настроение» (В.А. Доскин) относится к субъективному методу оценки функционального состояния (Приложений 4).

Оценка психического состояния студентов проводилась по бланковой методике «Самочувствие - Активность – Настроение» (В.А. Доскин). Методика разработана в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Сущность метода заключается в том, что испытуемых просили соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале.

Шкала состоит из индексов (3, 2, 1, 0, 1, 2, 3) и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Испытуемый выбирал и отмечал цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования.

По «приведенным» данным рассчитывалось среднее арифметическое – как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению для анализа функционального состояния пациента в момент обследования по принципу: менее 30 баллов – низкая оценка;

30-50 баллов – средняя оценка;

более 50 баллов – высокая оценка.

Шкала самооценки (Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина) относится к методике субъективного шкалирования состояния, предназначенная для более тонкой оценки состояния. В физиологии и психологии сложилась определенная система взглядов на проблему тревожности. Под тревожностью понимается: свойство личности, её индивидуальные реакции на стрессогенные факторы, которые сопровождаются повышенным чувством страха и неуверенности. Согласно концепции Ч. Д. Спилбергера, следует различать тревогу как состояние и тревожность как личностное свойство. Тревога – реакция на грозящую опасность, реальную или воображаемую, эмоциональное состояние безобъектного страха, характеризующееся неопределенным ощущением угрозы. Ситуативная или реактивная тревожность характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Тревожность – устойчивая индивидуальная психологическая характеристика, состоящая в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях, в том числе и тех, объективные характеристики которых к этому не предрасполагают [41].

Психологическое тестирование для выявления личностной и ситуативной (реактивной) тревожности у студентов проводилось нами с помощью шкалы самооценки, разработанной Ч.Д. Спилбергером (США) и адаптированной Ю.Л. Ханиным в 1976 году [41]. Данная методика выступает развернутой субъективной характеристикой личности и позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, то есть личностной. Предполагается, что человек способен оценить степень выраженности каждого признака, соотнося интенсивность внутреннего переживания с заданной оценочной шкалой.

Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

По уровню тревожности можно косвенно судить о развитости коммуникативных способностей и о коммуникативных проблемах, типе поведения для определения подверженности стрессам. Так, личностная тревожность (ЛТ) характеризует устойчивую склонность воспринимать многие ситуации как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги.

Если уровень ЛТ у человека достаточно высокий, то, вероятнее всего, проблемы коммуникативного характера проявляются у него в самых различных жизненных ситуациях. Оценка ЛТ обычно соотносится с главным вопросом о самочувствии.

Реактивная тревожность (РТ) характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Высокая РТ вызывает нарушение внимания, иногда тревожность прямо коррелирует с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. По РТ можно косвенно оценить самочувствие и степень выраженности психоэмоционального стресса в данный момент времени.

Используемая нами Шкала самооценки включает в себя 40 вопросов-суждений, 20 из которых предназначается для оценки РТ и 20 для оценки ЛТ. Испытуемого просят соотнести свои ощущения с рядом признаков, формулировка каждого из которых максимально сжата (Приложение 5).

Предлагается отметить степень своего согласия с каждым из суждений. Результаты оцениваются в баллах.

Показатели РТ и ЛТ вычисляются по формулам: $РТ = E1 - E2 + 35$, где $E1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $E2$ – сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$ЛТ = E1 - E2 + 35$, где $E1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $E2$ – сумма остальных цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Уровень тревожности интерпретировался следующим образом: до 30 баллов – низкая; 31-45 – умеренная; больше 46 баллов – высокая тревожность.

Результаты использовались в целях анализа эмоционального состояния студентов в различные периоды учебного процесса, для психокоррекционной деятельности и оценки динамики состояния тревоги.

2.1.3. Количественная оценка параметров качества жизни человека

Для понятия «качество жизни, связанное со здоровьем» принципиальными и основополагающими являются следующие три признака многомерность, изменяемость во времени (динамика во времени в зависимости от состояния пациента), участие больного в оценке собственного состояния (самооценка пациентом собственного состояния представляется в настоящее время особенно ценным показателем его общего состояния) [10].

Количественная оценка параметров качества жизни человека может быть проведена с использованием русской версии опросника SF-36, который,

являясь общим, позволяет оценивать качество жизни респондентов с различными нозологическими формами и обладает достаточно высокой чувствительностью (Приложение 6).

Опросник SF-36 обладает достаточно высокой чувствительностью и является кратким. Он содержит всего 36 вопросов, которые отражают 9 концепций (шкал) здоровья, что делает его применение весьма удобным

Критериями качества жизни по SF-36 являются:

— физическая активность - субъективная оценка респондентом объема своей повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время (чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить);

— роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности - субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем, за последние 4 недели (чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность);

— физическая боль - характеризует роль субъективных болевых ощущений респондента в ограничении его повседневной деятельности за последние 4 недели (чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевые ощущения влияют на его повседневную деятельность);

— общее восприятие здоровья - субъективная оценка респондентом общего состояния своего здоровья в настоящее время (чем выше показатель, тем выше респондент оценивает свое здоровье в целом);

— жизнеспособность - субъективная оценка респондентом своего жизненного тонуса (бодрость, энергия и др.) за последние 4 недели (чем выше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, то есть большую часть времени за последние 4 недели он ощущал себя бодрым и полным сил);

— социальная активность - субъективная оценка респондентом уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и

с другими коллективами за последние 4 недели (чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень своих социальных связей);

— роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности - субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, за последние 4 недели (чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, эмоциональное состояние влияет на его повседневную деятельность);

— психическое здоровье - субъективная оценка респондентом своего настроения (счастье, спокойствие, умиротворенность и др.) за последние 4 недели (чем выше показатель, тем лучше настроение было у респондента, то есть он большую часть времени за последние 4 недели чувствовал себя спокойным и умиротворенным);

— сравнение самочувствия с предыдущим годом - изменения оценки здоровья в течение последнего года.

2.1.4. Методы оценки координационных способностей

Координационные способности человека представляют совокупность множества двигательных координаций, обеспечивающих продуктивную двигательную деятельность, то есть умение целесообразно строить движение, управлять им и в случае необходимости быстро его перестраивать. И простые и сложные упражнения требуют координации. Чем тяжелее нарушение, тем грубее ошибки в координации [28].

Оценка простой двигательной реакции (тест «Ловля линейки»). Тест «Ловля линейки». Позволяет определить быстроту и стабильность моторно-сенсорного реагирования. Под реагирующей способностью понимается умение быстро отвечать на различные сигналы, перестраивать формы двигательных действий в соответствии с меняющимися внешними условиями. Схема тестирования: исходное положение испытуемого: стойка, сильнейшая рука согнута в локтевом суставе (угол 90 град.), ладонью внутрь,

пальцы выпрямлены. Экспериментатор устанавливает линейку длиной 40 см на расстоянии 1-2 см от ладони параллельно ее плоскости. Нулевая отметка линейки находится на уровне нижнего (наружного) края ладони. Экспериментатор без сигнала отпускает линейку. Перед испытуемым стоит задача как можно быстрее поймать падающую линейку. Измеряется расстояние в сантиметрах от нулевой отметки до нижнего края ладони. Определяется средний результат из трех попыток [29].

Результаты оценивали по 5-уровневой шкале (С. П. Евсеев, 2009):

- «высокий»- 4 и меньше см.
- «выше среднего»- 5-10- см.
- «средний» -11-22 см.
- «ниже среднего» - 23-29 см.
- «низкий» -30 и больше см.

Оценка способности к статическому равновесию (проба Ромберга 1,2,3). Рассматривают простую и усложненную пробу Ромберга. Простая проба, когда обследуемый стоит со сдвинутыми стопами, руки вперед, пальцы раздвинуты, глаза закрыты.

Усложненная проба более информативна. Обследуемый, сняв обувь, принимает исходное положение стойки на одной ноге, другая нога согнута коленом вперед и касается подошвенной поверхностью коленного сустава опорной ноги, руки вперед, пальцы раздвинуты, глаза закрыты.

При оценке пробы Ромберга обращается внимание на степень устойчивости (стоит неподвижно, покачивается), дрожание век и пальцев (тремор) и, главное, длительность сохранения равновесия. Сохранение устойчивой позы более 15 с без тремора оценивается — хорошо; небольшой тремор век и пальцев при удержании позы в течение 15 с — удовлетворительно; поза удерживается менее 15 с – неудовлетворительно [28].

2.1.5. Метод кистевой динамометрии

Представление о силовых возможностях испытуемого можно получить с помощью динамометрии. Используется для этого прибор динамометр, измеряющий силу сжатия мышц руки.

Кистевая динамометрия – измерение силы мышц-сгибателей пальцев. Динамометрия кисти выглядит как одномоментное максимальное воздействие на прибор мышечных волокон. При разогнутом предплечье исследуемый сжимает ручной динамометр одной кистью. Исследование проводится для обеих конечностей, после чего производится сравнение полученных данных. Для измерения сгибательной силы кисти используют метод кистевой динамометрии. Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку вытягивают в сторону на уровне плеча и максимально сжимают динамометр.

Проводятся по два измерения на каждой руке, фиксируется лучший результат.

Средние показатели силы правой кисти (если человек правша) у мужчин - 35 - 50 кг, у женщин - 25 - 33 кг, средние показатели силы левой кисти обычно на 5 - 10 кг меньше. Любой показатель силы обычно тесно связан с объемом мышечной массы, т.е. с массой тела. Поэтому при оценке результатов динамометрии важно учитывать как основную абсолютную силу, так и относительную, т.е. отнесенную к массе тела. Они выражаются в процентах. Для этого показатель силы правой кисти умножается на 100 и делится на показатель массы тела. Средние показатели относительной силы у мужчин - 60 -70% массы тела, у женщин - 45 - 50%., табл. 1.

Сила мышц. Силу мышц определяют по максимальному проявлению усилия, которое может развить группа мышц в определенных условиях. Обычно одновременно сокращается целая группа мышц, поэтому трудно точно определить работу каждой отдельной мышцы в суммарном проявлении силы, табл.2. Кроме того, в действии мышц участвуют костные рычаги [10].

Таблица 1

Схема оценки коэффициента силы кисти

Испытуемые	Значение показателя, %	Оценочный уровень
Мужчины	$K_{СК} < 70$	Малая сила
	$70 \leq K_{СК} < 75$	Средняя сила
	$K_{СК} \geq 75$	Большая сила
Женщины	$K_{СК} < 50$	Малая сила
	$50 \leq K_{СК} < 60$	Средняя сила
	$K_{СК} \geq 60$	Большая сила

Таблица 2

Средние значения изометрической силы мышечных групп в зависимости от возраста (кг)

Показатель	20 лет	25 лет	35 лет	45 лет	55 лет
Сила кисти					
У мужчин	55,9	59,9	58,5	55,6	51,6
У женщин	37,5	38,5	38,0	35,6	32,7

2.1.6. Метод оценки функционального состояния системы внешнего дыхания для определения устойчивости организма к гипоксии

Исследование системы внешнего дыхания представляет собой важный раздел изучения функционального состояния организма в целом.

Исследование системы внешнего дыхания широко используется при комплектовании медицинских групп в учебных заведениях, при занятиях физической культурой и контроле над эффективностью этих занятий. Функциональное состояние системы внешнего дыхания может быть оценено по данным функциональных проб для определения устойчивости организма к гипоксии, которые дают возможность оценить адаптацию человека к гипоксии и гипоксемии, в частности, скорость протекания обменных процессов и, таким путем, завершенность процессов срочного восстановления, а также устойчивость дыхательного центра к гипоксии. Для исследования и оценки функционального состояния системы внешнего

дыхания, выявления ее функциональных резервов и скрытых патологических нарушений проводят функциональные пробы с нагрузкой. В качестве нагрузки используют тесты с задержкой дыхания. Переносимость проб с задержкой дыхания отражает функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательных систем. В процессе задержки дыхания в крови возрастает содержание углекислого газа [36].

Оценка устойчивости организма к гипоксии (гипоксические пробы Штанге и Генче)

Проба Штанге – это функциональная проба, основанная на оценке продолжительности произвольного задержания дыхания после вдоха. Благодаря этой пробе можно в полной мере оценить состояние различных систем организма, в частности сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Проба с задержкой дыхания (асфиксией) выполняема в любой обстановке, проста, не требует аппаратуры и производится след. образом. При нарушенной функции сердечно-сосудистой системы (кровообращения) цифры задержки дыхания уже в покое низкие—15—20 сек. и ниже, а после нагрузки достигают часто 7—12 сек. и ниже.

Проба с задержкой дыхания во время вдоха (проба Штанге). Проба выполняется в положении сидя. Исследуемый должен сделать глубокий (но не максимальный) вдох и задержать дыхание как можно дольше (сжимая нос пальцами). Длительность времени задержки дыхания регистрируется секундомером. В момент выдоха секундомер останавливают. У здоровых, но нетренированных лиц время задержки дыхания колеблется в пределах 40-60 секунд у мужчин и 30-40 секунд у женщин. У спортсменов это время увеличивается до 60-120 секунд у мужчин и до 40-95 секунд у женщин [36].

Проба Генче заключается в регистрации продолжительности задержки дыхания после максимального выдоха (нос при этом зажимается пальцами). До проведения пробы у обследуемого дважды подсчитывается пульс за 30 сек в положении стоя. Дыхание задерживается на полном выдохе, который

обследуемый делает после трех дыханий на 3/4 глубины полного вдоха. У взрослых людей, не занимающихся спортом, в норме результаты пробы Генче составляют 20-40 секунд, у спортсменов - 40-60 секунд. При снижении устойчивости организма к гипоксии продолжительность задержки дыхания на вдохе и выдохе уменьшается [36].

2.2. Методы математической статистики

Материалы исследования подвергнуты математической обработке с помощью пакетов статистических программ Excel 5.0, Statistica for Windows 5.0. Результаты в таблицах представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). Величину уровня значимости различий (p) между значениями рассматриваемых показателей "до воздействия" и "после воздействия", в каждой группе обследуемых вычисляли с использованием непараметрических критериев Вилкоксона (Wilcoxon Matched Pairs Test). Различие считали значимым при $p \leq 0,05$.

Для сравнения количественных признаков в разных группах применялись критерии Манна-Уитни (Mann-Whitney UTest). Статистически значимыми считались различия при уровне значимости этих критериев, меньшем 0,01.

Применение непараметрических критериев объясняется невыполнением условий нормальности распределения данных, выявленных в результате проверки согласия распределения признаков в группах (использованы критерии Манни-Уитни).

2.3. Методы воздействия на уровень психического и физического развития студентов с отклонениями в состоянии здоровья

Занятия физической культурой со студентами специальной медицинской группы рассматриваются как эффективное средство вторичной

профилактики заболеваний. Физическое воспитание этих студентов носит не только оздоровительный, но и развивающий и поддерживающий характер.

Содержательная часть практических занятий физической культурой для студентов специальной медицинской группы заключается в освоении общеразвивающих, а также специальных упражнений и подвижных игр.

На практических занятиях для студентов I курса разучиваются и осваиваются наиболее простые виды общеразвивающих и специальных физических упражнений. На II курсе происходит овладение более сложными видами упражнений и играми.

Правильно организованные на занятиях физической культурой движения должны вызывать благоприятные психофизиологические сдвиги в организме занимающегося. Динамичность занятий со студентами специальной медицинской группы достигается не только перемещением занимающихся по залу, но и последовательным изменением степени напряжения мышц, а также амплитуды, скорости, направления и характера движений в упражнениях.

Для студентов специальных медицинских групп занятия лечебной физической культурой (ЛФК) проходят 2 раза в неделю (среда, суббота).

Продолжительность занятия ЛФК составляет - 90 мин. Занятие разбито на 3 части, подготовительная, основная, заключительная.

В подготовительную часть занятия ЛФК входит: построение, приветствие, сообщение задач. Затем предоставляется комплекс общеразвивающих упражнений [26, 31, 43].

В основной части вначале разучиваются новые двигательные действия или их элементы. Закрепление и совершенствование усвоенных ранее навыков проводится в середине или конце основной части урока. Упражнения, требующие проявления скоростных, скоростно-силовых качеств, тонкой координации движений, выполняют в начале основной части урока, а упражнения, связанные с силой и выносливостью - в конце.

Причем воспитание специальной выносливости, если она запланирована, осуществляется раньше, чем воспитание общей выносливости.

В заключительную часть занятия ЛФК входят, общеразвивающие игры, «Дартс», «Настольный теннис», «Бочче». Студенты выбирают каким игровым видом хотели бы заняться, делятся на группы самостоятельно. Инструктор ЛФК объясняет правила игры и обеспечивает контроль за качеством и безопасностью проведения игр с привлечением студентов старших курсов [33, 36].

Таким образом, подобранные методы исследования позволяют реализовать задачи исследования и возможность объективно судить о результатах выполненного исследования, что, в свою очередь, позволило изучить воздействие игровых технологий в сочетании с занятиями лечебной физической культурой на психическое состояние и физическое развитие студентов по состоянию здоровья, относящихся к специальной медицинской группе.

Глава 3. Результаты собственных исследований по изучению влияния подвижных игр на физическое и психическое состояние студентов с отклонениями в состоянии здоровья

Среди факторов, влияющих на рост заболеваемости и уровень физического развития молодежи, следует отметить дефицит двигательной активности и именно из-за этого отмечается ухудшение показателей физического развития студентов. Недостаток двигательной активности наблюдается среди значительного числа студентов [26].

3.1. Оценка уровня двигательной активности у студентов вуза

Исследование проведено при помощи анкетирования двигательной активности молодёжи (Драбик Ю., 2006 г.), (Приложение 3).

В ходе исследования структуры и содержания двигательной активности, было установлено, что среди студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья (n=36), по количеству времени, затрачиваемому на различные виды двигательной активности в свободное время, высокий уровень отмечался у 5,6% лиц (n=2), умеренный – 38,8% (n=14), лёгкий – 55,6% лиц (n=20), рис.1.

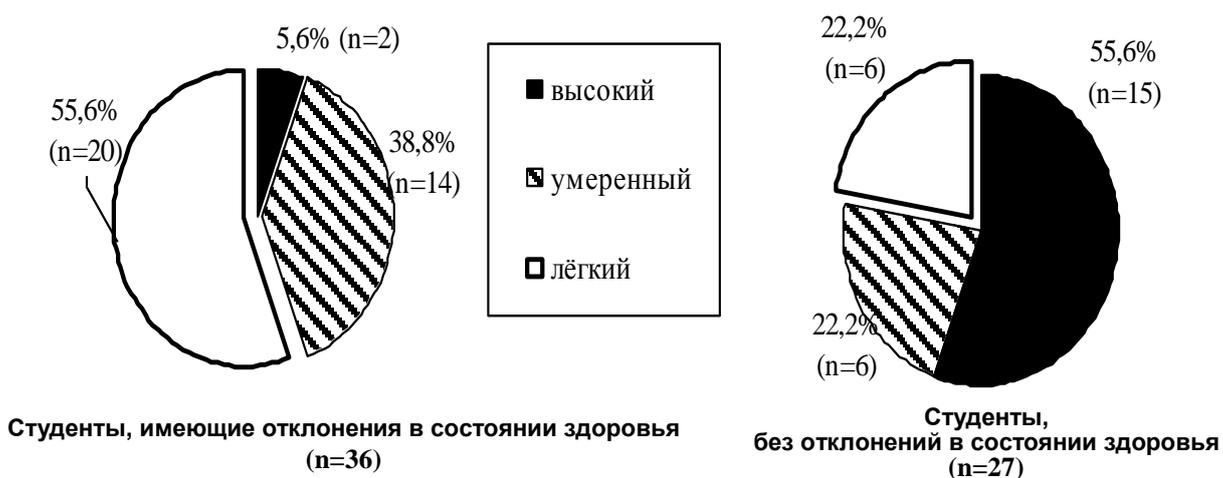


Рис. 1. Результаты оценки двигательной активности у студентов с различным уровнем здоровья (%)

Сравнение полученных данных анкетирования у студентов, не имеющих отклонений в состоянии здоровья (n=27) позволило установить статистически значимые различия, выражающиеся в высоком уровне двигательной активности у 55,6% лиц (n=15), умеренный – 22,2% (n=6), лёгкий – 22,2% лиц (n=6), рис. 1.

3.2. Исследование качества жизни студентов с различным уровнем здоровья

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Поскольку методология исследования качества жизни (КЖ) открывает уникальные возможности измерения ключевых составляющих здоровья человека: физического, психологического и социального функционирования в настоящем исследовании использовалась русская версия опросника SF-36, обладающая достаточно высокой чувствительностью.

На начальном этапе исследований, при качественной оценке параметров качества жизни исследуемых студентов с различным уровнем здоровья (n=80) установлено, что студенты по состоянию здоровья, относящиеся к специальной медицинской группе (n=53) по субъективному восприятию общего состояния своего здоровья как «посредственное» и «плохое» отмечали 52,8%, (n=28) и 5,7%, (n=3) лиц соответственно. Вместе с тем, сравнение самочувствия с предыдущим годом показало у большинства респондентов отсутствие изменений (n=27) и ухудшение в различной степени (n=14), что составило 51 % и 26,4 % соответственно.

Субъективная оценка объема своей повседневной физической нагрузки свидетельствует о значительных ограничениях, которые испытывают данные студенты при различных видах физической активности 75,5 % лиц (n=40) и в своей повседневной жизни 30,2 % (n=16).

Нарушение психологического благополучия у них чаще проявлялось в виде степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами у 50,9 % (n=27) опрошенных.

Сравнительный анализ показателей физического и психологического благополучия в группе студентов, не имеющих отклонений в состоянии здоровья (n=27), позволил установить результат, связанный с оценкой общего состояния своего здоровья как «хорошее» у 55,6% лиц, «очень хорошее» - 22,2% и «отличное» - 11,1%. При этом, практически никто не испытывал ограничений по выполнению различных видов физической активности (96,3 %) и не испытывали затруднений, связанных с физическим состоянием в повседневной жизни (66,7%), а также в эмоциональных состояниях (66,7%).

Таким образом, ограничения в состоянии здоровья оказывают влияние на физический и на психический компонент качества жизни студентов специальной медицинской группы, особенно ограничивая их физическую активность, снижая уровень общего, психологического здоровья.

3.3. Оценка психического состояния у студентов с различным уровнем здоровья

Оценка психического состояния (ПС) студентов проводилась по бланковой методике «Самочувствие - Активность – Настроение» (В.А. Доскин). В ходе исследования установлено следующее: у студентов специальной медицинской группы (СМГ), (n= 44) в 22,7% случаев (n=10), оценочный показатель соответствовал 54,10 ± 1,26 баллам (высокий); 38,66 ± 1,42 баллам (средний) - 56,8% лиц (n=25); 23,02 ± 0,86 баллам (низкий) - 20,5% (n=9). Средний групповой показатель «Самочувствие - Активность – Настроение» (САН) составил 38,48 ± 1,22 баллов (средний).

В группе исследуемых, не имеющих отклонений в состоянии здоровья (n=27) оценочный показатель соответствовал 52,42 ± 1,86 баллам (высокий)

у 66,7% лиц (n=18), $41,4 \pm 0,82$ баллу (средний) – у 33,3% (n=9). Групповой показатель САН – $51,02 \pm 0,44$ балл (высокий), рис. 2.

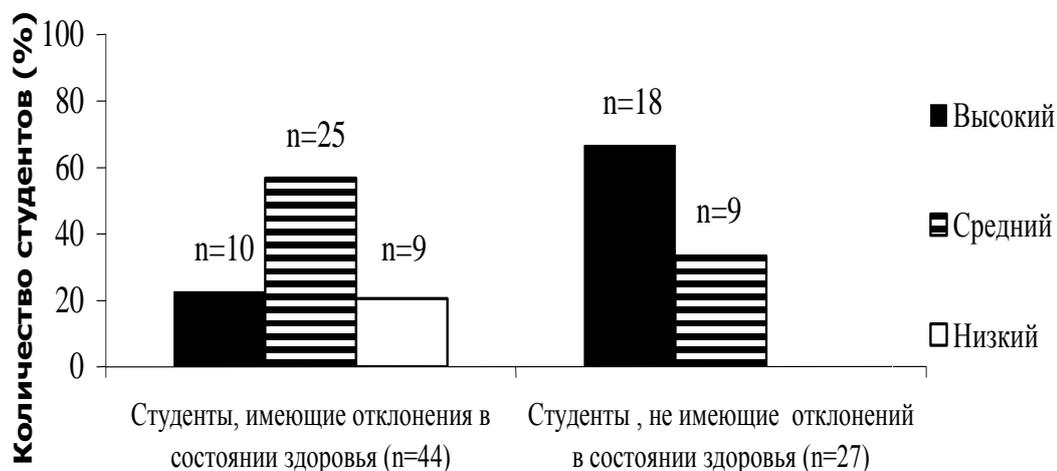


Рис. 2. Сравнительный анализ данных теста САН у студентов с различным уровнем здоровья

Таким образом, по результатам теста САН у студентов специальной медицинской группы (СМГ) отмечалось снижение данных ПС преимущественно по показателю «активность», который соответствовал $28,45 \pm 0,88$ баллам и отражал подвижность, скорость и темп протекания функций ($p < 0,05$), в сравнение со студентами, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, где низкие показатели САН не определялись [35].

Оценка уровня тревожности в группах исследования проводилась с помощью шкалы самооценки (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина) [42]. Данная методика выступает развернутой субъективной характеристикой личности и позволяет сделать существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности. В исследовании приняло участие 58 студентов.

В ходе сравнения уровня реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) в группах исследования установлено следующее:

В специальной медицинской группе (n=34) у 10 студентов, что составило 29,4 %, определялся высокий уровень РТ ($52,02 \pm 0,82$ балла), умеренный ($39,02 \pm 0,86$ баллов) – 70,6 %. При этом высокий уровень ЛТ

отмечался у 28 исследуемых (82,4%), что составило $52,27 \pm 1,34$ балла, умеренный ($39,64 \pm 0,42$ баллов) – 17,6%.

Групповой показатель РТ составил $40,72 \pm 2,15$ баллов (умеренный), ЛТ – $50,55 \pm 1,17$ баллов (высокий), что позволяет косвенно судить о самочувствии и степени выраженности психоэмоционального стресса на момент исследования и подверженности стрессам у данных студентов.

В группе студентов без отклонений в состоянии здоровья ($n=24$), у 4 студентов (16,7%) отмечался высокий уровень РТ ($54,31 \pm 1,14$ балла), умеренный ($35,04 \pm 0,48$ баллов) – 66,6 %, низкий ($22,02 \pm 0,04$ балла) При этом, высокий уровень ЛТ отмечался у 4 исследуемых (18,2 %), что составило $47,04 \pm 0,86$ баллов, умеренный ($36,78 \pm 1,26$ баллов) - 63,6%.

Групповой показатель РТ – $35,01 \pm 1,26$ баллов (умеренный), ЛТ – $36,33 \pm 1,26$ баллов (умеренный), что в сравнении с полученными результатами у студентов в СМГ имеет статистически значимое различие в показателях, характеризующих эмоциональное напряжение и реакции исследуемых на различные, чаще всего социально-психологические стрессоры, $p < 0,05$, рис.3.

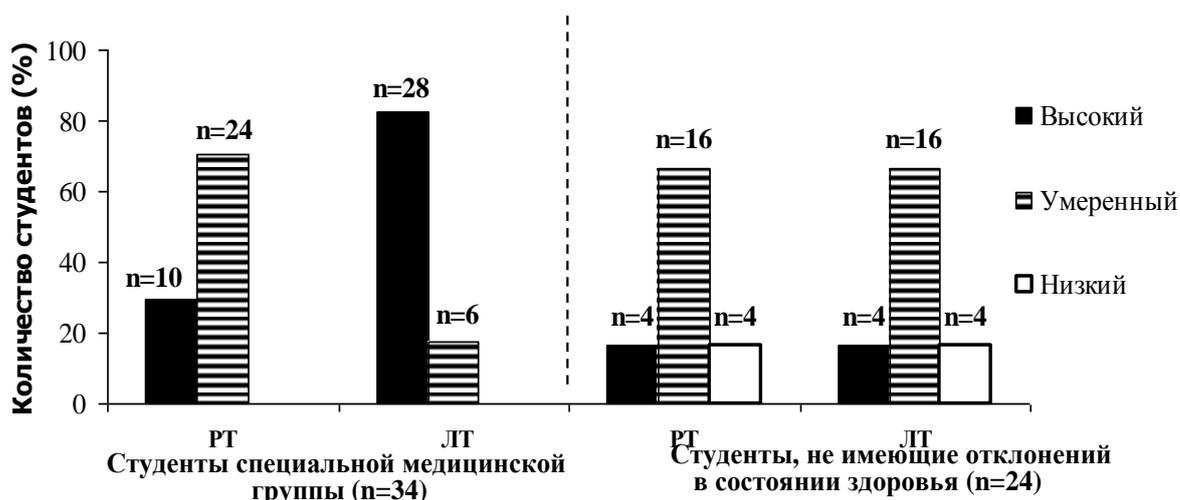


Рис. 3. Сравнительный анализ результатов Реактивной и Личностной тревожности у студентов с различным уровнем здоровья

3.4. Оценка функционального состояния дыхательной системы и определение устойчивости организма к гипоксии у студентов с различным уровнем здоровья

Исследование осуществлялась при помощи функциональных проб с нагрузкой (с задержкой дыхания) – Штанге, Генче [36]. Так, по данным пробы Штанге у студентов специальной медицинской группы (n=34) определялся показатель «ниже нормы» у 24 лиц (70,5%), что составило $26,12 \pm 1,66$ с. Среднее значение в группе составило $30,6 \pm 0,82$ с «ниже нормы». При этом у всех студентов, группы сравнения (n=24) этот показатель определялся как «норма» (100%). Среднее групповое значение составило $66,22 \pm 1,47$ с «норма».

По данным пробы Генче у студентов, относящихся к специальной медицинской группе (n=34) – выявлен показатель «ниже нормы» у 22 студентов (64%), что соответствовало $23,68 \pm 0,42$ с. Среднее значение в группе составило $26,04 \pm 0,92$ с «ниже нормы». У студентов, не имеющих отклонений в состоянии здоровья (n=24) определялась «норма» ($32,04 \pm 1,46$ с) в 100% случаев, (табл. 3).

Таблица 3

Результаты исследования устойчивости организма к гипоксии у студентов с различным уровнем здоровья

Пробы/Тесты	Студенты с отклонениями в состоянии здоровья (n = 34)		Студенты без отклонений в состоянии здоровья (n = 24)	
	Значение	Категория	Значение	Категория
Проба Штанге	$30,6 \pm 0,82$ с *	ниже нормы	$66,22 \pm 1,47$ с	норма
Проба Генче	$26,04 \pm 0,92$ с *	ниже нормы	$32,04 \pm 1,46$ с	норма

Примечание: * – достоверность различий в группах наблюдения ($p < 0,05$)

Гендерные различия в функциональной устойчивости респираторной системы не были выявлены.

Таким образом, полученные данные указывают низкую устойчивость к кислородной недостаточности у студентов, которые по уровню здоровья,

относятся к специальной медицинской группе, что свидетельствует о снижении функциональных резервов организма у них.

3.5. Результаты оценки координационных способностей у студентов с различным уровнем здоровья

3.5.1. Оценка способности к статическому равновесию

В ходе применения пробы Ромберга 1,2,3, по полученным данным были выявлены самые низкие результаты по пробе Ромберга 3.

В исследовании принимали участие 80 студентов.

По данным пробы Ромберга (поза № 3) установлено:

1. У студентов, по состоянию здоровья, относящихся к специальной медицинской группе (n = 53) – определялся показатель «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» у 45 студентов, что составило 11,3 % и 73,6 % соответственно.

Среднее значение в группе составило $10,76 \pm 1,02$ с «неудовлетворительно».

2. У студентов (n = 27), не имеющих отклонений в состоянии здоровья (группа сравнения) определялся показатель «неудовлетворительно» у 9 человек (33,3 %), что составило $6,02 \pm 0,66$ с, при этом «удовлетворительно» - 66,7% студентов. Среднее значение в группе составило $12,46 \pm 0,28$ с. «неудовлетворительно».

3.5.2. Оценка быстроты и стабильности моторно-сенсорного реагирования по тесту «Ловля линейки»

По данным тестирования установлено:

1. У студентов СМГ (n = 53) отмечался высокий оценочный показатель (50,9%), средний (26,4 %), низкий (22,7 %), что указывает на сниженные

быстроты реагирования у них. Среднее значение по группе составило $12,12 \pm 0,66$ см (средний).

2. У студентов группы сравнения ($n=27$) отмечался высокий оценочный показатель (26 %), средний (74 %). Среднее значение по группе составило $6,22 \pm 0,84$ см – «выше среднего» (табл. 4).

Таблица 4

Результаты оценки координационных способностей студентов с различным уровнем здоровья

Пробы/Тесты	Студенты с отклонениями в состоянии здоровья ($n=53$)		Студенты без отклонений в состоянии здоровья ($n=27$)	
Проба Ромберга 3	$10,76 \pm 1,02$ с	Неудовлетв.	$10,4 \pm 0,04$ с	Неудовлетв.
Тест «Ловля линейки»	$12,12 \pm 0,66$ см	Средний	$6,22 \pm 0,84$ см	Выше среднего

3.6. Результаты кистевой динамометрии у студентов с различным уровнем здоровья

В исследовании принимали участие 69 студентов, в том числе студенты с отклонениями в состоянии здоровья ($n=42$) и студенты без отклонений в состоянии здоровья ($n=27$).

По данным тестирования силы мышц кисти установлено:

1. У студентов специальной медицинской группы отмечался показатель соответствующий норме у 11,9% лиц. Среднее значение в группе составило $27,5 \pm 0,33$ кг (ниже нормы).

2. У студентов 3-й группы отмечался оценочный показатель соответствующий норме у 55,6 % исследуемых, средний (29,6%), низкий (26%). Среднее значение в группе составило: юноши - $52,02 \pm 0,84$ кг, девушки - $30,7 \pm 1,22$ кг.

3.7. Оценка влияния занятий лечебной физической культурой в сочетании с подвижными играми на показатели качества жизни студентов специальной медицинской группы

Данные исследования качества жизни (КЖ) позволили установить следующее: У студентов основной группы (n=24), отмечены незначительные изменения по шкалам качества жизни. Так, по субъективному восприятию общего состояния своего здоровья как «посредственное» указали 50% студентов (n=12). Вместе с тем, сравнение ими самочувствия с предыдущим годом показало снижение количества исследуемых, указывающих на ухудшение здоровья с 87,5 % (n=21) до 66,7 % (n=16).

Количество опрошенных испытывали ограничения при различных видах физических нагрузок составило 50% (n=12), в том числе «значительные и незначительные ограничения» отмечало 16,7% и 33,3% лиц соответственно, в сравнении с данными опроса на начало исследований, где доля «значительных ограничений» в этой группе студентов составляла 41,7% (n=10).

Также физическое состояние, оцениваемое студентами этой группы позволило установить затруднения, которые они испытывали при выполнении обычной повседневной работы в 50% случаев (n=12), и не имеет значимых различий в сравнении с аналогичными данными, полученными на начальном этапе исследования (n=12).

Степень ограничения своей повседневной деятельности, а именно «пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела; выполнили меньше, чем хотели и т.п.» обусловленной эмоциональными проблемами отмечено 45,8 % (n=11) опрошенными.

Опрошенные студенты основной группы, в 50% случаев отметили, что физическое и эмоциональное состояние мешало им общаться с людьми.

По результатам анкетирования студентов контрольной группы, включающим как физический, так и психологический компонент здоровья значимых изменений не наблюдалось.

Сравнительный анализ данных исследования шкал качества жизни (КЖ) у студентов в обеих группах позволил выявить отличия по оценке влияния физического или эмоционального состояния на качество общения с семьей, где показатель «совсем не мешали» отмечали только студенты первой группы 33,3 % (n=8), «сильно мешали» – отмечали только студ. 2-й группы 17,2% (n=5), «умеренно» - 50% (n=12) и 82,7% (n=24) соответственно.

3.8. Оценка влияния занятий лечебной физической культурой в сочетании с подвижными играми на показатели психического состояния студентов специальной медицинской группы

Анализ полученных данных по показателям опросника «Самочувствие Активность Настроение» (В.А. Доскин) в основной и контрольной группах, на протяжении исследования позволил установить, что в первой группе наблюдалась тенденция к улучшению показателей ПС, выражающаяся в изменении среднего группового результата с $36,88 \pm 1,46$ баллов (средний) до $43,24 \pm 1,62$ баллов (средний). При этом у студентов второй группы изменений не наблюдалось, по окончании исследований средний групповой показатель у них составил $38,63 \pm 1,82$ баллов (средний), рис. 4 5.

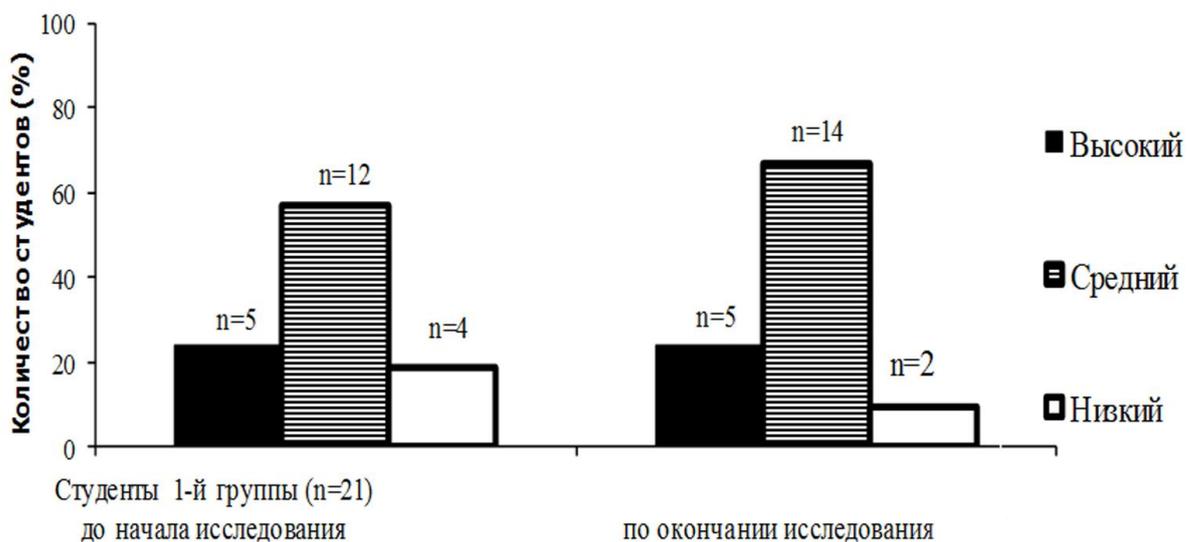


Рис. 4. Сравнительная оценка результатов исследования САН у студентов основной группы до и после исследования

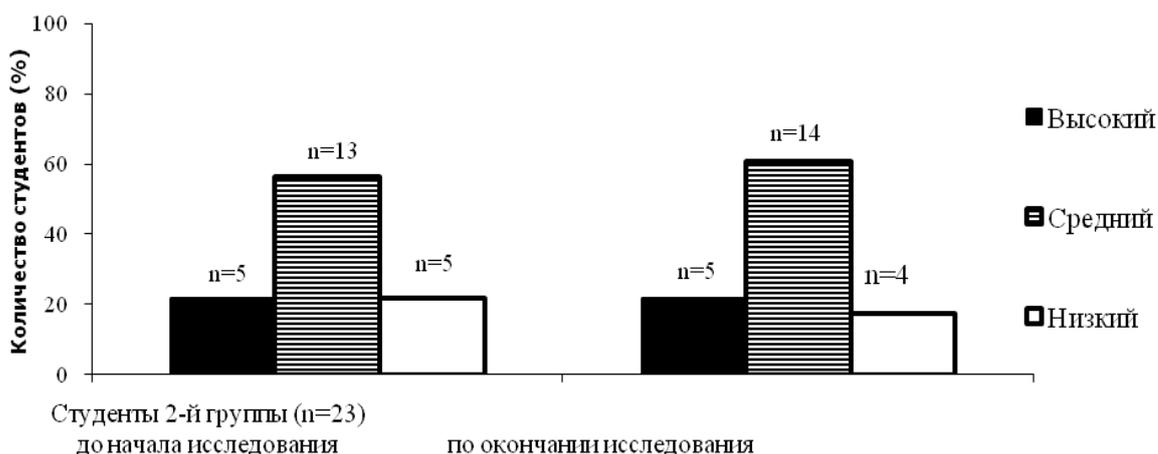


Рис. 5. Сравнительная оценка результатов исследования САН у студентов контрольной группы до и после исследования

Результаты исследования уровня тревожности по окончании исследования (шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина) у студентов, по состоянию здоровья, относящихся к специальной медицинской группе, показали различия по показателям реактивной и личностной тревожности, где средние групповые результаты составили:

В основной группе (n=16) наблюдались изменения среднего группового показателя РТ с $40,36 \pm 0,64$ (умеренный) до $31,02 \pm 0,44$ баллов

(умеренный): при этом у четверых студентов (25%) сохранялся высокий уровень; у 75% (n=12) - умеренный.

Наблюдались статистически значимые изменения среднего группового показателя ЛТ - с $50,02 \pm 1,04$ (высокий) до $42,46 \pm 1,16$ (умеренный), $p < 0,05$.

Количество студентов с высоким уровнем ЛТ уменьшилось с 81,3% (n=13) до 62,5% (n=10), при этом количество студентов с умеренным уровнем ЛТ увеличилось с 18,7% (n=3) до 37,5% (n=6), рис. 6.

Во второй группе исследуемых (n=18) изменения среднего группового показателя РТ статистически не значимо и составило $40,42 \pm 0,63$ баллов (умеренный), $p > 0,05$.

Вместе с тем в данной группе студентов происходили изменения по показателю ЛТ среднее групповое значение которого изменилось с $48,08 \pm 0,32$ (высокий) до $50,78 \pm 1,26$ (высокий), что характеризует выраженность психоэмоционального напряжения на момент исследования и подверженность стрессам у них, рис. 6.

Анализируя полученные результаты в сравнении с третьей группой студентов (без отклонений в состоянии здоровья), где результаты оставались прежними и имело место статистически значимое различие в показателях ЛТ, что и подтверждается литературными источниками, $p < 0,05$ (рис. 6).



Рис. 6. Сравнительная характеристика результатов в группах наблюдения по показателю ЛТ по окончании эксперимента

3.9. Оценка влияния занятий лечебной физической культурой в сочетании с подвижными играми на показатели устойчивости организма к гипоксии у исследуемых

В ходе проведенного исследования, по показателям пробы Штанге установлено следующее:

В основной группе (n=22) наблюдалось изменение среднего группового показателя с $30,6 \pm 0,82$ «ниже нормы» до $54,61 \pm 0,82$ с «норма».

В контрольной группе (n=12) по данным пробы Штанге значимых изменений не происходило и соответствовало оценочному показателю «ниже нормы» что составило $29,12 \pm 1,66$ с «ниже нормы».

При этом у всех студентов группы сравнения (n=24) данный показатель соответствовал «норме». Среднее групповое значение составило $66,22 \pm 1,47$ с «норма».

По данным пробы Генче у студентов, относящихся к специальной медицинской группе (СМГ) результаты показали следующее:

В основной группе (n=22) наблюдалась тенденция в улучшении среднего группового показателя незначимы - с $23,68 \pm 0,42$ «ниже нормы» до $30,07 \pm 0,92$ с «ниже нормы», $p > 0,05$.

В контрольной группе (n=20) изменения среднего группового значения с $26,04 \pm 0,92$ «ниже нормы» до $31,04 \pm 1,46$ с. «ниже нормы», $p > 0,05$ (рис. 7).

У студентов, не имеющих отклонений в состоянии здоровья (n=24) оценочный показатель оставался на прежнем уровне и соответствовал $32,04 \pm 1,46$ с «норма», табл. 5.

Таблица 5

Сравнительный анализ результатов устойчивости организма к гипоксии у студентов в группах наблюдения по окончании исследования

Исследуемые / Функциональные пробы	Первая группа (n=22)		Вторая группа (n=20)		Третья группа (n=24)	
	Начало исследования	Окончание	Начало исследования	Окончание	Начало исследования	Окончание
Штанге	$30,6 \pm 0,82$ с ниже нормы	$54,61 \pm 0,82$ * норма	$30,6 \pm 0,82$ с ниже нормы	$29,12 \pm 1,66$ с ниже нормы	$64,51 \pm 0,82$ с норма	$66,22 \pm 1,47$ с норма
Генче	$23,68 \pm 0,42$ с ниже нормы	$30,07 \pm 0,92$ с ниже нормы	$26,04 \pm 0,92$ с ниже нормы	$31,04 \pm 1,46$ с ниже нормы	$32,61 \pm 0,82$ с норма	$32,04 \pm 1,46$ с норма

Примечание: * – достоверность различий в группах наблюдения ($p < 0,05$)

3.10. Оценка влияния занятий лечебной физической культурой в сочетании с подвижными играми на уровень развития физических качеств студентов специальной медицинской группы

3.10.1. Оценка способности к статическому равновесию

По данным пробы Ромберга 3 установлено:

В основной группе (n=24) – количество студентов, у которых определялся «неудовлетворительный» показатель устойчивости к статическому равновесию уменьшилось с 70,8 % (n = 17) до 50 % (n = 12).

Среднее значение в группе изменилось с $10,76 \pm 1,02$ до $12,4 \pm 0,04$ с «неудовлетворительно», $p > 0,05$.

В группе контроля ($n=18$) – количество студентов, у которых определялся «неудовлетворительный» показатель устойчивости к статическому равновесию с $72,2\%$ ($n=13$) до $66,7\%$ ($n=12$). Среднее значение в группе не имело значимых различий и составило $9,22 \pm 0,66$ «неудовлетворительно», $p > 0,05$, табл. 6.

3.10.2. Оценка быстроты и стабильности моторно-сенсорного реагирования по тесту «Ловля линейки»

По данным тестирования установлено:

В основной группе ($n=24$) – количество студентов, у которых определялся средний оценочный показатель. Среднее значение в группе изменилось с $12,12 \pm 0,66$ см до $16,7 \pm 0,66$ см (среднее)

В группе контроля ($n=18$) – количество студентов, у которых отмечался показатель «выше среднего». Среднее значение в группе не имело значимых различий и составило $6,22 \pm 0,84$ «выше среднего», $p > 0,05$, табл.6.

Таблица 6

Сравнительный анализ результатов координационных способностей студентов в группах наблюдения по окончании исследования

Исследуемые / Функциональ ные пробы	Первая группа ($n=24$)		Вторая группа ($n=20$)		Третья группа ($n=27$)	
	Начало исследования	Окончание	Начало исследования	Окончание	Начало исследования	Окончание
Проба Ромбега 3 (секунды)	$10,76 \pm 1,02$ (Неудовл)	$12,4 \pm 0,04$ (Неудовл)	$10,04 \pm 1,02$ (Неудовл)	$11,34 \pm 0,16$ (Неудовл)	$10,34 \pm 0,92$ (Неудовл)	$9,22 \pm 0,66$ (Неудовл)
тест «Ловля линейки» (см)	$12,20 \pm 0,46$ (Средний)	$16,07 \pm 0,82$ (Средний)	$12,12 \pm 0,64$ (Средний)	$17,07 \pm 0,41$ (Средний)	$6,22 \pm 0,84$ Выше среднего	$6,02 \pm 0,24$ Выше среднего

Примечание: * – достоверность различий в группах наблюдения ($p < 0,05$)

3.10.3. Результаты кистевой динамометрии

По данным оценки силы мышц кисти установлено:

1. В первой группе по данным тестирования учащихся специальной медицинской группы (n=22) исследуемых отмечался оценочный показатель, соответствующий норме - 29%. Среднее значение по группе изменилось с $26,48 \pm 0,83$ кг (ниже нормы). до $29,5 \pm 0,66$ кг (ниже нормы), $p > 0,05$.

2. Во 2-ой группе по данным тестирования (n=20) значимых изменений по изучаемому показателю не происходило. Среднее значение по группе составило $27,04 \pm 0,12$ кг.

3. У студентов контрольной группы проводилась оценка силы мышц кисти. По данным тестирования у (n=18) исследуемых отмечался оценочный показатель на прежнем уровне.

Заключение

У здравоохранения и просвещения нет более важной задачи, чем поиск путей сохранения и укрепления здоровья учащейся молодежи. В укреплении здоровья населения, гармоничном развитии личности, в подготовке молодежи к труду резко возрастает значение физической культуры и спорта, внедрения их в повседневную жизнь каждого человека.

Уровень здоровья тесно связан с уровнем двигательной активности и физической подготовленности человека. Поэтому уроки физической культуры, которые для основной массы студентов являются единственным средством увеличения двигательной активности, приобретают большую значимость для укрепления и сохранения здоровья молодого поколения.

Наряду с ростом заболеваемости, у студентов отмечается ухудшение показателей физического здоровья, их несоответствие общепринятым нормам. Среди факторов влияющих на рост заболеваемости студентов и низкий уровень физического развития, следует отметить дефицит двигательной активности.

В зависимости от состояния здоровья необходима различная физическая нагрузка. Существует ряд заболеваний, при которых физическая нагрузка на организм должна быть строго дозирована и некоторые физические упражнения не рекомендуется выполнять без консультации с врачом. Но значение физической активности нельзя недооценивать, поэтому студентам, освобождённым от занятий физкультурой в общей группе рекомендуется заниматься в специальной медицинской группе или посещать занятия ЛФК.

Среди актуальных проблем физического воспитания значительное место занимает такая специфическая проблема, как развитие основных физических (двигательных) качеств. Важную роль здесь играют пути их развития и совершенствования.

На современном этапе для лиц с ограничениями в состоянии здоровья популярными стали различные виды двигательной деятельности, обладающие такими качествами как безопасность, отсутствие чрезмерного напряжения и коррекционно-развивающая направленность.

К ним относятся такие подвижные игры как «Дартс», «настольный теннис», «Бочче».

Актуальность проблемы обусловила выбор цели и постановки задач для её реализации. Организация исследования подобранные методы исследования адекватно обеспечили получение данных об уровне функционального состояния организма и физических качеств студентов с отклонениями в состоянии здоровья.

Полученные данные указывают на снижение физической подготовленности и сниженные показатели функционального состояния организма у студентов в специальной медицинской группе, что ир подтверждается данными научной и методической литературы. Использование подвижных игр на занятиях лечебной физической культурой благоприятно влияет на развитие изучаемых показателей координационных способностей и функциональное состояние организма по данным исследования устойчивости организма к гипоксии.

Выводы

1. Анализ литературных источников показал, что здоровье студентов – это недостаточно изученный аспект их жизни и входит число проблем высшей школы. Тенденции в этой сфере за последние десятилетия свидетельствуют о системном ухудшении, связанном как с организацией охраны здоровья студентов, так и с изменениями в их образе жизни.

2. Установлено, что у исследуемых студентов с отклонениями в состоянии здоровья снижены показатели относительно нормы: уровень двигательной активности у 55,6 % лиц; устойчивость организма к гипоксии у 70,5% лиц (задержка дыхания на вдохе); способность к статическому равновесию – 73,6%; стабильность моторно-сенсорного реагирования – 22,7%; уровень силы мышц кисти - 88,1%, что соответствует данным современных литературных источников по проблеме здоровья учащейся молодёжи.

3. Показано, что в группе студентов, занимающихся лечебной физической культурой в сочетании с комплексом подвижных игр изучаемые показатели физической подготовленности и функционального состояния организма в сравнении со студентами, занимающихся только лечебной физической культурой получены статистически значимые улучшения по показателям: ЛТ - с $50,02 \pm 1,04$ (высокий) до $42,46 \pm 1,16$ (умеренный), $p < 0,05$. Количество студентов с высоким уровнем ЛТ уменьшилось с 81,3% ($n = 13$) до 62,5% ($n = 10$), при этом количество студентов с умеренным уровнем ЛТ увеличилось с 18,7% до 37,5%.

Наблюдалась тенденция к улучшению по показателям психического состояния (опросник САН) и функции внешнего дыхания (устойчивость организма к гипоксии – проба Генче).

Количество опрошенных, испытывающих ограничения при различных видах физических нагрузок, где доля «значительных ограничений» изменилось с 41,7% до 16,7%. Вместе с тем, сравнение ими самочувствия с предыдущим годом показало снижение количества исследуемых, указывающих на ухудшение здоровья с 87,5 % до 66,7 %. При сравнении с студентами группы контроля - изменений по исследуемым показателям не имели значимых изменений, что подтверждает выдвинутую гипотезу..

Библиографический список

1. Абызова Т.В. Комплексная оценка и коррекция адаптационных возможностей организма студентов с различным уровнем двигательной активности: Автореф. дис...канд. биол. наук Москва, 2011. – 24 с..
2. Агаджанян, Н.А. Здоровье студентов / Н.А. Агаджанян. – М.: Россия, 1997. – 200 с.
3. Агаджанян, Н.А. Проблемы адаптации и учение о здоровье / Н.А. Агаджанян, А.П. Берсенева. – М : Изд-во РУНД, 2006. – 284 с.
4. Апанасенко, Г.Л. Медицинская валеология / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова. – М.: Изд-во Феникс, 2000. – 244 с.
5. Бабенкова Е. А. Как помочь детям стать здоровыми: Методическое пособие / Е. А. Бабенкова. – М.: ООО «Издательство Астрель» : ООО «Издательство АСТ», 2013. – 206 с.
6. Баль Л. В. Барканова С. В. Формирование здорового образа жизни российских подростков: Для классных руководителей 5 – 9 класс: Учебно – методическое пособие – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2013. – 192 с.
7. Бальсевич В. К. Физическая культура: молодежь и современность // Теория и практика физической культуры. 1995. № 4. С. 2–4.
8. Барчукова Г.В. Теория и методика настольного тенниса: учебник для студ. высш. учеб. заведений / Г.В. Барчукова, В.М.М. Богушас, О.В. Матыцин; под ред. Г.В. Барчуковой. - М.: Издательский центр "Академия", 2006. - 226 с.
9. Башмаков В. П. «Особенности занятий со студентами в специальных медицинских и др».; СПбГАСУ. – СПб.,2011. – 52 с.
10. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М. : Антидор, 2002. – С. 71-76.

- 11.Березовская Р. А., Никифоров Г. С. Отношение к здоровью // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб.2008-226с.
- 12.Богатырев, В.С. Исследование состояния здоровья студентов / В.С. Богатырев // Матер. Сателлитного симпозиума XX Съезда физиологов России «Экология и здоровье». – М.: РУДН, 2007. - С.14-17.
- 13.Богданова Л.П. «Физическое воспитание студентов специальной медицинской группы», Самара Издательство СГАУ 2010.- 65 с.
- 14.Бойко. О.Я, Рукавишникова Л. Н. Настольный теннис. Программа спортивного мастерства. Методическое пособие для тренеров Специальной Олимпиады . - Екб.; ОО ДИСПО-центр, 2010. – 118 с.
- 15.Бубновский С.М. 100 лет активной жизни, или Секреты здорового долголетия; 1000 ответов на вопросы, как вернуть здоровье/ Сергей Бубновский.- Москва: Издательство « Э», 2016.-448с.
- 16.Булич Э. Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах.- М.: ФиС, 1986.-255 с.
- 17.Виленский М.Я. Физическая культура. Методические рекомендации. 2014.-142 с.
- 18.Гамидова С. К. Содержание и направленность физкультурно-оздоровительных занятий / Гамидова Светлана Константиновна ; [Смол. гос. акад. физ. культуры, спорта и туризма]. - Смоленск, 2012. - 19 с.
- 19.Гамидова С. К. Содержание и направленность физкультурно-оздоровительных занятий / Гамидова Светлана Константиновна ; [Смол. гос. акад. физ. культуры, спорта и туризма]. - Смоленск, 2012. - 19 с.Еремушкин М. А. Двигательная активность и здоровье. От лечебной гимнастик до паркура. Издательство: Спорт, 2016. – 166 с.
- 20.Герасимова Т. В. Формирование навыков здорового способа жизни методами оздоровительной физической культуры // Педагогика,

- психология и медико-биол. проблемы физич. воспитания и спорта. – 2009. - № 10. – С. 25-27
21. Давиденко Д.Н., Щедрин Ю.Н., Щеголев В.А. Здоровье и образ жизни студентов / Под. общ. ред. проф. Д.Н. Давиденко: Учебное пособие. – СПб.: СПбГУИТМО, 2005. – 124 с.
22. Журавлева И.В. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред.; 346 Институт социологии РАН. – М., 2012. – С. 252
23. Иванов И. В. Оздоровительная профессионально-прикладная физическая культура : учеб. пособие / И. В. Иванов, А. И. Чистотин ; Федер. агентство по образованию Рос. Федерации, Новосиб. гос. архит.- строит. ун-т (Сибстрин) - Новосибирск : Новосиб. гос. архитектурно-строит. ун-т, 2006. - 56 с.
24. Кирпиченков А. А. Оздоровительно-развивающие занятия на основе комплексного применения физических упражнений. - Смоленск, 2012. - 21 с.
25. Курамшин Ю.Ф. Теория и методика физической культуры М.: Советский спорт, 2010. — 320 с.
26. Латышева, О.А.Л 278 Особенности занятий со студентами в специальных медицинских группах [Текст]: метод. указания / О.А. Латышева. – Новосибирск: СГГА, 2007.– 51 с.
27. Литвинова О. П. Влияние оздоровительной аэробики на развитие двигательных качеств // Педагогика, психология и медико-биол. проблемы физич. воспитания и спорта. – 2009. - № 10. – С. 118-121
28. Лях В.И. Координационно-двигательное совершенствование в физическом воспитании и спорте: история, теория, экспериментальные исследования / В.И. Лях // Теория и практика физ. культуры. – 2005. – № 11. – С. 16–23.

- 29.Лях В.И. Физическая культура. Тестовый контроль. Пособие для учителей общеобразоват. Организаций- 3 издан., перераб.и доп. – М.: Просвещение 2014.-208 с.
- 30.Манаев А.А. Практикум для увеличения двигательной активности учащихся. Спортивные часы, подвижные игры, физкультминутки: 2015.- 66с.
- 31.Махперова.Х. И. Физическая культура в помощь студентам медицинской группы: Учеб. пособие. – Алматы: КазНТУ, 2009. – 95 с.
- 32.Мельникова С.Л., Субочева Е.С., Мельников В.В. показатели физического развития здоровых девушек проживающих в // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5-2. – С. 328-332;
- 33.Митриченко Р. Х. Модель организации рекреационных занятий физической культурой. - Волгоград, 2012. - 26 с.
- 34.Московченко А.Е. Дартс. Учебное пособие для студентов.- Пермь «Прикамский социальный институт»,2012-16с.
- 35.Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
- 36.Ольховская Е.А. Исследование функции внешнего дыхания Медицинская литература. Издательства: НГМА: 2015. – 60 с.
- 37.Полевщиков М. М. Бочче. Официальные правила игры и проведения соревнований Специальной Олимпиады России – М.: БППиСУ «Специальная Олимпиада России», 2005. – 30 с.
- 38.Резенькова О.В., Шаталова И.Е., Лукина Л.Б Физическая Культура Студентов Специальных Медицинских Групп. Учебное Пособие..., МЦНИП 2013 г.-29с.
- 39.Свечкарёв В. Г. Использование машины адаптивного воздействия в практике оздоровительной физической культуры / В. Г. Свечкарёв, В. В. Гурин // Кубан. науч. мед. вестн. - 2006. - № 11. - С. 76-78

40. Сомов Д. С. Теория и методология реализации здоровьесбережения в условиях современного вуза. – М. Изд-во УРАО, 2012. – 265 с.
41. Социально-биологические аспекты оздоровительной и адаптивной физической культуры. - Новосибирск : НИПКИПРО, 2007. - 120 с.
42. Спилбергер, Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Ч.Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте : междунар. сб. научн. ст. / сост. Ю.Л. Ханин. – М. : ФиС, 1983. – С. 12-24..
43. Тимошина И. Н. Физкультурное образование учащихся специальных медицинских групп общеобразовательных учреждений [Текст]: Монография / И.Н. Тимошина. – М.: Научно-издательский центр «Теория и практика физической культуры и спорта», 2006. – 138 с.
44. Тимошина И.Н. «Теория методическое пособие. / О.А. Латышева. – Новосибирск: СГГА, – М.: Научно_издательский центр. 2007.– 51 с.
45. Ушакова Я. В.. Студенчество: проблемы здорового образа жизни. – Нижний Новгород: НИСОЦ, 2009. – 184 с.
46. Ципин Л. Л. Научно-методические основы занятий оздоровительными физическими упражнениями : учеб. пособие / Л. Л. Ципин. – СПб. : Копи-Р Групп, 2012. - 103 с.
47. Шаповаленко И. В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). – М.: Гардарики, 2011. – 349 с.
48. Шкалы, тесты, и опросники в медицинской реабилитации: под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. — М.: Антидор, 2002 г. — 440 с.
49. Щербин Д. В. Анализ эффективности использования средств оздоровительной физической культуры в системе трудового дня / Д. В. Щербин, Н. П. Подскребышева // Культура физическая и здоровье. - 2011. - № 6. - С. 62-66.

Словарь терминов

Физическое здоровье	состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.
Физическое состояние	интегральный статический показатель наиважнейших антропометрических признаков на время обследования
Физическое развитие	<p>процесс модификации форм и функций организма у людей под воздействием условий жизни и воспитания или ход становления, формирования и последующего видоизменения в течении жизни индивидуума морфофункциональных свойств его организма и созданных на них физических качества и способности.</p> <p>Физическое развитие. Это процесс становления, формирования и последующего изменения на протяжении жизни индивидуума морфофункциональных свойств его организма и основанных на них физических качеств и способностей.</p>
Физическая подготовка	<p>процесс воспитания физических качеств и овладения жизненно важными движениями.</p> <p>Термин «физическая подготовка» подчеркивает прикладную направленность физического воспитания к трудовой или иной деятельности.</p>
Физические качества	совокупность биологических и психических свойств личности человека, выражающие его физическую готовность осуществлять активные двигательные действия
Психическое состояние	один из возможных режимов жизнедеятельности человека, на физиологическом уровне отличающийся определёнными энергетическими характеристиками, а на психологическом уровне — системой психологических фильтров, обеспечивающих специфическое восприятие окружающего мира
Качество жизни	обозначающее оценку некоторого набора условий и характеристик жизни человека, обычно основанную на его собственной степени удовлетворённости этими условиями и характеристиками. Оно является более широким, чем материальная обеспеченность (уровень жизни), и включает также такие объективные и

	субъективные факторы, как состояние здоровья, ожидаемая продолжительность жизни, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт, социальное окружение, удовлетворение культурных и духовных потребностей, психологический комфорт и т. п
Здоровье	состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни. Здоровье — нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальный ход биологических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству
Двигательная активность	это вид деятельности человека, при котором активация обменных процессов в скелетных мышцах обеспечивает их сокращение и перемещение человеческого тела или его частей в пространстве
Подвижная игра	Подвижная игра - это сознательная, активная деятельность ребенка, характеризующаяся точным и своевременным выполнением заданий, связанных с обязательными для всех играющих правилами. По определению П.Ф.Лесгафта, подвижная игра является упражнением, посредством которого ребенок готовится к жизни. Увлекательное содержание, эмоциональная насыщенность игры побуждают ребенка к определенным умственным и физическим усилиям.
Физическое воспитание	вид воспитания, специфическим содержанием которого являются обучение движениям, воспитание физических качеств, овладение специальными физкультурными знаниями и формирование осознанной потребности в физкультурных занятиях.

Организация и правила игры «Бочче»

Площадка и оборудование. Площадка. Ширина-3.66 метров (12 шагов) Длинна-18, 29 метров (60 шагов) [14].

Поверхность для Бочче может быть из камня, глины, грязи, травы или сделана из искусственного покрытия, при условии отсутствия постоянного или временного препятствия на площадке, которое может мешать прямой подаче мяча из любого положения. Стенки площадки бывают бортовые и конечные. Бортовые стенки могут быть сделаны из любого жесткого материала и их размер с мяч для Бочче. Конечные стенки площадки должны быть 1 шаг (304 мм) в высоту, они должны быть сделаны из твердых материалов, таких как дерево или органическое стекло. Бортовые и конечные стенки могут использоваться для бросков с отскоками и рикошетами.

Мячи для Бочче могут быть произведены из дерева или композиционных материалов и должны быть равных размеров. Размер мячей для официальных турниров от 107 мм (4.20 дюймов) до 110 мм (4.33 дюйма). Цвет мячей не существенен, при условии, что 4 мяча одной команды (пары) ясно и отчетливо отличается от цвета мячей другой команды (пары).

Паллина не должна быть более 63 мм (2.5 дюймов) или меньше 48 мм (1,875 дюймов) и должна отличаться цветом от цветов мячей обеих команд.

Измерительным устройством для игры в Бочче может служить любое приспособление, которое имеет возможность точного измерения дистанции между двумя объектами и приемлемым для турнира. Желательно использовать стальную рулетку с погрешностью до миллиметров.

На площадке, сделанной из матов и гимнастических скамеек, вы можете практиковать точность, тактику и проверять способность учеников к игре в Бочче. Есть много вариантов этой игры, с различными правилами и различным числом игроков. Игра может проводиться между двумя людьми

или двумя командами. Каждой стороне даётся по 4 шара. В команде может быть до четырёх человек.

Есть варианты игры с меняющимся числом игроков и с большим числом команд (при объединении наборов для игры). Матч начинается со жребия, дающего возможность бросить меньший шар, паллино (pallino, иногда bossino). Иногда паллино устанавливается в отведённом для этого месте. После этого каждая сторона бросает шары по очереди, стараясь, чтобы их шары были как можно ближе к паллино. При этом разрешается выбивать шары противника от паллино. Партия заканчивается, когда все шары брошены. Так же как и правил, существует много способов подсчёта очков по окончании игры. Как правило, наибольшее число очков даётся игроку, чей шар оказался ближе всех к паллино, меньшее число очков даётся игроку, чей шар оказался дальше ближайшего и.т.д. Обычно наибольшее число очков равно числу участвующих в игре шаров.

Организация и правила игры в Дартс

Мишень для дартса - это круг диаметром 450 мм и толщиной 40 мм. Он разделён на сектора с большим, средним и малым кольцами. Дротик, попавший в поле сектора, приносит количество очков, соответствующее его цифровому обозначению. Если дротик вонзится в большое кольцо, то цифра в секторе удваивается. Попадание в среднее кольцо утраивает результат. Наконец, малое кольцо вокруг яблочка («зеленое кольцо») приносит 25 очков, а поражение самого яблочка англичане называют булл-ай - бычий глаз - 50 очков. Стандартная мишень разделена на двадцать пронумерованных секций, обычно чёрного и белого цветов, каждой присвоено число от 1 до 20. В центре находится «яблочко» (англ. bull's eye), попадание в которое оценивается в 50 очков, окружённое зелёным кольцом вокруг него (25 очков). Внешнее узкое кольцо означает удвоение числа сектора, внутреннее узкое кольцо означает утроение числа сектора. И внешнее, и внутреннее узкие кольца традиционно окрашиваются в красный и зелёный цвета.

Попадание дротика вне узкого внешнего кольца очков не приносит. Если дротик не остаётся в мишени после броска, он также не приносит очков. Обычно очки подсчитываются после того, как игрок метает 3 дротика. После этого ход переходит к другому игроку. Максимально возможный результат 3 бросков — 180 очков (если игрок попадает всеми тремя дротиками во внутреннее узкое кольцо сектора 20). На сегодняшний день наиболее известными производителями инвентаря для дартс являются Unicorn, Harrows, Nodor, Winmau. Профессиональные игроки используют дротики из вольфрама и никеля, а начинающим игрокам подойдут дротики из латуни. Мишень укрепляют так, чтобы её центр находился на высоте 1, 73 метра от пола. Игроки становятся на расстоянии 2,37 метра от мишени и бросают дротики. Каждый игрок использует для бросков свои собственные дротики,

длина которых не должна быть больше 30,5 см (12 дюймов), а вес - 50 грамм. Чтобы определить очередность броска, каждый игрок или представитель команды бросает по дротику. Тот, кто попадает ближе к центру, начинает игру. очки считают по дротикам, оставшимся в мишени после трёх бросков. В игре используют особую систему подсчета очков. Каждый игрок начинает со счёта 501 и вычитает из него результаты бросков. Победителем считается тот, кто первым сводит свой счёт к нулю. Ещё одна особенность: игру заканчивают обязательно броском в кольцо удвоения или в яблочко с таким расчётом, чтобы полученные при этом очки завершили счёт нулём. Если три последних броска принесут больше очков, чем нужно для нулевого завершения, то эти броски не засчитываются и счет считается таким, каким он был до перебора [18]. От игрока требуется не просто набирать очки, а со смыслом комбинировать результат, чтобы грамотно подвести себя к окончанию счёта. Тому, кто начинает играть в дартс, следует сразу приучить себя считать очки на убыль, вычитая из заданных 501 набранные результаты. Особенно нужно быть внимательным, когда счет очков приближается к 150 или к 100. С этого момента старайтесь попасть в удвоения или утроения тех секторов, которые ведут к нулевому окончанию. Поэтому игроку стоит выяснить, в какие сектора чаще всего попадают дротики. Обычно их направляют в считающиеся классическими сектора 20 и 16.

Пример тактического расчёта. У игрока осталось 91 очко. Он знает, что попав в утроение сектора 17, ему можно прийти к удвоению классического сектора 20 и тем самым закончить игру. Но игрок промахнулся и, не попав в кольцо утроения, получает 17 очков и, отняв их от 91, остаётся с 74 очками. Теперь игрок старается поразить утроение сектора 14, что принесёт 42 очка и выведет на удвоение классического сектора 16. то есть приведёт к нулевому окончанию [18].

Каждую игру со счёта 501 до 0 называют, лег. Пять леггов составляют сет (игру ведут до трёх побед в игре). Окончательный победитель тот, кто выиграл заданное количество сетов. Основными частями дротика являются

наконечник, баррель, хвостовик и оперение. Наконечник может быть как заточенной металлической иглой, предназначенной для втыкания в мишень, так и притуплённым стержнем, подходящим для игры в электронный дартс. Наконечник жёстко крепится в баррели, с другой стороны, которой ввинчивается хвостовик с оперением. Материал и форма баррели определяют траекторию полёта дротика, она изготавливается из различных металлов: латуни, серебро-никелевого сплава, вольфрама.

Длина дротика не должна превышать 30,5. Масса дротика не должна превышать 50 г. Наиболее популярный вес дротиков 19—25 г [18].

Анкета для оценки ДА молодёжи и взрослых. (Драбик, 2006)

Сколько раз в неделю (в среднем) в свободное время вы предпринимаете следующие виды ДА, которые длятся более чем 15 мин?

А) Активность очень высокая, с сильным сердцебиением (например, во время бега, игры в хоккей, в футбол, баскетбол, во время бега на лыжах, дзюдо, быстрое плавание, длительной и быстрой езды на велосипеде и т.д.

Число раз в неделю _____

Б) Умеренная ДА (например, быстрая ходьба, танцы, игра в теннис, спокойная езда на велосипеде, плавание, игра в волейбол, игра в бадминтон и т.п.

Число раз в неделю _____

В) Лёгкая ДА (минимальное физическое напряжение, например, ойга, стрельба из лука, ловля рыбы с берега, гольф, прогулки и т.п.

Число раз в неделю _____

2. Как часто в неделю вы регулярно выполняете физические упражнения, которые сопровождаются потением тела

(подчеркните)?

1. Часто

2. Временами

3. Никогда (или очень редко)

Опросник «Самочувствие-Активность-Настроение» (В.А. Доскин)

Фамилия, инициалы _____

Пол _____ Возраст _____

Дата _____ Время _____

1. Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
3. Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4. Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5. Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6. Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
7. Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8. Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9. Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10. Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11. Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12. Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13. Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14. Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15. Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16. Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17. Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18. Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19. Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
20. Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21. Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22. Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23. Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24. Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25. Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый
26. Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27. Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28. Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29. Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30. Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

**ШКАЛА ТРЕВОГИ СПИЛБЕРГА
STAT-TRAIT ANXIETY INVENTORY**

(no C. Spielberger u соавт., 1970; Ю.Л. Ханин, 1976; И.А. Бевз, 1999)

Фамилия И.О.	
Дата заполнения	

Инструкция:

Ниже приводится ряд утверждений, которые обычно используют люди для описания своего состояния. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже высказываний и обведите справа цифру, которая соответствует тому варианту ответа, который наиболее верно характеризует Ваше состояние НА МОМЕНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ. Над вопросом долго не задумывайтесь, поскольку правильных ответов нет. Выбирайте те ответы, которые, как Вам кажется, лучше всего описывают Ваше нынешнее состояние.

№	Высказывание	Варианты ответа
1.	Я спокоен	1 — Вовсе нет 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
2.	Мне ничто не угрожает	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
3	Я нахожусь в напряжении	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
4	Я испытываю сожаление	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
5	Я чувствую себя свободно	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
6	Я расстроен	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
7	Меня волнуют возможные неудачи	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
9	Я встревожен	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
11	Я уверен в себе	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
12	Я нервничаю	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно

13	Я не нахожу себе места	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
14	Я взвинчен	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
16	Я доволен	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
17	Я озабочен	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
19	Мне радостно	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно
20	Мне приятно	1 — Нет, это не так 2 — Пожалуй, так 3 — Верно 4 — Совершенно верно

Ниже приводится ряд утверждений, которые обычно используют люди для описания своего состояния. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже высказываний и обведите справа цифру, которая соответствует тому варианту ответа, который наиболее верно характеризует Ваше ОБЫЧНОЕ состояние. Над вопросом долго не задумывайтесь, поскольку правильных ответов нет. Выбирайте те ответы, которые, как Вам кажется, лучше всего описывают Ваше ТИПИЧНОЕ состояние.

21	Я обычно испытываю удовольствие	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
22	Я обычно быстро устаю	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
23	Как правило, я легко могу заплакать	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
27	Обычно я спокоен, хладнокровен, собран	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто

		4 — Почти всегда
28	Ожидаемые трудности обычно меня очень тревожат	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
30	Я вполне счастлив	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
32	Мне не хватает уверенности в себе	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
34	Я стараюсь избегать критических состояний и трудностей	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
35	У меня бывает хандра	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
36	Как правило, я доволен	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
37	Как правило, всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
39	Я уравновешенный человек	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда
40	Меня обычно охватывается сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1 — Почти никогда 2 — Иногда 3 — Часто 4 — Почти всегда

ОПРОСНИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ SF-36

Ф. и. о.

Дата заполнения _____

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

- Отличное..... 1
- Очень хорошее 2
- Хорошее..... 3
- Посредственное 4
- Плохое..... 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад.

(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад..... 1
- Несколько лучше, чем год назад..... 2
- Примерно так же, как год назад 3
- Несколько хуже, чем год назад 4
- Гораздо хуже, чем год назад..... 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограни- чивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3

Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо <i>определенного вида</i> работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были <i>трудности</i> при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так <i>аккуратно</i> , как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешало 1
Немного..... 2
Умеренно 3
Сильно 4
Очень сильно 5

7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а).....1
 Очень слабую..... 2
 Слабую 3
 Умеренную 4
 Сильную 5
 Очень сильную.....6

8.В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешала 1
 Немного..... 2
 Умеренно 3
 Сильно..... 4
 Очень сильно 5

9.Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6

Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?
(обведите одну цифру)

- Все время 1
 Большую часть времени..... 2
 Иногда..... 3
 Редко..... 4
 Ни разу 5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5